

ARTÍCULOS

Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social¹

Marija Miric, MA.²

RESUMEN

Con fines de apreciar el impacto psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, se evaluó la relación de este fenómeno con las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión en esta población. Se emplearon 212 cuestionarios válidos, administrados entre los miembros de la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDOVIH), para calcular las correlaciones de estas medidas con las puntuaciones en la escala del estigma sentido y sus 4 sub-escalas, observándose correlaciones significativas con la escala total ($p < 0.01$), y con algunas de sus sub-escalas en cada caso ($p < 0.017$). Estos resultados indican una importante carga psicosocial asociada con el estigma sentido, siendo necesarias investigaciones adicionales para incrementar la comprensión de su impacto en el bienestar de las personas que viven con VIH/SIDA en la República Dominicana.

I. CONTEXTUALIZACIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde sus primeras apariciones en los años 80 del siglo pasado, han estado acompañados por un intenso estigma social, tanto en la República Dominicana (Cáceres et.al., 1998) como internacionalmente (Herek & Glunt, 1988). No obstante los notables cambios en el perfil socio-demográfico de la epidemia del VIH/SIDA y los importantes avances médicos alcanzados en relación con esta condición de salud desde sus orígenes, este fenómeno, reflejado en las actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH/SIDA y la consecuente discriminación en el marco

de las interacciones sociales propias de su cultura, se extiende, relativamente inalterado, hasta la actualidad (Miric y Díaz, 2004).

El estigma como fenómeno social puede remontarse a épocas muy remotas de la evolución humana, guardando una relación muy íntima con el fenómeno del tabú como forma de control social (Miric, 2003a). Las primeras aproximaciones a este fenómeno desde las ciencias sociales, no obstante, datan apenas desde la segunda mitad del siglo pasado, iniciando con el trabajo clásico de Erving Goffman, quien definió el estigma como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular” (Goffman,

¹ Estudio realizado con asesoría metodológica del Dr. Enerio Rodríguez Arias y auspiciado por el Banco Mundial a través del Consejo Presidencial del SIDA, también apoyado por el Miami Fogarty International Training Program.

² Psicóloga clínica con maestría en Metodología de la Investigación Científica y Epistemología. Forma parte del equipo de investigadores del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). mmiric@copresida.gov.do

1986), que reduce a su portador, simbólicamente, de una persona completa y normal a una cuestionada y disminuida en su valor social (Goffman, 1986).

Las aportaciones posteriores han ampliado los datos empíricos referentes a las manifestaciones del fenómeno del estigma en los diferentes contextos y su vinculación con otros aspectos de la interacción humana, permaneciendo su concepto circunscrito a la devaluación social propia de la persona que porta un atributo estigmatizante. Tomando en cuenta lo anterior, y dado que la definición planteada por Goffman, a pesar de su amplitud, no incurre en el error de confundir el estigma con otros fenómenos relacionados, tal y como sucede con una buena parte de los trabajos posteriores (para una discusión de estos trabajos ver Miric, 2003b), ésta fue la definición asumida en el presente estudio.

En el contexto de la interacción humana, la presencia, real o imaginaria, de un atributo estigmatizante, independientemente de su naturaleza específica, transmite mensajes que determinan las relaciones entre los interlocutores, constituyendo sus identidades e imponiendo conductas específicas en cada situación dada, tanto en el caso de personas “normales” que entran en contacto con este atributo, como en el de sus portadores (Miric, 2004a). Estos dos ámbitos del impacto del estigma social establecen la distinción ampliamente aceptada entre el estigma institucionalizado o efectivo y el estigma sentido (NIH Guide, 2002), refiriéndose el primero a los sentimientos, pensamientos y comportamientos del medio social hacia las personas que portan un estigma social determinado, y el segundo a sus propias vivencias vinculadas a este atributo.

Cabe señalar, no obstante, que esta distinción, oportuna para fines de una sistematización conceptual que facilite el estudio del estigma social, no se traduce a una relación de discontinuidad e independencia entre las dimensiones señaladas; por el contrario, el estigma

efectivo y el estigma sentido constituyen dos caras de una misma moneda que se determinan mutuamente, descansando ambas en el significado del atributo estigmatizante específico, culturalmente construido y transmitido a lo largo del proceso de socialización, de una generación a otra (Ver Figura No. 1).

