Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación

MANUAL DE INTERVENCIÓN

CESIDA

www.cesida.org

Titulo Original:
Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación.
Manual de intervención.

Subvencionado por:

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

Edita:

CESIDA
Coordinadora Estatal de Vih-Sida

Diseño y maquetación:

Per Fritsche - diseño gráfico e ilustración
www.perfritsche.com

Foto portada:
Simon Tullstedt

ISBN: 978-84-616-3451-4
Fecha: 2013

Coordinadora Estatal de Vih-Sida

Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación

MANUAL DE INTERVENCIÓN

Maria José Fuster Ruiz de Apodaca[1]
Fernando Molero Alonso[1]
David Biel Soro[2]
Carmen Barranco[3]

[1] Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. [2]Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, UAM. [3]Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III, Madrid.

M.J. Fuster Ruiz de Apodaca, e-mail: mjfuster@psi.uned.es, F. Molero Alonso, e-mail: fmolero@psi.uned.es, D. Biel Soro: david@abcpsicologia.info, M. C. Barranco Avilés, e-mail: mcarmen.barranco@uc3m.es

Índice de contenidos

Agradecimientos de los autores 5
CAPITULO 1 6
INFORME GENERAL DE LA INTERVENCIÓN: 2008-2012 6
Introducción 6
Método 9
Resultados 21
Conclusiones 24
CAPITULO 2 25
DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN 25
Primera sesión 28
Segunda Sesión 29
Tercera Sesión 31
Cuarta Sesión 33
CAPITULO 3 35
MARCO TEÓRICO PARA LA INTERVENCIÓN 35
1. Estigma y discriminación: características y consecuencias 35
2. El afrontamiento del estigma 45
3. Autoestima 50
4. Habilidades de Comunicación 59
5. Habilidades de Auto-control emocional 103
6. Capacitación legal 138
CAPITULO 4 139
DESCRIPCIÓN DE LOS EJERCICIOS PRÁCTICOS DE LA INTERVENCIÓN 139
Ejercicio práctico 1: Revelar la serología 139
Ejercicio práctico 2: Estrategias de afrontamiento del estigma 142
Ejercicio práctico 3: Identificar y analizar las auto-críticas 143
Ejercicio práctico 4: Identificación de cualidades 145
Ejercicio práctico 5: Afrontamiento verbal asertivo del estigma y la discriminación 146
Ejercicio práctico 6. Entrenamiento en auto-control emocional: respiración, relajación progresiva y visualización. 147
Ejercicio práctico 7. Planificación de metas de superación personal. 148
Ejercicio práctico 8. Herramientas jurídicas para afrontar la discriminación: concretar en la experiencia personal lo vivido 149
Referencias bibliográficas 150
Anexo 1 162
El VIH/Sida y el principio de igualdad 162

Agradecimientos de los autores

El trabajo que contiene este manual no hubiese sido posible sin el apoyo del Plan Nacional sobre el Sida y de la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE). Estas instituciones, no solo han financiado la investigación previa y el proyecto de intervención desarrollado, sino que han mostrado su apoyo e impulso constante a la respuesta al VIH en general. Es por ello que queremos expresarle nuestro agradecimiento.

También queremos agradecer a CESIDA por apostar por este proyecto y por haber confiado en nosotros para trasladar nuestros conocimientos en investigación social a la práctica. Asimismo, agradecemos el inmenso esfuerzo de todas las ONG que durante estos años han participado en el proyecto.

Finalmente, agradecemos a todas las personas participantes en la intervención haber confiado en nosotros, habernos abierto el corazón y haber compartido sus vidas, su coraje y su deseo de superación. Ha sido para nosotros un privilegio haber podido compartir esta experiencia y deseamos que el trabajo que realizamos siga dando sus frutos en la actualidad.

Nota de los autores:

Se recomienda que la intervención que se presenta en este manual sea desarrollada por personas profesionales expertas en el ámbito.

Este manual puede usarse libremente, con la única restricción de citar la fuente cuando se use.

INFORME GENERAL DE LA INTERVENCIÓN: 2008-2012

Introducción

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que las personas con VIH en España son un colectivo estigmatizado que vive en un contexto social donde los prejuicios y la discriminación hacia ellas son una realidad. Estas actitudes prejuiciosas se traducen en diferentes formas y expresiones de estigma que abarcan desde los ámbitos más íntimos a los más institucionales. La estigmatización de las personas con VIH arranca desde los orígenes de la infección y entronca con las características atribuidas a este grupo que le confieren un carácter especialmente devaluado. De este modo, el estigma asociado al VIH es complejo, puesto que en él se superponen casi siempre varios estigmas, y además se dan cita algunas de las características más estigmatizantes señaladas en la literatura. Así, la percepción de gravedad de la infección, la controlabilidad del estigma (atribuciones de culpa a las personas con VIH) y el hecho de ser un estigma que se puede ocultar, influyen en las actitudes prejuiciosas 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. Entre las implicaciones más importantes del estigma y la discriminación hacia este colectivo se encuentra la internalización del estigma. Es un hecho constatado que muchas personas con VIH interiorizan las creencias y actitudes negativas de la sociedad y esto se traduce en diversos sentimientos y actitudes de auto-rechazo que contribuyen directamente al deterioro de su bienestar. El temor al rechazo de los demás y la internalización del estigma desembocan en un escenario de invisibilidad y de auto-exclusión de oportunidades, que tiene importantes costes individuales y colectivos. El estigma tiene su impacto también en el plano grupal, afectando a la identidad social del colectivo,

confiriéndole, al parecer, un carácter especialmente devaluado. Sin embargo, es escasa la investigación existente sobre este asunto en este colectivo estigmatizado.

No obstante, la literatura ha puesto de manifiesto que las personas estigmatizadas no son receptoras pasivas del rechazo, sino que responden y afrontan de diversas maneras el rechazo y la discriminación. A pesar de esto, la investigación en el ámbito del VIH no había estudiado específicamente el afrontamiento del estigma sino que se ha centrado fundamentalmente en estudiar el afrontamiento a varios, de los muchos estresores que vivir con el VIH conlleva. La carencia de estudios sobre afrontamiento del estigma puede deberse a que en la historia de la infección, y antes del avance científico que supuso el tratamiento antirretroviral de gran actividad en términos de reducción de la morbilidad y de la mortalidad, los esfuerzos de las personas con VIH debían centrarse en aspectos más urgentes, como afrontar las pérdidas y la muerte o controlar el progreso de la infección, entre otros. Hoy día, con el escenario de supervivencia conseguido gracias a los avances en el tratamiento, cobra especial urgencia la necesidad de normalizar el escenario social.

Para lograr esa normalización es necesario que la investigación profundice en estos aspectos, para así lograr una mejor comprensión y conocimiento que pueda después ser transferido a la práctica para reducir el problema. Por esta razón el objetivo principal de la tesis de Fuster (2011) fue analizar los efectos del estigma y la discriminación en la calidad de vida de las personas con VIH. Para ello, y dado que en este proceso intervienen otros importantes factores que pueden jugar un papel relevante, como la identidad de grupo, la ocultación de la serología, el afrontamiento del estigma y la autoeficacia percibida para hacerlo, la tesis citada analizó el papel conjunto de estas variables en la calidad de vida de las personas con VIH.

Los resultados hallados permitieron comprender mejor las variables implicadas en la experiencia de estigma de las personas con VIH. Esos resultados mostraron que tanto la percepción de estigma declarado (percepción de rechazo por parte de los demás) como, en especial, los síntomas de estigma internalizado (asumir que el rechazo de los demás está justificado) tenían un impacto negativo en la calidad de vida. En estos efectos negativos, principalmente en el caso del estigma internalizado, intervenían variables mediadoras relevantes como la autoeficacia percibida, la ocultación de la serología o el afecto hacia el grupo, entre otros. Además de estas variables, los resultados mostraron, que el uso de estrategias de afrontamiento de aproximación tenía un efecto positivo en la calidad de vida en las personas que participaban activamente en ONG. Es posible suponer que los recursos personales, habilidades interpersonales y beneficios grupales, en términos de cohesión, afiliación o influencia, que estas personas tienen, influyeran en ello y que les confirieran resiliencia.

A partir de estos resultados y con el fin de transferir el conocimiento a la práctica, se diseñó una intervención dirigida a disminuir el impacto del estigma en las personas con VIH y a capacitarlas para afrontarlo. Esta intervención, va dirigida específicamente a (1) disminuir la internalización del estigma, (2) mejorar la autoestima, (3) reestructurar posibles creencias erróneas y magnificadas del rechazo social existente en la actualidad, (4) entrenar en habilidades para afrontar el estigma y, (5) mejorar la autoeficacia percibida para afrontarlo. El estudio de Fuster (2011) había mostrado que estas variables tenían impacto en la calidad de vida de las personas entrevistadas. La intervención, se diseñó para ser implementada de forma grupal con el fin de añadir a los posibles beneficios derivados de los contenidos trabajados, el impacto positivo de los beneficios grupales que se habían observado en el grupo de personas que participaban activamente en ONG en los anteriores estudios.

Participantes y procedimiento

El programa de intervención se ha llevado a cabo durante cuatro años en cinco ciudades diferentes de la geografía española cada año. Las intervenciones se desarrollaron a lo largo de un fin de semana en cada ciudad, teniendo una duración de 16 horas cada una, distribuidas en cuatro sesiones de cuatro horas. La media de participantes por sesión fue de 12 personas aproximadamente. En el conjunto de los cinco años han participado 279 personas con VIH, de las cuales 222 han recibido la intervención y el resto han participado en los grupos de cuasi-control en las ediciones en las que se ha podido contar con estos grupos. Las características sociodemográficas de las personas participantes pueden consultarse en la tabla 1.

Tabla 1

Datos sociodemográficos y de participación

	Primera edición	Segunda edición	Tercera edición	Cuarta edición
N total participantes	58	80	65	76
N grupo experimental	58	52	65	47
N grupo cuasi-control	--	27	--	29
Cuestionarios válidos gr. experimental	44	50	39	39
Cuestionarios validos gr. control	--	22	--	17
Datos sociodemográficos				
Sexo (%)				
Hombre	65.9	59.6	80.6	76.9
Mujer	34.1	38.3	19.4	23.1
Transgénero	0	2.2	0	0
Edad (M ± DT)	42 ± 6.8	43.7 ± 6.9	39.5 ± 7.2	42.9 ±7.6
Nivel de estudios	--			
Sin estudios		8.2	0	0
Primarios		35	27.8	34
Secundarios		40	41.7	37.7
Superiores		16.3	30.6	22.6
Otros		0.5	0	5.7
Situación laboral	--			
Trabaja con contrato		22	45.7	30.2
Trabaja sin contrato		12	5.7	3.8
No trabaja		66	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)	11.2 ±7.2	14.7±7.8	7.13±7	10.7±7.6

El programa de intervención se desarrolló con metodología de educación participativa y se combinaron explicaciones teóricas con diversas técnicas de dinámica de grupos tales como, lluvia de ideas, discusiones grupales, análisis de textos escritos, role-playing y trabajo en pequeños grupos.

Las sesiones del programa se llevaron a cabo por una psicóloga con formación en psicología social y en intervención grupal, y por juristas expertos en el ámbito de los derechos humanos y del derecho anti-discriminatorio. Estas personas tenían también experiencia de trabajo en el ámbito del VIH. En el último año de intervención (2012) tres profesionales de la psicología que trabajaban en el ámbito del VIH y que habían recibido formación previa sobre la esta intervención co-facilitaron las sesiones.

La selección de los y las participantes se realizó desde el personal técnico de proyectos de CESIDA y con la colaboración de las diferentes ONG participantes en el proyecto. Gracias a la financiación del Plan Nacional sobre el Sida, las personas que participaron en las sesiones tenían todos los gastos de desplazamiento y manutención cubiertos.

Para la selección de las personas participantes se estableció como criterio que, a juicio de los especialistas de las ONG, presentaran dificultades psico-sociales 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 auto-estigmatización.

Descripción del programa de intervención

El programa se realizó en dos días, en dos sesiones de cuatro horas cada día. Este, tiene como objetivos generales disminuir la percepción de estigma, incrementar la

autoestima y la percepción de autoeficacia para afrontar el estigma y entrenar en habilidades para afrontarlo. El programa combina 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. En el Cuadro 1 se muestra un resumen de la agenda de cada sesión del tratamiento. En los próximos capítulos de este manual se describirán con detalle las dinámicas grupales y los contenidos teóricos necesarios para realizar la intervención.

Cuadro 1

Contenido de las sesiones del programa de intervención

SESIÓN 1.

PRIMERA PARTE. PRESENTACIÓN

a) Presentación del/la terapeuta.

b) Presentación de los/as 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 cuando y a quien se desea revelar la condición y entrenamiento en estrategias de cómo hacerlo[1].

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.

Cuadro 1 (cont.)

Contenido de las sesiones del programa de intervención

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.[1]

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: CAPACITACIÓN LEGAL.

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 discriminatoria 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 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.

Cuadro 1(cont.)

Contenido de las sesiones del programa de intervención

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.

Evaluación del proyecto: diseño, variables e instrumentos

Para evaluar los resultados de la intervención se realizaron estudios pre-experimentales en tres de las ediciones, con medidas pre y post intervención, y estudios cuasi-experimentales en dos de las ediciones – con grupo control no equivalente- .

La variable independiente de esta investigación consistió en el programa de intervención descrito anteriormente. Las variables dependientes eran la percepción de estigma de los participantes –estigma declarado y estigma internalizado-, la autoestima, la percepción de autoeficacia para afrontar el estigma y las estrategias de aproximación que usan para afrontarlo –estrategias de control primario y secundario. 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.

Instrumentos utilizados.

Además de los instrumentos que se detallan a continuación, se incluyó un apartado de datos socio-demográficos (sexo, edad, orientación sexual y nivel de estudios), sanitarios (tiempo de infección y vía de transmisión) y relativos a la situación socio-económica (situación laboral y percepción de algún tipo de prestación económica). Los instrumentos utilizados para medir las variables dependientes fueron los siguientes:

Estigma percibido

En las primeras ediciones del proyecto, se utilizó la versión revisada y reducida (Bunn, Solomon, Millar y Forehand, 2007) de la escala de estigma de Berger, Ferrans y Lashley (2001). Esta escala 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 cuatro puntos (1= *totalmente en desacuerdo,* 4 = *totalmente de acuerdo*). Esta escala se ha utilizado en personas con VIH en España y obtenido evidencias de validez de constructo (Fuster, 2011). Este estudio halló una estructura factorial de segundo orden compuesta por dos dimensiones latentes relacionadas con el Estigma Declarado, en el que saturaban los factores de Estigma Personalmente Percibido y Preocupación por las Actitudes Públicas de Rechazo, y el Estigma Internalizado, que resumía la información del factor Auto-imagen Negativa y Preocupaciones relacionadas con la Ocultación. La consistencia interna de estas dos dimensiones, en las dos ediciones en que se usó está escala en las medidas tomadas (pre y post-test), osciló entre $\alpha = .87$ y $\alpha = .88$ en el caso del Estigma Declarado y entre $\alpha = .82$ y $\alpha = .84$, en el del Estigma Internalizado.

En las dos últimas ediciones del proyecto, se utilizaron unos ítems de la batería de predictores psicológicos de la calidad de vida de las personas con VIH (Remor et al., 2012). Estos ítems tienen un formato de respuesta visual analógica de 10 cm. Se evalúan dos dimensiones del estigma: el Estigma Declarado y el Estigma Internalizado. La faceta de estigma declarado está compuesta por 4 ítems. La de estigma internalizado está compuesta por 6 ítems. La consistencia interna de esta escala osciló entre $\alpha = .60$ y $\alpha = .63$ en el caso del Estigma Declarado, y entre $\alpha = .75$ y $\alpha = .81$, en el del Estigma Internalizado.

Afrontamiento del estigma

Se utilizó la escala diseñada por Fuster (2011). Los ítems de esta escala se diseñaron a partir de un estudio cualitativo consistente en 40 entrevistas en profundidad y partiendo del marco teórico del afrontamiento del estrés, en concreto del modelo de Compas et al. (2001). Este modelo propone que las respuestas de afrontamiento pueden

ser de implicación o de desimplicación del evento estresante o del problema. Las primeras se dividen en función de si se dirigen o no a obtener control primario o secundario sobre el evento estresante. Así, el afrontamiento de Control Primario incluye esfuerzos dirigidos a influenciar los eventos objetivos o las condiciones que incrementan el sentimiento de control personal sobre el ambiente o sobre las reacciones propias. Este tipo de afrontamiento incluye tanto estrategias dirigidas a resolver el problema como a regular las emociones o su expresión. El afrontamiento de Control Secundario implica esfuerzos para adaptarse a la situación, a cambiar el modo en que la persona siente el hecho ocurrido. Finalmente el afrontamiento de Desimplicación o Evitación conlleva esfuerzos para evitar o alejarse de la fuente de estrés. La escala diseñada por Fuster (2011) se validó conceptualmente mediante análisis factorial confirmatorio de primer y de segundo orden. Los resultados mostraron la existencia de tres factores de primer orden relacionados con las estrategias de Control Primario y Secundario y con las de Evitación y una dimensión latente de segundo orden relacionada con las estrategias de Aproximación o Implicación en la que saturaban los factores de primer orden de estrategias de Control Primario y Secundario. Esta escala tiene un rango de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. La consistencia interna del factor de Afrontamiento de Control Primario osciló, a lo largo de las cuatro ediciones de la intervención en las medidas tomadas, entre $\alpha = .76$ y $\alpha = .83$, el factor de Afrontamiento de Control Secundario entre $\alpha = .60$ y $\alpha = .71$. Finalmente, el factor de Afrontamiento de Evitación osciló entre $\alpha = .40$ y $\alpha = .53$.

Autoeficacia percibida para afrontar el estigma

Se utilizó la escala diseñada en el estudio de Fuster (2011). Esta escala fue también validada mediante análisis factorial confirmatorio, mostrando los resultados una estructura unidimensional de primer orden. La escala, compuesta por cuatro ítems,

tiene un rango de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La consistencia interna osciló entre $\alpha = .73$ y $\alpha = .82$.

Autoestima

Esta variable dependiente se midió en las primeras ediciones a través de una escala visual analógica con dos palabras ancladas en los extremos. De esta forma la parte izquierda de la escala contenía la frase "tengo la autoestima muy baja" y la parte derecha de la escala contenía la frase "tengo la autoestima muy alta".

En las dos últimas ediciones del proyecto, se utilizaron los ítems de la dimensión de Autoestima de batería de predictores psicosociales de la calidad de vida de Remor et al. (2012). Esta dimensión está compuesta por tres ítems con el formato de respuesta indicada en el apartado anterior (EVA de 10 cm).La consistencia interna osciló entre $\alpha = .76$ y $\alpha = .85$.

Calidad de Vida

En las dos últimas ediciones del proyecto, y con el fin de medir la calidad de vida de las personas participantes se utilizó el cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca (1993). Esta escala está compuesta por 39 ítems y mide 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, 2009), se decidió usar los tres primeros factores y prescindir del relacionado con el mundo del trabajo y tiempo libre. Asimismo, se eliminaron otros ítems que, aunque pertenecían a la subescala de Satisfacción General, hacían referencia al mundo laboral. Finalmente, se eliminó el ítem relativo a la satisfacción con las relaciones sexuales puesto que en el estudio de Fuster (2011) el ítem mostró muy baja

fiabilidad. De esta forma la escala quedó compuesta por 20 ítems medidos en escala Likert de cinco puntos (1= *nada* y 5 = *mucho*). La consistencia interna de la escala total osciló entre α = .89 y α = .91. Por su parte, los factores de la escala mostraron valores de fiabilidad comprendidos en rango entre α = .79 y α = .86.

Análisis de datos

Los datos de los cuestionarios se codificaron y se analizaron por medio del programa estadístico para Ciencias Sociales Spss-pc para Windows (v.15.0).

En primer lugar, se realizó análisis exploratorio 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 cuestionarios pre y post-test. En el caso de los cuestionarios que presentaban valores perdidos inferiores al 25% de los ítems de las escalas, estos valores perdidos 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 el análisis de datos se siguieron dos estrategias de evaluación. En primer lugar, en cada edición del proyecto, se realizó una evaluación pre y post-test de todas las personas que habían recibido el programa de intervención. A continuación, en las ediciones en las que se contó con grupo de cuasi-control, se realizó una evaluación cuasi-experimental.

Para analizar las diferencias en las variables dependientes pre y post test se realizó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Aunque esta prueba es robusta

a las violaciones del supuesto de normalidad, dado el reducido de tamaño de la muestra, se comprobaron los resultados mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Para la evaluación cuasi-experimental, se realizó prueba *t* de Student para muestras independientes antes de iniciar la intervención para comprobar que no existían diferencias significativas entre los dos grupos. A continuación, se realizó también comparación de medias a través de esta prueba en los pares de cuestionarios obtenidos del grupo experimental y de cuasi control a fin de evaluar si había diferencias entre ellos. Al igual que en la evaluación pre-experimental, estos resultados se comprobaron con pruebas no paramétricas, *U* de Mann-Whitnney para la comparación de grupos independientes y estadístico de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Asimismo, se calculó el tamaño del efecto para las diferencias de medias de grupos relacionados en el grupo que recibió la intervención y para la diferencia de medias en la medida post-tratamiento del grupo experimental y del control.

Finalmente, para analizar las variables estudiadas en función del sexo de las personas participantes, se llevó también a cabo comparación de medias mediante las técnicas estadísticas para comparar grupos independientes descritas en párrafos anteriores.

Resultados

En la tabla 2 se presentan los resultados de la diferencia de medias en las puntuaciones antes de realizar el programa de intervención y al finalizar esta, en las cuatro ediciones en que se ha realizado la intervención.

Como se puede observar, en todas las ediciones, se lograron cambios estadísticamente significativos en casi todas las variables medidas. Así, las personas

participantes en la intervención redujeron su percepción de estigma declarado, la internalización del estigma, aumentaron su autoeficacia percibida para afrontar el estigma y su autoestima, e incrementaron la disposición al uso de estrategias de afrontamiento de control primario y secundario. Por lo que respecta al afrontamiento de evitación, éste se redujo de forma estadísticamente significativa en las dos últimas ediciones, mientras que en la primera la disminución fue marginalmente significativa, y no tuvo cambios significativos en la segunda edición. Finalmente, los resultados mostraron un aumento estadísticamente significativo en la calidad de vida, tanto de forma total como en cada una de sus dimensiones, en los participantes de las dos ediciones del programa en que se añadió esta variable dependiente. Todos estos cambios significativos en el grupo que recibió la intervención, no se hallaron en los grupos de cuasi-control de las ediciones en las que se pudieron reclutar participantes para estos grupos. En estas dos ediciones, se comprobó si había diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas al inicio de la intervención entre el grupo experimental y del de cuasi control, no hallándose ninguna.

Respecto a los valores del tamaño del efecto se observa que fueron casi todos altos o medio-altos. Los valores mayores se obtuvieron en la reducción de la percepción de estigma declarado y en el estigma internalizado. El incremento de la autoeficacia percibida y la autoestima presentaron también valores medio-altos, siendo los demás valores medios.

Tabla 2

Comparación de medias pre y post-test en el grupo de personas que recibieron la intervención y en los grupos de cuasi-control

$N_{Ea/b}$ = 44/50/39/39
$N_{Ca/b}$ = --/22/--/17

Variables	Grupo	$M^{a/b/c/d}$	$DT^{a/b/c/d}$	$M^{a/b/c/d}$	$DT^{a/b}$	$t^{a/b/c/d}$(gl)	$d^{a/b/c/d}$ de Cohen
Estigma Declarado[1a,b/2c,d]	E	2.5/2.4/6.2/5.5	.52/.65/1.6/1.8	2.3/2.1/4.6/4	.43/.52/1.9/1.9	*t*(43/49/38/38) = 3.3**/4.03***/ 4.3***/3.5**	0.51/0.54/0.87/0.73
	C	--/2.34/--/5.4	--/.67/--/1.4	--/2.3/--/5.1	--/.69/--/1.5	--/ns/--/ns	
Estigma Internalizado[1a,b/2c,d]	E	2.6/2.4/5.2/5.3	.49/.63/2.2/2.1	2.3/1.9/3.4/2.9	.42/.40/1.9/2	*t* (43/49/38/38) = 4.2***/6.4***/3.9***/5.4***	0.63/0.89/.84/1.14
	C	--/2.2/--/4.1	--/.67--/2.6	--2.2/--/4.2	--/.64/--/2.2	--/ns/--/ns	
Autoestima[2]	E	--/4.8/6.1/5.9	--/2.2/1.8/2.1	--/6.7/6.9/7.2	--/2.2/1.7/1.9	*t*(--/49/38/38) = --/ -5.6***/- 2.5** - 4.4 ***	--/-0.83/-.45/-0.64
	C	--/5.4/--/6.3	--/3.5/--/1.1	--/5.6/--6.4	--/2.9/--/1.2	--/ns/--/ns	
Autoeficacia percibida[1]	E	2.3/2.4/2.1/2.4	.74/.74/.63/.67	2.7/2.8/2.6/2.8	.62/.48/.61/.70	*t*(43/49/38/38) = 3.4**/-3.2**/ -3.9/ - 3.2**	-0.63/-0.48/-0.67/-0.52
	C	--/2.8/--/2.4	--/.74/--/.81	--/2.6/--/2.4	--/.63/--/.66	--/ns/--/ns	
Af. Control Primario[1]	E	3/2.4/2.2/2.2	.58/.45/.61/.55	3.1/2.7/2.4/2.5	.48/.58/.57/.53	*t*(43/49/38/38) = ns/-4.8***/ -3.6***/- 4.03***	-0.15/-0.52/-0.41/-0.55
	C	--/2.5/--/2.2	--/.45/--/.54	--/2.6/--/2.2	--/.51/--/.56	--/ns/--/ns	
Af. Control Secundario[1]	E	2.6/2.8/2.8/2.7	.54/.46/.59/.57	3/3.1/3/3	..54/49/.50/.50	*t*(43/49/38/38) = -4.2**/ -5.6***/-2.7**/ - 3.4**	-0.62/-0.62/-0.34/-0.52
	C	--/2.7/--/2.5	--/.50/--/.52	--/2.8/--/2.4	--/.52/--.50	--/ns/--/ns	
Af. Evitación[1]	E	2.2/2.5/2.3/2.2	.52/.63.53/.58	2.1/2.4/2.1/1.9	.50/.53/.54/.40	*t*(43/49/38/38) = - 1.7†/ns/2.7**/2.8**	0.27/0.22/0.34/0.60
	C	--/2.4/--/1.9	--/.71/--/.43	--/2.4/--/2.1	--/.67/--/.62	--/ns/--/ns	
Calidad de Vida total[3]	E	--/--/3.4/3.3	--/--/.61/.66	--/--/3.7/3.7	--/--/.49/.62	*t*(--/--/38/38) = --/--/-3.5***/- 4.3***	--/--/-0.54/-0.57
	C	--/--/--/3.3	--/--/--/.45	--/--/--/3.3	--/--/--/.45	--/--/--/ns	
CV: Satisfacción[3,]	E	--/--/3.1/3	--/--/.66/.74	--/--/3.4/3.5	--/--/.61/.68	*t*(--/--/38/38) = --/--/-3.5***/- 4.5***	--/--/-0.45/-0.62
	C	--/--/--/3.2	--/--/--/.54	--/--/--/3.1	--/--/--/.74	--/ns/--/ns	
CV: Bienestar[3, c]	E	--/--/3.4/3.3	--/--/.85/.66	--/--/3.7/3.7	--/.67/.62	*t*(--/--/38/38) =--7--/ -3.1**/-4.7***	--/--/-0.39/-0.64
	C	--/--/--/3.3	--/--/--/.59	--/--/--/3.3	--/--/--/.55	--/ns/--/ns	
CV: Apoyo Social[3, c]	E	--/--/3.7/3.5	--/--/.68/.87	--/--/3.9/3.7	--/--/.60/.76	*t*(--/--/38/38) = --/--/-2.1/- 2.2*	--/--/0.26/-0.29
	C	--/--/--/3.6	--/--/--/.49	--/--/--/3.6	--/--/--/.58	--/ns/--/ns	

Nota: E = Experimental, C = control, -- no se dispone de datos por no haberse medido la variable en esa edición o por no contar con grupo control, [a] Primera edición intervención, [b] Segunda edición intervención, [c] Tercera edición intervención, [d] Cuarta edición intervención [1]Las escalas tienen un rango de 4 puntos, [2]Las escalas miden 10 cm [3]Las escalas tienen un rango de 5 puntos. *M* = Media, *DT* = Desviación típica, *t* = Prueba T para muestras relacionadas, *d* = Tamaño del efecto.
* p < .05, ** p < .01; *** p < .001, † p < .1

Conclusiones

Los resultados de la intervención han demostrado que es posible disminuir la percepción de estigma y su internalización, aumentar la autoestima, la autoeficacia percibida para afrontar el estigma y capacitar a las personas con VIH para su afrontamiento. Además, se ha puesto de manifiesto que estos cambios han tenido un impacto positivo en la calidad de sus vidas.

Sin embargo, este estudio presenta algunas limitaciones en la validez. El diseño ha sido básicamente pre-experimental, pudiendo solo en dos años reclutar un número reducido de personas para los grupos de cuasi-control. De cara a aumentar la validez sería importante poder realizar una evaluación experimental en la que se contara con un grupo de control. Otra limitación es no contar con una medida de evaluación unos meses transcurrida la intervención. Únicamente con ella podríamos conocer la sostenibilidad de los cambios obtenidos.

Sin embargo, hasta la fecha ha sido imposible realizar este tipo de evaluación debido a la escasez de recursos. Realizar una investigación con grupo control implica la selección de dicho grupo y también implicarlos en alguna actividad distractora con el fin de poder controlar posibles variables extrañas o ponerlos en lista de espera para intervenir después. Esto implica un esfuerzo tanto en términos de recursos humanos como económicos. La limitación de recursos en este proyecto ha impedido que las ONG participantes pudiesen dedicar su tiempo y esfuerzo a la tareas necesarias de una investigación experimental. Es conveniente señalar, que los beneficios de invertir más recursos en la evaluación de este proyecto supondría la posibilidad de poder demostrar su eficacia.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Como se señaló en el capítulo anterior, el programa, dividido en cuatro sesiones de cuatro horas tiene como objetivos generales disminuir la percepción de estigma, incrementar la autoestima y la percepción de autoeficacia para afrontar el estigma y entrenar en habilidades para afrontarlo. El programa combina explicaciones y técnicas de dinámica de grupos para trabajar con las implicaciones del estigma desde una perspectiva psico-social con técnicas cognitivo-conductuales e información educativa sobre aspectos jurídicos. Se realiza en este capítulo una descripción más detallada de la dinámica grupal, incorporándose la descripción de cada ejercicio y el marco teórico necesario para realizar las sesiones en los capítulos siguientes de este manual. En cada sesión se muestra en primer lugar el cuadro resumen de esta sesión, describiéndose a continuación su dinámica. En el cuadro pueden encontrarse las preguntas concretas que se formulan para iniciar los debates grupales y se referencian los apartados correspondientes a consultar para conocer los marcos teóricos y la descripción de los ejercicios.

Primera sesión

Cuadro Resumen

Contenido de la primera sesión de intervención

SESIÓN 1.

PRIMERA PARTE. PRESENTACIÓN

a) Presentación del/la terapeuta.

b) Presentación de los/as 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: *¿Cuáles son los principales problemas o dificultades a que os enfrentáis en vida diaria?*

SEGUNDA PARTE. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN. CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS.

a) Rueda grupal sobre la percepción de estigma declarado de las y los participantes: *¿En qué medida pensáis que el rechazo y la discriminación son un problema hoy día en nuestra sociedad?* (Pedir que puntúen en una escala del 1 al 10).

b) Explicación teórica sobre la situación actual de estigma en España, sus orígenes y consecuencias en las personas con VIH (Véase el apartado 1 del capítulo de marco teórico).

c) Rueda de identificación de síntomas de estigma internalizado en las y los participantes: *¿Qué pensamientos y sentimientos os produce ser seropositivos? ¿En qué medida os identificáis con algo de lo explicado?* 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 cuando y a quien se desea revelar la condición y entrenamiento en estrategias de cómo hacerlo[1] (véase Ejercicio práctico 1)

Primera parte. Presentación

La sesión se inicia con la presentación del programa, de las personas participantes y se identifican las principales dificultades a las que se enfrentan en su vida diaria.

Segunda parte. Estigma y discriminación. Características y consecuencias.

A continuación la intervención se dirige a analizar la percepción de estigma de las y los participantes, reestructurar las creencias erróneas existentes al respecto y a

suministrar información acerca de las características del estigma asociado al VIH. También en esta primera sesión, se analizan las consecuencias del estigma con especial detenimiento en el estigma internalizado y sus síntomas, y se analizan las implicaciones de la ocultación se la serología. Para conseguir estos objetivos, se hace, en primer lugar, una ronda grupal en la que se explora la magnitud cuantificada de rechazo social que perciben las personas participantes a través de una puntuación del 1 al 10. A continuación de la ronda, se dan datos de los estudios existentes acerca de la cantidad de prejuicios existentes en la sociedad española hacia las personas con VIH. Esta rueda grupal, y dado que generalmente la percepción de estigma por las personas que participan es mayor que la que arrojan los datos de estudios al respecto, da lugar a un debate en la que se analizan los motivos de esta percepción magnificada y las consecuencias que ello tiene en su bienestar.

También en esta sesión se explica qué es la internalización del estigma y los sentimientos que produce. A partir de ahí, se explora, a través también de rueda grupal, los pensamientos y sentimientos relacionados con este tipo de estigma que experimentan las personas participantes. La psicóloga que conduce el grupo va analizando el caso de cada participante, restructurando las creencias erróneas y clarificando la conexión de los sentimientos con la interiorización de la respuesta negativa social.

A continuación, se analizan las implicaciones de la ocultación del estado serológico y se enseñan estrategias y habilidades para revelarlo. Seguidamente, se realiza un ejercicio individual, en el cual las personas participantes anotan a qué tipo de personas les parecería importante revelarles su condición y cuáles son los motivos por los que no lo hacen. Este ejercicio se pone en común en el grupo y seguidamente se hacen ejercicios de role-playing en el cual se interpreta la revelación de la serología a

una de las personas anotadas en el ejercicio de cada participante. En este ejercicio es importante poner de manifiesto que no hay ninguna obligación de revelar la condición si no se desea y que es bueno hacerlo cuando las personas se sientan preparadas.

Segunda Sesión

Cuadro Resumen

Contenido de la segunda sesión de intervención

SESIÓN 2.

PRIMERA PARTE. ENTRENAMIENTO EN AUTOESTIMA.

a) Rueda grupal dirigida a identificar y valorar la autoestima por cada participante: *Anota las primeras palabras que vengan a tu mente y que te describan. Yo soy:..... ¿Cómo valoráis vuestra autoestima?*

b) Exposición teórica sobre autoestima: concepto e importancia, características de la baja autoestima. (Véase el apartado 3 del capítulo de marco teórico).

c) Ejercicio de identificación de las críticas personales como elemento definitorio de la baja autoestima. Análisis grupal de sus orígenes e implicaciones. (Véase Ejercicio práctico 3).

d) Exposición teórica sobre autoestima: características de la autoestima positiva y formas de mejorarla.

e) Ejercicio grupal sobre identificación de cualidades personales. (Véase Ejercicio práctico 4).

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. (Véase Ejercicio práctico 3).

c) Explicación teórica sobre formas de afrontamiento del estigma desde la perspectiva del afrontamiento del estrés. (Véase el apartado 2 del capítulo de marco teórico).

Primera parte: Autoestima

La segunda sesión se centra, en su primera parte, en potenciar la autoestima. Esta sesión se inicia con una rueda grupal dirigida a valorar la percepción de autoestima de las personas participantes. A continuación, se realiza una explicación teórica breve sobre lo que es la autoestima, las características de la baja autoestima y las desviaciones del pensamiento que la caracterizan. A continuación de ella se realiza un ejercicio práctico. Éste, consiste en trabajar con uno de sus síntomas, la crítica patológica. A través de este ejercicio, las personas participantes, de forma individual, identifican sus formas de auto-crítica y también los mensajes que recuerdan de la infancia. La terapeuta

del grupo va analizando cada caso. Seguidamente, se explican técnicas para desarmar dichas críticas y se trabaja en la sustitución de dichas críticas a través de afirmaciones positivas. A continuación, se explican las características de la autoestima positiva y las formas de mejorarla. Finalmente, se hace de nuevo un ejercicio práctico. Éste consiste en que cada participante identifique sus cualidades tanto personales, como sociales, físicas e intelectuales. Cuando el listado está generado se hace una dinámica grupal, en la cual, por parejas, cada persona explica a su pareja sus principales cualidades. Finalmente, se pone en común los sentimientos generados tras la dinámica.

