

Evaluación de los efectos psicológicos de un tratamiento grupal en personas con VIH

David Biel Soro^{1,2}, José Antonio Carroles Isabel²

¹ OMSIDA, ² Universidad Autónoma de Madrid

E-mail de correspondencia: david@abcpsicologia.info

RESUMEN

Introducción

Las personas con VIH padecen las consecuencias del estigma y la discriminación sobre su salud. Esto incluye mayores tasas de ansiedad y depresión que en la población general. Algunos programas de intervención grupal han mostrado su eficacia para reducir estos efectos, aunque raramente se ha mostrado la sostenibilidad temporal de sus resultados.

Objetivos

Este estudio evalúa la eficiencia y sostenibilidad de las mejorías en estigma, depresión y ansiedad, de un programa de tratamiento grupal estandarizado de base cognitivo-conductual.

Método

Un grupo de 18 personas con VIH participó en una intervención terapéutica de 48 horas, durante 4 meses (GT). Se evaluaron sus medidas en estigma, depresión y ansiedad. Las medidas de estas variables psicológicas (VP) se tomaron en tres tiempos: antes de la intervención, al finalizar y cuatro meses después. Otro grupo de 16 personas participó en un grupo de control (GC) que no realizó la intervención, pero respondió a los mismos cuestionarios en los mismos tiempos. Se analizaron los resultados intra e intergrupales con un ANOVA factorial mixto (Split-plot) y comparaciones múltiples por pares y se hallaron los tamaños del efecto.

Resultados

Las puntuaciones del GC se mantuvieron bastante estables, en general. Mientras que el GT mejoró todas las VP durante el tratamiento y mantuvo las mejorías en el seguimiento. Comparaciones intra e intergrupales son detalladas en el artículo.

Conclusiones

El estudio demuestra la eficiencia y la sostenibilidad del programa terapéutico grupal estandarizado, y por tanto replicable, aquí analizado.

Palabras clave: Estigma, depresión, ansiedad, VIH, tratamiento grupal.

Assessment of the psychological effects of a group treatment in people with HIV

ABSTRACT

Introduction

People with HIV suffer the consequences of stigma and discrimination on their health. This includes higher rates of anxiety and depression than the general population. Some group intervention programs have been shown to be effective in reducing these effects, although the sustainability of their results has rarely been exposed.

Goals

This study evaluates the effectiveness and sustainability of reductions in stigma, depression, and anxiety, of a standardized cognitive-behavioral-based group treatment program.

Method

A group of 18 people with HIV participated in a 48-hour therapeutic intervention over 4 months (TG). Their measures were evaluated in stigma, depression, and anxiety. The measures of these psychological variables (PV) were taken in three times: before the intervention, at the end and four months later. Another group of 16 people participated in a control group (CG) that did not take part in the intervention but answered the same questionnaires at the same times. Intra- and intergroup results were analysed with a mixed factorial ANOVA (split-plot) and multiple pair comparisons and effect sizes were found.

Results

The CG scores remained stable, in general. While the TG improved all the PV during treatment and maintained the improvements at follow-up. Intra- and inter-group comparisons are detailed in the article.

Conclusions

The study demonstrates the effectiveness and sustainability of the standardized, and therefore replicable, group therapy program analysed here.

Key words: Stigma, depression, anxiety, HIV, group treatment.

INTRODUCCIÓN

Desde que, en 1981, los Centers CDC reportaron los primeros casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii* (actualmente conocida como *Pneumocystis jirovecii*) en Los Ángeles, en pacientes varones con sarcoma de Kaposi, el VIH y el sida han sido objeto de estigmatización. El estigma y la discriminación por VIH y sida suponen un importante impacto negativo para la salud y el bienestar de las personas afectadas. Debido al estigma muchas personas temen revelar su estatus serológico, asumir medidas preventivas frente a la transmisión, incluso hacerse la prueba de detección del VIH. El temor a que su estatus serológico sea descubierto induce a algunas personas con VIH a no seguir los tratamientos con regularidad, no acudir a los servicios de atención sanitaria, o no contárselo a sus parejas sexuales. El estigma y la discriminación no sólo afectan a las personas con VIH, sino también a sus familiares y otros allegados, así como al personal que trabaja con ellas. Las personas con VIH no son meras receptoras pasivas del estigma y la discriminación, sino que pueden ser agentes activos de la respuesta frente al estigma.

Entre quienes más estigma padecen se encuentran peores niveles de depresión y de ansiedad, entre otros problemas psicológicos, que suponen dificultades añadidas para afrontar el estigma. Algunas intervenciones terapéuticas grupales centradas en estos problemas se han revelado eficaces para paliar este impacto negativo sobre la salud psicológica de las personas con VIH, reduciendo el estigma¹. Sin embargo, la mayoría de estas intervenciones no han demostrado su eficacia en la sostenibilidad de las mejoras alcanzadas.

OBJETIVOS

Este estudio forma parte de una investigación sobre la efectividad y sostenibilidad de diferentes intervenciones grupales para reducir el estigma y sus con-

secuencias sobre el bienestar psicológico de las personas con VIH.