El presente trabajo, centrado en el estigma sentido vinculado al VIH/SIDA como atributo estigmatizante, concibe esta dimensión del estigma social como la suma de actitudes y vivencias personales y sociales de carácter negativo que las personas que viven con el VIH/SIDA tienen en relación con su condición de salud. El estigma social, desde esta perspectiva y de acuerdo al esquema señalado en la Figura No. 1, reúne el **estigma percibido** (referido a la percepción o la anticipación de las actitudes y conductas estigmatizantes procedentes de otras personas hacia la persona estigmatizada - *estigma personalizado* - o hacia las personas que viven con el VIH/SIDA en general - *estigma extensivo*), el **auto-estigma** (referido a las actitudes estigmatizantes-rechazo, repugnancia, subestimación, etc. - de la persona estigmatizada hacia sí mismo/a), y las preocupaciones de carácter práctico y cotidiano referidas al **encubrimiento del diagnóstico** de VIH/SIDA, como atributo estigmatizante.

Este último aspecto del estigma sentido, propio de aquellos atributos estigmatizantes, los cuales, como es el caso del VIH/SIDA, por lo menos en sus primeras etapas, pueden ser encubiertos (Alonzo y Reynolds, 1995), dificulta adicionalmente su manejo efectivo por parte de las personas afectadas, quienes, anticipando el rechazo de sus comunidades y familias, invierten grandes cantidades de tiempo y energía en el encubrimiento de su condición de salud, a la vez que, debido al secreto que tratan de guardar a toda costa, pierden el acceso al apoyo social con el cual contarían en el momento de enfrentarse a cualquier otra enfermedad crónica y potencialmente fatal, exponiéndose así a múltiples fuentes de tensión psicológica adicional.

Figura No. 1. Esquema conceptual del estigma social



De esta manera, el estigma sentido en sus diferentes dimensiones, además de impactar de manera negativa la calidad de vida y el equilibrio del sistema inmunológico de las personas que viven con el VIH/SIDA, constituye un importante obstáculo para su acceso a la atención médica necesaria, la defensa de sus derechos, y el contacto con grupos de personas VIH positivas como compensación para el apoyo social debilitado (NIH Guide, 2002), tanto en la República Dominicana (Cáceres et.al., 1998), como internacionalmente (Leary & Schreindorfer, 1998). Por otro lado, se ha observado de manera reiterada una mayor vulnerabilidad de las personas afectadas por el estigma sentido frente a los diferentes trastornos de carácter psicosocial, incluyendo la baja autoestima, los trastornos de ansiedad, la depresión, los intentos de suicidio, y el uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre otros (Berger et.al., 2001; Das, 2002).

Partiendo de lo anterior, y buscando apreciar el impacto psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, el presente estudio evalúa la relación entre los niveles del estigma sentido y tres aspectos psicosociales previamente vinculados a su impacto en esta población: la autoestima, la depresión y la percepción de apoyo social.

II. METODO

II. 1. MUESTRA

254 miembros activos de la Red Dominicana de Personas que Viven con el VIH/SIDA integraron la muestra por conveniencia empleada en el presente estudio exploratorio. Los participantes fueron contactados durante las reuniones regulares de los 22 grupos de apoyo de dicha organización, respetando el orden de llegada, y reclutando un máximo de 12 personas en aquellos grupos cuya membresía excedía este número.

El cuadro siguiente refleja el mayor involucramiento de las mujeres en los grupos de apoyo de la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDOVIH), aun cuando no se corresponde con las tendencias de la epidemia a nivel nacional, un 71.7% de la muestra fue de sexo femenino, oscilando la edad de los/as integrantes entre 15 y 16 años, con el promedio de 34 años (DE=10.0). El tiempo transcurrido desde la confirmación del diagnóstico VIH positivo en la muestra osciló entre 1 mes y 19 años, con la media de 3 años y 4 meses, mientras que el tiempo medio de membresía en REDOVIH fue de 1 año y 6 meses, oscilando entre 0 meses (habiendo personas entrevistadas en su primera reunión) y 5 años. Una minoría de los/as encuestados/as refirió considerar que su apariencia física y el estado de salud

Cuadro No. 1. Algunos datos socio-demográficos por sexo.