Segunda parte: El afrontamiento del estigma

La segunda parte de esta sesión, va dirigida a identificar y explicar formas de afrontamiento del estigma. Para ello, se realiza una ronda grupal en la cual cada persona comparte las experiencias de rechazo que recuerda. A continuación, la terapeuta del grupo pide que anoten en un post-it la forma en que recuerdan afrontaron dicha situación. La instrucción que se da es que traten de recordar qué actuaciones, pensamientos o sentimientos les ayudaron a afrontar la situación. Seguidamente, se pegan los post-it en una pizarra agrupados en categorías similares y se realiza una discusión grupal sobre las ventajas y desventajas de dichas estrategias. La sesión se finaliza con una explicación teórica sobre el afrontamiento del estigma desde el marco teórico del afrontamiento del estrés.

Tercera Sesión

Cuadro Resumen

Contenido de la tercera sesión del programa de intervención

SESIÓN 3. HABILIDADES PARA AFRONTAR EL ESTIGMA

PRIMERA PARTE. CAPACITACIÓN LEGAL.

a) Ejercicio grupal sobre situaciones de discriminación vividas.

b) Explicación sobre el concepto de discriminación y distinción de otras formas de rechazo social. (Véase el anexo 1 y 2).

c) Ejercicio grupal sobre formas de reacción a la situación discriminatoria 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 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. (Véase Ejercicio práctico 8).

SEGUNDA PARTE. 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. (Véase Ejercicio práctico 5).

d) Puesta en común final.

En la tercera sesión, se empieza con el entrenamiento en habilidades para afrontar el estigma, centrándose en la capacitación legal, en concreto en técnicas de Derecho Antidiscriminatorio y Derechos Fundamentales, y las habilidades de comunicación. Estas dos técnicas concretas se entrenan puesto que parte de las estrategias halladas tanto en la investigación anteriormente descrita, como en las que

emergen en los talleres, consisten en algún modo de confrontación verbal o de reclamación jurídica.

Primera parte: Capacitación legal

La sesión de capacitación legal va dirigida a aprender a distinguir, a partir de las situaciones personales de estigma experimentadas, lo que es la discriminación de las diferentes formas de rechazo que se padecen en la vida social. A continuación se analizan y se explican las diferentes normas que componen el derecho antidiscriminatorio. También se analiza el efecto positivo de otras formas de afrontamiento más colectivas o sociales, en el ámbito del asociacionismo, política, educación, etc. En esta sesión se realiza también una dinámica grupal, en la cual, se divide al grupo en tres subgrupos y cada uno analiza que vías jurídicas o sociales tiene para actuar en tres escenarios simulados de discriminación que se facilitan a las personas del grupo. La sesión finaliza con la revisión de la actuación que las personas llevaron a cabo en su día para afrontar la situación de discriminación que, en su caso, padecieron.

Segunda parte. Habilidades de Comunicación

Para el entrenamiento en habilidades de comunicación se realiza una explicación teórica sobre los tipos de comunicación, los elementos que la facilitan y la dificultan, los verbos clave y la comunicación asertiva. A continuación, se realizan ejercicios de role-playing con las situaciones de discriminación y rechazo expuestas por las personas participantes en la sesión anterior para aplicar las técnicas aprendidas.

Cuarta Sesión

Cuadro Resumen *Contenido de la cuarta sesión del programa de intervención*
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. (Véase el apartado 5 del capítulo del marco teórico). b) Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional (véase bibliografía recomendada): 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. (Véase Ejercicio práctico 6). *SEGUNDA PARTE. PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS Y CIERRE DEL TALLER.* a) Breve exposición teórica sobre los pasos para planificar objetivos y metas personales. (Véase Ejercicio práctico 7). b) Rueda grupal de identificación de objetivos concretos y metas personales por los participantes para después del taller. c) Rueda grupal final de evaluación del taller.

Primera parte: Habilidades de autocontrol emocional

La cuarta sesión continua, en su primera parte, con el entrenamiento en habilidades para afrontar el estigma, centrándose esta en las habilidades de auto-control emocional. La decisión de incorporar esta estrategia en el programa obedece a que parte de las estrategias de afrontamiento halladas en la literatura y en la investigación que da origen a este programa de intervención (Fuster, 2011) incluyen algún tipo de regulación emocional. De este modo, se enseñan diversas técnicas de afrontamiento del estrés y se profundiza, más en concreto, en la técnica de rechazo de ideas irracionales, se entrena en técnicas de respiración y se practica un ejercicio de relajación progresiva y otro de visualización.

Segunda parte: Planificación de objetivos y cierre del taller

A continuación se realiza una explicación breve sobre planificación de objetivos personales y se pide a las personas participantes que se marquen una meta de superación personal. A partir de la formulación de la meta personal, se recomienda ir poniendo en marcha, con posterioridad al taller, los sucesivos pasos explicados previamente para alcanzarla. Se finaliza la sesión con una evaluación grupal cualitativa.

Además del trabajo de las sesiones, dada su brevedad, se entrega a las personas participantes ejercicios para realizar en casa y poder así afianzar y practicar las habilidades entrenadas. De este modo, se entregan ejercicios correspondientes a técnicas de auto-control emocional que no se han podido practicar en la sesión y se sugiere que pongan en marcha el proyecto o meta de superación personal que se han marcado en la sesión. Se facilita la forma de contacto con la terapeuta para poder hacer seguimiento tras la intervención.

Para cerrar el taller se realiza una rueda grupal en la que se pide a las personas participantes que hagan una valoración de la experiencia vivida en el taller, de los aspectos positivos y también de los negativos. Una vez realizada la evaluación cualitativa y la despedida, se pide a las personas participantes que rellenen los cuestionarios que se han referenciado en el capítulo anterior.

MARCO TEÓRICO PARA LA INTERVENCIÓN

En este apartado se exponen los contenidos teóricos que se transmiten a las personas participantes durante el taller en forma de exposición. Estos contenidos se van ampliando en función de las situaciones personales y necesidades de las personas participantes por lo que se recomienda a quienes apliquen la intervención que consulten el material complementario que se sugiere al final de este capítulo.

1. Estigma y discriminación: características y consecuencias

El estigma y la discriminación de las personas con VIH en España.

En España, la discriminación por razón del VIH se encuentra documentada en varios estudios. El primero de ellos, el estudio FIPSE (2005), analiza la existencia de discriminación arbitraria a través de la legislación, los protocolos y reglamentos internos de instituciones y el ámbito de la vida cotidiana en diez áreas: sanitaria, empleo, procesos judiciales, administración, bienestar social, vivienda, educación, vida familiar y reproductiva, seguros y otros servicios financieros, y acceso a otros servicios o establecimientos públicos. Los resultados muestran que, en España, no existe discriminación en la legislación pero sí se halla, en ciertos ámbitos, cuando se realiza un análisis de los reglamentos y protocolos internos y, aparece ampliamente documentada, en el ámbito de la práctica cotidiana donde se hallan prácticas negativas en todas las áreas descritas.

Un estudio más reciente realizado por la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (Fuster et al., 2010) arroja datos importantes relacionados con los prejuicios y la discriminación que actualmente existen en España. Esta investigación realizada sobre

una muestra representativa de la población española (1.607 personas), pone de manifiesto que un porcentaje importante de la población siente incomodidad ante la presencia de una persona con VIH y también que, dado el caso, intentarían evitar el contacto con ella.

Así, se ha visto que, más de la mitad de la población se sentiría incómoda si algún compañero de colegio de su hijo tuviera el VIH. De los que manifestaron sentir incomodidad, el 40.1% cambiaría a su hijo de colegio si pudiera. Asimismo, cerca del 31% de la población se sentiría incómoda si alguno de sus compañeros de trabajo tuviera esta infección. De ellos, el 31.1% pediría que esa persona fuera cambiada a otro sitio, o se cambiaría ella misma de trabajo si pudiera. Finalmente, algo más del 44% de la población se sentiría incómoda si un empleado de la tienda donde compra habitualmente tuviera el VIH. De ellos, más de la mitad trataría de ir a comprar a otra tienda si pudiera. El porcentaje de personas que evitarían el contacto con una persona con VIH en alguna de las tres situaciones descritas ascendía a un 33% en la muestra considerada en su globalidad.

Este estudio encontró también que el prejuicio de la población se traducía en actitudes discriminatorias más graves expresadas a través del apoyo a posibles políticas discriminatorias cuya finalidad sería la segregación social e incluso física de las personas con VIH. En este sentido, el estudio arrojó dos datos significativos: el 20% de la población estaba de acuerdo con que la ley debería obligar a que, en ciertos lugares, las personas con VIH estén separadas del resto de la población para proteger la salud pública y; el 18%, pensaba que los nombres de las personas con VIH deberían hacerse públicos para que la gente que quisiera pudiera evitarlos.

Los orígenes del estigma.

Uno de los motivos por los que surge el prejuicio es la percepción de amenaza que puede sentir un grupo por parte de otro. El VIH puede representar para la población dos tipos de amenazas. Por un lado es una amenaza real, tangible, dado que constituye una amenaza para la salud, por ser una infección transmisible y que además presenta una fuerte asociación con la muerte desde sus orígenes (Fuster y Molero, 2008). Por otro lado, la infección por VIH se configura también como una amenaza simbólica, que pone en riesgo ciertos valores, ideología y moralidad tradicionales, debido a su origen sexual y a los grupos estereotipados que se le asociaron tradicionalmente. Esta amenaza y la estereotipia asociada fueron configurándose desde los orígenes, por cómo se dieron los primeros casos y por la forma en que la sociedad elaboró las creencias sobre la infección a través de las noticias que iban dando los medios de comunicación. Esto unido a un momento de grandes cambios culturales, en pleno debate sobre la sexualidad humana, donde las relaciones sexuales entre hombres y mujeres habían cambiado y se hacía visible la diversidad sexual (Fuster y Molero, 2008).

Características del estigma asociado al VIH.

En el estigma asociado al VIH, no solo se superponen estigmas, sino confluyen todas las dimensiones que se han propuesto por la literatura, como más centrales, a la hora de justificar el rechazo hacia un grupo: el peligro percibido, la visibilidad y la controlabilidad del estigma (Frable, 1993; Meaux, Reid, Mizrahi, y Ethier, 1995).

El VIH es una infección grave, transmisible y que, entre sus vías de transmisión, se encuentra fundamentalmente la sexual.

En los inicios de la epidemia, se produjo una fuerte asociación de sida como equivalente a muerte que ha influido en la percepción de gravedad y de amenaza

asociada a esta infección. La amenaza para la salud que supone el VIH no solo se ve expresada en el hecho de que se la considere como una infección grave, sino también en que se la perciba como una infección fácilmente adquirible por contacto casual o social (Fuster et al., 2010). El estudio realizado por estos autores encontraba, entre otros datos, que más de un 17% de la población española creía que podía infectarse por el VIH compartiendo baños públicos o más de un 34% a través de la picadura de un mosquito.

En su análisis inferencial, este estudio mostró que aquellas personas que más grave percibían la infección y más la asociaban con la muerte, y que más creencias erróneas tenían sobre las vías de transmisión (es decir las que mantienen la percepción que el VIH es fácilmente transmisible a través del contacto social), eran también las que más prejuicio, actitudes discriminatorias, apoyo a políticas discriminatorias y sentimientos negativos profesaban hacia las personas con VIH (Fuster et al., 2010).

Además, el VIH es un estigma que se percibe como controlable y las personas que lo padecen suelen ser consideradas como responsables de su condición. Así lo muestra también el estudio de SEISIDA (Fuster et al., 2010), cuando halla, que algo más del 19% de la población consideraba que las personas infectadas por el VIH son culpables de padecer su enfermedad, o que el 17% considerase que las personas que han contraído el VIH a través de las relaciones sexuales o mediante el consumo de drogas tienen lo que se merecen.

Según la literatura, el grado de rechazo es mucho mayor cuando las características estigmatizantes se perciben como controlables, es decir, como atribuibles al comportamiento de la persona (Weiner, Perry y Magnusson, 1988). El estudio de Fuster et al. (2010) encontró que las personas que más culpabilizaban a las personas con VIH eran las que más incomodidad sentían ante un potencial contacto con ellas, las que

más deseaban evitar el contacto con ellas, las que mayor apoyo presentaban a políticas discriminatorias y las que expresaban sentimientos más negativos hacia las personas con VIH. En el caso de esta infección existe un continuo entre los "inocentes" y "los culpables". La primera pregunta que invariablemente viene a la mente de las personas cuando conocen la serología positiva al VIH de una persona es: ¿Qué ha hecho/cómo lo ha cogido? En todos los lugares se hacen claras distinciones entre aquellos que se presume que se han infectado a través de conductas "incorrectas" y aquellos que se consideran "víctimas inocentes", por ejemplo, niños nacidos con VIH, o trabajadores sanitarios infectados a través de accidentes laborales (Ogden y Nyblade, 2005).

La creencia en un mundo justo (Lerner, 1980) actúa como ideología que justifica la estigmatización, culpabilizando a las víctimas de su propia exclusión. El VIH puede considerarse como un castigo por la homosexualidad, el consumo de tóxicos y la "promiscuidad". Ejemplos de estas creencias que responsabilizan y culpabilizan a las personas con VIH se han encontrado ampliamente en el discurso periodístico que ha acompañado y fomentado durante todos estos años el estigma del VIH. Al atribuir la culpa a individuos y grupos "diferentes", la población mayoritaria puede eximirse a sí misma de reconocer su propio riesgo y afrontar el problema. El estigma asociado al VIH se ha convertido en un mecanismo para crear fronteras entre "nosotros" (los normales, los justos, los ciudadanos honrados) y "ellos" (los desviados, malos, los fracasados) (Ogden y Nyblade, 2005).

Consecuencias del estigma.

El estigma, el prejuicio y la discriminación tienen graves consecuencias para las personas que lo sufren. En el caso del VIH constituye uno de los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones ya que hacen invisible y ocultan la epidemia, ocasionando consecuencias nefastas para la salud pública (ONUSIDA, 2002).

Asimismo, las personas con VIH están en riesgo o en situación de exclusión social, ya que muchas de ellas, no pueden acceder al empleo, a la vivienda o están aisladas o carentes de apoyos, entre otras cosas. Se produce también una exclusión "moral" de las personas con VIH ya que quedan fuera de las preocupaciones de la población mayoritaria.

Además, el prejuicio y la discriminación tienen graves implicaciones también en la salud psicológica de las personas afectadas y por ende, en el afrontamiento tanto físico como psicosocial del proceso. Alguna de estas importantes consecuencias son la auto-estigmatización o la vergüenza sentida por las personas con VIH cuando interiorizan las respuestas y reacciones negativas de los demás (ONUSIDA, 2002; Lee, Kochman, Sikkema, 2002).

Sin duda, y tal y como demuestra la investigación, estos factores pueden reducir o exceder los recursos adaptativos de un individuo. Las consecuencias de este estrés y malestar psicológico pueden afectar al sistema inmunológico incrementando la vulnerabilidad a padecer más número de infecciones pudiendo desembocar en una más rápida progresión de la enfermedad (Strachan, Murray, Russo y Roy-Byrne, 2007).

La internalización del estigma.

Una consecuencia importante en la salud psicológica del estigma es la auto-estigmatización o la vergüenza sentida por las personas con VIH cuando interiorizan las respuestas y reacciones negativas de los demás. Esta internalización del estigma puede haberse producido por las personas en el proceso de socialización previo a contraer ellos el VIH. De hecho, las personas diagnosticadas con VIH, pueden culparse a sí mismas y ver la enfermedad como un justo castigo por comportamientos etiquetados como inmorales (Kayal, 1992). Además de los sentimientos de culpa, la internalización del

estigma puede conducir a sentimientos de auto-desprecio, aislamiento, depresión, ansiedad o desesperanza (Lee, Kochman, Sikkema, 2002; ONUSIDA, 2002). Este concepto guarda una estrecha relación con la autoestima. De hecho, una investigación de Visser, Kershaw, Makin y Forsyth (2008) halló que altos niveles de estigma internalizado estaban asociados significativamente a incrementos en depresión, descenso en la autoestima y bajo apoyo social. También Berger et al. (2001) hallaron una alta correlación significativa entre la auto-imagen negativa de las personas con VIH y su autoestima. Además de esta relación con la autoestima y el bienestar psicológico, la internalización del estigma hace más probable que la persona incremente su susceptibilidad al rechazo y que también lo anticipe, con lo cual afecta negativamente a la revelación de la serología (Chesney y Smith, 1999).

El estigma internalizado no solo tiene consecuencias en el bienestar psicológico sino que, con frecuencia, se traduce en diferentes conductas de evitación que conllevan la auto-exclusión de las personas con VIH en diferentes ámbitos de la vida. Así lo muestra el estudio de Fuster, Sansinenea, Molero y Agirrezabal (2010) que halló que las personas entrevistadas evitaban tanto situaciones del ámbito de su esfera privada como del ámbito más público. Este estudio, utilizando indicadores del índice de estigma de ONUSIDA (2008), encuentró que al menos la mitad de las personas entrevistadas evitaba reuniones sociales, se aislaban de la familia o de los amigos y evitaban relaciones de pareja. Además, más de un 35% de la muestra afirmaba haber abandonado un trabajo y, aproximadamente el 28%, había decidido en alguna ocasión no buscar trabajo o presentarse a una promoción. Se concluye con esto que la auto-exclusión es una realidad grave en la que se hallan inmersas muchas personas que viven con VIH.

La ocultación de la serología.

Algunos estigmas son directamente visibles a los demás, como ciertos tipos de discapacidad física, o el color de la piel. Otros estigmas, como en el caso del VIH pueden ser invisibles a los demás. La invisibilidad del estigma permite a las personas decidir si se desea revelar o no su estado a los demás, y si se decide revelar, en qué circunstancias.

Aunque existen estudios en España que arrojan el dato de que aproximadamente el 80% de las personas con VIH oculta su estado serológico (Agirrezabal, Fuster y Valencia, 2009), es muy difícil hablar de personas con VIH visibles y no-visibles. Tampoco es fácil hablar de un continuo entre ocultar y revelar la serología. Revelar o no la serología a otros depende de muchos factores. A veces se revela a una persona porque pertenece al círculo familiar, pero otras veces se le oculta por esta misma razón. A veces se oculta a alguien con quien desea tenerse una relación íntima, mientras que otras veces se revela por esta misma razón. Podría seguirse así indefinidamente (Gil de Montes, Fuster, Molero, Ubillos y Agirrezabal, 2009).

La decisión sobre cuando revelar el estatus, o a quien revelarlo tiene algunos beneficios. Por ejemplo, el hecho de poder escoger las situaciones en las que se sienta mayor seguridad y comodidad para desvelarlo (Quinn, 2006). Esto puede ayudar a mantener los límites personales y ofrece control sobre los niveles de intimidad con otras personas (Derlega y Chaiken, 1977). Además, revelar información sobre uno mismo a otros es una parte importante de las relaciones con los demás, y sobre todo con otros significativos. De hecho, las relaciones interpersonales tienden a desarrollarse y estrecharse como consecuencia de la revelación de aspectos personales e íntimos. Muchas veces la relación se estrecha en mayor medida precisamente cuando la

información transmitida se percibe como una vulnerabilidad para el otro, cuando es un aspecto públicamente desconocido del otro. Además, a esto hay que añadir que la revelación de información en las relaciones interpersonales tiende a ser recíproca entre las personas que comparten su información. Cada parte tiende a revelar una información igualmente personal o importante (Gil de Montes et al., 2009).

Otros beneficios de la posibilidad de ocultar el estigma es que las personas que los padecen pueden elegir no revelar su condición en aquellos contextos en los cuales pueda haber repercusiones negativas para su vida en términos de trato diferente o de discriminación. De esta forma, un beneficio importante de la ocultación del estigma sería la evitación del prejuicio y la discriminación. Esto puede, al menos a corto plazo, proteger la autoestima y hacer posible una interacción normal con las personas del grupo mayoritario (Frable, Blacstone y Sherbaum, 1990; Quinn, 2006).

Sin embargo ocultar la característica estigmatizada puede, a largo plazo, tener importantes costes para la persona. Smart y Wegner (2000), a partir de una revisión de diversas investigaciones presentan evidencia que señala que cuando las personas estigmatizadas tratan de mantener su estigma en secreto, están constantemente preocupados y obsesionados con esta cuestión, lo que tiene implicaciones negativas en su vida diaria y en su bienestar físico y psicológico. Por lo que respecta a las implicaciones en la salud física, se ha encontrado, en una investigación realizada en hombres homosexuales, que la ocultación de la identidad sexual se relacionaba con una más alta prevalencia de cáncer y con una vulnerabilidad mayor a enfermedades infecciosas (Cole, Kemeny, Taylor y Visscher, 1996). En el caso del VIH, se ha visto que en hombres VIH positivos, la ocultación correlacionaba con una mayor rapidez en la progresión de la infección (Cole, Kemeny, Taylor, Visscher y Fahey, 1996). Es probable que estos efectos de la ocultación del estigma sean debidos a las consecuencias

negativas que tiene en la salud la inhibición de la expresión emocional y los sentimientos de soledad y aislamiento asociados con la ocultación, de hecho, está descrito como la ocultación de la verdadera identidad produce estrés psicológico (Goffman, 1963).

En el caso de la infección por VIH, Fuster, Nouvilas, Agirrezabal y Valencia (2006) encontraron que las personas con VIH que ocultan su condición encontraban dificultades para mantener una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral debido al miedo a ser descubiertos en las situaciones de interacción social en las que la toma del tratamiento podía ser visible. Finalmente, el grado de ocultación del problema puede influir en los mecanismos de afrontar el estigma. Quinn (2006) señala como las personas que ocultan su identidad estigmatizada es posible que no integren esta identidad como parte de su auto-concepto, lo que determina que sean menos capaces de utilizar algunas estrategias de afrontamiento. En este sentido, por ejemplo, la ocultación puede impedir el uso de estrategias colectivas de afrontamiento, ya que es difícil imaginar a una persona que oculte su condición participando en actos públicos o protestas (Fuster y Molero, 2008).

Gil de Montes et al. (2009) argumentan que las personas con VIH perciben beneficios personales y en su relación con los demás al tomar la decisión de revelar su identidad a los demás. Sin embargo, tomar la decisión de ocultar deliberadamente la infección es algo que se realiza por imposición y tiene un alto coste cognitivo y emocional para uno mismo. En la revelación el referente es interno, mientras que en la ocultación es externo. La revelación se hace generalmente porque uno quiere y en beneficio de uno mismo, en cambio se decide ocultar por las consecuencias negativas que puede tener uno derivada de las reacciones de los demás.

2. El afrontamiento del estigma

Las personas con VIH no son receptores pasivos del rechazo, sino que son personas activas que responden y afrontan el rechazo y la discriminación de diversas maneras (Crocker, Major y Steele, 1998; Major y O'Brien, 2005). Algunos autores han utilizado el marco teórico del afrontamiento del estrés para clasificar las estrategias de afrontamiento de los efectos del estigma.

En unos primeros trabajos, diversos autores han partido de la asunción de que las respuestas de afrontamiento podían centrarse en los problemas asociados con el estigma o en las emociones causadas por dichos problemas (Miller y Major, 2000; Miller y Myers, 1998).

El afrontamiento centrado en el problema (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986) tiene como objetivo cambiar la naturaleza de la relación entre la persona y el ambiente y de este modo, eliminar la fuente de estrés. Ejemplos de este tipo de estrategias serían tratar de perder peso, o esforzarse más en algún área en que estereotípicamente el grupo de pertenencia sea menos capaz.

En lo que al afrontamiento del estigma se refiere, estos primeros trabajos relatan que este tipo de estrategias pueden dirigirse hacia uno mismo, hacia otros, o hacia la situación de interacción con los otros. Los esfuerzos dirigidos a uno mismo implican cambiar algún aspecto personal para reducir la probabilidad de que el estigma tenga un impacto negativo en la interacción con otros. Ejemplos de este tipo de estrategias serían eliminar la condición estigmatizante cuando ello es posible, implicarse en estrategias compensatorias que buscan desconfirmar estereotipos, o la ocultación del estigma, que también se enmarcaba en este tipo de estrategias en estos primeros antecedentes teóricos. Por su parte, los esfuerzos dirigidos hacia los otros, tratan de eliminar sus

prejuicios. Estas estrategias suelen consistir en campañas educativas y persuasivas, o en estrategias de influencia política para reforzar los derechos civiles. También en estos esfuerzos de afrontamiento se enmarcaría la acción colectiva. Finalmente, los esfuerzos dirigidos hacia la situación buscan reestructurar estas de forma que se evite la exposición al prejuicio de los otros. Ejemplos de este tipo de estrategias sería evitar encuentros con personas que se sospecha o predice que pueden ser prejuiciosas, o afiliarse selectivamente con personas del endogrupo.

El segundo tipo de afrontamiento, el centrado en la emoción, es el dirigido a regular las emociones derivadas del evento estresante. Ejemplos de este tipo de afrontamiento serían la comparación social descendente, las atribuciones de los resultados negativos al prejuicio de los otros en lugar de a las limitaciones personales, o minimizar el grado en que uno es víctima del prejuicio (Miller y Major, 2000). Este tipo de estrategias pueden ayudar a la persona a reducir el malestar psicológico o a proteger la autoestima. Con respecto a esta última, cuando el prejuicio es potencialmente justificable, es decir cuando se percibe que es debido a factores controlables o a deficiencias personales, las atribuciones al prejuicio no protegen la autoestima (Crocker y Major, 1994).

Otro modelo teórico es el 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: estrategias 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, que 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 o desimplicación conlleva esfuerzos para desimplicarse del estresor o evitarlo (Miller, 2004).

Miller y Kaiser (2001) realizan una adaptación del modelo de Compas et al. (2001) al afrontamiento del estigma. En esta adaptación encuadran en cada categoría del modelo las respuestas más frecuentes de afrontamiento del estigma halladas en la literatura. Así, encuentran como estrategias de afrontamiento de Control Primario, estrategias que intentan la resolución del problema, como la acción colectiva o las estrategias compensatorias. También clasifican en esta categoría la regulación emocional del enfado o la ansiedad y la regulación de expresiones emocionales que puedan empeorar la exposición al prejuicio o perjudicar acciones dirigidas a resolver el problema (por ejemplo la regulación del miedo o del enfado) (Brewer y Brown, 1998). Ejemplos de estrategias de Control Secundario serían, el pensamiento positivo, la aceptación, la distracción o diversas formas de reestructuración cognitiva, como la atribución de resultados personales al prejuicio o la desidentificación (devaluación de los dominios en los que el grupo está estereotipado) (Miller y Kaiser, 2001). Finalmente, como estrategias de evitación señalan, la afiliación selectiva con otras personas estigmatizadas, la evitación de comparaciones sociales con otras personas no estigmatizadas y la negación o minimización del prejuicio y la discriminación.

El estudio de Fuster (2011) analizó este modelo de afrontamiento en el caso concreto de las personas con VIH. Los resultados mostraron que éstas usan tanto estrategias de aproximación como de evitación para afrontar el estigma, y que estas estrategias se dirigen tanto al estigma percibido hacia el grupo como al experimentado

personalmente. En este sentido, este estudio halló formas de afrontamiento concretas para el estigma asociado al VIH que no habían sido puestas de manifiesto por otros estudios y que podían clasificarse según los factores descritos por el modelo (Control Primario, Secundario y Evitación).

En lo que al afrontamiento de control primario se refiere las personas con VIH usaban, entre otras, la confrontación verbal, el apoyo social, la visibilidad, distintas formas de confrontación conductual, como poner una reclamación o iniciar un proceso judicial, regular la expresión emocional para evitar que la situación de rechazo empeore o buscar diversas estrategias de solución de problemas.

También emergieron de los discursos diversas estrategias dirigidas a obtener control secundario sobre la situación, es decir, a adaptarse a ella. Las más utilizadas tenían que ver con alguna forma de reestructuración cognitiva, como la minimización o relativización de la situación de estigma experimentada, o la devaluación de las personas prejuiciosas.

Finalmente, el análisis de las estrategias de afrontamiento reveló que diferentes formas de evitación son también comunes en el afrontamiento del estigma. Entre ellas, el distanciamiento psicológico del hecho, la ocultación, conductas de auto-exclusión en diferentes ámbitos, o establecer relaciones selectivas con personas del propio grupo.

Bibliografía recomendada

Para profundizar en los contenidos teóricos expuestos anteriormente se puede consultar la siguiente bibliografía complementaria:

Fuster, M.J. (2011). Los efectos del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. Tesis doctoral. http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster

Fuster, M.J., Molero, F., Gil de Montes, L., Vitoria, A., Agirrezabal, A., y Kindelán, A. (2010) "Estudio de actitudes de la población española hacia las personas con VIH". http://www.seisida.net/images/stories/pdfs/informe-seisida-fipse.pdf.

3. Autoestima

La autoestima hace referencia al sentimiento y la evaluación tanto positiva como negativa de las personas sobre sí mismas. Rosenberg (1965) la definió como los sentimientos de valía personal y de respeto a uno mismo.

Se suele decir que las personas tienen alta o baja autoestima en función de si los sentimientos hacia sí mismas y las autoevaluaciones son más positivas o negativas, aunque también se habla de la autoestima sobreelevada cuando se trata de sentimientos y valoraciones excesivamente positivos. Mora y Raich (2006) afirman que las personas con mayor autoestima tienden a tener mejor salud física y ser más capaces de: competir, expresar opiniones controvertidas, auto-aprobarse, aprobar a las demás, ser más asertivas, más decididas, menos ansiosas, menos sensibles a la crítica, anticipar más éxito y estar más atentas a los valores personales que a las creencias de los grupos, reconociendo más objetivamente las características positivas o negativas de las demás personas.

La baja autoestima ha sido asociada con dependencia, excesiva necesidad de aprobación, sentimientos de desesperanza, hostilidad enmascarada, depresión, ansiedad, sumisión, salud general débil, sentimientos de apatía, debilidad, aislamiento, abandono, antipatía, pasividad y servilismo. Las personas con baja autoestima tienden a: buscar constantemente la aprobación de los demás; desear controlar a otros; sufrir explotación por parte de parejas, colegas, o amigos; mantener relaciones de dependencia con personas, instituciones o sustancias; tener más pensamientos distorsionados que las demás personas; tener sentimientos de auto-desprecio, auto-odio, auto-disgusto, auto-insatisfacción, etc. (Mora y Raich, 2006)

Mora y Raich (2006) encontraron, en los estudios realizados sobre autoestima baja, que se asociaba a: poca habilidad para escoger un trabajo adecuado a las propias habilidades y necesidades; tendencia a aceptar como ciertas evaluaciones desfavorables; bajo éxito escolar; problemas en la adolescencia; tendencia a sentirse atraídas por personas con baja autoestima y a mantener relaciones infelices y poco saludables en la edad adulta; trastornos psicopatológicos como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y de la imagen corporal; menor salud, más dolor diario, mayor incapacidad y somatización; mayor riesgo de suicidio; mayor riesgo de embarazo en la adolescencia; mayor riesgo de sufrir abusos; etc.

En la práctica clínica también encontramos frecuentemente asociada la baja autoestima con problemas de inseguridad personal, déficit en habilidades sociales, estilo pasivo en términos de asertividad, necesidad de reconocimiento constante y de complacer a las demás personas para conseguirlo, abuso de sustancias, indecisión constante, mayor vulnerabilidad a sufrir mobbing y bullying, tendencia al perfeccionismo para evitar la crítica, etc.

Sin embargo el concepto de autoestima en sí mismo es muy amplio y pueden encontrarse multitud de acepciones, connotaciones y matices que lo enriquecen. Encontrar en la literatura especializada diferencias claras entre conceptos como autoimagen, autoconcepto, autopercepción, autoconfianza, autorrealización, autoeficacia, autoaceptación, autorrespeto y autoestima, no siempre es fácil. Posiblemente la autoestima sea una combinación de parte de ellas y algo más. En los párrafos siguientes vamos a intentar, sin intención de ser, ni mucho menos, exhaustivos, esclarecer algo más en qué consiste la autoestima.

Es habitual observar cómo se confunde la autoestima con el autoconcepto, que es el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí misma. El autoconcepto, como parte de la autoestima, es un producto de la percepción de cómo los demás nos evalúan y de la propia asunción interiorizada de esas evaluaciones (Crocker y Major, 1989). El autoconcepto carece de aspecto emocional, de estima. Se basa en un conjunto de características que asumimos como propias. En buena medida esas características nos vienen dadas desde fuera, desde lo que otras personas de los diferentes ámbitos en que nos hemos desarrollado, como la familia, la escuela, el barrio o el pueblo, nuestros iguales, nuestros mayores, etc., nos han ido transmitiendo a lo largo de nuestra historia personal, sobre cómo somos. Otra parte del autoconcepto se basa en la propia percepción que tenemos de nosotros mismos, sea o no compartida por nuestro entorno.

Cabe destacar que tanto la visión externa, como la interna, sobre nuestras cualidades personales podrían estar, y de hecho casi siempre están, sesgadas y construidas en base a ideas subjetivas. O sea, que el autoconcepto se basa en buena medida en opiniones no objetivas. Por ejemplo, si tuvimos una hermana brillante, o unos padres muy exigentes, y nuestra inteligencia era normal, o incluso alta, pero no excepcional, quizá nos transmitieron, y asumimos como verdad, que éramos torpes o tontos.

Otra idea clave, que merece ser destacada, es que el autoconcepto se va construyendo a lo largo de nuestra historia y que, generalmente, es en la infancia cuando más peso tienen las opiniones ajenas en la conformación de nuestro autoconcepto.

Una diferencia clave entre autoestima y autoconcepto estibaría en la carga emocional, especialmente en su valencia positiva o negativa, entre lo que pensamos de

nosotros mismos – autoconcepto- y como nos sentimos al respecto –autoestima-. Y por supuesto que en ese sentimiento hacia nosotros mismos también influye la percepción que tenemos, y hemos tenido, sobre como las otras personas se sienten y han sentido hacia lo que creen que somos. Si, por ejemplo, nuestra madre decía de nosotros que éramos traviesos, esa idea posiblemente se integrara en nuestro autoconcepto. Pero no nos sentiremos igual si cuando lo decía lo hacía con gestos, actitudes y comentarios de desaprobación, que si lo hacía dejando traslucir cierto orgullo y satisfacción. En este último caso la condición de travieso se convertirá en algo que nos hace sentir bien, quizá incluso aunque en nuestro entorno actual no resulte una característica del todo aceptable. Y hablando del entorno, la idea de lo que somos en un contexto social/cultural determinado será valorada de manera diferente a como lo sería en otros contextos sociales y culturales. Por ejemplo, no es lo mismo ser una mujer seductora en un entorno muy religioso que en otro entorno más liberal.

Otro factor importante de la autoestima es la relación, y la evaluación emocional, entre lo que queremos ser y lo que creemos ser. La idea es antigua y tendría que ver con el nivel de autorrealización alcanzado hasta el momento. Ya en 1890 la planteaba así William James (Mruk, 1995):

"Nuestro sentimiento de *self* en el mundo depende enteramente de lo que apostemos ser y hacer por nosotros mismos. Está determinado por un *ratio* de nuestras cualidades y nuestras supuestas potencialidades; una fracción de la cual, nuestras pretensiones configuran el denominador y nuestros éxitos el numerador: así Autoestima = Éxitos/Pretensiones. Tal fracción puede incrementarse reduciendo el denominador o aumentando el numerador."

Sin entrar a valorar la validez de la función matemática en esta definición del constructo, que nos resulta algo limitada, esta aportación al concepto de autoestima puede ser enriquecida con todas las anteriores: lo que las demás personas pretenden y creen que hemos conseguido, lo que sienten y sentimos al respecto, etc. Por otro lado, un matiz de gran importancia, que añadiría mucha complejidad a una supuesta función matemática, es el tipo de pensamiento que construye tanto las pretensiones, como las percepciones de lo ya conseguido, o de lo posiblemente o no realizable. Por ejemplo, que las pretensiones sean deseos, o sean obligaciones: si "debería ser", por ejemplo, un trabajador honrado y acomodado, y soy una persona que trabaja, llega a duras penas a fin de mes y de vez en cuando dice algunas mentiras, oculta alguna información y no declara todos sus ingresos al fisco, me sentiré mucho peor, mucho más culpable, y por tanto con una autoestima mucho más baja, que si "quisiera ser" un trabajador honrado y acomodado y todavía no lo hubiera conseguido completamente.