El objetivo principal del estudio aquí presentado es el de contribuir a mejorar el bienestar psicológico de las personas con VIH mediante la reducción del estigma internalizado, la depresión y la ansiedad de los participantes en un programa de tratamiento estandarizado, de base cognitivo-conductual, para el abordaje de los problemas psicológicos presentados por las personas con VIH.

Los objetivos secundarios son demostrar la efectividad de la intervención en la reducción del estigma internalizado, la depresión y la ansiedad de los participantes, y demostrar la sostenibilidad de las mejoras obtenidas tras cuatro meses desde el fin de la intervención.

METODOLOGÍA

Tras estudiar el proyecto de investigación, el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid emitió el preceptivo informe favorable.

Los **participantes** en el estudio fueron 34 personas con VIH, en su mayoría usuarias de la Asociación OMSIDA, que participaron voluntariamente en la investigación y firmaron documentos de compromiso de participación y consentimiento informado. La muestra global fue dividida en dos grupos: uno de tratamiento (GT) y otro de control (GC). 18 y 16 personas, respectivamente para cada grupo, concluyeron el procedimiento total de la investigación.

El **diseño** de investigación utilizado es de un estudio longitudinal cuasi-experimental, con grupo de control no equivalente y asignación no aleatoria de los participantes a los grupos. Cada persona eligió en qué grupo deseaba participar. Las 18 personas del GT participaron en una intervención terapéutica grupal, derivada de los talleres creados e impulsados por Fuster-Ruiz de Apodaca²; los 16 participantes en el GC no realizaron ninguna intervención, limitándose a

contestar a la batería de test, de modo similar al GT. La intervención se realizó con la colaboración de OMSIDA, en Zaragoza, en dos ediciones, durante los años 2014 y 2015. Las sesiones del grupo de terapia se realizaron en el Centro Joaquín Roncal de la Fundación CAI-ASC, en su mayoría, y en las instalaciones del centro abc psicología en las sesiones de domingo. Para las personas del GC los cuestionarios se administraron en los locales de OMSIDA, con la supervisión directa de la coterapeuta del grupo terapéutico.

Para medir las **variables** dependientes se administró una batería de test, o cuestionarios, a los participantes de ambos grupos en las tres fases del estudio: 1) pre, 2) post y 3) seguimiento.

La batería estaba compuesta por:

Cuestionario de datos sociodemográficos.

1. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), con 21 ítems y 4 opciones de respuesta. El rango de puntuación es de 0 a 63, considerándose depresión moderada o grave las puntuaciones superiores a 17. La fiabilidad de consistencia interna fue: $\alpha=0,89$, $\alpha=0,90$ y $\alpha=0,90$, respectivamente.
2. Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-TRET), 20 ítems, de respuesta tipo Likert de cuatro opciones. Las puntuaciones se estandarizan en percentiles. En consistencia interna se obtuvieron valores α de 0,93 en la primera medición, 0,92 tras el tratamiento, y de 0,96 en el seguimiento.
3. Escala de Estigma Internalizado asociado al VIH, extraída de la batería de predictores psicosociales de la calidad de vida de Remor et al. y validada en estudios posteriores^{9,10}: seis ítems, con formato de respuesta visual analógica de 100 mm. Con consistencia interna, en la muestra, de $\alpha=0,71$ en el pre, $\alpha=0,78$ en el post y $\alpha=0,72$ en el seguimiento.

El programa de intervención del grupo terapéutico, de base cognitivo-conductual, estaba constituido

por cuatro talleres de 12 horas cada uno, a razón de uno al mes. Una descripción detallada del programa de intervención puede encontrarse en el artículo de Biel et al. (en prensa). Como se ha expuesto, el programa resulta de una ampliación de los talleres de potenciación del afrontamiento del estigma diseñados e implementados en su día por Fuster-Ruiz de Apodaca et al.^{8,9,10}. La metodología de la intervención se basa en facilitar información, entrenar habilidades y aportar counseling mediante terapia grupal. Se realizaron, además, diálogos grupales, role playing, reestructuración cognitiva, entre otras dinámicas dirigidas a potenciar el afrontamiento del estigma de las y los participantes. El primer taller se centró en estigma y discriminación, con introducción al trabajo sobre autoestima, habilidades de comunicación y autocontrol emocional. En el segundo y tercer taller, el trabajo se dividió entre mejora de la autoestima y entrenamiento en habilidades de comunicación y de autocontrol emocional. En el cuarto taller se continuó con los trabajos sobre autoestima, comunicación y autocontrol, y se amplió con derecho antidiscriminatorio y resolución de conflictos. Complementariamente se propusieron tareas para casa, en consonancia con los contenidos de las sesiones, que eran revisadas y consolidadas al principio de cada taller.