Variable	TOTAL		MUJERES		HOMBRES	
	f	%	f	%	f	%
Sexo (n=254)	254	100.0	182	71.7	72	28.3
Edad (n=252)	252	100.0	181	100.0	71	100.0
24 o menos	44	17.5	38	21.0	6	8.5
25 – 34	106	42.1	79	43.6	27	38.0
35 – 44	65	25.8	40	22.1	25	35.2
45 – 54	28	11.1	17	9.4	11	15.5
55 o más	9	3.6	7	3.9	2	2.8
Escolaridad (n=238)	238	100.0	169	100.0	69	100.0
Sin educación formal	5	2.1	5	3.0	/	/
1 – 4 años	34	14.3	26	15.4	8	11.6
5 – 8 años	91	38.2	64	37.9	27	39.1
9 – 12 años	86	36.1	60	35.5	26	37.7
13 – 16 años	22	9.2	14	8.3	8	11.6
Situación laboral (n=250)	250	100.0	178	100.0	72	100.0
Empleado/a	51	20.4	26	14.6	25	34.7
Trabaja por cuenta propia	50	20.0	27	15.2	23	31.9
Desempleado/a	149	59.6	125	70.2	24	33.3
Ingresos personales (n=243)	243	100.0	172	100.0	71	100.0
No tiene ingresos	140	57.6	121	70.3	19	26.8
Menos de RDS 3,000	58	23.9	37	21.5	21	29.6
RDS 3,000 – 4,999	29	11.9	9	5.2	20	28.2
RDS 5,000 o más	16	6.6	5	2.9	11	15.5

reflejaban bastante (8.4%) o mucho (9.2%) su condición VIH positiva, mientras que la mayor parte de ellos expresó reflejarlo un poco (26.8%) o nada (55.6%).

La mayoría de los participantes se auto-definió como soltero/a, separado/a, divorciado/a o viudo/a, reportando solamente un 42.7% de ellos/as tener una pareja estable, ya sea estando casado/a o en unión libre. A la vez, un 11.5% de los/as participantes vivía solo/a en el momento de la encuesta, y 26.6% permanecía con su familia de origen, viviendo un 52.4% de ellos/as con su familia nuclear propia (pareja y/o hijos). Un 89.8% de la muestra reportó tener hijos, y más de la mitad (56.1%) de los/as participantes que tenían dos o más hijos, los había tenido con más de una pareja.

61.1% de la muestra se definió como católico/a, y 31.0% como cristiano/a, mientras que un 7.5% refirió no pertenecer a ninguna religión.

Un 36.1% de los/as participantes refirió haber superado el primer curso de la educación secundaria, habiendo iniciado la formación universitaria únicamente un 9.2% de ellos/as; un 16.4% de la muestra tenía menos de 5 años de educación formal, si alguna. Por otro lado, en el momento de la encuesta un 59.6% de los/as encuestados/as reportó estar desempleado/a, trabajando un 20.0% por cuenta propia; solamente un 20.4% de ellos/as contaba con un empleo formal. Tal y como puede observarse en el Cuadro No 1, que sintetiza algunas características sociodemográficas de la muestra por sexo, esta

situación, reflejada en los ingresos personales nulos o muy reducidos, donde un 57.6% de los/as encuestados/as no tiene ingreso personal alguno, y apenas un 18.5% supera la suma establecida como el salario mínimo a nivel nacional (RD\$ 3,000, Secretaría de Estado de Trabajo, 2004), afecta de manera especialmente marcada a la población femenina.

II. 2. INSTRUMENTOS

Todos los datos en el presente estudio fueron recopilados mediante un cuestionario compuesto para esos fines, integrado por la Escala del Estigma Sentido (Miric, 2004b), la escala de autoestima de Rosenberg (1965), la Escala de Apoyo Social de Duke-UNC (Bellón et.al., 1996), y la escala de depresión del Centro para los Estudios Epidemiológicos, CES-D (Radloff, 1977). Además de estas escalas, dirigidas a la medición de las variables explícitamente contempladas en los objetivos del estudio, incluía una sección inicial de datos personales y familiares, con la intención de recopilar la información socio-demográfica de cada participante en el estudio y contextualizar sus respuestas en función del tiempo que tiene viviendo con el VIH, así como de la visibilidad sentida de sus síntomas vinculados a este virus.