Como puede verse la autoestima puede resultar un concepto escurridizo, tanto en su conformación, como en su estado actual. Veamos algunos otros matices.

La autoestima colectiva se refiere a la evaluación que hace la persona y la percepción de la evaluación que hacen otras personas acerca de los grupos a los que pertenece el individuo (Sánchez, 1999).

La autoestima no es igual en todas las situaciones, en todos los conceptos y todas las áreas de la vida de una persona (Brown y Siegel, 1988, Crocker y Quinn, 2004). Una persona puede considerarse una buena pareja, pero una mala trabajadora, buena en sus habilidades manuales, pero mala en sus habilidades sociales, etc. La autoestima es específica de las situaciones.

Otros factores que influyen en la autoestima serán la aceptación que creemos tener por parte de las demás personas, la sensación de capacidad para alcanzar logros que creemos tener y que percibimos que tienen las demás sobre nosotros.

La relación entre la autoestima y el estigma también está mediada por factores objetivos y subjetivos (Molero, 2007), como la percepción del prejuicio que tenga la persona del grupo estigmatizado, la evaluación cognitiva, tanto primaria (evaluación de la situación y demandas del entorno) como secundaria (evaluación de los propios recursos para hacer frente a las demandas del entorno), que haga la persona estigmatizada del estresor que supone el estigma (Major, McCoy, Kaiser y Quinton, 2003), la magnitud de la amenaza a la identidad personal, la claridad de las manifestaciones del prejuicio (manifiesto vs. sutil), el grado de identificación con el grupo, así como otras características personales y variables disposicionales como los recursos personales y habilidades interpersonales y la propia conciencia del estigma (Pinel, 1999), o grado en que la persona espera ser estereotipada debido a su pertenencia grupal.

En la investigación es frecuente relacionar directamente el VIH con una baja autoestima (Bunn et al., 2007). Berger et al. (2001) encontraron medidas de baja autoestima asociada 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. En este mismo estudio encontraron altas correlaciones también entre el estigma por VIH con el estigma internalizado en aspectos que claramente influyen en una baja autoestima, como: creer que van a perder amigos, sentir que los demás les evitarán, arrepentirse de habérselo contado a algunas personas, o creer que los demás tienen miedo de ellos por tener el VIH. Recuérdese que un factor importante de la autoestima es la percepción de la evaluación de los otros hacia uno mismo.

Por su parte Visser et al. (2008), hallaron correlaciones significativas entre altos niveles de estigma internalizado y baja autoestima, bajo apoyo social y altos índices de depresión.

En cuanto a la identidad colectiva, al contrario que en otros grupos estigmatizados, parece que en la personas que viven con VIH los beneficios de pertenecer o sentirse identificado con el grupo son menores que los inconvenientes que conlleva la pertenencia a dicho grupo (Fuster y Molero, 2008). En su estudio cualitativo Fuster (2011) encontró que casi la mitad de las personas entrevistadas no se identificaban con su grupo ya que éste les parecía demasiado heterogéneo.

Como ya hemos apuntado más arriba, la autoestima es un concepto demasiado amplio y lleno de matices. Para su abordaje sería importante considerar todos sus recovecos. Hacer eso requiere procesos evaluativos y terapéuticos amplios y de larga duración. Para un taller grupal breve, como los que se describen en este manual, bastaría con tener claro que la autoestima se basa tanto en hechos, como en creencias subjetivas, no siempre racionales, que determinan el sentimiento y la evaluación tanto positiva como negativa de las personas sobre sí mismas.

Entre estas creencias en las que se basa la autoestima encontramos tres grupos de especial importancia: creencias sobre lo que somos, creencias sobre lo que son las otras personas, y creencias sobre cómo es la vida y cómo actuar en la vida si es que somos eso y las otras personas aquello (Mora y Raich, 2006). Lo cual nos permite un abordaje terapéutico de la autoestima desde el enfoque cognitivo-conductual.

En los apartados siguientes, sobre las habilidades de comunicación y las habilidades de control emocional, se proponen algunos métodos que pueden resultar de mucha utilidad para el trabajo de mejora de la autoestima. Recomendamos

especialmente el entrenamiento en asertividad, las técnicas de autocontrol y las de reestructuración cognitiva o terapias racionales para revisar las creencias acerca de uno mismo, de las demás personas y de la forma en que "deberíamos" actuar en consecuencia.

Si somos capaces de trabajar con nuestras creencias, comprender su origen, analizar su posible irracionalidad, subjetividad, circunstancialidad, etc., e influir sobre ellas, convirtiéndolas en creencias más actuales, racionales y objetivas, y si además somos capaces de influir comportamentalmente, de forma realista, sobre los factores objetivos que deterioran nuestra autoestima, podemos mejorarla.

Podríamos ilustrar este último aspecto, los factores objetivos que influyen en la autoestima, con un conocido chiste sobre la psicología clínica:

Dos amigos se encuentran tras varios años sin verse:

Amigo 1: *¿Cómo estás?*

Amigo 2: *Fatal. Últimamente me cago encima y no puedo controlarlo.*

Amigo 1: *Eso no es ningún problema. A mí también me ocurría y acudí a un médico que me ayudó a resolver el problema. Ahora ya no tengo incontinencia. Toma, ésta es la dirección del médico que me atendió.*

El amigo 1 se confunde y le da la dirección de un psicólogo.

Tras algunos meses los amigos vuelven a encontrarse.

Amigo 1 *¿Cómo estás?*

Amigo 2: *Muy bien ¿y tú?*

Amigo 1: *Yo bien, y tú ¿Ya no te cagas encima?*

Amigo 2: *Sí, todavía lo hago, ¡Pero ahora ya no me importa!*

Como puede apreciarse en el chiste, no se trata solamente de reestructurar algunas creencias. Quizá en parte la baja autoestima se base en hechos contrastables, como que cuando la persona se droga altera su comportamiento, o que en general no establece relaciones saludables con otras personas. En estos casos también es importante ayudar a que se produzcan cambios en la conducta de las personas sobre cuya autoestima se quiere influir.

Para una guía terapéutica sobre el trabajo cognitivo-conductual con la autoestima recomendamos el manual de Mora y Raich (2006) y el capítulo sobre autoestima de Burns (1998).

4. Habilidades de Comunicación

Habilidades Sociales.

Una de las áreas más importantes de nuestra vida son las relaciones sociales. En la mayoría de nuestras actividades hay un componente de relaciones con los demás que influye positiva o negativamente en nuestro bienestar. Nos encontramos continuamente bajo los influjos de las relaciones sociales, ya sea en nuestro lugar de trabajo, de estudios, nuestros ratos de ocio o dentro de nuestra propia familia. Una interacción placentera en cualquiera de estos ámbitos nos hace sentir bien y desarrollar nuestras tareas con mayor eficacia. De hecho, una baja competencia en las relaciones con las demás personas puede conducir al fracaso en el trabajo, en los estudios o en la familia.

Unas buenas habilidades sociales nos van a ser de utilidad en multitud de ocasiones: establecer nuevas relaciones, integrarnos en grupos de amigos y amigas, establecer una relación adecuada con nuestros compañeros de trabajo, decir “no” sin que la relación se sienta perjudicada, actuar correctamente ante una entrevista de trabajo, afrontar un problema en una relación personal, aumentar la intimidad o por el contrario la distancia emocional con una persona determinada, etc.

Vicente Caballo (1993. p. 6) define así las habilidades sociales: "La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas."

Por el momento damos por válida esta definición, que de hecho es una de las definiciones de habilidades sociales más aceptadas y citadas, sino la más citada, en

nuestro idioma. Más adelante, en la sección de asertividad discutiremos algún aspecto de la misma. De esta definición podemos sacar varias ideas:

1. Conducta socialmente habilidosa: No hablamos de personas habilidosas o no, sino de conductas. La misma persona puede tener todo un repertorio de conductas habilidosas socialmente y carecer de otras.

2. Conjunto de conductas emitidas por un individuo: No se trata de una sola conducta o modelo a seguir, sino de todo un abanico de conductas que incluyen verbalizaciones, expresiones, tiempos de espera, gestos, posturas, actitudes, etc.

3. Contexto interpersonal: Hay que examinar el contexto, dónde, con quién, cuándo, cómo se emiten las conductas. La misma conducta puede ser habilidosa en un contexto, pero no en otros.

4. Expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo: La persona que se comporta de forma habilidosa se muestra como es. Es sincera y proactiva. Esto es, no elude los conflictos, sino que ante ellos se muestra tal y como se siente, tal y como opina, teniendo claros su derechos.

5. De un modo adecuado a la situación: De nuevo hace referencia al contexto en que se emiten las conductas. No utilizaremos las mismas palabras, gestos, posturas, etc. para realizar, por ejemplo, un cumplido en un entorno académico o laboral serio, en el interior de una prisión, o en un ambiente distendido y festivo con un grupo de amigos. Si lo hiciéramos exactamente igual en todas esas situaciones, casi con toda probabilidad, en alguna de ellas no resultarían las conductas más habilidosas.

6. Respetando esas conductas en los demás: Si son buenas para nosotros, suponemos que también lo serán para el resto. Tan habilidoso puede ser expresar

una crítica cómo aceptarla de la forma adecuada. La forma en que reaccionamos a las conductas de los demás tiene siempre sus consecuencias.

7. Resuelve problemas inmediatos y minimiza problemas futuros: al no eludir los conflictos, sino afrontarlos de forma honesta y sincera, lo habitual es que los conflictos se esclarezcan y resulte más fácil resolverlos. Por la misma razón se evita en gran medida que en el futuro resurjan esos conflictos o sus consecuencias.

Un aspecto básico de las habilidades sociales es que son efectivas resolviendo problemas. Esto es así porque están orientadas a objetivos. Estos objetivos pueden ser de varios tipos (Ballester y Gil, 2002; Caballo, 1993; Gil y García, 1993):

a) Objetivos materiales - Efectividad en los objetivos. Por ejemplo: Resolver una situación de discriminación consiguiendo que nos suban de categoría laboral.

b) Objetivos de mantener o mejorar la relación - Efectividad de la relación. Por ejemplo: no tener un conflicto con la jefa, ni con las y los compañeros.

c) Objetivo de mantener la autoestima - Efectividad en el respeto a uno mismo. Por ejemplo: no sentirnos inferiores si no nos lo conceden, ni criticarnos por ello.

No siempre es fácil conseguir que se cumplan todos los objetivos. La conducta socialmente habilidosa será aquella, o aquellas, que con mayor probabilidad garanticen el cumplimiento del objetivo o los objetivos que resulten prioritarios para el emisor de la conducta. Tanto más, cuando se garantiza el cumplimiento de los tres tipos de objetivos.

Muchas personas creen que la simpatía y el atractivo social son características innatas. Sin embargo, se trata de habilidades que se adquieren principalmente a través de experiencias que las van modelando hasta hacer a algunas personas expertas en estas habilidades. Esta afirmación no excluye la posibilidad de que algunos aspectos temperamentales y fisiológicos heredados genéticamente (ej.: espontaneidad-inhibición, déficit orgánico de dopamina), interactúen, sobre todo en la infancia temprana, con las experiencias de aprendizaje (Caballo, 1993).

Aunque es en la infancia y adolescencia donde aprendemos en mayor medida a relacionarnos con los demás, es un proceso continuo durante toda la vida. Las razones por las que una persona puede no ser habilidosa socialmente se pueden agrupar en dos categorías en función de si el repertorio conductual habilidoso existe o no existe:

a) La persona nunca ha aprendido las conductas habilidosas por que no fue instruida, o bien no ha tenido un modelo adecuado, o bien no hubo un aprendizaje directo. Pongamos el ejemplo de alguien que se crio en una familia muy rígida donde la única opinión válida fue la del padre. Posiblemente nunca aprendió a expresar su opinión ante un tema concreto y sienta ahora mayor temor a hacerlo. Otro ejemplo es el de una persona que estudió en un internado femenino durante toda su infancia y adolescencia, y ahora, al hacerse mayor, tiene dificultad para comunicarse con el sexo opuesto, ya que nunca tuvo oportunidad de practicar esta habilidad.

b) Estas habilidades existen, pero hay factores que inhiben o interfieren con las conductas. Un ejemplo de esto podría ser pensamientos negativos que interfieren con la ejecución, puesto que generan ansiedad o nerviosismo (Ej. Se van a dar cuenta de que soy diferente/estoy enfermo). En nuestra sociedad es común el

llamado "miedo a hablar en público", que no es sino un déficit en la ejecución de una conducta debido a los pensamientos negativos que interfieren (Ej. Van a notar que estoy nerviosa). También podrían existir las conductas, pero no saber en qué contexto o momento utilizarlas (Ej: sabe iniciar y mantener una conversación, pero no comprende bien las señales de aceptación/rechazo en sus interlocutores). Otra posibilidad es que la persona no tenga la motivación suficiente como para realizar esas conductas (simplemente, no le apetece).

Las habilidades sociales, como cualquier otra competencia humana, pueden mejorarse a través de un aprendizaje adecuado. Estas páginas pretenden dar una serie de indicaciones sobre lo que es y lo que no es una conducta socialmente habilidosa, para que el lector pueda descubrir qué es lo que falla en sus relaciones sociales.

Tipos de comunicación.

Los seres humanos comunicamos con todo nuestro ser, nos manifestamos de forma global, nos afirmamos en cada gesto. Nos resulta prácticamente imposible no comunicar. Cada uno de nuestros actos, gestos y palabras son una manifestación de quién somos y de qué necesitamos. De hecho, recientes investigaciones demuestran que nuestros receptores neurológicos (Rizzolatti y Craighero, 2004) captan matices emocionales en una conversación como tono de voz, palabras elegidas, detalles de la postura, gestos, ritmos, aunque la información verbal emitida sea neutra.

Los seres humanos empleamos dos tipos de comunicación:

La Comunicación Interna: nos permite comunicamos con nosotros mismos. Después de percibir lo que ocurre a nuestro alrededor, lo representamos internamente y mediante lo que nos decimos sobre lo que está ocurriendo, creamos nuestro estado emocional.

La Comunicación Externa: nos permite comunicarnos con los demás y para lograrlo utilizamos dos tipos de lenguaje: El Lenguaje Verbal y el No Verbal.

El Lenguaje Verbal.

Mediante palabras expresamos lo que queremos comunicar. Es el responsable del "qué" de nuestra comunicación o dicho de otra forma de la parte digital de nuestro mensaje.

El Lenguaje No Verbal.

Está relacionado con el cómo nos comunicamos (la forma de lo que decimos). Es el responsable de nuestra comunicación analógica. A través de los gestos, posturas, ademanes e inflexiones de la voz (volumen, tono, etc.) que empleamos damos énfasis o debilitamos lo que transmitimos por medio de nuestro lenguaje verbal.

El principal responsable del impacto emocional que nuestra comunicación produce en los demás es el Lenguaje No Verbal. “Buena parte de la comunicación implicada en el habla transcurre a un nivel no verbal: cómo se dice, más que el qué se dice” (Argyle, 1978: p. 110).

Según las investigaciones realizadas por Albert Mehrabian (1972), nuestro lenguaje verbal es tan sólo responsable del 7% del impacto que nuestra comunicación produce en los demás. El restante 93% tiene que ver con el cómo transmitimos el mensaje a través de nuestro lenguaje no verbal, correspondiendo el 38% al paralenguaje (elementos acústicos no verbales) y el 55% a la comunicación verbal visual (mirada, gestos, posturas, proximidad, etc.)

Esto no debería resultarnos tan extraño si consideramos que normalmente aprendemos a interpretar y a transmitir información no verbal (visual y auditiva),

especialmente de carácter emocional, mucho antes de dominar el lenguaje. La mayoría de las personas tenemos la capacidad de reconocer en otras personas rasgos de su personalidad, su estado de ánimo, sus actitudes, etc., sólo viéndolas moverse, caminar, desenvolverse en una conversación, sin necesidad siquiera de prestar atención al contenido de sus palabras. Solamente observando el lenguaje no verbal podemos reconocer a personas tímidas, agresivas, nerviosas, seguras de sí mismas, inseguras, sexys, contenidas, aburridas, deprimidas, alegres, etc.

Por esta razón resulta importante prestar mucha atención a nuestra comunicación no verbal y el impacto emocional que provocamos con ella, así como en la comunicación no verbal ajena y los estados emocionales que transmite.

Comunicación no verbal visual. La comunicación no verbal tiene varias funciones (Caballo, 1993):

a) Reemplazar a la comunicación verbal, como al asentir o negar con la cabeza sin abrir la boca.
b) Repetir, diciendo las palabras correspondientes, sí o no, a la vez que se mueve la cabeza.
c) Complementar a la comunicación verbal, añadiendo el valor emocional a lo dicho, como sonreír o mostrarse serio, retirarse o aproximarse físicamente mientras se dice “eres malo” más o menos lentamente.
d) Acentuar el mensaje verbal transmitido, por ejemplo ladear la cabeza, sonreír y abrir los brazos al decir “ven aquí”
e) Regular la comunicación, por ejemplo variando la entonación, o realizando algún gesto para ceder el turno de palabra.

f) Contradecir la comunicación verbal, por ejemplo diciendo que no pasa nada de forma brusca, con el ceño fruncido, con un volumen elevado y gestos rápidos, dejando al final los brazos, las palmas de las manos y la boca entreabiertas.

En ocasiones las contradicciones entre el lenguaje verbal y el no verbal son utilizadas como elementos humorísticos o irónicos, pero generalmente son interpretadas con recelo por los receptores. Las investigaciones demuestran que las mayoría de las personas da mayor credibilidad a la información visual que a la auditiva cuando estas son discrepantes (Caballo, 1993). De ahí la importancia de que la comunicación verbal y no verbal sean congruentes. Las señales no verbales tienen que ser congruentes con el contenido verbal para que un mensaje resulte socialmente habilidoso.

Podemos decidir decir mentiras, pero nos resultará realmente complicado que toda la comunicación gestual, postural y nuestro paralenguaje, acompañen lo que estamos diciendo, porque la mayor parte de estas formas de comunicación se emiten de manera inconsciente e involuntaria.

A la hora de interpretar los signos de comunicación no verbal es importante tener en cuenta la multitud de significados que pueden implicar. Por ejemplo, un gesto habitual en la infancia tras haber mentido o dicho algo inadecuado, es taparse la boca con la mano. Los adultos hemos moldeado ese gesto sin eliminarlo completamente, resultando una variación del signo original: nos rascamos o acariciamos la nariz, la oreja, el cuello o la barbilla. Sin embargo podría ser que al decir algo nos rasquemos porque nos pica, o porque nos da vergüenza y no necesariamente porque estamos mintiendo. Para tener mayor seguridad de que la persona nos miente tendríamos que fijarnos en otros posibles signos que delataran la mentira, como levantar rápida y levemente un hombro, desviar la mirada hacia abajo y la izquierda, o mirar fijamente

con los ojos más abiertos de lo normal, cambiar la entonación, tensar los músculos de cuello, repetir la afirmación mientras se asiente rápido con la cabeza. Si aparecieran varios de estos signos juntos, entonces sí podríamos tener una mayor seguridad, aunque no total, al interpretar lo dicho como falso.

Los principales elementos de la comunicación no verbal, o sea, los que mayor cantidad de información nos transmiten son (Ver Caballo, 1993; Pease y Pease, 2006 y Villahizán, 2003, para una revisión más detallada de estos elementos):

a) **La mirada:** da información acerca de la actitud del interlocutor (puede indicar hostilidad, interés, tristeza, nerviosismo, implicación,…) y sirve como apoyo al habla en función de la cantidad de tiempo que se mantiene la mirada, o hacia donde se dirige ésta, puede regular los turnos de comunicación. Se trata de uno de los elementos no verbales que mayor información transmite.

   En general, mirar a nuestros interlocutores a la altura de los ojos durante más tiempo es percibido mejor que hacerlo menos, pero una mirada fija y constante también podría percibirse como hostil.

   También el lugar de la cara o el cuerpo de nuestro interlocutor al que miramos indicará el tipo de relación que deseamos establecer. Cuanto más se desvíe la mirada desde los ojos hacia la boca, o incluso hacia el cuerpo, mayor interés en una relación íntima se demuestra. Antes de besar a alguien es frecuente mirarle a los labios.

   También la dilatación de las pupilas transmite información sobre el interés y emoción que nos despierta nuestro interlocutor, además, evidentemente, de la cantidad de luz que éstas reciben.

b) **La expresión de la cara:** la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal (Fernández-Abascal y Chóliz, 2007) y la parte del cuerpo que más se observa durante la interacción.

La expresión facial cumple multitud de funciones comunicativas, como transmitir emociones, retroalimentar a nuestro interlocutor, indicar actitudes, ampliar la comunicación, etc.

Aunque la expresión facial de las emociones es innata y universal, existen variaciones culturales en su manifestación (Caballo, 1993).

Algunos músculos y áreas faciales resultan de especial interés para la interpretación de las emociones (Caballo, 1993 y Fernández-Abascal y Chóliz, 2007) como las cejas y la frente, la boca, las mejillas, los ojos. Aunque es una de las zonas del cuerpo que más se intentan controlar para no transmitir información indeseada, algunos de los signos que podemos encontrar en ella son casi imposibles de controlar: enrojecimiento de las mejillas ante la excitación sexual o la vergüenza, sudor ante la ansiedad, expansión pupilar ante el interés intenso, etc. También es difícil mostrar, de forma convincente, emociones falsas debido a la gran cantidad de músculos implicados en la manifestación de cada una.

c) **Movimientos de la cabeza:** son muy visibles, aunque transmiten escasa información. En general tienen que ver con el estatus que otorgamos a nuestro interlocutor y suelen servir para enviar o cortar estimulación activante hacia nuestro interlocutor. Así cuanto más elevada y prominente esté la cabeza más desafiantes nos mostramos y viceversa.

Los movimientos de la cabeza de arriba abajo, o hacia los lados son casi universalmente interpretados como asentimiento, de arriba abajo, y negación, de un lado a otro. Aparecen en casi todas las culturas e incluso, según Morris (1977) en personas invidentes o con otro tipo de limitaciones sensoriales o cognitivas, llevando a pensar que se trataría de una conducta innata. Sin embargo es sabido que existen algunas regiones del mundo en que esto no es así, como por ejemplo en Albania, donde un movimiento seco de cabeza de arriba abajo, acompañado de una especie de beso con los labios estirados, indica negación. Y por el contrario el movimiento lateral de cabeza girando el cuello de un hombro a otro en un movimiento horizontal de la cabeza, nuestro típico NO, o bien llevando cada oreja cerca de su hombro correspondiente, inclinando la cabeza alternativamente de un lado a otro pero sin perder la vista al frente, es una afirmación. En signos tan interiorizados como los de afirmar y negar con la cabeza, variaciones como estas resultan tremendamente desconcertantes.

d) **Sonrisa:** se trata de un elemento clave en el inicio de las interacciones, ya que expresa una actitud favorable y crea un buen clima. Pero también resulta importante en el mantenimiento y conclusión de la comunicación, ya que facilita la comunicación, indica cercanía, produce tranquilidad y transmite aceptación.

Claro que también se trata de un gesto frecuentemente utilizado para ocultar emociones negativas, como rabia, ansiedad, miedo, prepotencia, desdén, etc. Y además, si no se acompaña del resto de micro-signos musculares asociados a la alegría, tranquilidad, aceptación, etc. puede ser fácilmente

desenmascarada. Por lo que un exceso de utilización está también desaconsejado.

e) **Postura corporal:** junto con los gestos faciales constituye uno de los grandes bloques de transmisión de información de la comunicación no verbal. Es enorme la cantidad de información que transmitimos con nuestra postura.

La expansión o contracción del cuerpo comunica estados emocionales. Cuanto más contraído, más triste e insegura será la emoción. Y cuanto más expandido esté el cuerpo más orgullo y quizá desprecio se transmite al interlocutor.

La tensión y la relajación del cuerpo indicarán respectivamente sumisión y ansiedad o seguridad y tranquilidad.

f) **Distancia/proximidad:** la proxemia se refiere a la distancia corporal entre las personas, y también a la inclinación de los cuerpos. A mayor proximidad, mayor acercamiento emocional, apertura, interés, etc. Claro, que la cultura, y especialmente la densidad de población del lugar de origen, también influyen en la distancia que se considera adecuada mantener con una persona desconocida, con relación formal, con cercanía afectiva, o íntima. A menor densidad de población, mayor será el espacio de seguridad que necesitaremos mantener y más incómodos nos sentiremos cuando este espacio no es respetado.

Girar hacia un lado, igual que alejarse, indicará rechazo, repulsa o desinterés. Es interesante este aspecto como muestra de aceptación o rechazo en el inicio de interacciones. Si al saludar a una persona, o varias,

no dirige su cuerpo hacia nosotros, o hacia un lugar equidistante entre nosotros y el resto, nos indica que después del saludo no parece tener interés en que permanezcamos allí. Las personas que no captan estas sutilezas de la comunicación podrían tener dificultades a la hora de iniciar conversaciones, o bien porque se van, a pesar de ser aceptadas, o bien porque se quedan, a pesar de no serlo.

g) **Los gestos con las manos:** posiblemente sean los elementos comunicativos no verbales con mayor influencia cultural. Su objetivo es principalmente informativo y dependen enormemente del contexto social. Por su estrecha relación con culturas determinadas conviene interpretarlos en función del origen del emisor.

Se han encontrado funciones muy diversas para los gestos con las manos. La principal sería la de ilustradores que acompañan al habla enfatizando su significado. También pueden reemplazar al habla. El ejemplo más evidente sería el del lenguaje de signos de las personas sordas, aunque existen muchos otros, como por ejemplo levantar el pulgar de una mano con el puño cerrado, significando aprobación en unas culturas y un insulto en otras.

Un uso habitual de las manos mientras nos comunicamos es el de acicalamiento. Cuando se realiza suele significar coqueteo, intento de despertar interés.

La velocidad del movimiento refleja los estados de ánimo, siendo más lento para estados de ánimo más decaídos, como la tristeza, y más rápidos para estados de ánimo más enérgicos, como el enfado o la alegría. Si además se muestra tensión en el movimiento indicará estados emocionales con gran

carga energética, como el miedo o la ira, si son movimientos relajados indicarán lo contrario, como en la melancolía, o la tranquilidad.

h) **El contacto físico:** se trata de un tipo muy básico e íntimo de comunicación social. Por este carácter íntimo suele resultar poco utilizado, muy evaluado y frecuentemente inhibido.

Dependiendo de la presión, o de las partes del cuerpo que entran en contacto podemos manifestar diferentes estados emocionales o actitudes interpersonales. Así un apretón de manos puede transmitir diferentes sensaciones dependiendo de la presión que se ejerza: si apenas hay presión (mano de pez) podría indicar desinterés, timidez o sumisión (en la cultura occidental), si se estruja mucho la mano y además al hacerlo se coloca la del interlocutor palma arriba, podría indicar intención de dominación. Tocar el hombro de una persona con la mano indicaría cierto nivel de intimidad, menor que tocar la cintura con la mano, o el hombro con la boca.

Cuando el contacto físico en bidireccional suele indicar proximidad, pero cuando es unidireccional puede indicar superioridad de una de las partes.

i) **La apariencia física:** además de la comunicación visual que transmitimos con los movimientos o el estado actual de las partes de nuestro cuerpo, también transmitimos mucha información con los elementos que lo visten y decoran. Un reloj dorado o una muñequera de remaches transmiten información diferente acerca de la persona que los viste.

Algunos de estos signos indican origen cultural, ideología, actitud ante la vida, escala de valores, etc. Aquí incluiríamos la forma de peinarnos, afeitarnos o depilarnos, los elementos decorativos externos como

pendientes, pulseras, collares, chapas o pins, etc., la ropa, no sólo el tipo de ropa, sino su mayor o menor cuidado, tatuajes, maquillajes, etc.

La comunicación no verbal auditiva o Paralenguaje, se refiere a las cualidades fónicas, signos sonoros fisiológicos o emocionales, elementos cuasi léxicos, pausas y silencios que a partir de su propio significado o de alguno de sus componentes comunican o matizan el sentido del lenguaje verbal (Villahizán, 2003).

Existen algunas señales sonoras, que sin ser palabras en sí mismas comunican mensajes por sí solas: suspirar, bostezar, silbar, carraspear, etc. Pero generalmente se trata de variaciones en las cualidades fonéticas de las palabras lo que nos aporta un significado diferente. Mi madre contesta al teléfono diciendo la palabra "Sí". Un monosílabo en el que aparentemente podrían encontrarse pocos matices. Sin embargo en la mayoría de las ocasiones ese monosílabo me aporta información suficiente como para saber si está contenta, triste, si ha discutido con alguien, si está mi sobrino con ella, si está agobiada, o si está aburrida. Seguramente el lector conocerá a personas cuya respuesta al teléfono les aportará información similar. ¿Es que se trata de personas muy expresivas, o es que somos muy intuitivos? Seguramente ni la una ni la otra, o las dos. Como en el caso de la comunicación visual, aprendemos a emitir y a interpretar información sonora no verbal mucho antes de dominar el lenguaje. La mayoría de las madres, y también muchos padres, son capaces de interpretar el llanto de sus bebes distinguiendo si tienen hambre, si tienen sueño, si se aburren, si desean que le carguen en brazos o si les duele algo.

Los principales elementos de la comunicación paralingüística son (ver Ballester y Gil, 2002 y Caballo, 1993, para una revisión más detallada de estos elementos):

a) **Volumen:** sirve básicamente para asegurarnos de que el mensaje llega al oyente. Su exceso o su defecto tiene diferentes funciones. Un volumen demasiado bajo puede indicar tristeza, sumisión, vergüenza y también puede hacer que nuestro interlocutor se sienta ignorado o se enfade. Un volumen demasiado alto puede indicar seguridad, dominio, persuasión, o agresividad.

Los cambios en el volumen aportan información importante. Sirven para enfatizar algunos aspectos de lo comunicado y ayudan a mantener el interés. Pero también nos indican lo que resulta más dificultoso para el hablante. Un cambio brusco en el volumen, por defecto, o por exceso, cuando se realiza o rechaza una petición, cuando se expresa una vivencia, o se opina sobre algo, nos indica que el hablante tiene algún tipo de dificultad para realizar ese acto comunicativo.

b) **Tono:** la entonación aporta muchísima información al contenido verbal. Una palabra como "Vendrás", entonada de diferentes maneras puede significar cosas tan diferentes como: "en el futuro tú vas a venir"; "ven, es una orden"; "no sé si vas a venir o no"; "¡vas a venir!, ¡qué horror!"; "¡vas a venir!, ¡qué bien!"; "por favor, ven"; etc.

El tono puede contradecir el mensaje verbal, transmitir sarcasmo, dar mayor importancia a parte del contenido verbal, enfatizar. También es frecuentemente utilizado para regular el ritmo de la comunicación: ceder la palabra, preguntar, etc. Si el tono sube, indica alegría, si decae indica tristeza.

c) **Fluidez:** es bastante habitual que existan algunas perturbaciones durante los episodios comunicativos, especialmente al comienzo o al tratar temas delicados. Sin embargo un exceso de los mismos indicaría inseguridad,

poco interés, o ansiedad. Un habla fluida causa mejor impresión, aunque si resulta excesivamente fluida en un contexto determinado podría ser considerada como un signo de prepotencia.

Las principales perturbaciones del habla son los silencios, las palabras de relleno tipo: "uhm", "ya sabes", "bueno", "tío", "eeeeeeh", y finalmente las repeticiones, tartamudeos, omisiones, malas pronunciaciones, y palabras sin sentido.

La ausencia de sonido también comunica. Una pausa es definida como ausencia de habla durante un periodo de tiempo entre 0 y 1 segundos aproximadamente. Las pausas funcionan, básicamente, como reguladores de cambio de turno, indicando el final de uno y el posible comienzo de otro. Pero pueden funcionar también como presentadores de distintas clases de actos comunicativos verbales. Además, las pausas pueden ser reflexivas o fisiológicas. Los silencios pueden venir motivados por un fallo en los mecanismos interactivos (cambio de hablante, corrección, respuesta a pregunta, casos de dudas, reflexiones, etc.). Además, pueden ser utilizados como presentadores de actos comunicativos, o como enfatizadores del contenido de los enunciados emitidos o que se van a emitir.

Elementos cuasi-léxicos como las interjecciones (¡Ah!), onomatopeyas (Miau) y otros muchos sonidos (Uff, Uhm...), se utilizan convencionalmente con un valor comunicativo. El significado depende de su aporte comunicativo: reguladores interactivos (Uhm), referenciales (descriptivos o imitativos: "Uaaj" para aludir a una persona o fecha; ("Qui-quiri-qui"), expresivos (¡Aaaahh!)

d) **Claridad:** resulta desagradable no entender bien al hablante. Un habla ametrallada indica impaciencia o enfado, mientras que arrastrar las palabras puede interpretarse como aburrimiento, desinterés o tristeza.

e) **Velocidad:** es importante que sea adecuada para permitir la correcta comprensión del mensaje. Cuando es muy acelerada puede transmitir ansiedad o vehemencia, cuando es muy lenta puede transmitir aburrimiento, desinterés, y hacer que se pierda el hilo. Adecuadamente lenta puede enfatizar el mensaje y facilitar la comprensión.

f) **Duración:** suele tener que ver con el interés y la necesidad de ser comprendido por el oyente. Una duración excesiva refleja un alto interés del hablante, pero suele resultar en un proporcional desinterés del oyente. Una duración muy breve puede indicar tanto gran seguridad, como gran inseguridad. En este caso la diferencia la marcarán los otros aspectos paralingüísticos y visuales.

Elementos que dificultan la comunicación.

Vistos los aspectos más básicos de la comunicación humana, podemos hablar ahora de aquellos elementos que facilitarán la comunicación entre las personas y aquellos que la dificultarán.

Las barreras en la comunicación son interferencias que pueden bloquear una comunicación, filtrar parte de su significado, o emitirlo de forma equivocada. Los principales tipos de barreras comunicativas serían:

– **Personales:** como los prejuicios, los estados de ánimo, etc., que se tienen en el momento del acto comunicativo.

- **Físicas:** como el canal utilizado, el ruido, las dificultades en la emisión o recepción, o las interferencias.
- **Semánticas:** referidas principalmente al sistema de códigos utilizados para comunicar, como el idioma o la escritura

Veamos algunas de las barreras más frecuentes en la comunicación

- **Lugar y momento:** es importante que el entorno elegido para el acto comunicativo lo permita. El ruido excesivo, interrupciones constantes, teléfonos sonando, prohibición de comunicarse en ese lugar y/o momento, así como otras interferencias del contexto impedirán, limitarán y en definitiva dificultarán la comunicación.
- **Estados emocionales intensos:** cuando uno de los actores comunicativos se encuentra en un estado emocional demasiado intenso, su emisión o recepción racional de los mensajes está claramente limitada. Podría atender a partes del mensaje, perdiendo el resto, e interpretarlos desde la perspectiva de su estado emocional. Si es ira como agresiones, si es tristeza como descalificaciones, o si es amor como declaraciones inequívocas. Y como emisor sus mensajes estarán claramente sesgados y carentes de perspectiva global de la situación o de la relación. Se trata de ocasiones en las que el sistema límbico (primitivo centro gestor de nuestras emociones) toma el mando y el cortex prefrontal (área cerebral responsable del pensamiento racional) disminuye su actividad. En estos casos, los resultados del acto comunicativo pueden ser de lo más peregrinos y surrealistas.
- **Reproches y sarcasmos:** el uso de estos recursos lingüísticos, aunque legítimo en ocasiones, entraña el peligro de que la comunicación gire en torno a bucles de falta de claridad y transparencia, no expresión real de

nuestras necesidades y emociones, y derive en un negativismo sin fin basado en la fórmula: "Yo no, tú más" en cualquiera de sus variantes: "Pues anda que tú", "eso fue por tu culpa", "Si tú no hubieras…, yo no habría…".