Se analizaron las posibles diferencias sociodemográficas entre los grupos con la prueba Chi cuadrado, excepto para la edad, que se analizó con la prueba T. Para el resto de las variables se utilizó el ANOVA factorial mixta (Split-plot) con dos factores intra-sujetos y uno inter-sujetos y comparaciones de los efectos principales entre pares con la corrección de ϵ de Bonferroni. Los factores intra-sujetos fueron el tiempo de medición, o medidas repetidas (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento), y los resultados en los test de las VP (Estigma Internalizado, Depresión y Ansiedad) en cada una de dichas mediciones. El factor inter-sujetos fue el grupo en que participaron: GT y GC. Posteriormente se realizaron

comparaciones por pares con la prueba de Bonferoni y se calcularon los tamaños del efecto, tanto con η^2 al cuadrado parcial (η^2), como con d de Cohen, con el programa estadístico para Ciencias Sociales SPSS 22.0 para Windows. Para para el cálculo de d de Cohen se utilizó el programa Excel, de Microsoft Office 2013.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos pueden apreciarse en la Tabla I. La mayoría de los participantes fueron hombres, heterosexuales, con una edad media de 46 años. La edad de los participantes en el GT fue significativamente menor que la de los del GC. La mayoría había finalizado los estudios secundarios. La media de años desde el diagnóstico fue de casi 13 años, siendo menor, de forma marginalmente significativa, en el GT. El porcentaje de personas con diagnóstico reciente, tres años o menos, fue mayor en el GT, no

llegando la diferencia, sin embargo, al nivel crítico de significación establecido. La principal vía de transmisión fue la sexual, aunque en el GC la vía de transmisión más frecuente fue la de compartir material de inyección. No hubo diferencias significativas en este aspecto. La mayor parte de los participantes declaró no estar trabajando en aquel momento.

En la prueba de esfericidad de Mauchly sólo el factor Tiempo cumplió el supuesto de esfericidad: $\chi_{(2)}^2=5,47$, $p>0,05$. Pero las VP no cumplieron el supuesto: $\chi_{(2)}^2=11,36$, $p<0,05$, ni la interacción VP*Tiempo $\chi_{(9)}^2=54,98$, $p<0,05$. Por tanto, para estos factores, los grados de libertad se corrigieron con la estimación de esfericidad que mostró mayor potencia observada en todos los casos, la de Huynh-Feldt: para las VP $\epsilon=0,82$ y para la interacción VP*Tiempo $\epsilon=0,60$.

En los resultados de las pruebas dentro de los participantes encontramos que la interacción Tiempo*VP*Grupo no fue significativa $F_{(2,40, 76,69)}=2,08$,

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

	G. Terapia	G. Control	TOTAL	χ^2
Sexo				,034 (p<,855)
Hombre	72,22%	75,00%	73,53%	
Mujer	27,78%	25,00%	26,47%	
Orientación sexual				2,821 (p<,420)
Heterosexual	50,0%	75,0%	61,8%	
Homosexual	27,8%	18,8%	23,5%	
Bisexual	16,7%	6,3%	11,8%	
Ns/Nc	5,6%	0,0%	2,9%	
Edad*				t (p<,016)
Media	42,6 (dt 11,4)	50,8 (dt 7,1)	46,4 (dt 10,3)	1,253 (p<,534)
Nivel estudios				
Primarios	27,8%	18,8%	23,5%	
Secundarios	50,0%	68,8%	58,8%	
Superiores	22,2%	12,5%	17,6%	
Años desde el diagnóstico				3,800 (p<,051)
Más de 3	66,7%	93,8%	79,4%	
3 o Menos	33,3%	6,3%	20,6%	
Media	9,9 (dt 10,1)	15,9 (dt 9,3)	12,7 (dt 10,0)	t (p=,079)
Vía de transmisión				4,498 (p<,343)
Relación sexual	55,6%	37,5%	47,1%	
Material inyección	16,7%	43,8%	29,4%	
Transfusión	5,6%	0,0%	2,9%	
Vertical	5,6%	0,0%	2,9%	
Ns/Nc	16,7%	18,8%	17,6%	
Situación laboral				2,555 (p<,110)
Trabaja	44,4%	18,8%	32,4%	
No trabaja	55,6%	81,3%	67,6%	

* $p<,05$

$p=0,122$, $\eta^2=0,06$. En la interacción VP*Grupo no aparecieron diferencias significativas $F_{(1,64, 52,55)}=0,35$, $p>0,05$, $\eta^2=0,01$. Pero sí existió una interacción significativa Tiempo*Grupo en la evolución de las VP $F_{(1,87, 59,75)}=7,63$, $p<0,005$, $\eta^2=0,19$. La evolución de las VP a lo largo de las tres mediciones no se comportó igual en los dos grupos. El Estigma Internalizado, la Depresión y la Ansiedad decrecieron en el GT, mientras que en el GC permanecieron prácticamente estables. También existió un efecto principal significativo dentro del factor Tiempo en la evolución de las VP, $F_{(2, 64)}=7,30$, $p<0,005$, $\eta^2=0,19$. Hubo diferencias significativas entre las VP entre los tres momentos de medición.