Anticipando la reducida escolaridad de los/as integrantes de la muestra, las opciones de respuestas en todas las escalas empleadas fueron convertidas del formato de Likert, a opciones dicotómicas, identificando únicamente las posiciones extremas de presencia - ausencia o acuerdo - desacuerdo frente al contenido expresado en sus ítems. Esta medida fue destinada a incrementar la calidad de la información recopilada, al facilitar la comprensión de las alternativas de respuesta frente a cada ítem por parte de los/as participantes en el estudio, aun cuando, al mismo tiempo, ésta implicó una reducción necesaria de la sensibilidad discriminatoria de las escalas empleadas.

II. 3. PROCEDIMIENTOS

Tomando en cuenta el reducido nivel educativo de la población seleccionada para este estudio, el instrumento compuesto fue aplicado, en todos los casos, en entrevistas individuales conducidas por 4 miembros de REDOVIIH reclutados/as como encuestadores/as y sus ayudantes autorizados/as, previamente entrenados/as para estos fines. Previamente al inicio del proceso de recopilación de datos, los/as encuestadores/as recibieron todos los materiales necesarios para la conducción de la encuestas en los grupos asignados.

Los/as encuestadores/as asistieron a una reunión regular de cada grupo de apoyo, reclutando las personas interesadas en participar en el estudio de acuerdo al orden de llegada, y encuestando un máximo de 12 personas o todos/as los/as presentes, cuando la membresía del grupo no alcanzaba este número. La firma del consentimiento informado, leído y explicado por los/as encuestadores en los casos cuando su comprensión pudo haberse visto afectada por las dificultades de lectura de los/as participantes, fue solicitada de cada persona reclutada previamente al inicio de su entrevista, la cual se condujo, en todos los casos, en un ambiente privado y respetando la confidencialidad de la información recopilada. Buscando asegurar la calidad de la información recopilada y el cumplimiento con las medidas estipuladas para la protección de los/as participantes en el estudio, los/as encuestadores/as y sus ayudantes contaban con orientación y supervisión continua a lo largo del proceso de recopilación de datos.

Los cuestionarios completados fueron remitidos de manera inmediata, al concluir la encuesta en cada grupo de apoyo, a la oficina central de REDOVIIH en sobres debidamente sellados, permitiendo así la simultaneidad del control de calidad de datos con el proceso de recopilación de nueva información, lo cual agilizó considerablemente la ejecución del estudio. Los cuestionarios completados fueron revisados de manera detallada, señalando de manera oportuna toda deficiencia o irregularidad observada en los mismos.

Durante el proceso de recopilación de datos, ejecutado en el periodo octubre - diciembre del 2003, fueron encuestados 22 de 24 grupos de auto-apoyo de la Red Dominicana de Personas que Viven con el VIH/SIDA (REDOVIH), siguiendo el cronograma condicionado por las fechas programadas para las reuniones regulares de cada uno de ellos. Un grupo de la Región Este y otro del Distrito Nacional fueron eliminados de la muestra definitiva, respectivamente, por la ausencia de reuniones regulares ocasionada por una membresía muy pequeña, y por irregularidades en la convocatoria, potencialmente perjudiciales para la autenticidad de los datos recopilados.

Los datos contenidos en todos los cuestionarios recibidos fueron introducidos en la base de datos en Microsoft Excel Professional, y editados en el programa SPSS 11.0 para fines del procesamiento. Buscando incrementar la calidad de datos

empleados en el análisis, fueron retenidos para fines de procesamiento únicamente aquellos cuestionarios que no presentaban ítems en blanco o inválidos en ninguna de las cuatro escalas incluidas en el instrumento, alcanzándose así un total de 212 cuestionarios válidos.

Finalmente, con fines de cumplir los objetivos del presente estudio, fueron calculados los índices de correlación de Pearson de las puntuaciones obtenidas en la escala total del estigma sentido y sus sub-escalas, con las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión.

III. RESULTADOS

Tal y como puede observarse en el Cuadro No. 2, las medidas de autoestima, de percepción de apoyo social y de depresión guardaron correlaciones bajas pero estables con la escala del estigma sentido y algunas de sus sub-escalas en cada caso.