- **Consejo prematuro y no solicitado:** se trata de un defecto más frecuente en hombres que en mujeres, aunque no es exclusivo del género masculino. Cuando exponemos un problema necesitamos comprensión y, a veces, consejo. En muchas ocasiones recibir un consejo sin habernos sentido comprendidos nos hace sentir inferiores, vulnerables, débiles, y esto puede desencadenar respuestas defensivas e inadecuadas. Muy especialmente cuando el consejo refleja una clara incomprensión de la situación, o de nuestras emociones: "yo en tu lugar le hubiera mandado a freír espárragos".
- **Términos vagos o muy técnicos:** se trata de un problema en el código utilizado para transmitir el mensaje. Para que un mensaje sea comunicado como es debido, las palabras utilizadas deben significar lo mismo para en emisor y para el receptor, quienes necesitan compartir el mismo significado simbólico. De no ser así la comunicación resulta imposible y se corta.
- **No vocalizar o hablar muy deprisa:** en estos casos la comprensión de los mensajes se ve limitada y nuestro interlocutor se desconcierta perdiendo el hilo de la comunicación.
- **Quitar importancia a la preocupación:** al hacerlo transmitimos a nuestro interlocutor que sus emociones no son importantes. Y quizá no lo sean, pero el hecho es que en ese momento a esa persona le parece que sí. Lo más natural es que se sienta incomprendida y a partir de ahí, rechace el resto del mensaje que queramos transmitir.

– **Amenazar:** tratar de infundir miedo en alguien para que haga o deje de hacer lo que queremos generalmente produce una respuesta emocional intensa de miedo o de rabia, con lo que la comunicación desde ese momento dejará de ser racional y pasará a un estado de irracionalidad difícilmente controlable. Sea cual sea la reacción emocional de nuestro interlocutor, el mensaje que le transmitamos no será integrado como adecuado y sano, sino como una imposición discutible.

– **Desviar la atención:** es clara y directamente un intento de boicotear el contenido del mensaje sobre el que se pretende comunicar.

– **Cortar la conversación:** como en el caso anterior, supone un claro boicot al contenido de la comunicación. Ambos casos podrían resultar adecuados cuando en el acto comunicativo se esté produciendo alguna de las barreras apuntadas aquí, como por ejemplo que nuestro interlocutor se encuentre en un estado emocional demasiado intenso. En cuyo caso convendría pactar el momento y lugar adecuados para retomar la conversación.

– **Juzgar o interpretar:** si la actitud, expresión, tono de voz, o elección de la frase por parte del emisor se interpreta como un juicio o una valoración del receptor, éste asumirá una actitud defensiva. Tal reacción no es irrealista, pues gran parte de la comunicación es en verdad valorativa.

– **Desoír las señales no verbales:** como ya se ha dicho más arriba, un importante porcentaje de la comunicación humana es no verbal. No prestar atención a este tipo de señales, especialmente cuando aportan información diferente, o incluso contradictoria con la comunicación verbal, es un patente error y una evidente pérdida de información, que puede traer consecuencias.

- **Los "deberías":** los mensajes de obligación implican juicio, valoración, y generan culpa, ansiedad y/o rabia. Quien los emite se coloca en una posición de superioridad, dejando al interlocutor en un estado inferior que puede provocar una reacción defensiva.
- **Dar excesiva información:** abruma, sobrecarga y produce aburrimiento y desinterés en el interlocutor. Refleja una inadecuada comprensión de la relación y del estatus propio y del interlocutor.
- **Etiquetar:** resta información, produce sobre-generalizaciones, y si la etiqueta recae sobre el oyente, puede producir respuestas defensivas. En lugar de tildar al otro de aburrido, repetitivo, pesado, etc. Por muy monótono que pueda ser el discurso, es preferible pasar por alto su estilo, escucharlo, analizar su información, etc., porque casi siempre aportará datos que serán útiles y que probablemente no se conozcan. Se trata de ver y apreciar al otro en su calidad de ser humano, valorándolo por sí mismo como una persona diferente, digna de ser escuchada y atendida.
- **Dar soluciones e intentar resolver los problemas:** como en el caso de los consejos prematuros y no solicitados, genera sentimientos de incomprensión y puede provocar reacciones defensivas.

Elementos que facilitan la comunicación.

Jack R. Gibb (2007) describe una técnica importante para superar las barreras de la comunicación. Gibb ha señalado que el tipo de comportamiento o las actitudes que manifiesta la gente afectan a la manera de comunicarse. Ciertas clases de conducta harán que las personas reaccionen de manera defensiva e inhiban la comunicación; en

cambio, otros tipos harán que se sientan apoyadas y, por lo mismo, la facilitaran. Las categorías de comportamiento descritas por Gibb se muestran a continuación.

Comportamientos defensivos	*Comportamientos de apoyo*
1. Evaluación	1. Descripción
2. Control	2. Orientación al problema
3. Estrategia	3. Espontaneidad
4. Neutralidad	4. Empatía
5. Superioridad	5. Igualdad
6. Certidumbre	6. Provisionalismo

Evaluación-Descripción. Si la actitud, expresión, tono de voz, o elección de la frase por parte del emisor se interpreta como un juicio o una valoración del receptor, este asumirá una actitud defensiva. Sin embargo si se trata de una descripción de los hechos carente de juicio la actitud del receptor será, con mayor probabilidad, más receptiva.

Control—Orientación al problema. Las afirmaciones, órdenes o simples observaciones que tratan de controlar a otros, suponen que el orador tiene mejor juicio y que, por tanto, los oyentes son inferiores. Los métodos utilizados para comunicar un intento de control pueden incluir desde una orden respaldada con una amenaza hasta un simple gesto de desaprobación. Puesto que éstos implican que el receptor no es capaz de tomar una decisión sabia sin dirección, crean una actitud defensiva, aun cuando se acepte el control. Pero cuando el emisor hace ver claramente que está tratando de resolver el problema y apoyar al receptor en la definición y solución del mismo, son casi inevitables un clima de sostén y un mejoramiento de la comunicación.

Estrategia—Espontaneidad. Si pensamos que alguien está jugando con nosotros y que no actúa de modo espontáneo, nuestra reacción normal es la resistencia. El engaño y

la manipulación nos alejan emocionalmente de cualquier persona. Sin embargo, una comunicación genuina y honesta suele originar una respuesta autentica y honesta.

Neutralidad—Empatía. La comunicación que expresa empatía por el oyente producirá una reacción favorable. En cambio, una actitud clínica y fría será sentida como indiferencia y provocara intercambios formales, rígidos y menos satisfactorios.

Superioridad—Igualdad. Se sabe que quienes asumen una actitud de superioridad no consiguen respuestas de cooperación ni amistosas. A quienes les gusta reprender y dar lecciones serán recibidos con frialdad. Por el contrario, quienes hablan a las personas como iguales, manifiestan confianza y respetan a sus oyentes, recibirán casi siempre respuestas honestas y francas.

Certidumbre—Provisionalismo. Cuando tratamos de impresionar a los otros indicando que conocemos todas las respuestas y que nada nos apartara de nuestras convicciones, es probable que los oyentes adopten una actitud de enfrentamiento o de aceptación pasiva. En cambio, si indicamos que queremos oír otras opiniones y estudiar nueva información, se origina una actitud de apoyo y cooperación y se estimula la comunicación franca. Por lo general, la gente está dispuesta a ser más flexible en su posición si se encuentra ante una postura también flexible.

En esta misma línea de búsqueda y facilitación de los elementos que mejoran y permiten la comunicación eficaz podemos hablar de los siguientes elementos que facilitan la comunicación:

- **Lugar y momento apropiado:** todo dependerá del mensaje que se intente transmitir. Asegurarnos de que no existen interferencias, que el ambiente es

el apropiado para el mensaje, o que, si podría haber una reacción emocional, el contexto social sea el apropiado.

- **Estados emocionales facilitadores:** para mensajes importantes que pretenden resultar duraderos, es básico que las emociones no estén desbordadas. Aunque si lo que se pretende es animar a alguien a hacer algo de forma inmediata podría resultar facilitador que se encuentre en un estado emocional intenso siempre que éste sea el apropiado.
- **Escuchar activamente:** como veremos más adelante, la escucha activa es una parte indispensable de la comunicación eficaz. La gran mayoría de las comunicaciones son bidireccionales, si nos perdemos la retroalimentación sobre el efecto que está produciendo nuestra comunicación, lo más normal es que cada parte se dirija hacia lugares diferentes y que se pierda la conexión. La escucha activa permite mantener la conexión con la otra persona y así mantener un hilo conductor común en nuestra comunicación.
- **Empatizar:** comprender como se siente nuestro interlocutor. Los seres humanos siempre nos encontramos en algún estado emocional y al comunicarnos lo transmitimos ya sea verbal o no verbalmente. Perdernos esa parte de la comunicación nos distancia. Pero si somos capaces de conectar con las emociones del otro, nuestra comunicación será mucho más profunda.
- **Hacer preguntas abiertas:** de esta forma se facilita la autorrevelación de aspectos que pueden resultar importantes para nuestro interlocutor y que de otra manera quedarían ocultos, dificultando así la comprensión. Las preguntas más efectivas no son las que suponen un interrogatorio exhaustivo a la caza de información, sino preguntas abiertas que lleven a respuestas descriptivas, que a su vez impliquen que el interlocutor observe desde

diferentes perspectivas los hechos y tome responsabilidad de su capacidad de elección de conductas alternativas.

- **Pedir su opinión o criterio:** a todo el mundo nos gusta que nos tengan en cuenta y, como dice Gibb (2007), si alguien nos habla con demasiada certidumbre, nos provocará reacciones defensivas. Así evitamos también los monólogos y si mantenemos una actitud egoísta podemos sacar partido y aprender mucho de la opinión de cualquier persona.
- **Utilizar "mensajes yo":** esto es, hacernos responsables de lo que decimos: "Yo pienso", "yo me siento" en lugar de sentencias como "esto es así", "lo que tú haces está mal". Difícilmente producirá conflicto esta forma de comunicarnos, a no ser que resulte excesivamente egocéntrica, y además es tremendamente útil para resolver conflictos entre personas.
- **Reforzar:** por desgracia vivimos en una sociedad en la que no suele estar bien visto jactarnos de lo bueno, aceptar cumplidos, e incluso reconocer lo bueno de las demás personas. Sin embargo un reforzamiento adecuado a los hechos o virtudes de las otras personas facilita que éstas quieran comunicarse con nosotros. Además del ya conocido efecto de aumentar la probabilidad de que se repitan sus conductas reforzadas.
- **Acomodar la información a su momento (creencias, expectativas, valores..):** como veíamos en la definición de habilidades sociales de Caballo (1993) "las conductas adecuadas a la situación". Nuestro interlocutor o interlocutores, el contexto en el que se da la comunicación, el lugar, ambiente, etc. suelen determinar el efecto que tendrá un determinado acto comunicativo y que probablemente será diferente al efecto de ese mismo acto en otro contexto y otras circunstancias. Así pues es importante que

adecuemos la información y la forma de transmitirla a la situación en la que se transmite.

- **Expresar nuestros sentimientos:** lo cierto es que queramos o no, nuestros sentimientos se reflejan en nuestros actos comunicativos. Al no expresarlos abiertamente corremos el riesgo de que nuestra comunicación verbal y no verbal resulten incongruentes, o que nuestro mensaje global resulte poco claro. Nos suele dar miedo hablar abiertamente sobre cómo nos sentimos. Sin embargo una comunicación abierta y sincera sobre nuestras emociones, de forma adecuada a la situación, facilita enormemente la comunicación y la hace mucho más efectiva. Es una de las herramientas de resolución de conflictos menos utilizadas en general y sin embargo una de las más eficaces.

La escucha activa.

Alicia Kauffman (1993) explica por qué muy pocos atienden los argumentos de otros y se afanan únicamente en exponer sus razones. Recomienda abrir el oído a lo que dicen los que están a nuestro alrededor. Gran parte de los conflictos de la vida se pueden explicar por un simple hecho: no nos escuchamos los unos a los otros.

Escuchar no es tan simple. Una regla sencilla es procurar entender, sin ponerse a la defensiva, y escuchar sin dar previamente ninguna opinión. Intentar entender al otro. La mayoría de las personas no escucha para comprender, tan sólo se prepara para hablar. La escucha emocional es el nivel más elevado de la comunicación. Claramente supone el esfuerzo consciente para entender qué está en la cabeza y en el corazón de la otra persona. El arte de escuchar no consiste en estar de acuerdo, sino en comprender profunda y completamente a la otra persona, tanto emocional como intelectualmente.

No importa cuál sea la motivación si no puedes trasmitir tus ideas a otros. En las relaciones humanas la mayoría de las diferencias y desacuerdos se originan en la falta de entendimiento entre las personas. La comunicación es difícil, es un arte. Exige algo más que intercambio de ideas; también es un intercambio de sentimientos, de actitudes, de emociones.

El arte de escuchar se basa en la capacidad de percepción y de comprensión del comportamiento de la otra persona, que conduce a una sensibilidad por sus necesidades y a una flexibilidad para saberlas manejar con justicia y objetividad. Significa entender a la otra persona, aunque no se esté de acuerdo con ella o no se acepten totalmente sus puntos de vista.

Cuando una persona se siente escuchada, se siente atendida, y eso genera un proceso que le anima a una mayor apertura. Al dar valor, importancia y consideración a las revelaciones de la persona que nos habla, creamos un clima de cooperación y receptividad con nuestro interlocutor. Si se logra crear un determinado clima, una conversación puede suponer una eficaz herramienta de transformación, una sencilla pero eficaz manera de tomar conciencia de lo mejor de uno mismo. La verdadera escucha significa, entre otras cosas, estar presente para el otro, sin juicios ni evaluaciones, facilitando las palabras que le permitan una mejor autoexploración.

Para escuchar activamente a alguien es importante comprobar si realmente se va comprendiendo su discurso, atender a su mensaje, reconocer el tono y los matices emotivos, mantenerse presente y entregado al proceso de la conversación. La persona que sabe escuchar evita o reduce los malentendidos y encuentra el momento oportuno para hacer una pregunta o una afirmación.

La escucha activa ayuda a desarrollar una mejor comunicación, pero algunas personas se sienten frustradas porque no pueden encontrar una manera sencilla de mejorar su escucha. Si se escuchara activamente a los demás, se sabría de ellos todo lo que se necesita saber para relacionarse. Hay algunos medios que nos pueden ayudar a ello (Kauffman, 1993):

- **Adoptar una postura de escucha**: dirigir el cuerpo hacia la otra persona, mirarle a los ojos, pero si avasallar, sonreír, destensar los músculos. En definitiva, estar y mostrarse abierto y receptivo a la comunicación. De no ser así será percibido por el interlocutor.
- **Estar pendiente de las ideas**: la palabra hablada tiene una ventaja sobre la escrita y es que trasmite los sentimientos con mayor énfasis y claridad. Al escuchar hay que tratar de oír lo que está detrás de las palabras para poder comprender a la persona.
- **Ser egoísta**: escuchar con la idea de que se está decidido a obtener alguna ventaja de lo que se escucha. Así se puede obtener lo valioso que las demás personas pueden ofrecer.
- **Evitar estar a la defensiva**: algunas personas escuchan al principio, con mente abierta, pero poco a poco la mente se va cerrando y se corta la comunicación. Esto se debe, a veces, a que se tiene miedo a que las propias razones no sean correctas. Por ello es bueno, al escuchar, adquirir la práctica de diferir el propio juicio, hasta que la otra persona haya terminado.
- **Escuchar para recordar:** se trata de saber escuchar a las demás personas y reflexionar después sobre lo escuchado. Se aprende mucho, cuando se reflexiona sobre lo escuchado.

- **Mantenerse alerta y desde la sinceridad**: proporcionar al interlocutor una pista verdadera de cuándo se le sigue y cuándo no. Muchas veces no basta con menear la cabeza o decir "sí", es mejor repetir lo que la otra persona ha dicho en una o dos frases que resuman el significado que el interlocutor está intentando transmitir.
- **Detenerse antes de responder**: se trata de permitir que el otro hable y se exprese. Muchas veces esperando antes de responder la otra persona continuará hablando y brindará más información que puede resultar útil o interesante. Seguir el ritmo del interlocutor.
- **Tratar de escuchar más allá de las palabras y respetar los silencios**: atender también al paralenguaje y al lenguaje corporal. De esta forma se reconocen las preocupaciones, deseos, sentimientos y la significación emocional que tiene el lenguaje para el interlocutor.
- **Preguntar cuando se necesite más información**: si no se entiende lo que la otra persona está diciendo, se siente confusión o se pierde el hilo de la conversación, se puede pedir repetición o clarificación de las frases que no se han llegado a comprender. Esta actitud implicará que la persona que habla se verá llevada a profundizar en sus planteamientos y a ser más consciente de lo que siente. Es una forma práctica de asegurarse haber captado las ideas. Además al preguntar sobre temas de interés del mensaje, se demuestra que se presta atención. También a través de preguntas se puede mantener al interlocutor atento y consciente de aquellos aspectos indefinidos que pueden ser importantes para un nuevo enfoque del conflicto.
- **Tratar de ponerse en el lugar del interlocutor**: no interpretar a medida que se escucha. No se puede escuchar mientras se está hablando, o prestando

atención a otra cosa, o haciendo otra cosa. Escuchar sin prejuicios, dar apoyo a quien habla y aprender de la experiencia del interlocutor. Esta actitud aporta calidez en la escucha y evita interrumpir y dar consejos no solicitados. Es tratar de interpretar el contenido del mensaje desde el punto de vista del transmisor. La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, es comprender lo que siente en cada momento. Implica entrar en el mundo del otro y ver las cosas desde su punto de vista, desde su paradigma, comprendiendo lo que siente. Sin embargo, no significa opinar lo mismo que el otro. Se trata de aceptar y respetar sus ideas y emociones, mostrar compresión e interés por sus problemas.

- **Practicar el arte de escuchar:** no hay que tener miedo a oír a otros, aunque se traten temas difíciles. Siempre es arduo escuchar temas profundos y sacarles jugo, pero la práctica lo hace más fácil. Quien es capaz de callarse para escuchar a otros alguna vez, aprende mucho de la vida.

Asertividad.

En la definición de habilidades sociales de Vicente Caballo (1993), que analizábamos al comenzar este apartado, podría estar incluida la definición de asertividad. Especialmente cuando se refiere a la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del individuo; al respeto de esas conductas en los demás y a la capacidad resolutiva de estas conductas. Posiblemente esto sea debido a que cuando la formuló por primera vez en 1986 los conceptos de habilidades sociales y asertividad no estaban tan claramente diferenciados.

Hoy en día existe un mayor consenso sobre la diferencia entre la conducta socialmente habilidosa, que es la que permite conseguir los objetivos deseados, y la asertividad, que generalmente, en sociedades como la nuestra, suele permitir esa

consecución de resultados, pero que no siempre, ni en todas las circunstancias, es la conducta más habilidosa.

Una característica importante del comportamiento asertivo es que se realiza de forma tranquila y segura y a la vez posibilita la disminución de la ansiedad. Wolpe (1977. p. 96), define la conducta asertiva como: "La expresión adecuada dirigida a otras personas, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad". Por su parte Fensterheim y Baer (1976): definen al individuo asertivo como: "Aquella persona que tiene una personalidad excitativa o activa, el que defiende sus propios derechos y no presenta temores en su comportamiento". Estos autores opinan además que las características básicas de la persona asertiva son: libertad de expresión, comunicación directa, adecuada, abierta y franca, facilidad de comunicación en toda clase de personas y su comportamiento es respetable y acepta sus limitaciones. Añaden así la idea de una actitud proactiva que afronta los conflictos existentes y no los evita, partiendo del respeto propio y ajeno. También aparece aquí la idea de la defensa de los derechos.

Muchos autores plantean la asertividad como la defensa de los derechos. Alberty y Emmons (1978. p. 2), la definen como: "La conducta que permite a una persona actuar con base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los derechos de los otros". Lazarus (1966), define la conducta asertiva como: "El aspecto de la libertad emocional que se relaciona con la capacidad de luchar por los propios derechos." Lange y Jakubowski (1976), plantean que: "La aserción implica defender los derechos y expresar pensamientos y creencias en forma honesta, directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás. La base de la aserción es la comunicación mutua, dar y recibir respeto". Al respecto la persona no asertiva muestra una falta de respeto por sus propias necesidades, y su meta es aplacar, pacificar y evadir conflictos.

MacDonald (1978), define la asertividad como: "La expresión abierta de las sugerencias (por medio de palabras y acciones) de una manera tal que haga que los otros lo tomen en cuenta."

Otra idea básica de la asertividad es que se trata de una habilidad que permite expresar los sentimientos. Rimm y Masters (1974) definen la conducta asertiva como: "La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos." Rich y Schroeder (1976), definen la conducta asertiva como: "La habilidad de buscar y mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos. Cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluye al castigo". Según Bartolomé, Carrobles, Costa y Del Ser (1977): La asertividad: "Es la habilidad de exponer en un momento determinado (personal o social), de manera apropiada y directa, creencias y sensaciones tanto positivas como negativas." Alberti y Emmons (1978) amplían su definición de asertividad así: "Es el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos y actitudes, deseos, opiniones y derechos de otras personas".

Queda claro entonces que el comportamiento asertivo es tranquilo y activo, se basa en expresar lo que se piensa y siente de forma honesta y directa, respetando al interlocutor tanto en sus expresiones como en sus derechos, sin anteponerlos a los propios derechos. Y como hemos dicho más arriba, esta conducta es, en la mayoría de las situaciones, en culturas como la nuestra, habilidosa socialmente.

Respuestas de lucha – huída vs. comportamiento asertivo.

Si tomamos en especial consideración la defensa de los derechos propios y ajenos, aunque de una forma un tanto simplista y no del todo exacta, podríamos hablar de un continuo en el que un extremo estaría representado por el comportamiento pasivo y el otro extremo por el comportamiento agresivo. En medio de ese continuo encontraríamos al comportamiento asertivo.

En el Reino Animal existen tres tipos de respuesta ante situaciones potencialmente amenazantes: la lucha, la huida y la paralización. En el caso de nuestra especie podemos observar los mismos tipos de reacciones.

Cuando un gato se siente acorralado ataca. La respuesta de lucha se da en los animales cuando se sienten en grave peligro y la agresividad es una alternativa de supervivencia y cuando se enfrentan a animales que creen poder vencer. Los seres humanos no somos diferentes a este respecto. Luchamos o atacamos cuando nos sentimos en peligro o cuando nuestro oponente puede ser vencido de alguna forma por este medio. Ejemplos de esta reacción se dan en aquellas personas que reaccionan con agresividad cuando sienten vulnerada alguna parte importante, "vital" de su persona como su intimidad, o quienes maltratan a su pareja e hijos porque así se perciben superiores.

La mayoría de los animales huye ante la presencia de un depredador o un atacante más poderoso. También las personas huimos física o actitudinalmente cuando nos creemos sin fuerzas para vencer. Ante la orden inadecuada de un jefe, o la sugerencia manipulativa de alguien con mayor poder de convicción tendemos a "escurrir el bulto" si no queremos someternos.

La paralización también es una respuesta adaptativa ya que facilita el camuflaje, evitando llamar la atención y confrontaciones, y la economía de recursos. También las personas reaccionamos con pasividad ante muchas situaciones amenazantes, como la vulneración de nuestros derechos, para evitarnos confrontaciones que son percibidas como peores que la paralización.

Además de poder tener todas estas reacciones en diferentes situaciones nos podemos identificar más o menos con cualquiera de ellas por ser más repetitiva en nuestra vida. Por eso podemos hablar de conductas agresivas, pasivas (que huyen o se paralizan) y asertivas.

Esta última opción supone un cambio de paradigma en nuestra concepción sobre la relación con el entorno en la que no sea necesario estar ni por encima, ni por debajo de nadie. Se puede interactuar partiendo de que se pretende que todos ganen y nadie pierda.

Una persona tiene una conducta pasiva cuando permite que los demás la pisoteen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto. Las personas pasivas tienen una serie de características, su volumen de voz es tenue, tienen poca fluidez al hablar, con tartamudeos, inseguridad, creen que las demás personas no le entienden o se ríen de ellas. Se preocupan más de los otros que de ellos mismos, sienten impotencia, ansiedad, frustración. Todo esto provoca perdida de la autoestima y falta de respeto por parte de los demás. No salen en defensa de sus derechos. Permiten a otros que les tomen ventaja. Evitan tomar responsabilidades al hacer elecciones. Dejan que otros tomen decisiones por ellas. No controlan sus vidas. Se ven a sí mismas como víctimas indefensas. Su posición en las interacciones es la de "yo pierdo, tú ganas"

La ventaja de ser una persona pasiva es que raramente se recibe un rechazo directo por parte de las demás personas. La desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento y de irritación.

Las personas agresivas, por su parte, se centran más en ellas mismas y en sus intereses. Hacen las cosas para su propio provecho, no importa de la forma que sea. Piensan en el castigo, en ellas mismas y en su bienestar. Sienten ansiedad, incomprensión, lo cual, también provoca una baja autoestima y rechazo por los demás, lo que hace que se vuelvan aun más agresivas. Su volumen de voz es alto, rápido, con interrupciones, hacen uso de los insultos y amenazas, parece que están retando al otro, creando resentimientos e impidiendo la mejora de la situación. Su juego es el de "yo gano, tú pierdes"

Expresan sentimientos y opiniones de una forma que castiga, amenaza o coloca en mala situación a otras personas. No respetan los derechos y necesidades de los otros. Dejan a los otros con malos sentimientos, haciendo difícil relacionarse con ellos en el futuro. Son manipulativas, juegan con los demás o intentan que los demás se sientan culpables. Hacen daño o humillan a los otros.

La ventaja de esta clase de conducta es que los demás no se meten con la persona agresiva. La desventaja es que no quieren tenerla cerca.

Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerada con la forma de pensar y de sentir de los demás. Asertividad viene del latín "assérere, assertum" que significa afirmar. Así pues asertividad implica afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismo, comunicación segura y eficiente.

Mediante la conducta asertiva se expresan con seguridad y de forma fluida los sentimientos, tanto los positivos como los negativos, no se encuentran tensos, se aceptan errores, se reconocen las necesidades propias y ajenas, se puede discrepar y discutir respetando a las otras personas, incluso indagando más sobre el criterio ajeno. Esto provoca una buena autoestima, respeto a los demás y a sí mismos. Permite reaccionar con cautela ante situaciones conflictivas.

Las personas que se comportan de forma asertiva se sienten responsables de las propias acciones y de su control. Están preparadas para transigir. Son capaces de resolver las dificultades de forma equitativa. La petición asertiva incluye un plan determinado a seguir y la posibilidad de negociar de mutuo acuerdo la mejor solución al problema.

La ventaja de la conducta asertiva es que permite obtener lo que se desea sin ocasionar trastornos a los demás. Preguntar de forma abierta y directa por aquello que se desea conocer. El tipo de relación que se establece es abierta y sincera.

Derechos asertivos.

Uno de los pilares básicos del comportamiento asertivo es el respeto de los derechos propios y ajenos. Pero ¿cuáles son esos derechos? Lo cierto es que existen tantas listas de derechos asertivos como manuales hay escritos sobre la materia. Una de las listas de derechos mejor explicadas es la de Manuel J. Smith (1975), que describe diez derechos que considera básicos, derivados de uno principal: "Tenemos derecho a ser los únicos/últimos jueces de nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras emociones, y a tomar la responsabilidad de su iniciación y de sus consecuencias." A partir del cual se suceden una serie de derechos lógicos orientados a protegernos de las agresiones, los abusos y la manipulación de otras personas.

Los otros nueve derechos de esa lista son:

- Tenemos derecho a no dar razones o excusas para justificar nuestro comportamiento.
- Tenemos derecho a decidir si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.
- Tenemos derecho a cambiar de opinión.
- Tenemos derecho a cometer errores... y a ser responsables de ellos.
- Tenemos derecho a decir "No lo sé"
- Tenemos derecho a ser independientes de la buena voluntad y afecto de las demás personas antes de enfrentarnos con ellas.
- Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
- Tenemos derecho a decir "No lo entiendo"
- Tenemos derecho a decir "No me importa"

Algunos otros derechos que nos parece interesante destacar serían:

- Tenemos derecho a decir simplemente "No"
- Tenemos derecho a considerar nuestras propias necesidades.
- Tenemos derecho a expresar nuestras ideas y sentimientos.
- Tenemos derecho a ser tratados con respeto y dignidad.
- Tenemos derecho a pedir y dar cuando así lo decidamos.
- Tenemos derecho a establecer nuestras propias prioridades y decisiones.
- Tenemos derecho a tener éxito.
- Tenemos derecho a exigir la calidad pactada.
- Tenemos derecho a la reciprocidad.
- Tenemos derecho a sentirnos bien.

– Tenemos derecho a hacer menos de lo humanamente posible.

– Tenemos derecho a la privacidad.

– Tenemos derecho a no usar nuestros derechos.

– Tenemos derecho a ser felices.

Técnicas asertivas.

Ahora bien. Sabemos que el comportamiento asertivo se basa en la calma, la seguridad personal el respeto a los derechos propios y ajenos. Pero qué ocurre cuando nos relacionamos con personas que no parecen comportarse de forma asertiva.

Un nuevo estilo de pensamiento y asimilar los derechos asertivos ayuda por sí solo a que nos sintamos mejor. Pero para poder ejercer estos derechos existen una serie de técnicas que podemos utilizar a modo de herramientas prácticas de comunicación.

La comunicación asertiva es todo un arte. Hay que saber cuándo y cómo utilizar cada técnica o herramienta. No siempre, ni con todas las personas puede resultar adecuado utilizar algunas técnicas que son válidas otras veces.

En Caballo, 1993, Smith, 1975, y Vicente, 2004, pueden encontrarse descripciones más precisas y detalladas de las técnicas asertivas, así como de los procedimientos de entrenamiento en las mismas.

A continuación pasamos a describir someramente las principales técnicas asertivas.

Aserción Negativa: somos humanos y nos equivocamos. En ocasiones estas equivocaciones pueden resultar en perjuicio de otras personas y estas pueden confrontarnos con tales hechos. Esta técnica nos enseña a reconocer y aceptar nuestros errores y faltas, sin tener que excusarnos por ellos, mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas hostiles o constructivas, que se formulan sobre nuestras

cualidades o conductas negativas. Se trata de reconocer los aspectos negativos de nuestro comportamiento o de nuestra personalidad, sin tener que adoptar actitudes defensivas o ansiosas, ni vernos obligados a negar un error real, consiguiendo al mismo tiempo reducir la hostilidad de nuestros críticos.

Ejemplo: "Es cierto, tienes razón, ha sido un terrible error por mi parte"

Banco de Niebla: consiste en aceptar las críticas reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello abdiquemos de nuestro derecho a ser nuestros propios jueces. Respondemos a la crítica admitiendo que podríamos haber cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona. Aparentamos ceder terreno sin cederlo realmente. Mostramos acuerdo con el argumento de la otra persona pero no consentimos en cambiar de postura.

La mayoría de las personas espera que nos defendamos para poder atacarnos más y más. Nos critican injustamente para que nos justifiquemos, o para que les respondamos con otra crítica y les demos pie para incrementar el nivel de agresividad. Ni hay que defenderse ni contra-atacar. Sería lo contrario a la respuesta "yo no, tú más". Simplemente, escuchar lo que nos dicen, reconocer que pueden tener razón, no negar lo innegable y exponer nuestro punto de vista.

Ejemplos: "Es posible que tengas razón y que yo no haya puesto todo mi interés en este asunto"; "Seguramente podría ser más generoso. Quizá no debería mostrarme tan duro, pero..."

Interrogación Negativa: consiste en preguntar, tratando de que la respuesta sea concreta, acerca de aspectos percibidos como negativos por las otras personas. Nos sirve

para suscitar las críticas sinceras por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información, si es útil, o de agotar las críticas, si son falsas o manipulativas, incitando al mismo tiempo a nuestros críticos a ser más asertivos y a no hacer un uso tan intensivo de los trucos manipulativos.

Ejemplo: "¿qué es lo que no te gusta concretamente de mi comportamiento / aspecto / trabajo ...?"

Disco Rayado: repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez. Enseña la virtud de la persistencia, sin necesidad de ensayar argumentos ni sentimientos de ira de antemano para poder enfrentarse a los demás. Repetir una y otra vez lo que queremos, sin enojarnos, irritarnos, ni levantar la voz, con tranquilidad, sin dejarnos ganar por aspectos irrelevantes, y sin dar explicaciones o excusas, que nos culpabilizarían. No hay que temer acabar sonando como un disco rayado. De esta forma damos a entender que no estamos dispuestos a dejar que nos pisen, y al mismo tiempo impedimos que cambien el tema de conversación para llevarnos a su terreno.

Ejemplo: "...comprendo, pero quiero que me devuelvan mi dinero... Sí, eso debe de ser terrible, pero quiero que me devuelvan mi dinero... Sí, claro, pero este objeto está defectuoso y quiero que me devuelvan mi dinero... Creo que ustedes tendrán que resolver estos problemas con el fabricante, yo se lo he comprado a ustedes y quiero que me devuelvan mi dinero... quiero que me devuelvan mi dinero ..."

Compromiso Viable: en ocasiones se llega a una situación en la que tan legítimos son los derechos de la otra parte como los nuestros. En este caso, habrá que negociar hasta llegar a una solución que sirva a las dos partes. Se trata de ganar de un lado y perder de otro. Siempre podemos regatear cuando se trata de nuestros objetivos

materiales. Eso sí, sin vulnerar el respeto que sentimos por nosotros mismos y por nuestros sentimientos de dignidad.

Ejemplo: "Comprendo que usted no tenga potestad para devolverme mi dinero. Esperaré aquí hasta que hable con el encargado o con quien tenga esa potestad ¿de acuerdo?"

Autorevelación: se trata de aceptar e iniciar la discusión sobre los aspectos positivos y negativos de nuestra personalidad, nuestro comportamiento, nuestro estilo de vida, nuestros sentimientos o nuestra inteligencia, con intención de favorecer y fomentar la comunicación social y reducir la manipulación. Aunque en ocasiones pueda parecer que supone dar ventaja, informar de que nos están haciendo daño, sin culpabilizar, confronta la realidad de quien nos intenta manipular.

Ejemplos: "Sí, es cierto que no quiero superarme en este aspecto"; "A mí también me sabe fatal cuando intentan manipularme"

Además esta técnica es muy útil para mejorar la comunicación en general.

Libre Información: Se trata de identificar los indicios que nos da otra persona y que permiten reconocer qué es lo interesante o importante para esa persona. Aquello que nos dicen sin que les hayamos preguntado.

Uno de los puntos débiles de muchas personas es la falta de confianza en sí mismos, y la necesidad de aceptación por parte de las otras personas. Si atendemos a todo aquello que no supone intento de aprovecharse, sino revelación sobre sí mismos, es más probable que se sientan comprendidos y presionen menos para salirse con la suya. Además, podremos mantener conversaciones sin entrar en colisión por objetivos

diferentes. Esta técnica también nos ayuda a vencer la timidez, facilita la conversación social y que nuestros interlocutores nos hablen con mayor libertad de sí mismos.

Ejemplo: "Con todos los problemas que tengo en casa ya sólo me faltaba esto en el trabajo." Respuesta: "No tener un lugar donde relajarse puede resultar agotador. Espero que estos problemas en el trabajo no te afecten también en tu vida familiar"

Técnica para Procesar el Cambio: consiste en desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre nuestro interlocutor y nosotros, dejando aparte el tema de la misma.

Ejemplo: "Nos estamos saliendo de la cuestión. Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas. Me parece que estás enfadado"

Técnica de Ignorar: ignoramos la razón por la que nuestro interlocutor parece estar enfadado y aplazamos la discusión hasta que éste se haya calmado.

Ejemplo: "Veo que estás muy enfadado, así que ya discutiremos esto luego."

Técnica del Quebrantamiento del Proceso: responder a la crítica que intenta provocarnos con una sola palabra o con frases lacónicas.

Ejemplo: "Sí... no... quizá."

Técnica de la Ironía Asertiva: respondemos positivamente a la crítica hostil.

Ejemplo: "Eres un fanfarrón." Respuesta: "Gracias"

Técnica del Aplazamiento Asertivo: aplazamos la respuesta a la afirmación que intenta desafiarnos hasta que nos sintamos tranquilos y capaces de responder a ella apropiadamente.

Ejemplo: “Sí... es un tema muy interesante... Tengo que reservarme mi opinión al respecto... No quiero hablar de eso ahora.”

Finalmente, para profundizar en las técnicas de evaluación y tratamiento de las habilidades de comunicación recomendamos la lectura del *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales* de Vicente Caballo (1993).

5. Habilidades de Auto-control emocional

Las Emociones.