En la prueba de igualdad de las varianzas de Levene se cumplió el supuesto de homogeneidad para todas las VP, excepto la medición pre-tratamiento de la Dep ($p<0,05$).

En la prueba de efectos inter sujetos existió un efecto principal significativo de Grupo en la evolución de las VP, $F_{(1, 32)}=148,86$, $p<0,00001$, $\eta^2=0,82$. Las VP evolucionaron de forma diferente en cada uno de los grupos, con un gran tamaño del efecto atribuible al grupo de pertenencia. Como se ha visto, el Estigma internalizado, la Depresión y la Ansiedad decrecieron en el GT, mientras que en el GC permanecieron prácticamente estables.

En las comparaciones por pares encontramos una diferencia significativa del conjunto de las VP, en el total de los participantes en los dos grupos, entre la medición pre y la medición post-tratamiento ($p<0,001$), pero no para la comparación post tratamiento y seguimiento ($p=0,416$), ni para la de pretratamiento y seguimiento ($p=0,139$). La Traza de Pillai, al igual que el resto de pruebas multivariante, arroja un nivel crítico para la evolución de las VP en el tiempo de $0,001$, $\eta^2=,36$. Considerando a todos los participantes, tanto del GT, como del GC, las puntuaciones globales de las tres VP: el Estigma Internalizado, la Depresión y la Ansiedad, mejoraron durante el periodo del tratamiento, pe-

ro no variaron durante el seguimiento, ni entre la primera toma de datos y la última.

Cuando comparamos a ambos grupos en cada una de las tres mediciones, encontramos que la medida pre tratamiento del GT fue significativamente peor ($p<0,05$) en el conjunto de las VP que el GC, con un pequeño tamaño del efecto $\eta^2=0,14$. El Estigma, la Depresión y la Ansiedad antes de la intervención en el GT fueron peores que en el GC. Tras el tratamiento ambos grupos igualaron sus resultados ($p=0,704$, $\eta^2=0,00$). En el seguimiento ambos grupos continuaron iguales ($p=0,313$, $\eta^2=0,03$). Todas las variables psicológicas en el GT alcanzaron o mejoraron las puntuaciones del GC tras el tratamiento y en el seguimiento.

Al comparar por separado a ambos grupos en la evolución en el tiempo del conjunto de VP, encontramos que mientras que las diferencias en las VP en el GC, entre los diferentes momentos de medición, no resultaron significativas ($p>0,05$) en ningún caso, en el GT las VP fueron significativamente mejores tras el tratamiento con respecto a antes del tratamiento ($p<0,00005$). No hubo diferencias entre el final del tratamiento y el seguimiento ($p>0,05$), pero sí las hubo entre antes del tratamiento y el seguimiento ($p<0,005$). Las VP mejoraron en el GT durante el tratamiento y mantuvieron las mejorías hasta el seguimiento, mientras que no ocurrió lo mismo en el GC, en el que las VP continuaron dando resultados similares en cada medición. La evolución positiva del GT en las VP parece explicar la mayor parte de los datos observados en el ANOVA. En la misma dirección apunta la Traza de Pillai que, en la comparación Evolución de las VP*Grupo, asigna al GC un valor crítico de $p=0,250$ ($\eta^2=,09$) y al GT de $p<0,0001$ ($\eta^2=,47$).

En la Tabla II pueden encontrarse las estimaciones de cada una de las VP, en cada una de las mediciones, para cada uno de los grupos.

En las Tablas III y IV y la Figura 1 se aprecia la interacción Grupo*Tiempo*VP. En dicha interacción se observan diferentes efectos. Por un lado, al comparar

Tabla II. Estimaciones de cada una de las variables psicológicas, en cada uno de los tiempos de medición para cada grupo.

Grupo	Tiempo	VP	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Control	Pre	EI	35,010	5,452	23,904	46,116
		Dep	10,438	2,095	6,170	14,705
		Ans	35,938	7,286	21,097	50,778
	Post	EI	34,199	5,371	23,259	45,139
		Dep	8,813	1,994	4,752	12,873
		Ans	32,188	6,856	18,222	46,153
	Seg	EI	34,073	4,703	24,493	43,652
		Dep	10,375	2,216	5,861	14,889
		Ans	46,063	8,158	29,445	62,680
Terapia	Pre	EI	43,472	5,140	33,002	53,943
		Dep	18,111	1,975	14,087	22,135
		Ans	56,000	6,869	42,008	69,992
	Post	EI	26,269	5,064	15,955	36,583
		Dep	10,167	1,880	6,338	13,995
		Ans	32,833	6,464	19,667	46,000
	Seg	EI	27,723	4,434	18,691	36,755
		Dep	11,167	2,089	6,911	15,422
		Ans	34,111	7,692	18,444	49,778

cada VP entre ambos grupos en cada momento de medición (Tabla III). Por otro lado, al comparar la evolución dentro de cada grupo de cada una de las VP (Tabla IV).