Cuadro No. 2. Correlaciones de las medidas de autoestima, apoyo social y depresión con la escala del estigma sentido

MEDIDAS TEÓRICAMENTE VINCULADAS (n=212)	ESCALA DE ESTIGMA (n=212)			
	Escala Total (18 ítems)	Sub-escalas		
		1 Estigma personalizado (8 ítems)	2 Encubrimiento (6 ítems)	3 Auto- estigma (2 ítems)
Escala de Autoestima de Rosenberg	<u>-.176</u> (p=.010)	<u>-.164</u> (p=.017)		<u>-.379</u> (p=.000)
Escala de Apoyo Social DUKE-UNC	<u>-.177</u> (p=.010)	<u>-.182</u> (p=.008)		<u>-.215</u> (p=.002)
Escala de Depresión CES-D	<u>.322</u> (p=.000)	<u>.282</u> (p=.000)	<u>.203</u> (p=.003)	<u>.376</u> (p=.000)

Nota: Correlaciones de Pearson; se presentan únicamente los valores estadísticamente significativos (p<0.05 en negrita, p<0.01 subrayadas)

En el caso de la autoestima, las puntuaciones guardaron una correlación negativa altamente significativa, tanto con la escala total del estigma sentido ($p=.010$) como con la sub-escala del estigma personalizado ($p=.017$) y la de auto-estigma ($p<.001$). De manera congruente con el contenido de la sub-escala de auto-estigma, referido a actitudes y sentimientos negativos de la persona afectada hacia sí mismo/a, virtualmente incompatibles con una alta autoestima, la correlación estadística más alta de las puntuaciones de autoestima fue observada justamente en relación con esta sub-escala. Por otro lado, no se observaron correlaciones significativas entre este constructo y las sub-escalas de encubrimiento y de estigma extensivo. Asimismo, el apoyo social percibido por las personas que viven con el VIH/SIDA, evaluado mediante la Escala de Apoyo Social de DUKE-UNC, correlacionó negativamente, con índices bajos pero estadísticamente muy significativos, con la escala total del estigma sentido ($p=.177$), así como con las sub-escalas del estigma personalizado ($p=.008$) y de estigma extensivo ($p=.002$), siendo esta última correlación, de mayor significación estadística. No se observaron correlaciones significativas de la percepción de apoyo social con las sub-escalas de encubrimiento y la de auto-estigma.

Por otro lado, las puntuaciones más significativamente correlacionadas con el estigma sentido, fueron las de la Escala de Depresión CES-D, presentando correlaciones positivas de muy elevada significación estadística, tanto con la escala total ($p<.001$) como con tres de sus sub-escalas: estigma personalizado ($p<.001$), encubrimiento ($p=.003$) y auto-estigma ($p<.001$). La correlación más alta de este constructo, de manera parecida a las mediciones de autoestima, fue observada con la sub-escala de auto-estigma, siendo el estigma extensivo la única sub-escala que no presentó correlaciones significativas con el mismo.

Finalmente, tal y como puede observarse en el Cuadro No 2, tanto la escala total del estigma

sentido, como la sub-escala del estigma personalizado, correlacionaron de manera estadísticamente significativa con las mediciones de autoestima, apoyo social, y depresión. Las otras sub-escalas, no obstante, presentaron correlaciones significativas solamente con uno o dos de estos constructos, en función del contenido específico contemplado en cada uno.

IV. DISCUSIÓN

Las correlaciones altamente significativas, observadas entre los niveles del estigma sentido y las medidas de autoestima, percepción de apoyo social y depresión, aunque relativamente bajas, indican la presencia de una importante carga psicosocial relacionada con el fenómeno del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana. En este sentido, las personas con altos niveles del estigma sentido, tienden a manifestar una autoestima mas baja y a percibir menos apoyo social proveniente de su ambiente social, presentando, a la vez, una mayor incidencia de la sintomatología depresiva. Estos hallazgos son consistentes con las expectativas formuladas a partir de la revisión bibliográfica (Goffman, 1986; Crandall & Coleman, 1992), y compatibles con los resultados de las investigaciones previas, conducidas en otros países en torno a este tema (Berger et.al., 2001).

Al observar, por otro lado, el patrón de correlaciones de las medidas de autoestima, apoyo social y depresión con las diferentes sub-escalas, sale a relucir el carácter heterogéneo del estigma sentido, estando sus diferentes componentes, referidos a aspectos muy específicos de las vivencias de una persona VIH positiva en relación con este atributo altamente estigmatizante en la sociedad contemporánea, vinculados de manera diferente a cada uno de esos constructos. En este sentido, mientras que el estigma personalizado, referido a la percepción y la anticipación de actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia la persona afectada, siguió las tendencias de la escala total del estigma sentido, correlacionando de

manera significativa con todos los constructos contemplados, las sub-escalas de encubrimiento, auto-estigma y estigma extensivo guardaron relación solamente con algunos de ellos.