Según el Dever´s (1952) Dictionary of Psychology una emoción es un "...estado complejo del organismo que implica cambios corporales de carácter indeterminado... y a nivel mental un estado de excitación o perturbación, marcado por fuertes sensaciones y normalmente un impulso sobre una forma definida de conducta. Si la emoción es intensa hay distorsión de las funciones intelectuales, cierta disociación y una tendencia a la acción de un carácter degradado o prepatológico. Más allá de esta descripción cualquier cosa significaría entrar en el terreno de la controversia."

La palabra emoción proviene del latín *motere* (moverse). Es lo que hace que nos acerquemos o nos alejemos a una determinada persona o circunstancia. Por lo tanto, la emoción es una tendencia a actuar, y se activa con frecuencia por alguna de nuestras impresiones grabadas en el cerebro, o por medio de los pensamientos cognoscitivos, lo que provoca un determinado estado fisiológico en el cuerpo humano.

Se trata de una agitación del ánimo, violenta o apacible, que nace de alguna causa pasajera. El estado de ánimo que oscila entre el placer y el displacer en relación al objeto que la provoca y la interpretación que hagamos de la situación. Está implicada directamente en la vida afectiva del ser humano. No hay proceso psíquico que no ponga en movimiento la vida afectiva, ni función que no ponga en ejercicio al mundo de los sentimientos.

Cada emoción está vinculada a elementos fisiológicos precisos: tanto la respiración como el tono muscular, el pulso cardíaco, la presión arterial, la postura, los movimientos y las expresiones faciales. Las pautas fisiológicas o musculares habituales comienzan a determinar por sí mismas los estados anímicos.

Wukmir (1967) planteó que: la emoción es una respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación. Si la situación parece favorecer su supervivencia, experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.) y si no, experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.). De esta forma, los organismos vivos disponen del mecanismo de la emoción para orientarse, a modo de brújula, en cada situación, buscando aquellas situaciones que son favorables a su supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándoles de las negativas para su supervivencia (que producen emociones negativas).

Por no extendernos demasiado para el objeto de este manual y basándonos principalmente en los trabajos de Lazarus (1991), Frijda (1993) y Öhman y Birbaumer (1993) podemos concluir que los fenómenos emocionales suelen aparecer tras algún estímulo y se manifiestan de muy diferentes formas en las áreas: fisiológica, cognitiva y conductual-social. No se sabe dónde está su origen en las personas, si aparecen tras la percepción del estímulo, antes o después de cierto procesamiento cognitivo o reacción fisiológica; si lo hacen al mismo tiempo que se percibe; si tan siquiera necesitan de ese estímulo sea del tipo que sea, para aparecer, o ir apareciendo. Lo que sí se sabe es que influyen, a unos más que a otros, en algunos momentos más que en otros, pero influyen sobre todas las áreas en que se manifiestan y a la vez pueden ser influidos por todas ellas. Por eso no es gratuito afirmar que están íntimamente ligados a la vida, a cada momento de ésta. En la mayoría de los casos se atribuye a los fenómenos emocionales dos características cognitivas: servir de información o alarma para la persona en la relación individuo-ambiente, y valorar, evaluar esta relación.

Tras la ocurrencia de un estímulo, del tipo que sea, se desencadena la reacción emocional de forma casi instantánea. La información sensorial llega antes, a través de

conexiones neuronales más rápidas, al sistema límbico que al cortex prefrontal. Tal rapidez hace imposible la reflexión analítica o racional deliberada. El sistema límbico comienza a dar instrucciones al organismo para que prepare y ejecute la respuesta. Lo cual es evolutivamente adaptativo. Tras unas pocas fracciones de segundo la información sobre lo que está ocurriendo llega al cerebro racional y es entonces cuando la interpretación racional de lo que está ocurriendo determinará la respuesta emocional subsiguiente (Goleman, 1995).

Así pues, cada emoción es una combinación de un estado fisiológico, químico, un estado mental, psicológico y una serie de comportamientos (o ausencia de estos) con la consiguiente interacción social que deriven de ellos.

Pongamos por ejemplo la ansiedad, que es la emoción más característica del estrés. Fisiológicamente la ansiedad se manifiesta con una aceleración de las tasas cardiaca y respiratoria, exceso de hormonas como la adrenalina y los glucocorticoides, sudoración profusa, irrigación sanguínea profusa y tensión de la musculatura motora, temblores, contracción de las venas capilares más externas de nuestro organismo, aumento de la conductancia eléctrica de la piel, necesidad de evacuación de orina y excrementos, paralización/alteración del aparato digestivo, paralización de las funciones de mantenimiento del organismo, como la reconstrucción celular, paralización o ralentización de la producción de espermatozoides y testosterona en los hombres y óvulos en las mujeres, disminuye la respuesta inmune del organismo, etc.

Según Sapolsky (1994) se trata de reacciones normales en el reino animal para responder a situaciones de emergencia en las que resulta necesaria una rápida respuesta de lucha o huida. En estas situaciones un organismo sano necesita utilizar toda su energía en la tarea de, por ejemplo, no ser devorado por un depredador. Paralizar todos

los sistemas de mantenimiento y de crecimiento del organismo a medio y largo plazo sirve para poder dirigir toda esa energía a los sistemas de emergencia. Es una respuesta totalmente adaptativa para la supervivencia.

En el nivel mental o cognitivo mejoran ciertos aspectos de la memoria y se agudizan los sentidos, lo cual puede resultar muy adaptativo en una situación de emergencia para detectar señales y recodar posibles vías de escape o de reacción. Sin embargo se bloquea o inhibe la capacidad de raciocinio. ¿Para qué perder tiempo en divagaciones mentales y razonamientos complejos con un león en la entrada de la caverna? En esos momentos el pensamiento se centra en el peligro real o potencial y en las posibles vías de escape o medidas de respuesta a nuestro alcance. No puede concentrarse en ninguna otra cosa. Es lo único que la mente consciente estresada es capaz de procesar. El resto es demasiado complicado en ese momento y haría perder recursos necesarios para la respuesta de emergencia.

El comportamiento también estará guiado por la situación de emergencia. Con toda esa carga de energía fisiológica a punto de estallar, con la mente centrada en el peligro, sus posibles consecuencias y buscando la respuesta rápida más adecuada a la situación, si se conoce la respuesta el resultado será un comportamiento irracionalmente obstinado y rápido en aplicarla. Si la respuesta no está clara el comportamiento será irracionalmente confuso, inconstante, iniciando posibles respuestas y cortándolas para ensayar otra posible reacción. Socialmente, una persona en este estado dejará de atender a convencionalismos, se mostrará huidiza o irritable y desde luego muy poco atenta a las necesidades y demandas de las demás personas. Estará hiperactiva o paralizada, tendrá mutismo o verborrea, gritará, etc.

Si analizamos cualquier emoción, ya sea positiva o negativa, encontraremos alteraciones características en las mismas tres áreas: la fisiológica, la mental y la comportamental. Y lo cierto es que la activación de dichas alteraciones en cualquiera de esas áreas produce un efecto de activación en las otras dos. Según esta afirmación, ampliamente avalada por la literatura científica sobre las emociones, éstas podrían desencadenarse debido a modificaciones en cualquiera de las tres áreas. Así, si el pensamiento de una persona se centra en los problemas y sus posibles consecuencias y comienza a obsesionarse con la búsqueda de soluciones o escapatorias al potencial peligro, no es de extrañar que su organismo responda fisiológicamente generando los cambios necesarios en un estado de alerta para una posible respuesta de emergencia y que su comportamiento comience a presentar los rasgos característicos de la ansiedad.

También podría ocurrir que por alguna alteración de nuestra fisiología, por ejemplo por haber ingerido algún tipo de sustancia activadora, como las catecolaminas presentes en el café, comenzaran a producirse algunos de los cambios fisiológicos propios de la ansiedad y que esto desencadenara en estados mentales y comportamentales acordes a dichos cambios. Lo mismo ocurre con cambios iniciados en el comportamiento.

Y lo que es cierto para la ansiedad también lo es para la tranquilidad, el amor, el miedo, la alegría, la rabia y el resto de las emociones. Esto nos abre una vía para la comprensión de los procesos emocionales y por tanto para el abordaje terapéutico de los mismos. Pero antes de entrar en esto veamos algunos datos más sobre el estrés.

El estrés.

El estrés se refiere a los procesos de adaptación de los individuos a su medio. Proviene de la física donde representa la relación entre fuerza y resistencia. La vida se desarrolla en un proceso constante de adaptación del organismo a su ambiente para

mantener el equilibrio y homeostasis. Es la respuesta del organismo a toda demanda que se le haga.

Lazarus y Folkman (1984) plantean que el estrés psicológico es un conjunto de reacciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. En esta valoración subjetiva distinguen tres tipos de evaluaciones. La primaria, en que la persona evalúa la situación ya sea como una amenaza, una pérdida, un desafío o un beneficio. La secundaria, en la que se evalúan los recursos propios para afrontar la situación. El estrés sería precisamente la diferencia entre la demanda que se percibe de la situación, y los recursos o capacidad de respuesta que se cree tener para afrontar dicha situación. Finalmente habría una reevaluación permanente que se produciría a medida que se va interactuando con el estresor.

Si la adaptación de una persona a su entorno es adecuada se produce satisfacción, felicidad, seguridad. Eustrés, o buen estrés (Bensabat y Selye, 1984) es todo aquello que causa placer, lo que se quiere hacer si se acepta en armonía con uno/a mismo/a. La respuesta de adaptación está a la altura de la demanda. Alegría, éxito, amor, afecto, trabajo creativo, deporte, reuniones agradables, etc.

Si la adaptación es inadecuada la persona se siente mal (angustia, ansiedad, depresión, miedo, culpa, rabia) y esas emociones pueden desregular el sistema nervioso y producir alteraciones endocrinas produciendo tensión, taquicardias, dolores, jaquecas, úlceras, diarreas, mareos, etc. Distrés, o mal estrés es todo aquello que disgusta, lo que se hace a pesar nuestro, en contradicción con uno/a mismo/a. Genera tristeza, pena, fracaso, coacciones, carencia de libertad. La respuesta de adaptación está desequilibrada y es disarmónica, excesiva o insuficiente con relación a la demanda. La energía no se

consume y queda almacenada, o bien se consume en exceso y produce agotamiento (Bensabat y Selye, 1984).

Los desencadenantes del estrés pueden ser personales, como ya hemos visto más arriba, y también ambientales, cuando se produce algún desequilibrio en nuestro entorno que exige una respuesta. Que se produzca una respuesta de estrés o no, dependerá de nuestra percepción de nuestra propia capacidad de respuesta en comparación con nuestra percepción de las demandas que creemos que nos exige la situación.

Hemos visto algunas de las alteraciones que se producen cuando una persona se encuentra estresada. El mantenimiento sostenido a lo largo del tiempo de un estado orgánico, mental y comportamental de emergencia tiene consecuencias devastadoras para cualquier organismo, que han sido amena y excelentemente descritas por Robert Sapolsky (1994).

El estigma tiene importantes consecuencias en las víctimas que repercuten en numerosos ámbitos de sus vidas. Los efectos impactan tanto en el plano individual, como en el grupal y el social (Molero, 2007). El estigma en sí mismo puede resultar especialmente estresante por representar algunas demandas únicas para la persona y además suponer una autoimagen devaluada. El trato injusto por la simple pertenencia al grupo puede incrementar el estrés y tener implicaciones tanto en la identidad colectiva, como en la individual (Miller y Major, 2000). Más demandas y menos o peores recursos, igual a más estrés.

Las personas estigmatizadas son condenadas al ostracismo, devaluadas, rechazadas y vilipendiadas. Experimentan discriminación, insultos, ataques e incluso asesinatos, y aquellos que se perciben a sí mismos como miembros de un grupo estigmatizado, lo estén o no, experimentan estrés psicológico (Heatherton et al., 2000). Los miembros de

grupos estigmatizados tienen mayor riesgo de tener problemas de salud mental y física. La salud mental de las personas estigmatizadas es peor que la de la población general. Se ha encontrado en personas estigmatizadas mayores problemas de distrés emocional y psicopatología (Allison, 1998).

Parece claro por lo visto hasta aquí que vivir con VIH supone una carga extra de estrés. Por un lado encontramos factores de estrés ambiental debido a prejuicio social y la discriminación. Por otro lado tenemos los factores de estrés psicológicos, especialmente vinculados a la interiorización del estigma. Y finalmente encontramos factores de estrés orgánicos vinculados con los efectos físicos de la enfermedad y la toma de medicación.

Autocontrol emocional.

¿Qué se puede hacer en estos casos? Tratar de mantener un mayor autocontrol emocional. El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar a nuestras emociones en lugar de que estas nos controlen a nosotros, quitándonos la posibilidad de elegir lo que queremos sentir en cada momento de nuestra vida.

Como hemos visto más arriba cualquier estimulo, ya sea mental, orgánico o ambiental puede generar estrés, pero a partir de los primeros instantes es nuestra capacidad racional la que mayor peso tiene en la generación y el mantenimiento de las emociones. Así, las intervenciones para el autocontrol emocional consistirán en alterar cualquiera de los momentos clave en la generación y mantenimiento de las emociones. Ya sea evitando la percepción de estímulos ambientales, controlando las reacciones mentales o cognitivas, modificando el estado fisiológico, o controlando el comportamiento.

En la editorial Martínez Roca, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud, Serie Práctica, pueden encontrarse excelentes guías de trabajo para afrontar el estrés: *Técnicas de autocontrol emocional*, de Davis, McKay y Eshelman (1985); *Técnicas de relajación*, de Cautela y Groden (1978); o *Técnicas de terapia de conducta*, de Gavino (1997). Recomendamos especialmente el manual de Davis, McKay y Eshelman.

Resumiremos aquí algunos consejos prácticos para afrontar el estrés y ayudar a un mayor autocontrol emocional.

Conciencia y cuidado corporal.

En primer lugar es importante mantener un estado fisiológico adecuado para afrontar las demandas de nuestra vida cotidiana. No consumir o reducir el consumo de alimentos u otras sustancias no tan alimenticias, que puedan alterar nuestro organismo ayuda a conseguir este objetivo.

También es importante tomar y mantener la conciencia del propio cuerpo. Sentirlo. Tradicionalmente se nos enseña que tenemos cinco sentidos: vista, tacto, gusto, olfato y oído. Podemos hablar de un sexto sentido llamado interocepción o propiocepción. También conocido a veces como sentido cinestésico, aunque la interocepción abarcaría no sólo la percepción del movimiento, de las articulaciones y la musculatura, sino también de sensaciones físicas internas de nuestro organismo que no son tacto. Podemos sentir la tensión muscular, sensaciones digestivas, el dolor, el movimiento de las articulaciones, los latidos del corazón, etc.

Concentrarnos cada día durante algunos minutos, y tratar de tomar conciencia cada vez que podamos, varias veces al día, de cualquiera de los seis sentidos, y muy especialmente de la interocepción, nos ayudará a relajarnos y a reducir los efectos del

estrés. Además también nos ayudará a conocernos mejor, a saber cómo reaccionamos ante los acontecimientos de nuestra vida cotidiana y a comprender mejor nuestras emociones.

Una vez identificada la conducta problema conviene conocerla en profundidad: cuándo ocurre, cuántas veces, después de qué, en qué lugar, en presencia de quién, qué pensamientos se asocian a ella, etc. Existen diferentes métodos, como los registros diarios, contadores de pulsera, grabadoras, etc. que nos pueden ayudar a tener un conocimiento más profundo de aquello que nos genera estrés. Se trataría de sistematizar lo observado.

Otros comportamientos saludables, como practicar algún tipo de ejercicio, cuidar la alimentación, evitar hábitos perjudiciales, regular los horarios de sueño y comidas, etc. también han demostrado su eficacia en la reducción del estrés.

Relajación.

La relajación es el estado fisiológico contrario al que se produce en una situación de estrés o descontrol emocional: ritmo cardiaco lento y estabilizado, distensión muscular, respiración lenta y profunda, actividad lenta, equilibrio hormonal, etc.

Uno de los procedimientos más sencillos para relajarnos es la **respiración diafragmática.** Basta con respirar por la nariz enviando el aire primero al vientre, dejando que se vaya hinchando, después al estómago y finalmente al pecho. Para expirar dejamos que el aire salga lentamente por la boca, como si quisiéramos empañar un cristal. Mantenemos un ritmo lento, pero cómodo de respiración. En muy poco tiempo, segundos con algo de práctica, conseguiremos el estado fisiológico contrario al que se produce en una situación de estrés o descontrol emocional: ritmo cardiaco lento y

estabilizado, distensión muscular, respiración lenta y profunda, actividad lenta, equilibrio hormonal, etc.

Además de estos procedimientos sencillos de concentración sensorial y respiración diafragmática o profunda, existen otros procedimientos de relajación que tras breves periodos de entrenamiento, entre dos semanas y dos meses de prácticas diarias de no más de 30 minutos, permiten a las personas que los practican obtener un buen control sobre su activación fisiológica y mental.

Algunos de los métodos de relajación más utilizados en terapia cognitivo conductual son:

- **Relajación progresiva de Jacobson** (1974), procedimiento mediante el cual se enseña a las personas a relajarse por medio de ejercicios de tensión y relajación de grupos musculares. De esta manera se aprende a identificar las señales de tensión y responder a ellas con relajación. Es muy útil para personas con molestias musculares producidas por estrés continuado.

- **Entrenamiento autógeno de Schultz** (1980), basado en la autogeneración de estados de relajación a través de representaciones mentales de dichos estados en los diferentes grupos musculares. Se pretende que la persona genere las sensaciones de pesadez de los miembros, calor, etc. que corresponden al estado de relajación fisiológica.

- **Técnicas de biofeedback,** o retroalimentación biológica, consiste en el uso de aparatos tecnológicos que proporcionan información inmediata sobre los cambios fisiológicos que se van produciendo en el organismo. Se pretende que quienes los usan aprendan a generar los estados fisiológicos propios de

la relajación. Los más utilizados son los que miden y dan información inmediata sobre la conductancia eléctrica de la piel, el ritmo cardiaco y la temperatura corporal (ver Labrador y Vallejo, 1993, Davis, McKay, y Eshelman, 1985, pp. 169-178, para una mayor descripción)

- **Técnicas de visualización,** en un estado apropiado de relajación la persona se concentra en una escena o imagen que le resulte tranquilizadora y relajante, como estar en la arena de la playa, en el claro de un bosque junto a un arroyo, o en lo alto de una montaña con un hermoso paisaje a su alrededor.

- **Meditación,** consiste en la concentración en algún estímulo del tipo que sea a la vez que se entra en estado de relajación. Los más utilizados serían la respiración, un sonido o mantra, una frase, una imagen. Con la práctica la evocación mental del estímulo se asociará a una respuesta condicionada de relajación. (Ver Davis, McKay y Eshelman, 1985)

Estos métodos se encuentra descritos ampliamente en: Wolpe (1969); Cautela y Groden (1978); Davis, McKay y Eshelman (1985); Labrador, De la Puente y Crespo (1993).

Técnicas cognitivo-conductuales.

Otra serie de métodos para el autocontrol emocional son las *técnicas cognitivo-conductuales* descritas en manuales como los de Díaz, Comeche y Vallejo (1993) y Kazdin (1975).

Técnicas de control estimular. Éstas van encaminadas a planificar el medio social y físico, modificando ciertos aspectos que llevarán a alterar la probabilidad de la respuesta

controlada. Son útiles sobre todo al principio, hasta que se adquieren otras habilidades. Algunas de ellas son: restricción física, eliminación de estímulos, cambiar los estímulos discriminativos, cambiar el medio social, o modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas. Veamos brevemente algunas de ellas:

- **Restricción física:** estrategia encaminada a prevenir una respuesta. Consiste en establecer una barrera física para evitar la conducta no deseada. Ej.: ponerse guantes parta no morderse las uñas, usar mascarilla al cocinar para no picar, alejar el teléfono de la mesa de trabajo para no poder hablar y escribir en el ordenador a la vez, etc.

- **Eliminación de estímulos:** se trata de hacer desaparecer los estímulos discriminativos elicitadores de conductas conflictivas que deseamos eliminar. Ej.: sacar la televisión del cuarto de estudio, no comprar productos hipercalóricos, dejar el dinero suelto en casa para no comprar tabaco, sacar los libros del dormitorio, no dar el número de teléfono a quien podría incitarnos a hacer algo que no queremos hacer, etc.

- **Cambiar los estímulos discriminativos:** restringir el número de estímulos elicitadores de una respuesta. Ej.: comer a horas fijas y siempre en el mismo sitio, fumar sólo en determinadas ocasiones o lugares, usar la cama sólo para dormir y leer en el sofá, planificar sólo un día a la semana y con la agenda delante para evitar preocupaciones constantes sobre la organización del tiempo, no hablar de trabajo o salud con determinadas personas, etc.

- **Cambiar el medio social:** introducir a alguna persona en el contexto en el que se da la conducta para que su presencia impida la realización de la respuesta problema. Ej.: el exhibicionista que sale siempre con un amigo, el

ama de casa que va a comprar con una amiga para no pararse en las tragaperras, quedar con un amigo a las horas a las que comienzan las preocupaciones por el trabajo, etc.

Más allá de la intención conductual de esta técnica, el apoyo social en general, contar con personas cercanas que nos acompañen, nos escuchen, que nos animen cuando estamos decaídos, con las que podamos divertirnos, compartir experiencias, que nos presten ayuda ocasionalmente, nos orienten, etc., ha demostrado ser uno de los principales factores de recuperación emocional y fuente de bienestar para las personas.

- **Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas:** modificar el medio interno de manera que se reduzca la probabilidad de ciertas respuestas. Ej.: tomar algo antes de ir a comprar para evitar tentaciones, relajarte antes de pedir explicaciones sobre un tema conflictivo en el trabajo, evitar el consumo de estimulantes durante las horas laborales, tomar agonistas, inhibidores o antagonistas de ciertas sustancias para evitar su consumo, etc.

Ttécnicas de programación conductual. Son otro grupo de procedimientos que ayudan a mantener un mayor autocontrol emocional. En este tipo de técnicas, a diferencia de las anteriores, la intervención se suele realizar una vez que la conducta se ha llevado a cabo. Con estas estrategias se manipulan y planifican las consecuencias de la respuesta a controlar. Algunas de ellas son el autoreforzamiento, el autocastigo y las técnicas de autocontrol encubiertas.

- **Autoreforzamiento:** la propia persona se premia a sí misma por la realización de una conducta que desea incorporar a su repertorio o aumentar

en frecuencia. Es muy importante que se sigan criterios estrictos y bien definidos previamente. Hay que ser muy sistemático/a. Los premios, o reforzadores, pueden ser materiales, simbólicos o la retirada de un estímulo aversivo. Se recomienda utilizar como reforzador la conducta con mayor probabilidad de ocurrencia: jugar en el ordenador o la consola, ver televisión.

- **Autocastigo:** consiste en la autoadministración de un castigo de forma contingente con la conducta a eliminar. Poco recomendable y menos efectivo que el autoreforzamiento. El castigo puede ser físico, simbólico, o retirada de reforzadores positivos. De nuevo la retirada de la conducta favorita puede ser lo más indicado.

- **Métodos encubiertos:** utilizan la imaginación para la representación de estímulos, respuestas y consecuencias tanto reforzantes como aversivas. Por lo demás son iguales a los no encubiertos. Es importante tener buena capacidad imaginativa. Algunos de ellos son sensibilización encubierta, autoreforzamiento encubierto y modelado encubierto.

    - **Sensibilización encubierta:** consiste en imaginarse a sí mismo/a realizando la conducta que se desea eliminar/reducir y automáticamente después imaginando consecuencias muy desagradables, hasta catastróficas, de la misma. También se puede imaginar las consecuencias mientras se está haciendo la conducta.

    - **Autoreforzamiento encubierto:** Consiste en la imaginación de la conducta objeto y la autoadministración inmediata de consecuencias reforzantes. También puede realizarse durante la realización de

dicha conducta. Ej. imaginarse paseando tranquilamente con seres queridos por un lugar agradable cuando se responde adecuadamente a una situación de discriminación. Esta técnica también puede realizarse en combinación con la sensibilización encubierta.

- **Modelado encubierto:** consiste en imaginarse a uno/a mismo/a, con detalle, realizando la conducta temida con los errores habituales, para acto seguido imaginarse a un modelo (o a uno/a mismo/a) realizando la misma conducta pero en este caso con éxito. Ej.: solicitar cambios de actitud, o de comportamiento a una persona que discrimina, contarle a alguien que se tiene el VIH.

- **Auto-instrucciones:** consiste en aprender a utilizar una serie de comentarios y sugerencias que controlen la realización de la tarea de manera que sea interiorizados y generalizados transformándose en un esquema mental que vaya guiando la conducta. Se recomienda utilizar la imagen de un modelo que realice la conducta adecuadamente. Pasos a seguir: 1. El modelo realiza la conducta dándose las auto-instrucciones en voz alta. 2. La persona realiza la conducta y el modelo le da las instrucciones en voz alta. 3. La persona realiza la conducta y se da las instrucciones en voz alta. 4. La persona realiza la conducta dándose las instrucciones en voz baja. 5. La persona realiza la tarea con auto-instrucciones encubiertas.

  Las auto-instrucciones se refieren a cada uno de estos pasos: Definición del problema. ¿Qué tengo que hacer? Aproximación al problema. ¿Qué me piden concretamente que haga? Focalización de la atención. ¿Qué datos tengo? Auto-refuerzo. Lo estoy planteando bien. Auto-verbalizaciones para

afrontar los errores. Me he equivocado, pero puedo repetirlo y hacerlo mejor. Autoevaluación. ¿Lo he resuelto bien? Auto-refuerzo.

Técnicas cognitivas. La base teórica sobre la que se sustentan todos los tratamientos cognitivos es que las emociones (y por tanto sus áreas fisiológicos y comportamentales) van siempre precedidas por pensamientos. Muchas veces esos pensamientos son erróneos y nos generan malestar inadecuado a la realidad. Es posible aprender a identificar y modificar esos pensamientos erróneos de manera que se modifiquen las emociones.

Las técnicas cognitivas consisten en herramientas útiles para identificar y modificar los pensamientos para conseguir controlar las emociones y conductas y, de esta manera, no ser controlado/a por ellas. Entre las más utilizadas encontramos: parada del pensamiento, distracción, terapia racional emotiva de Ellis, terapia cognitiva de la depresión de Beck.

Para controlar los pensamientos que producen emociones como la ansiedad se parte de la base de que si bien es muy difícil no pensar en nada, también lo es pensar en dos cosas a la vez.

- **Parada del pensamiento**: consiste en asociar una consecuencia desagradable con la aparición de determinados pensamientos que, o bien resultan inútiles, o bien son irracionales y que, además, generan malestar emocional. Esta asociación se entrena mentalmente. Posteriormente se asocia una palabra clave, tipo "Basta", "Ya", "Stop" a dichos pensamientos y se imaginan consecuencias agradables. Posteriormente es importante realizar alguna tarea de distracción mental para que el pensamiento tenga menos probabilidades de aparecer de nuevo. Es útil sobre todo en las

primeras fases, cuando todavía no se sabe bien como modificar las creencias, incluso antes de ser consciente de su inadecuación.

- **Distracción:** puede consistir tanto en la realización conductual de actividades distractoras, leer, ver televisión o conversar con alguien, como en la realización de tareas mentales que interfieran con los pensamientos que generan malestar. Contar desde mil hasta cero de siete en siete, repetir las tablas de multiplicar, o el nombre de los compañeros y compañeras del trabajo. Mientras se realizan estas tareas no resulta posible mantener los pensamientos generadores de ansiedad.

- **Rechazar ideas irracionales:** por la utilidad e importancia de estas técnicas les dedicaremos un apartado mayor al final de este capítulo. De momento podemos resumirlas como la detección de aquellos pensamientos que nos hacen sentir mal, y que además son pensamientos irracionales, ilógicos, carentes de validez, incomprobables, inútiles, o acientíficos. Una vez detectados los convertiremos en pensamientos racionales, lógicos, científicos y que nos podamos creer. Solamente este cambio reduce el malestar y en muchas ocasiones incluso lo hace desaparecer, sustituyendo los sentimientos negativos que nos producen las interpretaciones distorsionadas por sentimientos más positivos. Pueden encontrarse descripciones de estas técnicas en Beck, Rush, Shaw y Emery (1979); Burns (1998); Carrasco (1993); Davis, McKay, y Eshelman (1985) y Ellis y Grieger (2003)

- **Pensamiento y actitud positivos:** sería la versión abreviada de las técnicas cognitivas. Más en la línea de trabajo de la Programación Neurolingüística.

Sabemos, por las investigaciones realizadas, que a las personas optimistas les suele ir la vida mejor que a las personas pesimistas. Las personas optimistas arriesgan más, son más persistentes, se rinden más tarde, caen mejor y tienen una actitud ante la vida más eficaz que las personas pesimistas. Incluso con los mismos niveles de desviación sobre la realidad. ¿Para qué perder el tiempo entonces en descubrir los pensamientos irracionales, entrenar la habilidad de reestructuración cognitiva, etc.? Si pensamos directamente en positivo acerca de nuestro pasado, nuestro futuro y nuestro presente con mayor probabilidad la vida nos irá mejor.

De la misma manera si mantenemos una actitud más optimista y positiva ante la vida seremos más felices y tendremos más probabilidades de tener éxito en nuestras empresas. La Psicología Positiva hace un planteamiento similar (Seligman, 1990 y 2002), aunque quizá un poco más elaborado.

- **Planificar el tiempo:** los métodos sobre este tema se basan en que las personas podemos establecer nuestras prioridades y tomar decisiones en base a ellas, podemos ganar tiempo descartando tareas y actividades no prioritarias y podemos aprender a tomar decisiones básicas. Para hacerlo de una manera adecuada es importante analizar lo que hacemos, el tiempo que invertimos en hacerlo y el nivel de prioridad que le otorgamos, en primer lugar. En segundo lugar se analizan y reestructuran las prioridades a corto medio y largo plazo. Se analizan las tareas y actividades en que invertimos el tiempo y, finalmente, se toman las decisiones adecuadas. Una exposición metodológica interesante puede verse en Davis, McKay, y Eshelman (1985, pp.157-168).

- **Resolución de problemas:** técnicas basadas principalmente en la búsqueda creativa de alternativas, el pensamiento lateral y la planificación adecuada de las soluciones. Debido a su complejidad hemos desarrollado una propuesta para la solución de problemas al final de este apartado. Pueden encontrarse descripciones más detalladas en Becoña, 1993 y Gavino, 1997.

- **Expresar sentimientos:** en muchas ocasiones, cuando verbalizamos o expresamos lo que sentimos, nos damos cuenta de que no es para tanto. En otras, nos ayuda a dimensionar mejor los hechos y sus consecuencias. En la mayoría, nos ayuda a compartir nuestras vivencias y a sentirnos apoyados. La expresión honesta y sincera de nuestras emociones es una propuesta del entrenamiento en asertividad, la autorrevelación, que resulta útil para liberar la tensión y para resolver buena parte de los conflictos interpersonales.

Veamos ahora en mayor detalle las técnicas cognitivas.

Técnicas cognitivas: terapia racional emotiva y terapia cognitiva.

Los seres humanos tenemos la capacidad de pensar de forma racional "lógica"

Ej: silogismo Barbara

Todo "A" es "B"

todo "B" es "C" *luego*

todo "A" es "C"

Aplicándolo a ejemplos concretos podemos ver que funciona:

Todo "A" es "B"	Todo "Gato" es "Felino"
todo "B" es "C" *luego*	todo "Felino" es "Mamífero" *luego*
todo "A" es "C"	todo "Gato" es "Mamífero"

Otros silogismos lógicos que usamos los humanos son del siguiente tipo:

Algunos "A" son "B"	Algunos "Mamíferos" son "Gatos"
algunos "C" son "B" *luego*	algunos "Felinos" son "Gatos" *luego*
todo "A" es "C"	todo "Mamífero" es "Felino"

Por mucho que nos fastidie, la realidad es que la mayoría de las personas, la mayor parte del tiempo, no tenemos un pensamiento racional, lógico, ni científico. En general tenemos creencias erróneas sobre las que se construyen silogismos erróneos:

- Las personas que no tienen VIH no nos comprenden

  Perico no tiene VIH *luego...*

  Perico no me comprende

- Quien tiene VIH es porque se lo ha buscado.

  María tiene VIH *luego...*

  María lo tiene porque se lo ha buscado

En estos casos la construcción del silogismo es correcta, pero al ser incorrecta la primera premisa la conclusión también lo es. También puede ocurrir que las premisas sean ciertas, pero que la construcción del silogismo no lo sea y por tanto falle la conclusión:

Se lo conté a Juan

Juan se alejó de mí *luego...*

Juan se alejó de mí porque se lo conté

Juan se alejó de mí después de que se lo conté

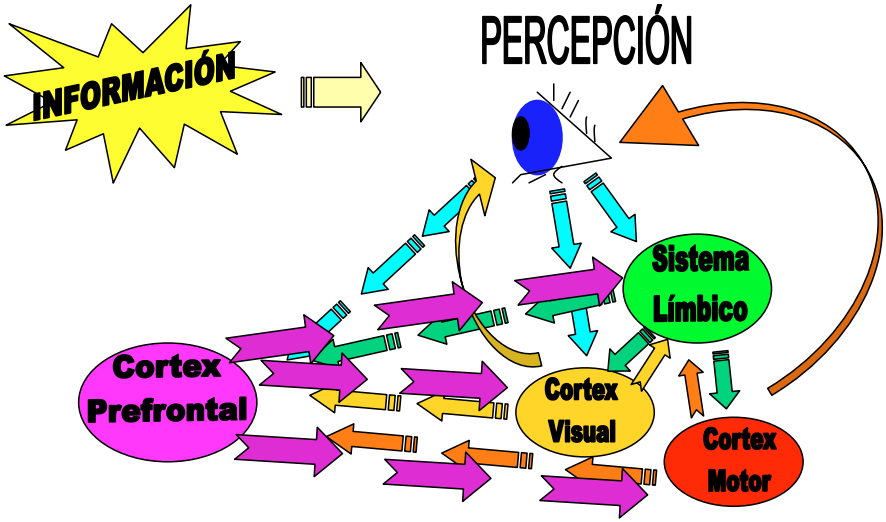
María se lo va a contar a Petra *luego...*

Petra se alejará de María seguro

Las combinaciones con resultados erróneos son múltiples y, en general, mucho más frecuentes que las correctas:

- Las personas con VIH no son de fiar.
- Los demás siempre te van a juzgar.
- Todo el mundo piensa que las personas con VIH son unas depravadas.
- Quien no tiene VIH nunca corrió riesgos.
- No te puedes fiar de María, debe de tener VIH.
- Seguro que María es una depravada.

Más allá del primer impacto emocional, de los primeros microsegundos, es el pensamiento quien, desde el lóbulo prefrontal del cerebro regula nuestras emociones. Las conexiones cerebrales no son unidireccionales. La información recibida es transmitida de unos centros cerebrales a otros de manera que al final, el centro regulador de la conducta (motora, verbal o emocional) a emitir es el córtex prefrontal, lugar donde se gesta el pensamiento racional.



Las conexiones neuronales son muy rápidas. En un primer instante, fracciones de segundo (Goleman, 1995), el sistema límbico puede regular nuestra conducta. Es una respuesta automática común a casi todo el reino animal. Pero enseguida el centro del pensamiento, el córtex prefrontal, toma el mando y comienza a regular las diferentes respuestas. El pensamiento es el que decide, modula, corta, fomenta, interrumpe las respuestas emocionales, verbales, motoras que emitimos.

La ecuación es muy sencilla:

Muchos de nuestros pensamientos y creencias son erróneas, irracionales, ilógicas.

Nuestros pensamientos son la base reguladora de nuestras respuestas emocionales

luego...

Nuestras respuestas emocionales son muchas veces erróneas, irracionales e ilógicas.

Aquí nos referimos a los pensamientos como verbalizaciones mentales silenciosas. Sin embargo las personas también tenemos pensamientos en forma de imágenes y pensamientos que se perciben más como sensaciones que como verbalizaciones. La mayoría de esas imágenes y sensaciones podría traducirse a pensamientos verbales, a frases. Esta traducción resulta útil en el trabajo de eliminación de las ideas irracionales.