En la comparación por pares entre los grupos, ver Tablas II y III y Figura 1, puede apreciarse que, antes de la intervención, todas las VP tenían medias más elevadas en el GT que en el GC. Sin embargo, el nivel

Tabla III. Comparaciones por parejas entre los grupos de las medidas de cada una de las variables psicológicas en cada tiempo de medición.

VP	T	Diferencia de medias (GC-TE)	Error estándar	F _(gt)	Sig. ^b	η ² _p	Potencia observada ^a	95% intervalo confianza para la diferencia ^b	
								Lim. inf.	Lim. sup.
EI	Pre	-8,462	7,493	1,275(1, 32)	0,267	0,04	0,195	-23,726	6,801
EI	Post	7,930	7,381	1,154(1, 32)	0,291	0,03	0,181	-7,106	22,965
EI	Seg	6,350	6,464	0,965(1, 32)	0,333	0,03	0,159	-6,816	19,516
Dep	Pre	-7,674*	2,880	7,101(1, 32)	0,012	0,18	0,734	-13,539	-1,808
Dep	Post	-1,354	2,740	0,244(1, 32)	0,625	0,01	0,077	-6,935	4,227
Dep	Seg	-0,792	3,046	0,068(1, 32)	0,797	0,00	0,057	-6,995	5,412
Ans	Pre	-20,063	10,013	4,014(1, 32)	0,054	0,11	0,493	-40,459	0,334
Ans	Post	-0,646	9,423	0,005(1, 32)	0,946	0,00	0,051	-19,839	18,548
Ans	Seg	11,951	11,212	1,136(1, 32)	0,294	0,03	0,179	-10,887	34,790

Se basa en medias marginales estimadas

Cada F prueba los efectos sencillos de GC vs GT dentro de cada combinación de niveles de los otros efectos mostrados. Estas pruebas se basan en las comparaciones por parejas linealmente independientes entre las medias marginales estimadas.

a. Se ha calculado utilizando alpha = 0,05

b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

* La diferencia de medias es significativa en el nivel p<0,05.

Tabla IV. Comparaciones por parejas de la evolución de cada una de las VP en cada grupo por separado.

Grupo	VP	Tiempo		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig. ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
							Límite inferior	Límite superior
Control	EI	pre	post	0,811	5,247	1,000	-12,446	14,068
		pre	seg	0,938	4,699	1,000	-10,935	12,810
		post	seg	0,126	3,830	1,000	-9,549	9,802
	Dep	pre	post	1,625	1,902	1,000	-3,181	6,431
		pre	seg	0,063	2,226	1,000	-5,560	5,685
		post	seg	-1,563	1,646	1,000	-5,722	2,597
	Ans	pre	post	3,750	7,610	1,000	-15,477	22,977
		pre	seg	-10,125	8,819	0,778	-32,406	12,156
		post	seg	-13,875	6,085	0,088	-29,248	1,498
Terapia	EI	pre	post	17,203*	4,947	0,004	4,705	29,702
		pre	seg	15,749*	4,431	0,004	4,556	26,943
		post	seg	-1,454	3,611	1,000	-10,576	7,668
	Dep	pre	post	7,944*	1,793	0,000	3,413	12,475
		pre	seg	6,944*	2,098	0,007	1,643	12,245
		post	seg	-1,000	1,552	1,000	-4,922	2,922
	Ans	pre	post	23,167*	7,175	0,009	5,039	41,294
		pre	seg	21,889*	8,315	0,039	0,882	42,896
		post	seg	-1,278	5,737	1,000	-15,772	13,216

Se basa en medias marginales estimadas

b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

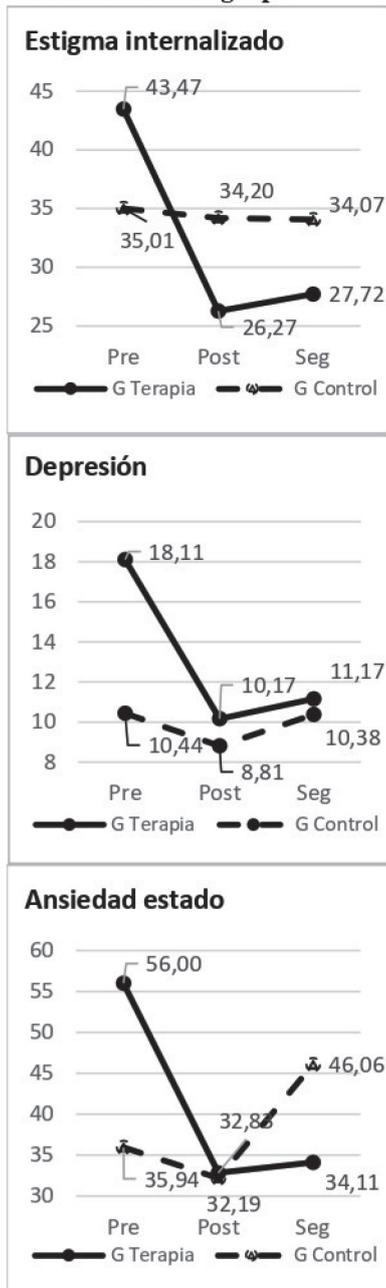
* La diferencia de medias es significativa en el nivel $p < ,05$.