Así, las puntuaciones en la sub-escala de encubrimiento estuvieron asociadas con la alta incidencia de sintomatología depresiva, mientras que los altos niveles del estigma extensivo, referido a la percepción y la anticipación de actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia las personas que viven con el VIH/SIDA, estuvieron vinculados a una baja percepción del apoyo social inmediato. Por otro lado, la sub-escala de auto-estigma, referida a las actitudes negativas hacia sí mismo en relación con el atributo estigmatizante, presentó correlaciones muy estables con la baja autoestima y la alta incidencia de síntomas depresivos, siendo éstos, a la vez, los índices de correlación más altos obtenidos en el presente estudio. Este hecho podría indicar el impacto particularmente perjudicial del auto-estigma para la salud mental de las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, ameritando las personas con altos niveles de esta dimensión del estigma sentido, de atención especializada que les facilite su manejo más efectivo.

La carga psicosocial del estigma sentido, constatada en el presente estudio, identifica las personas afectadas por el mismo como un grupo de alta vulnerabilidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana, planteando la necesidad de estrategias puntuales de intervención psicosocial, diseñadas de manera específica para intervenir en la reducción de los niveles de este fenómeno en la población afectada y fundamentadas en la comprensión oportuna de los mecanismos psicológicos que subyacen al estigma sentido en sus diferentes dimensiones. Se requiere, a la vez, de estudios adicionales que permitan identificar otros factores que contribuyen a la carga psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana y para validar los

resultados de este estudio en otras poblaciones, evaluando, a la vez, el impacto del estigma sentido en la incidencia de otras problemáticas psicosociales, incluyendo el uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, violencia, trastornos de ansiedad y afecciones psicosomáticas, entre otras.

REFERENCIAS

Alonzo, A. & Reynolds, N. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory. *Social Science and Medicine*. 41(3): 303-315.

Bellón, J.A.; Delgado, A.; Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*. 18: 153-63.

Berger, B.; Estwing, C. & Lashley, F. (2001). Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*. 24:518-529.

Cáceres Ureña, F.I.; Duarte, I.; De Moya, A.; Pérez-Then, E.; Hasbún, J.; Tapia, M. (1998). *Análisis de la Situación y la Respuesta al VIH/SIDA en República Dominicana: Informe Final*. Santo Domingo: CONASIDA, ONUSIDA, Acción SIDA, UNESCO.

Crandall, C.S. & Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*. 9: 163-177.

Das, V. (2002). Stigma, Contagion, Defect: Issues in the Anthropology of Public Health. *International Conference on Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda*, consultado en Internet 27/07/02 en <http://www.stigmconference.nih.gov/FinalDasPaper.htm>.

Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster Inc.

Herek, G.M. & Glunt, E.K. (1988): An epidemic of stigma: Public reactions to *AIDS*. *American Psychologist*. 43, 886-891.

Leary, M. & Schreindorfer, L. (1998) The Stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing Salt in the Wound en Derlega, V. y Barbee, A. (Eds.) (1998). *HIV & Social Interaction*. California: SAGE Publications, pp. 12-29.

Miric, M. (2003a). Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de estigma. *Paradigmas*. 1: 50-62.

Miric, M. (2003b). Estigma y discriminación: Vinculación y demarcación. *Paradigmas*.2: 83-97.

Miric, M. (2004a). El estigma social desde la Teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick. *Paradigmas*. 3: 101-115.

Miric, M. (2004b). Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la República Dominicana. *Paradigmas*. 4:70-101.

Miric, M. y Díaz, L. (2004): *Factores implicados en la estigmatización y la discriminación hacia las personas VIH positivas en el acceso al mercado laboral y los servicios de salud en la República Dominicana*. Santo Domingo: estudio realizado para el Proyecto CONECTA/USAID (informe inédito).

NIH guide (June 20, 2002). *Stigma and Global Health Research Program*. Consultado en Internet 07/20/02 en <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-TW-03-001.html>.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1: 385-401.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Secretaría de Estado de Trabajo. (2004). *Resolución 4/2003: Sobre salario mínimo para los trabajadores del sector privado no sectorizado*. Consultado en Internet 8/02/2004, en <http://www.set.gov.do/legislacion/salariomin>.