Algunos teóricos han descrito los tipos de errores de pensamiento más frecuentes en que caemos las personas. David Burns (1998) describió una lista de diez tipos de pensamientos erróneos o distorsiones cognitivas. Vamos a verlas más en detalle:

- **Pensamiento dicotómico (todo-o-nada).** Tendencia a evaluar las cualidades personales, propias y ajenas, recurriendo a categorías extremas, blanco-o-negro. Las formas de pensamiento todo-o-nada constituyen la base del perfeccionismo. Hacen que las personas teman cometer cualquier error o

imperfección porque entonces se considerarán personas absolutamente perdedoras y se sentirán inútiles y sin valor.

- **Generalización excesiva.** Tendencia a pensar, sin pruebas que lo avalen, que algo que ha ocurrido una vez volverá a suceder una y otra vez. Como lo que ocurrió suele ser negativo la persona se siente abatida. El dolor al rechazo suele ser consecuencia, casi totalmente, de una generalización excesiva, si no existe ésta, una afrenta personal podría ser temporalmente decepcionante, pero nunca demasiado perturbadora.

- **Filtro mental (abstracción selectiva).** Se elige un detalle negativo de cualquier situación y se fija exclusivamente en él, percibiendo toda la situación como negativa. Es la tendencia a dejar pasar a nuestra mente sólo lo negativo. Como no se es consciente de este proceso de filtrado, se llega a la conclusión errónea de que todo es negativo. Este tipo de error se manifiesta frecuentemente como sensación, más que como verbalización, de que todo va mal, que ha sido un mal día o que uno/a mismo/a no tiene nada bueno.

- **Descalificar lo positivo.** Transformar las experiencias neutras, incluso positivas, en negativas. No sólo ignorar las experiencias positivas, sino transformarlas inteligente y rápidamente en negativas. No se hace intencionadamente, generalmente la persona no se da cuenta que lo está haciendo.

- **Conclusiones apresuradas.** Se apresura a sacar una conclusión negativa que no está justificada por los hechos de la situación planteada. Puede

encontrarse un excelente ejemplo en la historia del martillo escrita por Paul Watzlawick (1983, p.43). Los dos tipos más frecuentes son:

- **Lectura del pensamiento.** Suponer que otras personas le desprecian y estar tan convencido que ni siquiera se toma la molestia de comprobarlo.
- **Error del adivino.** Imaginar que va a suceder algo malo y tomar la predicción como cierta aunque no sea realista.

- **Magnificación y Minimización.** Aumentar la importancia de las cosas negativas de manera desproporcionada y/o minimizar las positivas de la misma manera. Por ejemplo, magnificar los errores propios o minimizar las cualidades.

- **Razonamiento emocional.** Tomar las emociones propias como prueba de la verdad. La lógica es la siguiente: "me siento como un inútil, por lo tanto soy un inútil". Claro, que si cometo los errores de *filtro mental* o de *pensamiento dicotómico* pensando "Todo lo hago mal", es normal que me sienta inútil, pero eso sólo demuestra que mi pensamiento es distorsionado, no que sea un inútil.

- **Enunciaciones "debería".** Los verbos de obligación. Uno trata de motivarse pensando "Debería hacer esto", "Tengo que hacer aquello". Estas enunciaciones hacen que la persona se sienta presionada, ansiosa y resentida consigo misma. Paradójicamente uno termina sintiéndose desmotivado y abatido. Si se cumple con la obligación no se siente especialmente satisfecho: "sólo he hecho lo que *tenía que* hacer". Si no se cumple con la

obligación, se ha quebrantado una norma, con lo que es normal sentirse culpable. Cuando este tipo de afirmaciones se dirigen hacia los demás uno suele acabar sintiéndose frustrado. Si cumplen "era lo que *tenían que* hacer" Si no cumplen con su obligación cometen una injusticia y la rabia es la respuesta natural ante las injusticias. Si lo pensamos bien no tenemos ninguna obligación irrenunciable. Todo lo que hacemos son elecciones, decisiones o deseos.

- **Etiquetación.** Aunque en ocasiones etiquetar nos ayude a comprender el mundo, también limita y reduce la información. Si María es una mentirosa, todo lo que diga será considerado mentira. Ponerse etiquetas personales significa crear una imagen propia completamente negativa, basada en los errores propios. Es una forma extrema de la generalización excesiva. Cuando se etiqueta a otras personas se termina generando hostilidad.

- **Personalización.** Se asume la culpa ante un hecho negativo aun cuando no hay fundamentos para que sea así. Se decide arbitrariamente que lo que ha sucedido es por su culpa, o se debe a su incapacidad, aunque no se haya sido responsable de lo ocurrido. Personalizar a los demás significa culpabilizarles sin tener en cuenta todos los detalles. Termina generando sentimientos negativos hacia ellos.

En la mayoría de las ocasiones este tipo de procesos mentales se desarrollan de forma inconsciente (o preconsciente). No nos damos cuenta de lo que estamos pensando. No somos conscientes de la cadena de creencias que nos llevan a sentirnos y a actuar de una determinada manera y no de otra. Por eso muchas personas creen (erróneamente) que las emociones (propias) no se pueden (ni se deben) manipular.

Si sabemos que nuestra respuesta emocional es, en muchas ocasiones, inadecuada debido a creencias erróneas podemos decidir hacer algo al respecto. Podemos tratar de regular nuestras emociones para que éstas sean más adecuadas, nos produzcan menos sufrimiento (a nosotros y a las demás personas), sean más mesuradas y nos ayuden a conseguir nuestros objetivos. No se trata de reprimir emociones, se trata de evitar que ellas nos controlen a nosotros.

El primer paso, como en cualquier problema, es ser consciente y desear cambiar. Dentro del ser consciente hay que descubrir cuáles son nuestros pensamientos erróneos. Como hemos visto, estos pensamientos no siempre son conscientes. Hay que hurgar en nuestro cerebro para encontrarlos. La mayoría de los pensamientos que nos llevan a respuestas emocionales inadecuadas tienen su origen en aprendizajes realizados en la infancia. Cuando nuestra visión y comprensión del mundo era mucho más limitada. Éstos son precisamente los más difíciles de desenmascarar, ya que están profundamente arraigados y muchas veces se instalaron en nuestro cerebro antes de que aprendiéramos a hablar. Por lo tanto su representación no es verbal lo que dificulta su recuperación consciente.

Para poder tomar las riendas de nuestras emociones, y por tanto de nuestra vida, no es necesario saber exactamente qué creencias están en la base de aquellas otras que sí podemos traer a la consciencia con facilidad. Sin embargo conocerlas nos ayudará, ya que son como los cimientos que soportan las diferentes construcciones mentales y emocionales que vamos haciendo día a día. Y si están dañados lo más fácil es que por mucho que reforcemos y modifiquemos los muros, éstos terminen agrietándose tarde o temprano.

En todo caso, no cuesta nada tirar del hilo de los pensamientos conscientes actuales y ver hacia dónde nos llevan. Cuanto más seamos capaces de profundizar, mayor espectro tendrán los efectos de nuestro trabajo de autocontrol.

Ejemplo: una persona que está convencida de que lo hace todo mal se pondrá nerviosa ante la visita de su responsable, ante un compañero que le ofrezca trabajar en equipo, ante un usuario que pregunte "demasiado"…, etc.

En el ejemplo anterior esta persona podría autocontrolarse emocionalmente en cada una de estas situaciones sin necesidad de saber que en la base de sus preocupaciones está un pobre autoconcepto. Pero se ahorraría mucho trabajo y muchas preocupaciones si descubriera y cambiara el substrato de sus pensamientos. De esta manera no necesitaría revisar sus creencias superficiales cada vez, porque se caerían por su propio peso al no tener base que las sustente.

El segundo paso, una vez conocidos nuestros principales errores cognitivos y sus correlatos (fisiológicos, conductuales, etc.) es tratar de influir sobre ellos. Una técnica sencilla es la parada del pensamiento. Es útil sobre todo en las primeras fases, cuando todavía no se sabe bien como modificar las creencias, incluso antes de ser consciente de su inadecuación. Sin embargo es mucho más poderosa la técnica de discutir y sustituir las ideas irracionales.

Discutir y sustituir las creencias e ideas irracionales es sencillo y muy útil si se sabe cómo y se practica. Es muy útil porque al desembarazarnos de creencias que nos provocan sentimientos inadecuados, generalmente de malestar, conseguimos auto-regular nuestros estados emocionales eliminando o disminuyendo buena parte de ese malestar (propio y ajeno). Y es sencillo si, como cualquier habilidad, se practica lo suficiente hasta que se adquiere cierta destreza.

En primer lugar hay que elaborar un auto-registro de pensamientos automáticos. Puede realizarse en un momento de reflexión o en el acto, llevando algo para escribir sobre la situación y los pensamientos en el momento en que estos se producen o inmediatamente después. La forma básica de un autoregistro es de dos columnas en la que se registra, en la primera la situación objetiva, sin interpretaciones, y en la segunda columna los pensamientos automáticos, sean o no irracionales.

Situación Objetiva	Pensamientos automáticos
- Se lo cuento a Paco	- Ahora me despreciará - Se lo contará a todos - ¡Qué cabrón! - Me despreciarán - Me quedaré solo - Será horrible

Una vez registrados los pensamientos automáticos podemos añadir una nueva columna en la que indicaremos el grado de malestar que nos producen esos pensamientos. También podemos añadir una nueva columna para indicar el tipo de error que hemos cometido (en caso de basarnos en algún tipo de clasificación sobre pensamientos y creencias erróneas, como las 10 distorsiones cognitivas de Burns).

Situación Objetiva	Pensamientos automáticos	Emoción y % de intensidad	Tipo de error
- Se lo cuento a Paco	- Ahora me despreciará	- Ansiedad 70	-Conc. apres.: Lec. Pens.
	- Se lo contará a todos	- Ansiedad 75 - Rabia 50	-Conc. apres.: Error Adv.
	- ¡Qué cabrón!	- Rabia 75	-Etiquetación
	- Me despreciarán	- Angustia 80 - Tristeza 75	-Conclusiones apresuradas
	- Me quedaré solo	- Tristeza 85	-Conclusiones apresuradas
	- Será horrible	- Angustia 90	-Magnific. y Conc. apres.

Ya estamos preparados para comenzar a discutir nuestros pensamientos automáticos. De hecho ya hemos empezado a hacerlo al reconocer los errores cometidos. Ahora toca sustituir dichos pensamientos por otros que sí sean racionales y

lógicos. Podemos hacerlo directamente sobre el auto-registro en una nueva columna. Una sexta columna nos servirá para registrar el nuevo grado de malestar que nos provocan estos pensamientos racionales.

Situación Objetiva	Pensamientos automáticos	Emoción y % de intensidad	Tipo de error	Pensamientos alternativos	Emoción y % de intensidad
- Se lo cuento a Paco	- Ahora me despreciará	- Ansiedad 70	-C. apres.:	-No sé como va a reaccionar	-Expectación 50
	- Se lo contará a todos	- Ansiedad 75 - Rabia 50	-C. apres.: Error Adv.	-Seguramente me guardará el secreto	-Afecto 60 -Alivio 70
	- ¡Qué cabrón!	- Rabia 75	-Etiquetación	-Es un buen amigo	-Afecto 70
	- Me despreciarán	- Angustia 80 - Tristeza 75	Lec. Pens. -C. apres.	-No lo sabrán, pero si lo hicieran muchos me aceptarán aunque les cueste al principio	-Tranquilidad 20 -Ansiedad 25 -Tristeza 25
	- Me quedaré solo	- Tristeza 85	-C. apres.	-Hay muchos que me quieren y seguirán a mi lado	-Afecto 50
	- Será horrible	- Angustia 90	-Magnific. y C. apres.	-Si cuando alguien se entere se aleja de mí será una pena, aunque quizá la compañía de alguien así no me beneficie	-Tristeza 30

Si los nuevos pensamientos nos hacen sentir mejor, menos mal, o de una forma más adecuada y además se trata de pensamientos realistas podemos pasar al siguiente paso: Releerlos bien y tratar de interiorizarlos, de memorizarlos tanto intelectualmente como emocionalmente tratando de ser muy conscientes de cómo nos están haciendo sentir.

Convencidos/as ya de la mejor adecuación de los nuevos pensamientos cada vez que surjan los irracionales los sustituiremos por los racionales. Un método sencillo para esta sustitución es la parada del pensamiento y, en lugar de realizar una tarea distractora, traer a la memoria los nuevos pensamientos. Si esto resulta difícil puede intentar generarse e interiorizar una imagen mental de los nuevos pensamientos y sustituir los pensamientos irracionales por esta imagen. El impacto emocional de las imágenes es mayor que el del lenguaje oral.

Finalmente evaluamos los resultados.

Si no hemos conseguido reducir nuestro malestar de una forma significativa, seguramente se deba a que todavía no hemos descubierto algún tipo de creencia o pensamiento irracional, y por tanto no hemos podido neutralizarlo y sustituirlo por otro.

En tal caso conviene volver a realizar el autorregistro, pero esta vez preguntándonos sobre las consecuencias de esas ideas irracionales: ¿Qué pasa si eso es cierto? ¿Qué sería lo peor que me podría ocurrir? ¿Cómo me afecta eso a mí como persona?

Si a la primera, o tras varios intentos lo hemos conseguido y llegamos a sentirnos mejor seguiremos practicando con nuevas situaciones que nos generen algún malestar inadecuado.

Si se es constante y se practica dos o tres veces por semana, de principio a fin, en unas pocas semanas dejará de ser necesario escribir los pensamientos. Habremos adquirido y consolidado la habilidad de analizar, discutir y sustituir nuestros pensamientos irracionales por otros racionales de una forma casi automática y sin mucho esfuerzo. De esta manera tendremos bastante más control sobre nuestras vidas y nuestras emociones y nos sentiremos mejor.

En resumen, nuestras emociones están reguladas y en buena medida dependen de pensamientos. Estos pensamientos están en muchas ocasiones equivocados. Podemos aprender a identificar, discutir y sustituir esos pensamientos equivocados por otros más realistas. Al hacerlo tomamos con más fuerza las riendas de nuestra vida y nos sentimos mejor.

Técnicas de resolución de problemas.

El entrenamiento en solución de problemas (resolución de conflictos) consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases:

- Orientación general hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de soluciones alternativas.
- Toma de decisiones.
- Puesta en práctica y verificación de la solución.

Es importante entender y practicar adecuadamente cada una de las fases antes de pasar a la siguiente.

Orientación general hacia el problema: es importante reconocer que los conflictos existen, están ahí, forman parte de la vida cotidiana. De nada sirve escapar de los mismos. Proponemos reconocer que existen y enfrentarse a ellos, pero de un modo efectivo y sin que causen mayores preocupaciones.

Definición y formulación del problema: una vez que reconocemos que los conflictos existen y ocurren cotidianamente, pasamos a definir claramente cada uno de ellos siguiendo los siguientes pasos. Determinar el quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada conflicto. Describirlo en términos claros, específicos y concretos. Utilizar información relevante y desechar la irrelevante. Utilizar sólo hechos, no opiniones o creencias. Identificar los factores y las circunstancias que hacen de una situación un

conflicto, sus metas principales y específicas relacionadas con el conflicto, subconflictos derivados del conflicto principal, etc.

En función del tipo de conflicto, variarán las preguntas a responder, pero de forma genérica éstas se parecerán a las siguientes: ¿quiénes son los actores del conflicto?, ¿quiénes los dominadores, dominados y las hipotéticas terceras partes?, ¿de qué recursos (poder,...) dispone cada actor?, ¿el conflicto se centra en la escasez de recursos, en diferencias de percepción, valores,...?, ¿qué afirma y pide cada parte?, ¿cuáles son las condiciones mínimas para un acuerdo?, ¿cuál es el nivel de conciencia de las partes?...

Generación de alternativas: una vez que tenemos claramente definido el conflicto y las metas relacionadas con el mismo, podemos pasar a generar el mayor número posible de soluciones alternativas al conflicto.

Ante ese conflicto podríamos haber tratado de encontrar mecánicamente una solución que no era adaptativa. Ahora lo que proponemos hacer es dejar aparcada esa solución habitual y generar tantas soluciones como nos vengan a la mente.

Tener en cuenta que en esta fase: es mejor generar el mayor número posible de soluciones alternativas. Lo importante es la cantidad de alternativas, no la calidad de las mismas. Cualquier solución que nos venga a la mente, por descabellada que pueda parecer, es válida como alternativa. Ahora no es el momento de su valoración. Ser concreto en las alternativas que se planteen. Las generales son poco útiles, y difíciles de ejecutar.

Toma de decisiones: en la fase anterior hemos elaborado un importante número de soluciones alternativas al conflicto planteado. De ellas vamos a elegir una, aquella que

resulte más adecuada, útil, mejor o más eficaz para llevarla a cabo en la situación problemática actual.

Esta solución, de entre las que hemos apuntado, se obtiene con los siguientes criterios:

- *El valor de la alternativa:* ¿consigo mi meta con ella?, ¿puedo ejecutar esa solución de modo óptimo?
- *Las consecuencias personales* de esa solución en tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales, de acuerdo con los valores éticos y morales, bienestar físico u otras consecuencias personales específicas del conflicto.
- *Las consecuencias sociales:* efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos.
- *Las consecuencias económicas.*
- *Las consecuencias a corto y a largo plazo.*
- *La maximización de los beneficios y la minimización en los costes.*

Una vez que nos hemos decidido por una solución podemos plantearnos estas cuestiones: Con esta solución, ¿puede cambiar la situación problemática?, ¿Necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?, ¿Qué solución o combinación de soluciones puedo elegir para poner la solución en práctica?

Si la respuesta a todas las cuestiones anteriores es afirmativa podemos poner en marcha la táctica para implantar esa solución en la situación de la vida real. Esto se hace siguiendo los mismos pasos anteriores para la toma de decisiones de la mejor solución que se ha seleccionado.

Ejecución de la solución y verificación: una vez decidida la mejor solución para el conflicto podemos pasar a poner en práctica la misma y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Primero la ponemos en práctica simbólicamente imaginándonos que la estamos llevando a cabo. Una vez realizada adecuadamente pasamos a ponerla en práctica en la situación real donde existe el conflicto.

Una vez puesta la solución en práctica sugerimos hacer lo siguiente:

- Observar la conducta y el resultado obtenido con esa alternativa.
- Comparar el resultado actual (observado) con el resultado esperado para esa solución.
- Retroceder a etapas anteriores si ello fuera necesario.
- Finalizar el proceso de resolución de conflictos si el resultado es satisfactorio.
- Autoreforzarse por los esfuerzos de aplicar el proceso de solución de conflictos a ese conflicto particular satisfactoriamente (elogiarnos por haberlo conseguido), por un trabajo bien hecho, utilizar un refuerzo material, etc.

Pasos a dar cuando la puesta en práctica y verificación de la solución no es satisfactoria: cuando existan discrepancias suelen deberse bien a dificultades en el proceso de solución de conflictos o bien en la ejecución de la solución. Si ocurre esto hay que volver a las fases previas del entrenamiento en resolución de conflictos y comprobar si se ha definido claramente el conflicto, generado todas las alternativas posibles de solución, tomado la alternativa adecuada de solución y si la puesta en práctica la misma ha sido correcta.

6. Capacitación legal

Véanse Anexos 1 y 2 para conocer los contenidos teóricos que se transmiten a las personas participantes en esta parte del programa de intervención.

DESCRIPCIÓN DE LOS EJERCICIOS PRÁCTICOS DE LA INTERVENCIÓN

Ejercicio práctico 1: Revelar la serología[1]

Objetivos: este ejercicio se desarrolla en la primera sesión de la intervención y va dirigido a reflexionar sobre la ocultación y la revelación de la serología, sus motivos, dificultades y consecuencias. Además de identificar las dificultades y condicionantes para la revelación de la serología, el ejercicio sirve para transmitir habilidades y entrenamiento para cuando se desee revelar la condición de persona con VIH a alguien.

Materiales necesarios: papel, bolígrafo, pizarra o rotafolios.

1. Pedir a los participantes que escriban una lista de las personas o potenciales personas (ej. una futura relación) a las que les gustaría o les aportaría beneficios decirles que tienen VIH. A la hora de escribir la lista, y dado que existen muchas resistencias en este tema, resaltar que piensen en estos beneficios aún a pesar de que hayan decidido no decirle nada a esa o esas personas por los costes que conllevaría.
2. Pedir a los participantes que prioricen las personas de la lista de acuerdo con:
    a. Importante, pero es difícil decírselo (y por qué)
    b. Menos importante, pero difícil decírselo (y por qué)
    c. Importante y fácil de decírselo
    d. Menos importante y fácil decírselo

	Difícil de decir	Motivos	Fácil de decir
Muy importante	X		
Menos importante			

[1]Ejercicio adaptado de stigma toolkit: International HIV/AIDS Alliance

3. Rueda grupal: se pide a las personas participantes que elijan de la lista una de las personas importantes y a las que resulte más difícil decirle que tiene VIH. Se le pide que exponga los motivos por los cuales es importante y también difícil revelar el estatus a esa persona. La terapeuta ayuda a analizar y reestructurar los miedos que surgen, en función de los contenidos previos relacionados con el estigma tratados en la sesión.
4. Explicación a las personas participantes de estrategias útiles para revelar la serología.
5. Role-playing: se dividen en parejas y se da la instrucción de que escenifiquen la revelación de la serología a la persona señalada en la rueda grupal anterior. Primero una persona de la pareja y a continuación intercambiar los roles.
6. Preguntar a los participantes:
    a. ¿Cómo os habéis sentido revelando vuestro estatus?
    b. ¿Qué ventajas o inconvenientes pensáis que puede tener contárselo a las personas que deseáis?
    c. ¿Cuáles son vuestros principales temores sobre revelar vuestra condición?

Estrategias útiles para revelar el estatus

- Empezar por personas cercanas.
- Elegir un momento adecuado para concentrarse y hablar con tranquilidad.
- Elegir un lugar donde no vaya a haber interrupciones.
- Ir despacio y ver como la persona va respondiendo.
- Pedir consejo y ayuda.
- Revelarlo gradualmente. Si encontráis una respuesta positiva de la primera persona podéis intentarlo con una segunda. La aceptación normalmente da fuerzas para continuar haciéndolo.
- Si la repuesta fuera negativa no hay que desanimarse. No todo el mundo es igual y es mejor pensar que quizá esa persona no nos interesa en nuestras vidas. El que nos quiera ha de hacerlo como somos y con nuestras circunstancias.
- A veces es mejor primero sacar el tema de forma general, por ejemplo comentando una noticia de televisión, y a partir de la forma de comportamiento y expresión de la otra persona, decidir si se lo contamos o no.

- Si la persona tiene falta de información y temores, ofrecernos para darle esa información cuando esté preparada.
- Es mejor comunicar el estatus desde una posición tranquila, que demuestre auto-aceptación y manejo positivo del tema. Esto predice la respuesta positiva por parte de otros. (Si lo transmitimos con ansiedad lo más seguro es que produzcamos esa reacción en el otro).

Ejercicio práctico 2: Estrategias de afrontamiento del estigma[2]

Objetivo: hacer a los participantes conscientes de las estrategias de afrontamiento del estigma existentes. Analizar sus ventajas y sus inconvenientes.

Materiales necesarios: bolígrafos, post-it, pizarra o rotafolios.

1. Preguntar a los participantes en rueda de grupo: ***¿Ha habido alguna ocasión en que hayáis sido víctimas de algún tipo de rechazo, actitud negativa por parte de otros o discriminación?*** (Describir experiencias y anotar en rotafolios)

2. Pedir a los participantes que piensen en alguna acción, pensamiento o sentimiento que les ayudara en aquel momento a sentirse mejor. Para las personas que no hayan tenido ninguna experiencia de rechazo, pedirles que piensen en general: ***Si algún día fuerais víctimas de rechazo, ¿qué actuaciones, pensamientos o sentimientos os ayudarían a afrontar esa situación y a sentiros mejor?*** Pedir que cada uno anote en un post-it o tarjeta una estrategia y que la peguen en la pared o pizarra agrupadas en categorías similares.

3. Dividir en dos grupos y pedir que discutan las tres estrategias que crean mejores y los motivos.

4. Exposición en grupo: un miembro de cada grupo expone las tres estrategias elegidas y los motivos. Discusión grupal al respecto. La terapeuta va organizando las respuestas según el tipo de afrontamiento a que hacen referencia. Se debate asimismo sobre los beneficios y los costes de cada estrategia.

[2]Ejercicio adaptado de stigma toolkit: International HIV/AIDS Alliance

Ejercicio práctico 3: Identificar y analizar las auto-críticas

Objetivo: identificar las auto-críticas duras y excesivas como síntoma de baja autoestima. Analizar su origen y los costes que tienen.

Materiales necesarios: papel y bolígrafo.

1. Pedir a los participantes que anoten en el papel formas en las que se auto-critican.

2. Cuando todos hayan apuntado alguna, pedirles que anoten en el papel mensajes que recuerden de la infancia, bien sea de los padres, en la escuela, familiares, amigos, etc.

3. Al terminar la/el terapeuta, hace una ronda grupal preguntando a cada uno una de las formas en que se autocritica y que mensajes recuerda de la infancia. Se le pregunta: ***¿Qué relación encuentras entre las dos listas?*** La labor aquí del terapeuta es ayudar a la persona a encontrar esa conexión haciendo una labor interpretativa. Se ayuda a la persona a identificar cual es la función psicológica que está cumpliendo la auto-crítica y que costes está teniendo en su vida

4. Cuando se ha terminado la ronda grupal, el/la terapeuta explica la forma de desarmar la crítica.

Desarmar la crítica:

- Prestar atención a la crítica especialmente en momentos de abatimiento o depresión. Además hay situaciones que la propician, p.ej: encuentros con extraños, con personas con atractivo sexual, situaciones en las que se ha cometido un error, situaciones en las que nos sentimos heridos, situaciones con riesgo de rechazo o fracaso. Cuando eso pase podemos cerrar los ojos y relajarnos y escuchar los pensamientos que van asociados al abatimiento.

- Identificar el papel que juega la crítica en nuestra vida psicológica: a corto plazo su papel es reducir la ansiedad, por temor al fracaso, miedo al rechazo, culpa, frustración, etc... Por ejemplo: “nadie tiene que llamarme perdedor/a porque ya me lo llamo yo”.

- Evaluar la propia crítica preguntándonos el precio que nos cuesta, ej.“me hace estar a la defensiva, tengo miedo de empezar a hacer cosas nuevas por temor a que no me salgan bien”

- Analizar qué parte de la autocrítica podría ser considerada una distorsión cognitiva o idea irracional según el modelo cognitivo ABC. Y en su caso sustituirlas por afirmaciones racionales.

- Buscar afirmaciones personales positivas para sustituir la voz de la crítica.

Ejercicio práctico 4: Identificación de cualidades

Objetivo: hacer conscientes a los participantes de sus cualidades.

Materiales necesarios: papel y bolígrafo.

1. Pedir a los participantes que hagan una lista de sus cualidades (personales, sociales, físicas, intelectuales, etc.). ***Yo soy***.....
2. A continuación dividir en parejas. Se les da la instrucción que durante cinco minutos un miembro de la pareja tratará de venderse al otro a través de sus cualidades. Después el otro miembro de la pareja.
3. Al terminar se vuelven a sentar en círculo y se hace una rueda grupal en la que cada uno expone si ha comprado o no al otro y por qué cualidades.

Ejercicio práctico 5: Afrontamiento verbal asertivo del estigma y la discriminación

Objetivo: entrenar en el afrontamiento de situaciones de estigma y discriminación a través de la comunicación asertiva.

1. Pedir una o dos parejas voluntarias para escenificar alguna de las situaciones de discriminación o rechazo expuestas en el ejercicio práctico 2. Darles la instrucción de que apliquen las técnicas de comunicación y asertividad aprendidas en la sesión.

2. Alternativamente, se sugieren alguno de los escenarios que se describen más abajo para la escenificación.

3. Al terminar, se hace un debate grupal para analizar la actuación de la persona que ha escenificado a la persona con VIH discriminada o rechazada. Se identifican las habilidades puestas en práctica y los aspectos necesarios de mejora. Asimismo, se pide a esta persona que exprese como se ha sentido al realizar la actuación.

Escenarios:

a. En el trabajo se va a hacer una revisión médica. Tu jefe te comunica que al día siguiente se van a realizar las analíticas. Tú vas a decirle que, puesto que las revisiones son un derecho tuyo como trabajador, prefieres no hacértelas.
b. Acudes a un dentista. Una vez en la consulta el dentista empieza a preguntarte acerca de tu situación de salud. En ese momento prefieres comunicarle tu estado serológico ya que lo valoras como importante de cara a una posible intervención dental complicada. En el momento en que se lo has dicho el dentista te dice que no quiere atenderte.
c. Has estado saliendo varios días con un chico/a. Parece que hay entendimiento entre los dos y percibes que hay una creciente intimidad. Te planteas que quizá es un buen momento para comunicarle tu situación de salud y planificas el momento de decírselo.

Ejercicio práctico 6. Entrenamiento en auto-control emocional: respiración, relajación progresiva y visualización.

Objetivo: realizar una práctica de respiración, relajación progresiva y visualización guiada como técnicas de afrontamiento centradas en la regulación de las emociones.

Materiales necesarios: colchonetas, equipo de música.

Existen numerosos materiales tanto escritos como en audio que recopilan diversas clases de relajación y visualización, se recomienda consultar y disponer de un material en audio para la sesión.

1. Se pide a las personas participantes que se tumben en las colchonetas y que se pongan cómodos.
2. Se les explica en primer lugar como hacer respiraciones profundas.
3. Se pone un archivo de audio que contenga relajación progresiva y visualización guiada.

Bibliografía recomendada:

Davis, M., McKay, M., y Eshelman, E. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca: Barcelona

Ejercicio práctico 7. Planificación de metas de superación personal.

Objetivo: tras un taller de tan corta duración y con tantos contenidos, este ejercicio pretende que las personas participantes identifiquen algún objetivo o meta personal que sea importante para la mejora de su calidad de vida.

1. El/la terapeuta explicará los pasos necesarios para planificar un objetivo o meta de superación personal.
2. A continuación, a través de una rueda grupal, pide a las personas participantes que formulen un objetivo o meta que deseen o consideren importante para poner en práctica tras el taller. Se ayudará a cada participante a reformular la meta en caso de ser poco realista.

Pasos para planificar un objetivo o meta de superación personal:

a. Plantearse una meta clara y concreta: ésta ha de ser sincera, personal, realista, divisible y medible.
b. Establecer las tareas necesarias para lograrla.
c. Organizar las tareas en el orden que hay que realizarlas: de la más fácil a la más difícil.
d. Ponerlas en marcha y evaluar los logros.

Ejercicio práctico 8. Herramientas jurídicas para afrontar la discriminación: concretar en la experiencia personal lo vivido

Objetivo: El ejercicio permite a las personas participantes recopilar la información que se ha manejado a lo largo de la sesión de capacitación legal, y a las facilitadoras evaluar el nivel de comprensión de los temas trabajados. El objetivo es que los participantes sean capaces de utilizar las herramientas jurídicas adquiridas para afrontar la discriminación en su vida cotidiana.

1. A lo largo de la sesión, la persona que hace las funciones de facilitadora ha pedido a las participantes que piensen en situaciones en que han sido testigos o víctimas de una discriminación por razón de VIH y que expliquen cómo actuaron en ese momento.
2. En la parte final de la sesión, en la que el ejercicio se ubica, se han presentado las distintas herramientas que el Derecho brinda para hacer frente a la discriminación.
3. Con el resumen de las herramientas en lugar visible, la persona que hace las funciones de facilitadora pide a las participantes que reflexionen brevemente sobre si revisarían su actuación y en qué sentido.
4. Tras un espacio de reflexión individual, las respuestas se ponen en común y se someten a la consideración del resto de los participantes.
5. La persona facilitadora puede recopilar las respuestas propuestas y sugerir algunas vías alternativas, ilustrando el ejercicio con casos reales en los que se han planteado cuestiones semejantes y reflexionando sobre si en esos casos la respuesta fue o no exitosa.

Referencias bibliográficas

Agirrezabal, A., Fuster, M. J y Valencia, J. (Eds.). (2009). Informe FIPSE. *Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial*. Madrid: FIPSE.

Alberty, R.E. y Emmons, M.L. (1978) *Your perfect right.* San Luis Obispo, California: Impact.

Allison, K. W. (1998). Stress and oppressed social category membership. En Swim, J. K. y Stangor, C. (Eds.), *Prejudice: The target's perspective.* pp. 145-170. San Diego, California: Academic Press.

Argyle, M. (1978) *Social Interaction*. Bristol: J. W. Arrowsmith Ltd.

Ballester, R. y Gil, M.D. (2002) *Habilidades Sociales. Evaluación y Tratamiento.* Madrid: Síntesis.

Bartolomé, P., Carrobles, J.A., Costa, M. y Del Ser, T. (1977) *La Práctica de la Terapia de Conducta.* Madrid: Pablo del Río.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery G. (1979) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Becoña, E. (1993) Técnicas de solución de problemas. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M., 1993, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. pp. 710-743. Madrid: Pirámide.

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.

Bensabat, S. y Selye, H. (1984) *Stress: Grandes especialistas responden.* Bilbao: Mensajero.

Brewer, M. B. y Brown, R. J. (1998). Intergroup relations. En D. Gilbert, S. T. Fiske, y G. Lindzey, (Eds.). *Handbook of social psychology* (4th ed., pp. 554-594). Boston: McGraw Hill.

Brown, J. D. y Siegel, J. M. (1988). Attributions for negative live events and depression: The role of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 316-322.

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 Education and Prevention, 19,* 198-208.

Burns, D. (1998) *Sentirse Bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Caballo, V. (1993) *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Carrasco, I. (1993) Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M., 1993, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. pp. 667-709. Madrid: Pirámide.

Cautela, J.R. y Groden, J. (1978) *Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial)* Barcelona: Martínez Roca.

Chesney, M. A. y Smith, A. W. (1999). Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma. *American Behavioral Scientist, 42*, 1162-1064.

Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., y Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology, 15,* 243-251.

Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Visscher, B. R., y Fahey, J. L. (1996). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection in gay men who conceal their homosexual identity. *Psychosomatic Medicine, 58,* 219-231.

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 potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*, 87-127.

Crocker, J. y Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, *96*, 608-630.

Crocker, J., Major, B. y Steel, C. (1998). Social stigma. En S. Fiske, D. Gilbert y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (*Vol. 2*. pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.

Crocker, J. y Quinn, D.M. (2004). Psychological consequences of devalued identities. En Brewer, M.B. y Hewstone, M. (Eds.), *Yo and Social Identity*. pp.124-142. Malden: Blackwell.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985) *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona: Martínez Roca.

Dever, J. (1952) *A Dictionary of Psychology*. Penguin Books. Harmondsworth, Middlesex. Citado en Lazarus, R. (1991) *Emotion and Adaptation.* Nueva York: Oxford University Press.

Derlega, V. J. y Chaiken, A. L. (1977). Privacy and self-disclosoure in social relationships. *Journal of Social Issues, 33*(3), 102-115.

Díaz, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (1993) Técnicas de autocontrol. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M., 1993, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. pp. 577-593.Madrid: Pirámide.

Ellis, A. y Grieger, R. (2003) *Manual de terapia racional-emotiva*. 10ª edición. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fensterhein, H. y Baer, J. (1976) *No diga sí cuando quiere decir no.* Barcelona: Grijalbo.

Fernández-Abascal, E.G. y Chóliz, M. (2007). *Expresión facial de la emoción*. Madrid: UNED.

FIPSE (2005). Informe FIPSE. *Discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*. Madrid: FIPSE.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, J., y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 571-579.

Frable, D. E. (1993). Dimension of marginality: Distinctions among those who are different. *Personality and Social Psychology Bulletin, 19,* 370-380.

Frable, D. E., Blackstone, T., y Scherbaum, C. (1990). Marginal and mindful: Deviants in social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 140-149.

Frijda, N. (1993) Moods, emotion episodes and emotions. En Lewis M. y J. Haviland (Eds), *Handbook of Emotions*. pp. 381-403.Nueva York: Gilford Press.

Fuster, M. J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. Tesis Doctoral. Madrid: UNED.

Fuster, M. J. y Molero, F (2008). Prejuicio y estigma hacia las personas que viven con el VIH: un estudio psico-social desde la perspectiva del grupo estigmatizado. En J.F. Morales, C.Huici, A. Gómez y E.Gaviria (Coords), *Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 429-445). Madrid: Pearson.

Fuster, M. J., Nouvilas, E., Agirrezabal, A., y Valencia, J (2006, 30 de marzo). Influencia de los grupos de apoyo en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Póster. Presentado en el *IX Congreso Nacional sobre el Sida*. SEISIDA. Barcelona.