crítico de significación sólo se alcanzó en la Depresión. La Ansiedad quedó ligeramente fuera del límite de la significación admitida. Tras el tratamiento, en el caso del Estigma Internalizado, el GT redujo sus puntuaciones de una manera considerable. El GC se mantuvo casi sin variaciones. Estas diferentes evoluciones hacen que las medias de ambos grupos inviertan sus posiciones, con diferencias de magnitudes similares a las pre tratamiento. También la Depresión y la Ansiedad se redujeron considerablemente tras el tratamiento en el GT, mientras que en el GC se produjeron pequeñas variaciones. Esto hace que las medias de ambos grupos en estas dos variables queden prácticamente igualadas. Durante el periodo de seguimiento las variaciones que se observaron en los dos grupos, respecto a las tres variables psicológicas, fueron pequeñas. Sólo la Ansiedad del grupo control pareció sufrir un mayor incremento. Ninguna

diferencia significativa apareció entre los grupos ni en el post tratamiento, ni en el seguimiento.

En la comparación por pares dentro de cada grupo se refleja la relación, de cada una de las VP, entre los diferentes momentos en que se midieron, ver Tablas II y IV y Figura 1. Puede observarse como dentro del GC no hay ninguna diferencia, en ninguna de las VP, entre ninguno de los momentos de medición. Sólo en Ansiedad, encontramos una diferencia marginalmente significativa ($p=0,088$) entre el post tratamiento y el seguimiento. Al observar los resultados de la Traza de Pillai, encontramos que no aparecen diferencias temporales en la medición del Estigma Internalizado ($p=0,981$, $\eta^2=0,00$). Tampoco en la Depresión ($p=0,530$, $\eta^2=0,04$). Para la Ansiedad encontramos un valor p más cercano al nivel crítico ($p=0,097$, $\eta^2=0,14$), aunque igualmente no significativo.

Figura 1. Evolución temporal de las VP en cada grupo



El GT, respecto al Estigma Internalizado, presenta diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$, $d = 0,84$) entre la medición pre y la post-tratamiento y también ($p < 0,005$, $d = 0,80$) entre la pre y el seguimiento. No se encuentran diferencias entre el post tratamiento y el seguimiento. El Estigma internalizado en el GT disminuyó tras el tratamiento, y se mantuvo así cuatro meses después de finalizar la intervención. Respecto a la Depresión, presenta diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0005$, $d = 0,87$) entre

la medición pre y la post-tratamiento, y, también significativas ($p < 0,01$, $d = 0,67$) entre el pre tratamiento y el seguimiento. Entre el post y el seguimiento no se aprecian diferencias significativas. Igual que el Estigma Internalizado, la Depresión disminuyó en el GT durante el tratamiento y mantuvo su mejoría hasta el seguimiento. Lo mismo para la Ansiedad, aparece una diferencia significativa ($p < 0,01$, $d = 0,76$) entre el pre y el post tratamiento. También entre el pretratamiento y el seguimiento encontramos una diferencia significativa ($p < 0,05$, $d = 0,69$). Entre el post tratamiento y el seguimiento no se aprecia diferencia significativa. Al igual que las otras VP, la Ansiedad mejoró en el GT durante el tratamiento, manteniendo la mejoría hasta el seguimiento. La traza de Pillai refleja una $p = 0,003$, significativa sobre la no igualdad del Estigma Internalizado a lo largo de las tres mediciones, de $p = 0,001$ sobre la Depresión, y de $p = 0,012$ sobre la Ansiedad, lo que viene a corroborar las anteriores aseveraciones.

DISCUSIÓN

Las principales limitaciones de este estudio son las propias de los estudios cuasi-experimentales, con asignación no aleatoria de participantes a grupos, que restan potencia a las conclusiones, por no haber controlado la ocurrencia de influencias de otras variables. Pero que, en este caso, aporta una mayor validez externa por asemejarse más a las condiciones que se dan en la realidad. Cada persona elige si desea o no participar en un grupo terapéutico, o colaborar en uno de control.

Esta asignación no aleatoria, sino por elección propia, resultó en diferencias significativas entre los grupos en edad, siendo de mayor edad los participantes en el GC. Aunque no fueron significativas, sí fueron, al menos, llamativas las diferencias en tiempo desde el diagnóstico y en el intercambio de material inyectable como vía de transmisión, superiores también en el GC. No se dispone de datos al respecto,

pero estas diferencias podrían estar apuntando a otras diferencias que quizá ya hayan sospechado quienes, teniendo experiencia en el trabajo con personas con VIH, hayan leído hasta aquí. Es posible que las personas de mayor edad, con mayor tiempo desde el diagnóstico y las que fueron consumidoras de drogas inyectables hayan tenido más oportunidades de participar en algún tipo de programa terapéutico, haber tenido más contacto con ONG especializadas en VIH, haber tenido más contacto con otras personas con VIH y haber realizado más actividades en torno al VIH. Variables, todas ellas, que podrían haber influido en los mejores resultados, antes de la intervención, en Estigma Internalizado, Depresión y Ansiedad del GC respecto del GT.

Se ha buscado activamente información sobre la influencia de estas variables en el estado psicológico y en los niveles de estigma internalizado de las personas con VIH, pero pocos han sido los estudios que les hicieran alguna referencia. Fuster encontró menores tasas de estigma internalizado, entre otras variables, en las personas que participaban activamente en ONG especializadas⁸. El grupo con menor tiempo de infección (≤ 2 años) tuvo las peores puntuaciones en todos los dominios del WHOQOL-120 VIH (calidad de vida relacionada con la salud para personas con VIH) en otro estudio. Aunque otros también apuntan hacia lo contrario, especialmente si además coexisten otros factores, como la orientación sexual, género, población migrante, o de grupos étnicos minoritarios.

En un estudio con distribución de participantes en los grupos voluntaria, similar al presentado aquí, Jayasvasti et al. encontraron diferencias significativas en la cantidad de vivencias estresantes del grupo de tratamiento cognitivo-conductual, que fue mayor respecto del grupo de control. En este caso también se redujeron las medidas de depresión del grupo de terapia, mientras que las del grupo de control permanecieron estables y pudieron comprobar como tres meses después los datos seguían dando los mismos

resultados. Stang et al. también apuntan a que el contacto con otras personas con VIH, recibir información al respecto, o el counseling, entre otras estrategias, pueden ayudar a reducir los niveles de estigma por VIH.

Los resultados obtenidos muestran claramente las diferencias existentes entre ambos grupos: el GC no varió, apenas, sus puntuaciones, mientras que el GT mejoró en todas las VP al finalizar el tratamiento, y mantenía las mejorías en el seguimiento. Los trabajos de Fuster et al.^{8,9,10} ya demostraron que una intervención de 16 horas, con los mismos componentes, en un solo fin de semana, resultaba eficaz para disminuir el estigma en general, y el internalizado en particular, entre otras muchas mejorías, como estilos de afrontamiento de mayor aproximación, mayor autoeficacia percibida, mejor autoestima y mayor calidad de vida. Otros estudios han demostrado que los grupos terapéuticos cognitivo-conductuales pueden ser muy efectivos en la reducción de la ansiedad, la depresión y el estigma de las personas con VIH^{3,4,5,6,7,14,17,,}.

Sin embargo, la sostenibilidad a lo largo del tiempo de estas mejorías ha sido poco testada. En la revisión sistemática de estudios de Van der Heijden et al. sí se encontró que la reducción en depresión de estas intervenciones podía sostenerse hasta 15 meses después de finalizada la intervención, aunque también revelaron sólo mejorías leves en depresión, con reducciones de alrededor de 1,4 puntos en el BDI, y entre pequeños y nulos en ansiedad, estrés y afrontamiento del estigma. En el presente estudio, la reducción en puntuación del BDI II en el grupo de tratamiento, entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento, es de 7,94 puntos, de 18,11 a 10,17 respectivamente. Y entre el pre-tratamiento y el seguimiento de 6,94 puntos, En este grupo el Estigma Internalizado pasa de 43,47, antes de la intervención, a 26,27 y 27,72 después y cuatro meses después de la intervención respectivamente, sobre una escala de 100 puntos. La ansiedad como estado, tal y como reflejan los bare-

mos del STAI en percentiles, pasó en cada medición del 56,00 de percentil medio, al 32,83 y al 34,11 en cada una de las mediciones. Datos que apuntan a que la intervención aquí evaluada consigue mejorías por encima de los estudios analizados por Van der Heijden et al. y con una sostenibilidad mejor, al menos cuatro meses después.

Como conclusión, cabe afirmar que el estudio demuestra la eficacia y la estabilidad de los resultados obtenidos por el programa terapéutico aquí evaluado, avalando el formato grupal estandarizado utilizado, por la ventaja que ofrece de poder ser replicado con otras personas en diferentes momentos y lugares en el futuro.

Sería deseable que se realizaran estudios sobre el efecto del tiempo desde el diagnóstico de VIH, la edad, el contacto con otras personas con VIH, la participación en actividades en torno al VIH, o las vías de transmisión, sobre variables como el estigma, la depresión, o la ansiedad, entre otras, así como si determinadas intervenciones terapéuticas podrían favorecer mejores evoluciones que acortaran el sufrimiento que padecen muchas de las personas diagnosticadas con infección por VIH durante los primeros años,

La epidemia del VIH y el sida está lejos de terminar, y ya no hemos conseguido los objetivos de ONUSIDA de acabar con el VIH y el sida como una preocupación para la salud pública en el año 2020 y los consabidos tres, o cuatro, 90s². El estigma y la discriminación asociados al VIH y al sida se han convertido en uno de los principales obstáculos para alcanzar estos objetivos, Reducir su incidencia e impacto parecen estar entre las principales motivaciones de quienes estamos implicados en la respuesta frente al VIH y al sida.

Los grupos terapéuticos, especialmente los de corte cognitivo-conductual, han demostrado en numerosas ocasiones, su eficacia para reducir el malestar psicológico de las personas con VIH. Implementar estos grupos y replicarlos, cuando sea posible, no

sólo puede ayudar a cumplir los objetivos de ONUSIDA, sino que, además, podría contribuir a que hubiera una mayor cantidad de personas, en este caso afectadas directamente por la infección, respondiendo frente al estigma y la discriminación. Y así, ayudando a minimizar su adverso impacto sobre la salud psicológica de las personas con VIH.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que voluntariamente y sin ningún tipo de contraprestación decidieron colaborar con la presente investigación de diferentes maneras. Quienes participaron en el grupo de control rellenando hasta tres tandas de cuestionarios. Quienes participaron en las dos ediciones del grupo de terapia, asistiendo un fin de semana al mes y aportando sus vivencias y sus saberes para enriquecer y dar mayor calidad y calidez a los grupos. Al personal de la Asociación OMSIDA, que organizó buena parte de la logística del estudio, convocó a socios y usuarios para la participación en la investigación, se coordinó con otras entidades colaboradoras y acompañó a la mayoría de los participantes para completar los cuestionarios. A todas ellas nuestro más sincero agradecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirrezabal A, Fuster MJ, Valencia J, eds. Informe FIPSE. Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial. Madrid: FIPSE. 2009. Disponible en: <https://docplayer.es/13872685-Integracion-laboral-de-las-personas-con-vih-estudio-sobre-la-identificacion-de-las-necesidades-laborales-y-la-actitud-empresarial.html> (consulta abril 2021)
2. UNAIDS. Global AIDS Update 2020. Seizing the moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. UNAIDS. 2020. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf (consulta abril 2021)
3. Ballester R. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional

- de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*. 2003; 15(4): 517-23.
4. Nobakht A, Mohraz M, Rahimzadeh M, et al. The effect of cognitive behavioural therapy on depression, anxiety, and stress in women with HIV. *HIV AIDS Rev*. 2018; 17(3): 218-23.
 5. Adina JO, Maritim EK, Sindabi AM, et al. Effect of cognitive therapy on depressive symptoms among HIV-infected outpatients in Kenya. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2017; 17(2): 161-73. Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen17/num2/464/effect-of-cognitive-behaviour-therapy-on-EN.pdf> (consulta abril 2021)
 6. Honagodu AR, Krishna M, Sundarachar R, et al. Group psychotherapies for depression in persons with HIV: a systematic review. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(4): 323-30.
 7. Mak WWS, Mo PKH, Ma GYK, et al. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Soc Sci Med*. 2017; 188: 30-40.
 8. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento (Tesis). Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). 2011. Disponible en <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-MJ-fuster/Documento.pdf> (consulta abril 2021)
 9. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Biel D, et al. Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación. Manual de intervención. Madrid: CESIDA. 2013. Disponible en: <https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/GuiaCapacitaciondelasPersonasconVIH.pdf> (consulta mayo 2021)
 10. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Ubillos S. Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it. *An Psicología*. 2016; 32(1): 39-48.
 11. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz J, Vázquez C). Madrid: Pearson. 2011.
 12. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Madrid: TEA Ediciones. 1982.
 13. Remor E, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Ballester-Arnal R, et al. 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 Behav*. 2012; 16: 2414-23.
 14. Biel D, Carrobles JA, Antón M. Reducing stigma, depression and anxiety in people with HIV through a cognitive-behavioral therapy group. *Behav Psychol*. (In Press).
 15. Elias B, Mendes I, Mello AM. Quality of life of people living with HIV/AIDS and its relationship with CD4+ lymphocytes, viral load and time of diagnosis. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1): 75-84.
 16. Cortez DJ, Martín-Pérez A. Estigmatización, calidad de vida y relación con parámetros clínicos-inmunológicos en personas que viven con el VIH atendidas en un Servicio de Salud de Madrid. *Rev Multidisc Sida*. 2020; 8(20): 7-22. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/Revista_numero_20_7-22_N-1.pdf (consulta mayo 2021)
 17. Jayasvasti I, Hiransuthikul N, Pityaratstian N, et al. The effect of cognitive behavioral therapy and changes of depressive symptoms among Thai adult HIV-infected patients. *World J AIDS*. 2011;1: 15-22.
 18. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al. The health stigma and discrimination framework: a global, cross-cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019; 17(1): 31.
 19. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come?. *J Int AIDS Soc*. 2013; 16(2): 18734.
 20. Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, et al. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(11): 1679-86.
 21. Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, et al. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care STDS*. 2002; 16(2): 83-96.
 22. Van der Heijden I, Abrahams N, Sinclair D. Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2017(3): CD010806.
 23. ONUSIDA. Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH. ONUSIDA. 2020. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance> (consulta mayo 2021)