Fuster, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Vitoria, A., Agirrezabal, A., y Kindelán, A. (2010). Informe FIPSE-SEISIDA. En M. J. Fuster y F. Molero (Eds.), *Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH*. Madrid: FIPSE.

Fuster, M. J., Sansinenea, M. J., Molero, F., y Agirrezabal, A. (2010, 17 de junio). El impacto de la lipodistrofia en la salud psicológica y la experiencia de estigma de las personas con VIH. Presentación en el *XIII Congreso Nacional sobre el Sida*. SEISIDA. Santiago de Compostela.

Gavino, A. (1997) *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.

Gibb, J.R. (2007). Defensive communication. En C. D. Mortensen (Ed.), *Communication theory* (2nd ed.), (pp. 201- 212). Nueva York: New Brunswick, Transaction Publishers.

Gil, F. y García, M. (1993) Entrenamiento en Habilidades Sociales. En Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1993) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. pp.796-827. Madrid: Pirámide.

Gil de Montes, L., Fuster, M. J., Molero, F., Ubillos, S. y Agirrezabal, A. (2009). Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al VIH. En A. Agirrezabal (comp), *II Encuentro FIPSE sobre Investigación Social en Vih/Sida*. San Sebastián.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. EnglewoodCliffs: Prentice-Hall.

Goleman, D. (1995) *Inteligencia emocional*. Barcelona: Ed. Kairós.

Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R. y Hull, J.G. (Eds.). (2000). *The Social Psychology of Stigma*, Londres: The Guilford Press.

International HIV/AIDS Alliance (2007). *Understanding and challenging HIV stigma. Toolkit for Action*. Recuperado de www.aidsalliance.org

Jacobson, E. (1974) *Progressive Relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint.

Kaufmann, A.E. (1993) *El Poder de las Organizaciones*, Alcalá de Henares, Madrid: ESIC/UNIV.

Kayal, P. M. (1992). Healing homophobia: Volunteerism and "sacredness" in AIDS. *Journal of Religion and Health, 31*, 113-128.

Kazdin, A.E. (1975) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México D.F.: El Manual Moderno.

Labrador, F.J., De la Puente, M.L. y Crespo, M. (1993) Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. 1993, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. pp. 367-398.Madrid: Pirámide.

Labrador, F.J., y Vallejo, M.A. (1993) Técnicas de biofeedback. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. 1993, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. pp. 627-655.Madrid: Pirámide.

Lange, A.J. y Jakubowski, P. (1976) *Responsive assertive behavior*. Champaign. Illinois: Research Press.

Lazarus, A.A. (1971) *Behavior therapy and beyond.* Nueva York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. (1991) *Emotion and Adaptation.* Nueva York: Oxford University Press.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* Nueva York: Springer.

Lee, R. S., Kochman, A., y Sikkema, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior, 6,* 309-319.

Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world. A fundamental delusion*. Nueva York: Plenum Press.

Major, B., McCoy, S. K., Kaiser, C. R. y Quinton, W. J. (2003). Prejudice and yoesteem: a transactional model. En Stroebe W. y Hewstone M. (Eds.),

European Review of Social Psychology. 14. pp.77-104. Londres: Psychology Press.

Major, B. y O'Brien, L.T. (2005).The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology, 56*, 393-421.

MacDonald, M.L. (1978) Measuring assertion: A model and a method. *Behavior Therapy, 9,* 889-899.

Meaux, K., Reid, A., Mizrahi, K., y Ethier, K.A. (1995). Parameters of social identity. *Journal of Personality and Social Psychology, 68,* 280-291.

Mehrabian, A. (1972) *Nonverbal Communication*. Chicago: Adeline-Atherton.

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.

Miller, C. T. y Myers, A. M. (1998). Compensating for prejudice: How obese people (and others) control outcomes despite prejudice. En J. K. Swing y C. Stangor (Eds.), *Prejudice: The target's perspective* (pp. 191-218). San Diego, CA: Academic Press.

Molero, F. (2007). Prejuicio y estigma: efectos y posibles soluciones. En Morales J.F., Moya M.C., Gaviria E. y Cuadrado I. (coords.), *Psicología Social* (3ª Edición) pp. 619-640. Madrid: McGraw-Hill.

Mora, M. y Raich, R.M. (2006): *Autoestima: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Morris, D. (1977). *Manwatching. A field guide to human behabior*. Londres: Cape. Citado en Caballo, V. (1993, p. 48) *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Mruk,Ch. (1995): *Self-steem: Research, theory and practice*. Springer Publishing Company Inc., New York. Versión en castellano: 1998, *Autoestima: Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: DDB.

Ogden, J. y Nyblade, L. (2005). *Common at its Core: HIV-related stigma across context*. Washington: International Center for Research of Women. Recuperado de www.icrw.org

Öhman, A. y Birbaumer, N. (1993) Psychophysiological and Cognitive-Clinical Perspectives on Emotion: Introduction and Overview. En Birbaumer, N. y Öhman, A. (eds.) (1993) *The Structure of Emotion*. Toronto: Hogrefe and Huger Publishers.

Pease, A. y Pease, B. 2006) *El lenguaje del cuerpo. Como interpretar a los demás a través de sus gestos*. Barcelona: Amat.

Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(1) 114-128

ONUSIDA (2002). *Marco conceptual y bases para la acción. Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Recuperado de www.unaids.org

ONUSIDA (2008). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators*. Recuperado de www.unaids.org

Quinn, D. M. (2006). Concealable versus Conspicuous StigmatizedI dentities. En S. Levin, y C. van Laar (Eds.), *Stigma and group inequality: Social psychological perspectives* (pp. 83-103). Mahwak: LEA.

Remor, E., Fuster, M. J., Ballester, R., Gomez, S., Fumaz, C., Ubillos, S., Agirrezabal, A., Molero, F. y Spanish group for the quality of life improvement in HIV or AIDS (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.*

Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1974) *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. Nueva York: Academic.

Rich, A.R. y Schroeder, H.E. (1976) Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin. 83*,1081-1096.

Rizzolatti G., Craighero L. (2004) The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience. 27*, 169-192.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Ruiz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnarie" ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment, 9*, 19-32.

Sánchez, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología. 15* (2). 251-260.

Sapolsky, R.M. (1994). *Why zebras don't get ulcers? The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*. New York: Henry Holt & Co. Versión en castellano: *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La Guía del Estrés*. 3 ª ed. 2004. Madrid: Alianza.

Schultz, J.H. (1980) *Cuaderno de ejercicios para el entrenamiento autógeno*. Madrid: Editorial Científico Médica.

Seligman M.E.P. (1990). *Learned Optimism*. Nueva York: Knopf. Versión en castellano de 1998, *Aprenda Optimismo*. Barcelona: Random House Mondadori.

Seligman M.E.P. (2002) *Authentic Happiness*. Nueva York: Free Press. En castellano: 2003, *La Auténtica Felicidad*. Barcelona: Vergara.

Smart, L. y Wegner, D. M. (2000). The hidden costs of hidden stigma. En T.F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Helb y J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 220-242). London: Guilford Press.

Smith, M.J. (1975) *When I say NO, I feel guilty*. Nueva York: The Dial Press. Versión en castellano (1977) *Cuando digo NO, me siento culpable*. Barcelona: Radmon House Mondadori.

Strachan, E. D., Murray, W. R., Russo, J., y Roy-Byrne, P.P. (2007). Disclosure of HIV status and sexual orientation independently predicts increased absolute CD4 cells counts over time for psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine, 69*, 74-80.

Vicente, J.C. (2004) *Guía para sobrevivir a los manipuladores cotidianos*. Recuperado de http://www.apsique.com/wiki/EnsayosManipuladoresCotidianos

Villahizán, D. (2003) *Conoce tu personalidad a través del Lenguaje Corporal.* Madrid: Libsa.

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.

Watzlawick, P. (1983) *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.

Weiner, B., Perry, R. P., y Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psycholgy, 55,* 738-748.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press.

Wukmir, V.J. (1967) *Emoción y Sufrimiento. Endoantropología elemental*. Barcelona: Labor.

El VIH/Sida y el principio de igualdad *

Miguel Angel Ramiro Avilés
Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas"
Universidad Carlos III de Madrid
(miguelangel.ramiro@uc3m.es)

Una respuesta adecuada al problema de la pandemia del VIH/Sida debe tener como base a los derechos humanos, tal y como se viene afirmando desde que se organizase la *Primera Consulta Internacional sobre el Sida y los Derechos Humanos* en 1989. Este planteamiento requiere que se reflexione acerca de cómo los principios en que se fundamentan esos derechos son de aplicación en el contexto particular del VIH/Sida. ¿Qué papel juegan la autonomía, la inviolabilidad, la solidaridad, la igualdad, la libertad y la seguridad en el ámbito del VIH/Sida? La protección de los derechos humanos es un factor esencial tanto para proteger la dignidad de las personas con VIH/Sida cuanto para dar una respuesta efectiva que disminuya la extensión de la pandemia. Esto exige el reconocimiento, la protección y el desarrollo real y efectivo tanto de los derechos civiles, como de los derechos políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales ya que, según señala ONUSIDA, en aquellas sociedades donde los derechos humanos están garantizados de manera efectiva disminuyen las tasas de nuevas personas que se infectan y las personas con VIH/Sida tienen mejores herramientas para enfrentarse al estigma y a la discriminación que están asociados al VIH/Sida.

Este trabajo engarza con esa respuesta al VIH/Sida basada en los derechos humanos al analizar la relación que guardan el VIH/Sida y el principio de igualdad y no

* Una versión previa de este trabajo se ha publicado en *Asamblea. Revista parlamentaria de la Asamblea de Madrid*, 18, 2008, pp. 289-310 y se enmarca dentro de las actividades del proyecto *El tiempo de los derechos* del programa Consolider – Ingenio 2010 financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (CSD2008-00007). De igual forma, este trabajo se ha desarrollado dentro del Proyecto de Investigación "Impacto de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad en el ordenamiento jurídico Español" (DER2008-03418), Ministerio de Ciencia e Innovación. Como se explica en la versión previa, su gestación comenzó en el verano de 2007 por invitación del *Obervatorio de Derechos Humanos y VIH/Sida* de la Red2002 y se ha beneficiado de las reuniones del *Grupo de Trabajo sobre VIH/Sida* del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

discriminación. Esta preocupación se debe a que la discriminación es una de las violaciones de los derechos humanos más significativas en el campo del VIH/Sida, tal y como se señala en el *Protocolo para la Identificación de Discriminación contra las Personas que viven con VIH/Sida* desarrollado por ONUSIDA y en el *Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida* realizado por el Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas" de la Universidad Carlos III de Madrid y Cruz Roja Española.

Por otro lado, el análisis del VIH/Sida desde la óptica de la igualdad y la no discriminación va a centrarse en el ámbito de la discapacidad. A lo largo de estas páginas se tratará de demostrar que no considerar a las personas con VIH/Sida como personas con discapacidad, atendiendo exclusivamente a su estado serológico, afecta negativamente al trato que la Administración pública y las personas particulares les dispensan. Dicha afectación negativa supone que las personas con VIH/Sida en innumerables ocasiones reciben un trato diferenciado que es discriminatorio ya que no está razonablemente justificado. Esos tratos discriminatorios refuerzan y legitiman tanto la estigmatización que está asociada al VIH/Sida como la exclusión y la vulnerabilidad social que sufren las personas y grupos de personas con VIH/Sida, lo cual determina, por último, que dichas personas sean menos libres ya que van a estar sometidas a una situación de dominación arbitraria.

I

Al finalizar la *III Conferencia sobre VIH/Sida y Derechos Humanos*, celebrada en Ginebra entre los días 25 y 26 de julio de 2002 bajo los auspicios de la Organización de Naciones Unidas, se revisaron las directrices internacionales sobre la materia que fueron aprobadas en 1996[3]. La directriz número 5 señala que «los Estados deberán promulgar o fortalecer leyes antidiscriminatorias que protejan a los grupos vulnerables, las personas que vivan con VIH y las personas con discapacidades de sufrir discriminación tanto en el ámbito público como privado; garantizar la privacidad y confidencialidad y los principios éticos en la investigación científica sobre seres humanos; hacer hincapié en la educación y conciliación; y establecer recursos administrativos y civiles rápidos y

[3] *El VIH/Sida y los Derechos Humanos. Directrices Internacionales*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida.

efectivos». En relación con el asunto que concierne a este trabajo, esta directriz implica que los Estados deban dictar o revisar sus leyes antidiscriminatorias para que éstas protejan a las personas sintomáticas y asintomáticas con VIH, a las personas con Sida, a aquellas personas que se sospecha que tienen VIH/Sida y a aquellos grupos que, sin ser de riesgo, son más vulnerables al VIH/Sida (mujeres, niños, homosexuales, inmigrantes, personas que viven por debajo del umbral de la pobreza, personas desplazadas, presos, trabajadores sexuales, usuarios de drogas parenterales). En segundo lugar, se señala a los Estados el deber de dictar o revisar las leyes de discapacidad para incluir el VIH/Sida en su definición de discapacidad. Por último, las leyes antidiscriminatorias y las leyes de discapacidad deberían cubrir no sólo aspectos relativos al cuidado médico sino también a la seguridad social, las prestaciones de bienestar, la reproducción y los derechos sexuales, el empleo, la educación, el deporte, el alojamiento, el acceso al transporte y a otros servicios, y deberían luchar por atajar tanto la discriminación directa como la indirecta.

Esta directriz está marcando, en definitiva, un plan de trabajo en tres ámbitos para que las personas con VIH/Sida no sufran discriminación alguna: el primero será el ámbito general de la igualdad y no discriminación ya que señala a los Estados la obligación de usar el Derecho antidiscriminatorio para proteger tanto las personas con VIH/Sida cuanto a los grupos vulnerables de sufrir cualquier tipo de discriminación; el segundo será el ámbito de la discapacidad ya que aboga por la consideración de las personas con VIH/Sida como personas con discapacidad por razón de su estado serológico; el tercero será el ámbito de las políticas públicas ya que señala la necesidad de trascender el modelo médico y encaminarse hacia un modelo social que incluya no sólo la atención sanitaria sino también aquellas prestaciones sociales que ayudan a las personas a realizar plenamente sus derechos.

La Constitución Española de 1978 (en adelante CE) y las normas jurídicas antidiscriminatorias que en ella se inspiran, en especial la Ley 51/2003, *de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad*, se adecuan sólo parcialmente el contenido de la quinta directriz ya que no se incluyen a las personas con VIH/Sida en el colectivo de personas con

discapacidad en tanto su seropositividad al VIH sino en cuanto personas con enfermedades discapacitantes.

La lucha contra la discriminación en la que se embarca la Constitución se corrobora, primero, en el artículo 14 cuando señala que «los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social»; y, segundo, en el artículo 9.2 cuando afirma que «corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social». Estos preceptos constituyen la base sobre la que se asienta el sistema antidiscriminatorio en el ordenamiento jurídico español, cuya función es identificar y eliminar todos aquellos tratos diferenciados que sean injustificados. Es importante reiterar el carácter injustificado del trato diferenciado ya que la búsqueda de la igualdad impone tanto *tratar de forma igual a los iguales* cuanto *tratar de forma desigual a los desiguales*, lo cual requerirá establecer criterios de equiparación entre las personas, abstraer las diferencias irrelevantes y resaltar las diferencias relevantes.

La consecución del principio de igualdad formal (art. 14 CE) exige que se vaya más allá de la simple *igualdad como equiparación* que se consigue mediante normas jurídicas que van dirigidas a una persona sin atributos; exige que se logre la *igualdad como diferenciación* mediante la toma en consideración de una serie de atributos a los que se atribuye relevancia normativa para justificar un trato diferenciado para aquellas personas que son diferentes. Por otra parte, los derechos concedidos al amparo de la igualdad material (art. 9.2 CE) pretenden dar igual peso a todas las personas con el fin de que aquéllas que están en una posición más desaventajada puedan alcanzar sus objetivos, planes de vida o proyectos de florecimiento humano, de la misma manera que aquellas personas que están en un situación más aventajada.

A la vista de lo señalado, un factor muy importante, tanto para evitar tratos discriminatorios cuanto para lograr tratos diferenciados, es saber cuándo el VIH/Sida es

relevante para condenar o justificar una determinada decisión normativa o un determinado comportamiento. Esto nos lleva a la necesidad de tener una serie de criterios claros y precisos a la hora de establecer la existencia de situaciones análogas. Esto es, ¿la persona con VIH/Sida debe recibir el mismo tratamiento que una persona con discapacidad? La tarea de establecer la existencia de situaciones análogas entre el VIH/Sida y la discapacidad no es sencilla y de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional o del Tribunal Europeo de Derechos Humanos no cabe extraer criterios precisos aplicables con carácter general, sino que habrá que estar al caso concreto para ver si se pueden comparar y concluir que hay un trato distinto para situaciones similares. Dichos tribunales no han dedicado mucho tiempo a identificar cuando una persona (p.e. la persona con VIH/Sida) está o no está en una posición análoga a la de la persona (p.e. la persona con discapacidad) respecto de la cual la primera alega que ha sido tratada de forma diferente. Sí han dedicado más tiempo, en cambio, a señalar cuando la justificación del trato diferenciado es objetiva y razonable, lo cual les ha evitado la búsqueda tortuosa de "criterios verdaderos de comparación".

En este mismo orden de cosas, los artículos de la Constitución antes transcritos están proscribiendo en nuestro sistema jurídico tanto la *discriminación directa* como la *discriminación indirecta* (De Asís, 2000; Garriga, 2001). El primer tipo de discriminación se produce cuando se tiene en cuenta una determinada condición no relevante desde el punto de vista normativo (como puede llegar a ser el VIH/Sida) para realizar un trato diferenciado; mientras que el segundo tipo de discriminación se produce por las consecuencias y efectos de una norma que es aparentemente neutra cuando no se tiene en cuenta una determinada condición relevante (como puede llegar a ser el VIH/Sida) para dispensar un trato diferenciado[45]. La existencia de discriminación

[4] Véase la STC 145/91, F.J. 2: «La prohibición constitucional de discriminación por características personales y en particular por el sexo, como signo de pertenencia de la mujer a un grupo social determinado objeto históricamente de infravaloración social, económica y jurídica, se conecta también con la noción sustancial de igualdad. Ello permite ampliar y enriquecer la propia noción de discriminación, para incluir no sólo la noción de discriminación directa, o sea, un tratamiento diferenciado perjudicial en razón del sexo donde el sexo sea objeto de consideración directa, sino también la noción de discriminación indirecta, que incluye los tratamientos formalmente no discriminatorios de los que derivan, por las diferencias fácticas que tienen lugar entre trabajadores de diverso sexo, consecuencias desiguales perjudiciales por el impacto diferenciado y desfavorable que tratamientos formalmente iguales o tratamientos razonablemente desiguales tienen sobre los trabajadores de uno y de otro sexo a causa de la diferencia de sexo».

[5] Véase la STC 253/04, F.J. 7: «El concepto de la discriminación indirecta por razón de sexo ha sido elaborado por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (…) Puede

directa y de discriminación indirecta muestra la tremenda complejidad con la que se enfrenta el legislador ya que no sólo deben evitarse las discriminaciones que son fruto de una voluntad directa de excluir a las personas cuando se sospecha que tienen VIH/Sida sino también deben evitarse las discriminaciones que son fruto de la inercia, la irresponsabilidad o la falta de previsión.

El artículo 14 CE implica, en primer lugar, un deber de abstención en la generación de diferenciaciones arbitrarias y establece una presunción *iuris tantum* de discriminación a través del listado ejemplificativo que contiene. Con esto se pretende evitar aquellos privilegios y aquellas desigualdades discriminatorias que históricamente han existido entre los ciudadanos basadas precisamente en esas causas. El VIH/Sida, en particular, y la discapacidad y el estado de salud, en general, se incluirían en esa cláusula abierta que incorpora el artículo 14 CE y que hace referencia a cualquier otra condición o circunstancia personal o social[6]. En segundo lugar, el artículo 14 CE admite una

resumirse en una fórmula reiterada por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en múltiples de sus fallos (entre otras muchas, SSTJCE de 27 de junio de 1990, asunto Kowalska; de 7 de febrero de 1991, asunto Nimz; de 4 de junio de 1992, asunto Bötel; o de 9 de febrero de 1999, asunto Seymour-Smith y Laura Pérez), a saber, que "es jurisprudencia reiterada del Tribunal de Justicia que el Derecho comunitario se opone a la aplicación de una medida nacional que, aunque esté formulada de manera neutra, perjudique a un porcentaje muy superior de mujeres que de hombres, a menos que la medida controvertida esté justificada por factores objetivos ajenos a cualquier discriminación por razón de sexo" (…) De este modo, conforme a lo dispuesto en el art. 2.1 de la Directiva 76/207/CEE, modificada por la Directiva 2002/73/CE, "el principio de igualdad de trato supone la ausencia de toda discriminación por razón de sexo, bien sea directa o indirectamente, en lo que se refiere, en particular, al estado matrimonial o familiar". Por "discriminación directa" se entiende "la situación en que una persona sea, haya sido o pudiera ser tratada de manera menos favorable que otra en situación comparable por razón de sexo", en tanto que es "discriminación indirecta", "la situación en que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros sitúan a personas de un sexo determinado en desventaja particular con respecto a personas del otro sexo, salvo que dicha disposición, criterio o práctica pueda justificarse objetivamente con una finalidad legítima y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean adecuados y necesarios" (art. 2.2) (…)».

[6] Véase STC 62/2008, F.J. 5-6: «A diferencia de los casos que habitualmente ha abordado nuestra jurisprudencia, relativos por lo común a factores de discriminación expresamente citados en el art. 14 CE o, aun no recogidos de forma expresa, históricamente reconocibles de modo palmario como tales en la realidad social y jurídica (como la orientación sexual, STC 41/2006, de 13 de febrero), en esta ocasión se cuestiona la posible discriminación por causa de un factor no listado en el precepto constitucional, cual es el estado de salud del trabajador (…) Se hace por ello preciso determinar si dicha causa puede o no subsumirse en la cláusula genérica de ese precepto constitucional (…) Para ello debemos partir de la consideración de que, como es patente, no todo criterio de diferenciación, ni todo motivo empleado como soporte de decisiones causantes de un perjuicio, puede entenderse incluido sin más en la prohibición de discriminación del art. 14 CE, pues (…) en ese caso la prohibición de discriminación se confundiría con el principio de igualdad de trato afirmado de forma absoluta. De ahí que, para

diferenciación de trato, tanto en el contenido como en la aplicación de la ley, si ésta no es arbitraria por estar razonablemente justificada[7]. No se prohíbe, por lo tanto, que el legislador contemple la necesidad de diferenciar situaciones distintas que ameritan un tratamiento diverso, inclusive pudiéndose utilizar alguno de los criterios del listado incluido en el propio artículo 14 CE. En este último caso se requerirá «un mayor rigor en la exigencia de demostración del carácter justificado de la desigualdad» con el fin de romper la presunción (Garriga, 2001, 81)[8]. Así, «la esencia de la igualdad no se encuentra en proscribir tratos diferenciados, ni siquiera singularizaciones, sino en evitar que unos y otros carezcan de justificación objetiva y razonable, es decir, que sean arbitrarias» (Garriga, 2001, 72).

Por otro lado, el artículo 9.2 CE consagra la igualdad material e implica un deber de actuación positiva por parte de los poderes públicos para remover los obstáculos que dificulten el igual disfrute por los ciudadanos del mayor número de derechos

---

determinar si un criterio de diferenciación no expresamente listado en el art. 14 CE debe entenderse incluido en la cláusula genérica de prohibición de discriminación por razón de "cualquier otra condición o circunstancia personal o social", resulte necesario analizar la razonabilidad del criterio, teniendo en cuenta que lo que caracteriza a la prohibición de discriminación, frente al principio genérico de igualdad, es la naturaleza particularmente odiosa del criterio de diferenciación utilizado, que convierte en elemento de segregación, cuando no de persecución, un rasgo o una condición personal innata o una opción elemental que expresa el ejercicio de las libertades más básicas, resultando así un comportamiento radicalmente contrario a la dignidad de la persona y a los derechos inviolables que le son inherentes (art. 10 CE) (…) Pues bien, no cabe duda de que el estado de salud del trabajador o, más propiamente, su enfermedad, pueden, en determinadas circunstancias, constituir un factor de discriminación análogo a los expresamente contemplados en el art. 14 CE, encuadrable en la cláusula genérica de las otras circunstancias o condiciones personales o sociales contemplada en el mismo (…) cuando el factor enfermedad sea tomado en consideración como un elemento de segregación basado en la mera existencia de la enfermedad en sí misma considerada o en la estigmatización como persona enferma de quien la padece, al margen de cualquier consideración que permita poner en relación dicha circunstancia con la aptitud del trabajador para desarrollar el contenido de la prestación laboral objeto del contrato».

[7] Véase STC 49/1982, F.J. 2: «no es impertinente recordar que como tiene con reiteración señalado este Tribunal el art. 14 de la Constitución, al establecer el principio general de que «los españoles son iguales ante la Ley» establece un derecho subjetivo a obtener un trato igual, impone una obligación a los poderes públicos, de llevar a cabo ese trato igual y, al mismo tiempo, limita el poder legislativo y los poderes de los órganos encargados de la aplicación de las normas jurídicas. La igualdad a que el art. 14 se refiere, que es la igualdad jurídica o igualdad ante la Ley, no comporta necesariamente una igualdad material o igualdad económica real y efectiva. Significa que a los supuestos de hecho iguales deben serles aplicadas unas consecuencias jurídicas que sean iguales también y que para introducir diferencias entre los supuestos de hecho tiene que existir una suficiente justificación de tal diferencia, que aparezca al mismo tiempo como fundada y razonable de acuerdo con criterios y juicios de valor generalmente aceptados».

[8] Véase STC 207/1987, F.J. 2: «Este Tribunal ha declarado en forma reiterada que existe una discriminación cuando dos casos sustancialmente iguales son tratados de manera diferente sin razón bastante que justifique esa diferencia de trato».

fundamentales. En este sentido, la búsqueda de igualdad material aconseja, en primer lugar, la adopción de *acciones afirmativas*, esto es, de apoyos de carácter específico destinados a prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades de grupos de personas en la incorporación y participación en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social. También puede aconsejar, en segundo lugar, la adopción de medidas de *discriminación inversa*, esto es, de medidas que establezcan una preferencia basada en determinados rasgos sospechosos a la hora de distribuir bienes especialmente escasos (Ruiz Miguel, 1996; De Asís, 2000).

Este precepto se basa en la idea de que un Estado Social de Derecho no puede insistir exclusivamente en la búsqueda de igualdad formal, sin prestar atención a los resultados de su aplicación, pues contribuiría a prolongar en el tiempo situaciones de desigualdad real. En cierto modo, la búsqueda de la igualdad material justifica actuaciones contradictorias con la igualdad formal. No obstante lo anterior, este tipo de acciones de favorecimiento temporal que los poderes públicos emprendan en beneficio de determinados grupos, históricamente preteridos y marginados, a fin de que, mediante un trato especial más favorable, vean suavizada o compensada su situación de desigualdad sustancial, no son discriminatorias[9]. Un trato diferenciado no es necesariamente discriminatorio si está basado en criterios razonables, proporcionales y objetivos. No obstante, al tratarse de medidas que implican un trato formalmente desigual, para poder considerarlas constitucionales han de cumplir con un *juicio de razonabilidad*, esto es, su objetivo es acabar con la situación de desigualdad, desventaja o infrarrepresentación; y un *juicio de proporcionalidad*, es decir, la medida es adecuada y necesaria para el logro de los objetivos, de manera que al favorecer la igualdad para el grupo discriminado no se discrimine a la mayoría[10].

[9] Véase STC 98/1985, F.J. 9: «Dicho precepto [el artículo 9.2 CE], que contiene un mandato a los poderes públicos para que promuevan las condiciones para que la libertad e igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivos, y para que remueva los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud, puede actuar como un principio matizador de la igualdad formal consagrada en el art. 14 de la Constitución, permitiendo regulaciones cuya desigualdad formal se jutifica en la promoción de la igualdad material (…)».

[10] Véase STC 209/1988, F.J. 4: « (…) lo que el art. 14 de la Constitución proscribe, en lo que ahora importa, es la diferenciación infundada -la discriminación- (…)»; F.J. 5: «La igualdad, sin embargo, ha de valorarse, en cada caso, teniendo en cuenta el régimen jurídico sustantivo del ámbito de relaciones en que se proyecte (…). Sobre las exigencias que la igualdad impone en la creación del Derecho -igualdad en la ley- existe una muy amplia doctrina de este Tribunal, que puede sintetizarse ahora recordando que para que las diferenciaciones normativas pueden considerarse no discriminatorias «resulta indispensable que exista una justificación objetiva y razonable, de acuerdo con criterios y juicios de valor

El mandato constitucional a favor de la igualdad, formal y material, determina que ciertas omisiones por parte de los poderes públicos puedan verse como una fuente de discriminación. En este apartado podría incluirse la Ley 51/2003. Esta norma discrimina a las personas con VIH/Sida porque no las considera como personas con discapacidad por el simple hecho de confirmarse la presencia del VIH en el organismo de una persona[11] sino que reitera el requisito del 33% incluido en los RD 1971/1999 y RD 1169/2002 para la obtención de la condición de discapacitado, lo cual dependerá de la valoración de las afecciones discapacitantes. El hecho de exigir un grado determinado de minusvalía coloca a ciertos ciudadanos, con una serie de características personales determinadas y de las que no participa el resto de la sociedad, en una situación de absoluta desprotección al encontrarse en una situación equidistante entre la genérica enfermedad y la discapacidad[12]. Al exigir el requisito del 33%, la Ley 51/2003 acota y

---

generalmente aceptados, cuya exigencia deba aplicarse en relación con la finalidad y efectos de la medida considerada, debiendo estar presente, por ello, una razonable relación de proporcionalidad entre los medios empleados y la finalidad perseguida, y dejando en definitiva al legislador, con carácter general, la apreciación de situaciones distinats que sea procedente diferenciar y tratar desigualmente» (STC 75/1983, fundamento jurídico 2.º). Las diversificaciones normativas son conformes a la igualdad, en suma, cuando cabe discernir en ellas una finalidad no contradictoria con la Constitución y cuando, además, las normas de las que la diferencia nace muestran una estructura coherente, en términos de razonable proporcionalidad, con el fin así perseguido. Tan contraria a la igualdad es, por lo tanto, la norma que diversifica por un mero voluntarismo selectivo como aquella otra que, atendiendo a la consecución de un fin legítimo, configura un supuesto de hecho, o las consecuencias jurídicas que se le imputan, en desproporción patente con aquel fin, o sin atención alguna a esa necesaria relación de proporcionalidad».

[11] Australia ha incluido en la definición de discapacidad "la presencia de organismos en el cuerpo que causan o pueden causar enfermedades" (*Disability Discimination Act*, 1992, sección 4).

[12] Véase STC 62/2008, F.J. 7: «Sostiene el Ministerio Fiscal en sus alegaciones una vía de análisis del problema distinta a la planteada en la demanda. Así, admitiendo que ni la enfermedad temporal ni la incapacidad permanente pueden constituirse en factores de discriminación prohibidos por el art. 14 CE, apunta, sin embargo, la existencia de una categoría intermedia -un tertium genus- caracterizado por una suerte de disfuncionalidad periódica con base en una patología facilitadora de la cíclica aparición de la enfermedad, sin que ésta, no obstante, llegue a poseer un carácter definitivamente invalidante. Ésta sería, a su juicio, la situación que se expone en la demanda de amparo y que se recoge como hecho probado en las resoluciones recurridas, cuando se describe el cuadro clínico sufrido por el demandante y las limitaciones orgánicas y funcionales que de él se derivan, que, sin embargo, el órgano gestor de la Seguridad Social no estima con entidad suficiente para justificar una declaración de incapacidad permanente. Y entiende que cabría identificar la existencia de un grupo social situado en una posición equidistante entre la genérica enfermedad y la discapacidad, con características personales determinadas y de las que no participa el resto de la sociedad, que, en razón de sus limitaciones, se vería progresivamente abocado a su expulsión del mercado de trabajo, sin obtener la protección de la Seguridad Social al no ser sus dolencias susceptibles de calificarse como incapacitantes, lo que permitiría afirmar la concurrencia de los requisitos necesarios para apreciar la existencia de una situación de

reduce enormemente el marco de análisis y de protección antidiscriminatoria. De este modo, una persona que sea seropositiva pero no tenga afecciones discapacitantes no tendrá derecho al reconocimiento de ningún grado de minusvalía ya que no alcanzará la calificación del 33% exigido por la norma, lo cual impide el acceso a las herramientas jurídicas antidiscriminatorias previstas.

La Ley 51/2003 olvida que la simple presencia del VIH en el organismo de una persona ya es un motivo suficiente para que una persona sea discriminada socialmente dado el estigma que conlleva, lo cual puede cuantificarse a través de una serie de indicadores (Holzemer *et alii*, 2007; Van Brakel, 2006)[13]. En este sentido, hubiera sido oportuno que esta Ley, siguiendo el modelo estadounidense o el modelo impuesto por la *Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad*, protegiese a las personas con VIH/Sida por el hecho de ser consideradas socialmente una persona con discapacidad. La discapacidad, la vulnerabilidad y la exclusión que sufren estas personas, no se construye sólo entorno a las enfermedades discapacitantes sino que en innumerables ocasiones dicha discapacidad, vulnerabilidad y exclusión es social al estar alojada en la mente e imaginario de las personas. Las desventajas que presentan las personas con VIH/Sida tienen su origen en sus dificultades personales, pero también y sobre todo en los obstáculos y condiciones limitativas que en la propia sociedad se oponen a la plena participación de estos ciudadanos.

Por otro lado, la Ley 51/2003 también discrimina a las personas con VIH/Sida al no mencionarlas expresamente como uno de los grupos dentro del colectivo de la discapacidad. Pareciera que de esta forma no se quisiera visibilizar a un grupo de

discriminación (…)»; Voto Particular del Magistrado Jorge Rodríguez-Zapata, F.J. 3: «Este recurso ha puesto de manifiesto, en mi opinión, que existen enfermedades o afecciones crónicas que no alcanzan el grado de una discapacidad, a efectos de los arts. 4.2 c) y 17.1 LET o de la Directiva 2000/78/CE, del Consejo, de 27 de noviembre de 2000 y que, sin embargo, constituyen una categoría intermedia entre ésta y la simple enfermedad estrictamente funcional para el trabajo y generan, en casos como el enjuiciado en este amparo, acciones discriminatorias que es necesario considerar prohibidas en la cláusula "o cualquier otra condición o circunstancia personal o social" del art. 14 CE máxime cuando, al estar afectado el derecho al trabajo del recurrente del art. 35.1 CE (STC 100/2001, de 23 de abril, FJ 8) y el principio rector del reconocimiento a la protección de la salud del art. 43 CE, obligan a un mayor rigor y exigencia de razonabilidad del que carecen en este caso las resoluciones judiciales (STC 95/2000, de 10 de abril, FJ 5)».

[13] Véase el informe ONUSIDA, *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators, 2008 Reporting*.

personas, produciéndose de ese modo un tipo de discriminación indirecta de carácter grupal, ya que se discrimina positivamente a un grupo de personas con discapacidad y a otro grupo de personas que podrían estar encuadradas en esa categoría se las excluye con el consiguiente perjuicio.

Una de las consecuencias de esa falta de visibilidad de las personas con VIH/Sida es que además de discriminarlas indirectamente se agudiza el estigma que sufren, lo cual puede llegar a favorecer la transmisión del VIH, aumentado con ello el impacto de la pandemia (vid. Li *et alii*, 2007). El estigma y el miedo a ser discriminado conlleva que las personas con VIH/Sida oculten su estado serológico, retrasen la solicitud de servicios sanitarios y sociales, y con ello puede aumentar el riesgo de transmisión a terceras personas e igualmente puede dificultarse la adherencia al tratamiento (Heijnders & Van der Meij, 2006). En general, y siguiendo a Goffman (1963), el estigma se ha definido como un proceso de devaluación que desacredita a una persona frente a si misma (estigmatización interna) y frente a los demás miembros de la comunidad (estigmatización externa) basándose en una serie de atributos arbitrarios (género, color de la piel) o en comportamientos marginales (homosexualidad, consumo de drogas). Este estigma no opera sólo en relación con la diferencia sino también en relación con la desigualdad de carácter social y estructural, y forma parte de complejas luchas por el poder en el interior de la sociedad. Como señalan Parker y Aggleton, «el estigma lo utiliza actores sociales concretos, identificables, que buscan legitimar su propio estatus dominante en el seno de las existentes estructuras sociales desigualitarias» (2006, 18). La estigmatización de un grupo de personas «se vincula con el poder y la dominación en todo el conjunto de la sociedad, creando y reforzando desigualdades que hacen que algunos grupos se sientan superiores y otros, devaluados. La asociación del VIH/Sida con grupos y prácticas ya estigmatizados intensifica esas desigualdades preexistentes y consolida la producción y reproducción de relaciones de poder injustas». Esto ayuda a entender «cómo aquellas personas que están estigmatizadas y discriminadas en la sociedad en muchas ocasiones lo aceptan e incluso lo interiorizan. Precisamente porque están sometidos a un aparato simbólico inmensamente poderoso cuya función es legitimar la desigualdad de poder basada en la diferente consideración de valor y valía de las personas, la capacidad de las personas o de los grupos marginados y estigmatizados de resistencia a las fuerzas que les discriminan es limitada. Deshacer los

hilos de la estigmatización y la discriminación que atan a estas personas supone cuestionar la estructura social de igualdad y desigualdad; hasta el punto de que como todas las sociedades conocidas están estructuradas sobre la base de múltiples (aunque no necesariamente las mismas) formas de jerarquía y desigualdad, cuestionar esta estructura supone cuestionar los principios básicos de la vida social» (Parker & Aggleton, 2006, 18).

El estigma marca una frontera en la sociedad entre "las personas normales" y "las personas anormales", entre "nosotros" y "ellos" (Heijnders & Van der Meij, 2006). Como reconocen Parker y Aggleton, «es de una importancia vital reconocer que el estigma aparece y la estigmatización toma forma en específicos contextos de cultura y poder. El estigma siempre tiene una historia que influye cuando aparece (...) Comprender esta historia y sus más que probables consecuencias para las personas y comunidades puede ayudarnos para desarrollar mejores medidas para combatirlo y reducir sus efectos» (2006, 17). El tipo de estigma que está asociado al VIH/Sida debe, pues, tenerse en cuenta a la hora de dar una respuesta normativa a este problema ya que singulariza a estas personas frente a las personas con discapacidad física o sensorial y las personas con cualquier otro tipo de enfermedad (vid. Conyers *et alii*, 2005; Van Brakel, 2006). Así, por ejemplo, la primera diferencia que suele establecerse entre el estigma de las personas con VIH/Sida y el estigma de las personas diagnosticadas de cáncer es que en el primer caso se hace una asociación entre el VIH/Sida con la homosexualidad y el uso de drogas inyectadas parenteralmente. Así, el VIH/Sida «se identifica con un comportamiento que es considerado desviado, se clasifica como una enfermedad de transmisión sexual, es visto como algo que es responsabilidad del individuo, se piensa que se adquiere por vía de un comportamiento inmoral, y se percibe como contagioso y peligroso para la comunidad». La especificidad del estigma asociado al VIH/Sida depende de una serie de factores como son que la persona puede ser culpada por haberse infectado, que potencialmente puede tener graves consecuencias para otras personas, que la enfermedad puede manifestarse externamente y que puede disminuir su nivel de competencia (Fife & Wright, 2000, 51).

El VIH/Sida se asocia además con la idea de "la culpa es de la víctima" y con las tres categorías de estigmatización que estableció Goffman (1963): imperfección física,

carácter débil de la persona y pertenencia a un grupo social valorado negativamente. Por todo ello, debido a la responsabilidad en su enfermedad, las personas con VIH/Sida experimentan una mayor estigmatización en forma de rechazo social, discriminación económica, vergüenza interiorizada y asilamiento social que, por ejemplo, las personas con cáncer. El estigma asociado al cáncer se debe al miedo de la propia enfermedad o a la percepción de que "también puede ocurrirme a mí". Aunque se asocia con limitaciones físicas graves y con sufrimiento, el cáncer no se asocia con grupos sociales moralmente reprensibles. Otra diferencia radical entre el estigma que sufre una persona con VIH/Sida y una persona que sobrevive a un diagnóstico de cáncer es que éstas «a menudo influyen en las percepciones que tienen otras personas sobre ellas y aumentan las oportunidades de contacto y apoyo sociales al mantener una "imagen positiva" y al arreglárselas de una manera ejemplar que demuestra un coraje extraordinario (...) se convierten en "supervivientes del cáncer", en una especie de héroes, mientras que una persona con VIH/Sida se sigue designando simplemente como alguien que es "VIH positivo" sin importar el valor con el que se enfrenta a las dificultades de su enfermedad» (Fife & Wright, 2000, 53).

La persona con VIH/Sida no genera, pues, empatía sino disgusto y rechazo (vid. Conyers *et alii*, 2005). Aparece, en estos casos, la llamada *sabiduría de la repugnancia*. La repugnancia, el asco y el rechazo son portadores emocionales de una sabiduría profunda que va más allá del poder que tiene la razón para articularla. La exclusión, la estigmatización y la discriminación de las personas con VIH/Sida se debe a que la enfermedad se ha contraído por haber realizado un comportamiento inherentemente inmoral. La realización de ese acto inmoral que conlleva contraer la enfermedad afecta a la sociedad *qua* sociedad, supone un daño que puede poner en peligro la existencia de la propia sociedad y por ello deben ser *castigados*, incluyendo entre esos castigos la utilización del Derecho penal[14]. En este sentido, los argumentos que se utilizan contra las personas con VIH/Sida no se basan tanto en los daños que éstas puedan causar a otras personas sino que en que son personas que han enfermado por prácticas o comportamientos que pueden ofender los sentimientos y la sensibilidad moral de las

[14] UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights, Seventh Meeting, 12-14 February 2007, "Criminalization of HIV transmission". Con carácter general véase Richard Elliott, *Derecho Penal, Salud Pública y Transmisión del VIH: Un Documento de Opciones de Política*, ONUSIDA, 2002.

personas, lo cual provoca en ellas intolerancia, indignación y disgusto (Ramiro Avilés, 2007).

Estigma y discriminación, pues, están íntimamente relacionados ya que «cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación». Se refuerzan y legitiman mutuamente y, como reconoce ONUSIDA, el estigma en el VIH/Sida está «profundamente arraigado y opera dentro de los valores de la vida cotidiana». Ocurre que en innumerables ocasiones las personas sólo están repitiendo un comportamiento socialmente extendido que es discriminatorio hacia las personas con VIH/Sida. En este sentido, «el estigma y la discriminación relacionados con el VIH continúan manifestándose en todos los países y regiones del mundo, creando obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados. El estigma asociado al Sida ha silenciado una discusión abierta tanto de sus causas como de posibles respuestas apropiadas. La visibilidad y apertura respecto al VIH/Sida son requisitos previos para la movilización eficaz de gobiernos, comunidades y personas con el fin de responder a la epidemia». De esta forma, es fácil comprender que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/Sida socavan todos los esfuerzos de prevención, desalientan a las personas con VIH/Sida a revelar su infección, aumentan el sufrimiento personal, e incluso pueden impedir que las personas con VIH/Sida soliciten tratamiento o ejerzan otros derechos humanos básicos. La estigmatización y la discriminación asociadas al VIH/Sida es lo que Jonathan Mann, antiguo Director de la Organización Mundial de la Salud, en un intervención ante la Asamblea General de Naciones Unidas en 1987, consideró como la tercera fase de la pandemia, la cual evaluaba como la más explosiva pues supone un reto global a la hora de frenar la enfermedad (Parker & Aggleton, 2003, 13).

II

El modelo de actuación que principalmente se ha seguido hasta este momento con el VIH/Sida es el denominado como *modelo médico*. El modelo médico se basa en un esquema tradicional de salud pública y sostiene que desde que el virus VIH ha sido identificado, puede ser comprobada su presencia mediante test fiables y los medios de transmisión son conocidos, el VIH/Sida debe ser considerado simplemente como una

más de las enfermedades de transmisión sexual (en adelante ETS). Conforme a este esquema, el VIH/Sida no es más que una infección vírica y el objetivo de la salud pública no debe ser otro que el de identificar el agente patógeno y eliminarlo o contenerlo. Este modelo está dominado por médicos y personas que tienden a pensar la enfermedad en términos individuales y biológicos.

El modelo médico y el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud (art. 43 CE) ha posibilitado que las personas con VIH/Sida en España hayan tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales (ARV) que impiden que el VIH se reproduzca. Sin dudad alguna, el modelo médico ha contribuido enormemente en la lucha contra el VIH/Sida porque desde que en 1996, durante la XI Conferencia Internacional sobre Sida celebrada en Vancouver, se presentó la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), las personas con VIH en España han tenido garantizado el acceso a la misma gracias al sistema público de salud. El desarrollo de la TARGA ha reducido considerablemente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al VIH/Sida y ha dado una mayor esperanza de vida a las personas infectadas al pasar de la falta absoluta de esperanza a una situación médica en la que la enfermedad es manejable[15]. Esto, paradójicamente, ha causado que el problema deje de ser exclusivamente médico y sea también social, lo cual justifica que deba pasarse del modelo médico al *modelo social* (Palacios, 2007).

El modelo social tiene como uno de cuyos presupuestos fundamentales que las causas que originan la enfermedad o la discapacidad no son individuales sino que son preponderantemente sociales. Ello es así desde que no son exclusivamente las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Para el modelo social, las soluciones no deben apuntar sólo individualmente a la persona, sino que más bien deben encontrarse dirigidas hacia la sociedad. El modelo social se enfrenta a la lucha contra el virus teniendo en cuenta la influencia que tienen los factores ambientales en la transmisión ya que proveer tratamiento ARV y cuidados médicos a las personas

[15] Véase Gazzard y Jones, 2006, 101-117.

seropositivas es un éxito relativo si se tiene en cuenta que el número de nuevas infecciones no ha dejado de crecer, según señala ONUSIDA en su informe de *Situación de la Epidemia de Sida* de diciembre de 2006.

La salud y la protección de la salud se entienden desde el modelo social como un atributivo comunitario que se desarrolla en entornos sociales y físicos, por lo que, de esta forma, el cuidado médico relativamente poco puede hacer para prevenir y curar unas enfermedades que están condicionadas por patrones de comportamiento cultural y socialmente determinados. La literatura más reciente sobre salud pública destaca el papel que juegan factores no biológicos en la transmisión del VIH, especialmente en las mujeres y las capas de la población más pobres (Dinkelman *et alii*, 2006, 1-2) o el impacto que la globalización ha tenido en el desarrollo de la pandemia (Altman, 1999). Así, la transmisión del VIH y los casos de Sida pueden disminuir y pueden reducirse los daños si se combate la discriminación social e institucional y la vulnerabilidad de personas que, si bien no son un grupo de riesgo, por determinados condicionantes socioeconómicos se ven avocadas a realizar determinadas conductas arriesgadas. La respuesta basada en derechos que proporciona el modelo social a la cuestión del VIH/Sida es más completa y efectiva ya que pretende movilizar a actores claves en todos los sectores de la Administración.

En el modelo social las personas con VIH/Sida han de tener reconocidos y garantizados los derechos en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos, y se entiende que sus problemas principalmente vienen dados por el entorno social, político y jurídico. La existencia, el ejercicio y la garantía de los derechos no pueden limitarse atendiendo a ciertas características personales, como puede ser el color de la piel o la seropositividad, de quien pretenda ejercerlos. El modelo social aspira a que el tratamiento que se da a las personas con VIH/Sida, al igual que el tratamiento que se da a las personas con discapacidad, «se base en la búsqueda de la inclusión, respetando el principio de igualdad de oportunidades». La persona con VIH/Sida está condicionada por «un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto social». Esto requiere que se realicen «todas las modificaciones y adaptaciones necesarias» para que alcancen la participación plena en todas las áreas de la vida comunitaria (De Asis *et alii*, 2007, 24).

El modelo social debe lograr la normalización de las personas con VIH/Sida, lo cual significa que éstas deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona. La normalización significa, pues, que a las personas con VIH/Sida «se les deben ofrecer formas de vida y condiciones de existencia tan parecidas como sea posible a las circunstancias habituales de la sociedad a la cual ellas pertenecen, y que, al mismo tiempo, estén en condiciones de aprovecharlas en la mayor medida posible para su desarrollo y máximo nivel de autonomía» (De Asís *et alii*, 2007, 30). Por otro lado, esta normalización no supone una integración es un ambiente predeterminado e inmutable sino que la verdadera integración se producirá cuando dicho ambiente se transforme «para hacer frente a las necesidades de todos» y para ello se debe contar con las personas con VIH/Sida a la hora de tomar decisiones «en el diseño y gestión de las medidas que tienen relación con sus derechos» (De Asís *et alii*, 2007, 31). Este modelo de integración supone que las personas con VIH/Sida no son agentes pasivos de las políticas públicas de reducción del estigma ya que «varios estudios han demostrado que pueden tener un papel activo y que los programas deberían estar más centrados en los pacientes. Esto nos lleva a creer que las intervenciones deberían querer primero *empoderar* a las personas afectadas, teniendo siempre en cuenta el contexto en que se encuentran. Las personas que son *empoderadas* y son conscientes de las barreras de la participación comunitaria activa y de sus derechos, pueden marcar las prioridades teniendo en cuenta la necesidad de un cambio institucional y nacional» (Heijnders & Van der Meij, 2006)[16]. Como se señala en el Documento de Trabajo elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer y la Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, «si bien la visibilidad de las personas que viven con el VIH/Sida ha aumentado en los planos nacional, regional y mundial, el reto es garantizar que los hombres y las mujeres más directamente afectados por el VIH participen plenamente en la formulación y ejecución de los planes sobre el VIH/Sida. Se ha constatado que cuando las personas que viven con el VIH/Sida toman la iniciativa en la respuesta contra la epidemia, se obtienen resultados de largo alcance y más sostenibles. Por tanto, es prioritario fortalecer las

[16] Véase Park, 2006, 15-26.

redes y organizaciones de personas que viven con el VIH/Sida, incluidos los grupos y las redes de mujeres seropositivas, a fin de facilitar su plena participación»[17].

La razón última de todo ello se debe a que los poderes públicos se encuentran obligados a asegurar la efectividad de los derechos respecto de todos los ciudadanos, y, entre ellos, de las personas con VIH/Sida, pero no porque sean personas con VIH/Sida sino porque son ciudadanos (De Asís *et alii*, 2007, 31). No se trata, pues, en principio y desde el primer momento, de reconocerles derechos específicos que van a disfrutar por el hecho de ser diferentes y haber sido tradicionalmente excluidos de la vida política sino más bien de generalizar y hacer accesibles los derechos que ya disfrutan el resto de los ciudadanos.

III

En este apartado quisiera determinar si las personas con VIH/Sida deberían ser consideradas legalmente como personas con discapacidad con el fin de evitar su discriminación indirecta. Esto permitirá saber hasta qué punto las personas con VIH/Sida en comparación con las personas con discapacidad física o psíquica sufren una discriminación grupal alentada por la estigmatización de la infección. Ya hemos visto que la Ley 51/2003 sólo contempla dicha posibilidad en cuanto la infección causa enfermedades discapacitantes. Afortunadamente existen otras respuestas normativas en las que fijarse. Así, una de las primeras normas jurídicas que contempló el VIH/Sida como una discapacidad fue la *American with Disabilities Act* de 1990, la cual, según se ha interpretado por la jurisprudencia norteamericana (Dickson, 2001), incluye a las personas con VIH o se sospecha que tienen VIH entre las personas con discapacidad, con independencia de ulteriores consideraciones sobre enfermedades asociadas, ya que «los mitos acumulados por la sociedad y el miedo hacia la discapacidad y la enfermedad son tan discapacitantes como las limitaciones físicas». Con independencia de si la persona es asintomática, la persona ha desarrollado los primeros síntomas o está en la fase Sida, la discapacidad se produce no sólo porque tenga un daño físico o psíquico que sustancialmente limite la realización de una actividad cotidiana, o porque haya tenido ese daño físico o psíquico, sino también porque la persona es considerada por

[17] Véase también World Health Organization, *Guidance on Ethics and Equitable Access to HIV Treatment and Care*, 2004, cuando recomienda establecer una comité consultivo en materias éticas que incluya entre sus miembros a personas con VIH/Sida.

otros como si tuviera una discapacidad. Esto llevaría consigo un concepto amplio de discapacidad ya que «haría referencia a una situación caracterizada por la limitación o imposibilidad de ejercitar adecuadamente una función corporal o una parte del cuerpo, o de poder percibir adecuadamente la realidad, emociones o juicios, o de poder participar en la sociedad; como consecuencia de una deficiencia, o de la construcción del entorno social, o de la interacción de ambos» (De Asís *et alii*, 2007, 54). Las personas con VIH/Sida tienen por el simple hecho de su seropositividad una serie de barreras que dificultan o impiden, en condiciones de igualdad de oportunidades y de plena participación, su acceso a algún ámbito de la vida social. Las barreras en el caso de las personas con VIH/Sida no son solo físicas o arquitectónicas sino también y sobre todo sociales y actitudinales, las cuales derivan de la ignorancia y el miedo.

Frente al concepto amplio, el concepto restringido de discapacidad que se incluye en la Ley 51/2003 supone que la discapacidad fruto del entorno social que padecen las personas con VIH por el simple hecho de ser seropositivas no sea considerada suficientemente relevante desde el punto de vista normativo como para merecer la especial protección que proporcionan los instrumentos jurídicos antidiscriminatorios específicos. En este sentido, como ya he señalado, en la Ley 51/2003 se condiciona la consideración de una persona como discapacitada a la obtención de un grado de minusvalía igual o superior al 33% en un examen médico realizado al amparo de los RD 1971/1999 y RD 1169/2002, lo cual hace que la persona seropositiva dependa de la gravedad de las enfermedades asociadas al VIH. Como era de esperar, en la Ley 51/2003 tampoco se considera que las personas con VIH/Sida por el simple hecho de ser seropositivas merezcan una especial protección por parte de los poderes públicos por sufrir un mayor grado de discriminación o presentar menor igualdad de oportunidades, como sí lo merecen las mujeres con discapacidad, las personas con discapacidad severamente afectadas, las personas con discapacidad que no pueden representarse a sí mismas, las personas que padecen una más acusada exclusión social por razón de su discapacidad, y las personas con discapacidad que viven habitualmente en el ámbito rural.

El concepto restringido de discapacidad es una afrenta al principio de igualdad y no discriminación ya que no compara igualmente dos situaciones análogas y supone tratar

de forma diferenciada, sin la debida justificación, a las personas con VIH/Sida respecto de los colectivos de personas expresamente mencionados en la Ley 51/2003. La situación análoga se debe a que ambos se encuentran ante una misma situación de discriminación social porque se considera que son menos capaces de afrontar las actividades cotidianas, de evaluar suficientemente los riesgos de la actividad en la que está inmersa, de salvaguardar aquellos bienes que considera valiosos o de saber qué es lo que más le conviene atendiendo a sus propios intereses. Ambos precisan garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país, pero sólo uno de ellos tiene acceso a los mecanismos de protección que allí se reconocen. No es posible tampoco encontrar una justificación objetiva y razonable ya que la finalidad de la Ley 51/2003 es crear un marco normativo en el que se establezca la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal de todas las personas con discapacidad. Si se desea trascender el modelo médico y se desea incorporar el modelo social de discapacidad, entonces las personas con VIH/Sida deben ser consideradas como personas con discapacidad, atendiendo exclusivamente a su estado serológico, con el fin de que puedan utilizar los instrumentos legales que proporciona el Derecho para luchar contra la discriminación y estigmatización que sufren.

La consideración de las personas con VIH/Sida como personas con discapacidad simplemente por el hecho de su seropositividad, sin necesidad de que haya otras afecciones discapacitantes, permitiría la visibilización de este colectivo por la sociedad mediante la construcción y el desarrollo de una identidad propia. Las personas con VIH/Sida son un colectivo de personas que comparten unos rasgos propios que constituyen un grupo social muy definido ya que son una pluralidad de personas que mantienen una cierta afinidad a través de la cual se identifican y otras personas que no forman parte del grupo les identifica (Young, 1989, 259). Como señala Dennis Altman, la creación de “la persona que viven con VIH/Sida” como una identidad específica se inspiró en el modelo gay de “salir del armario” y ha sido un factor que significativamente ha contribuido a acabar con el modelo médico (1999, 577). Este grupo social tiene un sentido particular de la historia; de comprensión de las relaciones sociales y las posibilidades personales; y a ello su une que su modo de razonar, los

valores que comparten y la forma de expresión se constituyen parcial o totalmente a través de la identidad del grupo. De este modo, un grupo social identifica a las personas que lo conforman no por un conjunto de atributos compartidos, como podría ser el color de ojos o la calle donde una persona vive, sino por un «sentido de identidad» (Young, 1989, 259; Fife & Wright, 2000, 53). Este sentido de identidad se observa negativamente con la estigmatización que conlleva el VIH/Sida ya que cuando el individuo internaliza el estigma, se convierte en parte de una identidad que va a causar un determinado comportamiento en el resto de la sociedad (Fife & Wright, 2000, 51).

La discapacidad social que sufren las personas con VIH/Sida determina que deban ocultar su estado serológico, independientemente de si tienen o no una enfermedad discapacitante. Esta discapacidad de carácter social llega incluso a determinar que la discriminación que padecen y sienten las personas con VIH/Sida sea estructural y llegue a ser percibida como 'normal' por quienes la protagonizan, tanto en cuanto sujetos activos como en cuanto sujetos pasivos.

Por otro lado, la consideración de las personas con VIH/Sida como personas con discapacidad simplemente por el hecho de su seropositividad, sin necesidad de que haya otras afecciones discapacitantes, les permitiría utilizar, como ya se ha señalado, los medios de protección que concede la Ley 51/2003, en especial, la inversión de la carga de la prueba[18], la accesibilidad universal[19] y los ajustes razonables[20] que deban hacerse

[18] La inversión de la carga de la prueba significa que deberá ser el demandado quien deba romper la presunción de culpabilidad que ha establecido el legislador al entender que existen indicios reveladores de culpabilidad. La inversión de la carga de la prueba opera como presunción (rebatible por prueba contraria) de culpa del causante de cualquier daño y con ella se pretende restablecer el equilibrio entre la partes, dada la asimetría existente, alcanzando de ese modo un óptimo paretinao (Gómez Pomar, 2001). Véase la STC 49/2003, FJ 4: «Cuando se prueba indiciariamente que la extinción de un contrato de trabajo puede enmascarar una lesión de derechos fundamentales, este Tribunal ha reiterado, desde la STC 38/1981, de 23 de noviembre, que atañe al empresario acreditar que su decisión obedece a motivos razonables y ajenos a todo propósito atentatorio del derecho de que se trate. La necesidad de garantizar que los derechos fundamentales del trabajador no sean desconocidos por el empresario bajo la cobertura formal del ejercicio por parte de éste de los derechos y facultades reconocidos por las normas de referencia, pasa por considerar la especial dificultad que en no pocas ocasiones ofrece la operación de desvelar en los procedimientos judiciales correspondientes la lesión constitucional, encubierta tras la legalidad sólo aparente del acto empresarial, dificultad de prueba en la que se fundó nuestra jurisprudencia desde sus primeros pronunciamientos y que ha tenido concreciones en nuestra legislación procesal (…) Es sabido que la prueba indiciaria se articula en un doble plano (por todas, SSTC 90/1997, de 6 de mayo, y 66/2002, de 21 de marzo). El primero, la necesidad por parte del trabajador

para que aquélla sea real y efectiva. No se trata sólo de acceder a ciertas prestaciones sociales (pensiones contributivas o no contributivas) sino que se trata también de acceder a los medios de protección específicos para hacer valer su derechos como ciudadanos. La inversión de la carga de la prueba es un medio de protección de la parte débil en las relaciones asimétricas. La accesibilidad, por su parte, es una condición *sine qua non* para que todas las personas, sin excepción, puedan llevar a cabo una vida autónoma y participar en la vida social (De Asís *et alii*, 2007, 66). En este sentido, la accesibilidad garantiza que *todas* las personas puedan disfrutar de sus derechos, independientemente de sus características personales o sus circunstancias sociales. La accesibilidad se vincula, por lo tanto, con la igualdad formal que permite reconocer a todas las personas los mismos derechos. La accesibilidad se convierte de esta forma en «una condición ineludible para el ejercicio de los derechos fundamentales, lo que permite considerarla como un rasgo de su contenido esencial» (De Asís *et alii*, 2007, 107). Cuando se constata que dicho acceso igual no está garantizado a todas las personas, entran en juego los ajustes razonables, mediante los cuales se busca alcanzar la igualdad material pues se trata de «medidas adoptadas a fin de adaptar el entorno, los bienes y servicios a las específicas necesidades de ciertas personas, que por diferentes causas, se encuentran en una situación especial. Estas medidas tienden a facilitar la participación de dichas personas en igualdad de condiciones que el resto» (De Asís *et alii*, 2007, 73).

---

de aportar un indicio razonable de que el acto empresarial lesiona su derecho fundamental, principio de prueba o prueba verosímil dirigidos a poner de manifiesto el motivo oculto que se denuncia (STC 207/2001, de 22 de octubre). El indicio no consiste en la mera alegación de la vulneración constitucional, sino que debe permitir deducir la posibilidad de que ha podido producirse (SSTC 87/1998, de 21 de abril; 293/1993, de 18 de octubre; 140/1999, de 22 de julio; 29/2000, de 31 de enero; 207/2001, de 22 de octubre; 214/2001, de 29 de octubre; 14/2002, de 28 de enero; 29/2002, de 11 de febrero, y 30/2002, de 11 de febrero). Sólo una vez cumplido este primer e inexcusable deber, recaerá sobre la parte demandada la carga de probar que su actuación tuvo causas reales absolutamente extrañas a la pretendida vulneración, así como que tenían entidad suficiente para justificar la decisión adoptada».

[19] La accesibilidad se define en el artículo 2.c Ley 51/2003 como «la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser compresibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible»

[20] Los ajustes razonables se definen en el artículo 7.c. Ley 51/2003 como «las medidas de adecuación del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que, de forma eficaz y práctica y sin que suponga una carga desproporcionada, faciliten la accesibilidad o participación de una persona con discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos».

Indudable e inevitablemente, la consideración de las personas seropositivas como personas con discapacidad tendrá repercusión en los distintos indicadores sobre la calidad de vida de las personas con VIH/Sida. El aumento de la calidad de vida de las personas con VIH/Sida debe ser un objetivo primordial ya que, como se ha señalado, el desarrollo de la TARGA ha aumentado su esperanza de vida. Esa es una de las conclusiones a las que se llega en el estudio *European HIV Quality of Life Review 2004-2005*. Por último, y no por ello menos importante, a la vista de los resultado de ese mismo estudio, será preciso adoptar una perspectiva de género[21] ya que a menudo olvidamos que las mujeres son el cincuenta por ciento de la población mundial y que las cuestiones vinculadas a los derechos son de capital importancia para ellas. La creciente atención internacional sobre los derechos humanos ha contribuido a que nos demos cuenta de que las mujeres se enfrentan a algunos problemas específicos, que en caso del VIH/Sida se vinculan en muchas ocasiones con la salud reproductiva. A pesar de las normas jurídicas que recogen el principio de igualdad, los derechos de las mujeres han tenido un papel marginal en el discurso de los derechos humanos (Byrnes, 1992; Gallagher, 1997). Por otro lado, esta perspectiva de género es necesaria porque sigue siendo habitual culpar a las mujeres de la propagación de las ETS, incluido el VIH, aunque en la mayoría de los casos son ellas las infectadas por sus maridos o parejas. Además, como se reconoce en un Documento de Trabajo elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer y la Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, «el número de mujeres que viven con el VIH/Sida va en aumento en todo el mundo; más del 60% de las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que viven con el VIH son mujeres jóvenes. La creciente feminización de la epidemia es un reflejo de las desigualdades sociales, económicas y jurídicas que exponen a las mujeres y las niñas a un mayor riesgo de infección. Su condición social inferior, los estereotipos de género, la violencia basada en el género y las dificultades de acceso a la información, la educación y las oportunidades económicas restan autonomía a la mujer y limitan su capacidad de negociar relaciones sexuales más seguras, con lo cual aumenta el riesgo de infección, tanto para los hombres como para las mujeres. Las mujeres han estado en primera línea de la respuesta contra el VIH/Sida en sus comunidades y son las mujeres y las niñas

[21] Véase el informe ONUSIDA, *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes*, 1999.

quienes soportan la carga de prestar asistencia y apoyo en las familias y comunidades afectadas por el Sida, renunciando en muchos casos a oportunidades educativas y económicas». Esto exige «movilizar a las mujeres y los hombres para que hagan frente a las normas sociales que agravan la vulnerabilidad de las mujeres» con el fin de que se logre para las mujeres « la igualdad de acceso a servicios de tratamiento y asistencia (...) para transmitir esperanza, prolongar la vida productiva, mantener la integridad de las familias y reducir la vulnerabilidad de los niños».

* * *

Una efectiva respuesta al VIH/Sida basada en los derechos humanos exige que las Administraciones públicas, tanto a nivel estatal, como autonómico o local, establezcan de forma apropiada sus responsabilidades institucionales, realicen las reformas legales necesarias y promuevan un entorno de apoyo para los grupos de personas más vulnerables al VIH y para aquellos con VIH/Sida. En ese sentido, se debe extender el disfrute y el acceso de los derechos y libertades que se reconocen a todos los ciudadanos y, además, cuando sea necesario, se deben elaborar y aplicar leyes y políticas públicas específicas para las personas con VIH/Sida. En España se carece de leyes y políticas públicas que específicamente protejan a las personas con VIH/Sida contra la discriminación y salvaguarden sus derechos. Esta situación deberá cambiar cuando el legislador se convenza, en primer lugar, de la particular relevancia que tiene el VIH/Sida como factor de discriminación, exclusión, vulnerabilidad y estigmatización de un grupo de personas en la sociedad española; y, en segundo lugar, debe convencerse de la diferencia que existe a nivel de estigmatización entre una persona con VIH/Sida y una persona con discapacidad física o sensorial o una persona con cualquier otra enfermedad ya sea de transmisión sexual, contagiosa o crónica. Esta carencia puede solucionarse ampliando el concepto de persona con discapacidad con el fin de incluir a las personas con VIH/Sida, independientemente de si son sintomáticos, asintomáticos o padecen otras enfermedades discapacitantes y, cuando fuese necesario, dictando normas específicas para las personas con VIH/Sida.

Las reformas de leyes y de políticas públicas tendrán un alcance limitado si al tiempo no se crea un entorno social apropiado basado en los valores que fundamentan los derechos

humanos. Así, una respuesta efectiva contra el VIH/Sida obligatoriamente pasa por el cambio de los valores y actitudes sociales que dan lugar al estigma y la discriminación de las personas con VIH/Sida. La educación es un primer paso en la reducción del estigma e incluye intervenciones que busquen formar al público en general y a grupos específicos incrementando su conocimiento sobre esta enfermedad y aportando datos que contrarresten las falsas asunciones en las que se basa en estigma. El estigma aumenta cuando se ignora el mecanismo de transmisión del VIH. El estigma relacionado con las enfermedades se puede reducir mediante la educación. Las personas mal informadas o desinformadas acerca de la transmisión del VIH tienen mayor probabilidad de tener actitudes discriminatorias que las que están bien informadas. Los medios de comunicación y las campañas informativas pueden ser instrumentos idóneos para sembrar la semilla de dicho cambio social. De igual forma, el pleno desarrollo de la asignatura "Educación para la ciudadanía y los derechos humanos" bien pudiera ser uno de los instrumentos educativos utilizados para acabar con la estigmatización y discriminación de las personas con VIH/Sida.

Referencias bibliográficas

Altman, D. (1999), "Globalization, Political Economy, and HIV/AIDS", *Theory and Society*, 28:4, pp. 559-584.

Bektaş, H.A.; Kulakaç, Ö (2007): "Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective", *Aids Care*, 19:7, pp. 888-894.

Boer, H.; Emons, P.A.A. (2004), "Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thailand", *Aids Care*, 16:2, pp. 167-176.

Charbonneau, A.; Maheux, B.; Béland, F. (1999): "Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity to dentists?, *Aids Care*, 11:1, pp. 61-70.

Conyers, L.; Unger, D.; Rumrill, P.D. (2005): "A comparison of equal employment opportunity commission case resolution patterns of people with HIV/AIDS and other disabilities", *Journal of Vocational Rehabilitation*, 22, pp. 171-178.

De Asís, R. (2000): "La igualdad en el discurso de los derechos", *Los derechos: entre la Ética, el Poder y el Derecho*, J.A. López, J.A. del Real (eds.), Dykinson, Madrid, pp. 149-168.

De Asís, R.; Aiello, A.L.; Bariffi, F.; Campoy, I.; Palacios, A. (2007): *Sobre la Accesibilidad Universal en el Derecho*, Dykinson, Madrid.

Dias, S.F.; Matos, M.G.; Gonçalves, A.C. (2006): "AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents", *Aids Care*, 18:3, pp. 208-214.

Dickson, D.T. (2001): *HIV, AIDS and the Law*, Aldine de Gruyter, New York.

Dinkelman, T.; Levinsohn, J.; Majelantle, R. (2006): "When knowledge is not enough: HIV/AIDS information and risky behavior in Botswana", National Bureau of Economic Research, Working Paper 12418 (www.nber.org/papers/w12418)

Fife, B.L.; Wright, E.R. (2000): "The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer", *Journal of Health and Social Behaviour*, 41:1, pp. 50-67.

Garriga, A. (2001): "Igualdad, discriminación y diferencia en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional", *Derechos y Libertades*, 10, pp. 53-104.

Gazzard, B.G.; Jones, R.S. (2006): "From death to life: two decades of progress in HIV therapy", *HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management*, S. Matic, J.V. Lazarus & M.C. Donoghoe (eds.), World Health Organization, 101-117.

Goffman, E. (1963): *Stigma*, Prentice Hall, New Jersey.

Gómez Pomar, F. (2001): "Carga de la prueba y responsabilidad objetiva", *InDret*, 1/2001 (www.indret.com/code/getPdf.php?id=139&pdf=040_es.pdf)

Hall, P. (2002), "Doctors urgently need education in human rights", *The Lancet*, 360, p. 1879.

Heijnders, M.; Van der Meij, S. (2006): "The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions", *Psychology, Health and Medicine*, 11:3, pp. 353-363.

Holzemer, W.L.; Uys, L.R.; Chirwa, M.L.; Greeff, M.; Makoae, L.N.; Kohi, T.W.; Dlamini, P.S.; Stewart, A.L.; Mullan, J.; Phetlhu, R.D.; Wantland, D.; Durrheim, K. (2007): "Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument PLWA (HASI-P)", *Aids Care*, 19:8, pp. 1002-1012.

Li, L.; Lin, C.; Wu, Z.; Wu, S.; Rotheram-Borus, M.J.; Detels, R.; Jia, M. (2007), "Stigmatization and shame: Consequences of caring for HIV/AIDS patients in China", *Aids Care*, 19:2, pp. 258-263.

Palacios, A. (2007): "¿Modelo rehabilitador o modelo social? La persona con discapacidad en el Derecho español", *Igualdad, No Discriminación y Discapacidad*, I. Campoy y A. Palacios (eds.), Dykinson, Madrid, pp. 243-305.

Park, C. (2006): "Empowering people living with HIV in Europe: manifesto, mantra or mirage?", *HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management*, S. Matic, J.V. Lazarus & M.C. Donoghoe (eds.), World Health Organization, pp. 15-26.

Parker, R.; Aggleton, P. (2003): "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action", *Social Science and Medicine*, 57, pp. 13-24.

Ramiro Avilés, M.A. (2007): "A vueltas con el moralismo", H.L.A. Hart, *Derecho, Libertad y Moralidad*, trad. M.A. Ramiro, Dykinson, Madrid.

Ruiz Miguel, A. (1996): "La discriminación inversa y el caso Kalanke", *Doxa*, 19, pp. 123-140.

Van Brakel, W.H. (2006): "Measuring health-related stigma—A literature review", *Psychology, Health and Medicine*, 11:3, pp. 307-334.

Young, I.M., (1989): "Polity and group difference: a critique of the ideal of universal citizenship", *Ethics*, 99:2, pp. 250-274.

Coordinadora Estatal de Vih-Sida
CESIDA

C/ Juan Montalvo, nº6
28040 Madrid
Telf./Fax 915 223 807

www.cesida.org
www.infosida.es

Subvencionado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida