

# Impacto del estigma hacia el VIH/sida en los resultados en salud de los pacientes VIH<sup>+</sup>: Proyecto de investigación

## Impact of Stigma towards HIV/AIDS on the Health Outcomes of HIV<sup>+</sup> Patients: Research Project

Grado en Enfermería

Pablo Fernández Rodríguez

Trabajo de Fin de Grado

Tutora: Dra. Ana Isabel Parro Moreno





## **Agradecimientos**

A mi tutora, Ana, por creer desde el primer momento en mi proyecto y darme los ánimos y la ilusión para volcarme en él. Gracias por estar siempre disponible y dispuesta a ayudarme en todo lo necesario.

A la Keith Haring Foundation, por permitirme utilizar la obra de un artista que buscó concienciar al mundo de la importancia de la lucha contra el VIH/sida.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Conceptualización .....	4
1.2. Modelos teóricos del estigma asociado al VIH .....	8
1.3. Estigma y resultados en salud.....	13
1.4. Escalas de medición del estigma hacia el VIH.....	23
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO .....	28
3. OBJETIVOS.....	30
4. MÉTODO .....	31
4.1. Diseño.....	31
4.2. Población y muestra .....	31
4.3. Instrumentos para la recogida de la información.....	32
4.4. Procedimiento.....	32
4.5. Variables.....	33
5. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	37
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	39
7. CONCLUSIONES.....	40
8. BIBLIOGRAFÍA .....	41
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	45
ANEXO 2. ESCALA HPASS DE WAGNER ET AL. ....	46
ANEXO 3. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE ESTIGMA HACIA EL VIH DE BERGER ET AL.....	47

Imagen de portada: Keith Haring: *Ignorance = Fear*, 1989. © The Keith Haring Foundation, 1989. Reproducida con autorización de la Keith Haring Foundation.

## RESUMEN

Introducción: El VIH/sida es una enfermedad de enorme relevancia epidemiológica en la sociedad actual (especialmente en España). Desde su aparición, el virus ha estado ligado a concepciones negativas, juicios de valor y estigmas que han afectado directamente a la vida de las personas infectadas. Pese al cambio de paradigma logrado a nivel clínico con los avances científicos de los últimos años, la evolución de la percepción social de la enfermedad no ha sido tan acusada. La evidencia demuestra que este estigma se relaciona con unos deficientes resultados en salud (física y mental), por lo que erradicarlo se presenta como un objetivo prioritario en el abordaje de la actual pandemia.

Objetivo principal: Analizar el nivel de estigma hacia el VIH de los profesionales sanitarios y su repercusión en los resultados en salud de los pacientes a los que atienden.

Método: Estudio de validación, seguido de un estudio analítico transversal. El estudio se llevará a cabo en los hospitales públicos de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, siendo la población los profesionales y pacientes de las unidades de Medicina Interna de dichos hospitales. Las principales variables de estudio serán: estigma (de profesionales y pacientes), datos sociodemográficos (de profesionales y pacientes), y parámetros clínicos (de pacientes); mediante pruebas de contraste de hipótesis se buscarán relaciones estadísticamente significativas entre ellas.

Conclusiones: El desarrollo de este proyecto permitirá contar con una nueva escala para cuantificar el estigma hacia el VIH/sida de los profesionales sanitarios y aportará información acerca del impacto de éste en la salud de las personas seropositivas.

Palabras clave: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Estigma Social; Actitud del Personal de Salud; Prejuicio; Estado de Salud.

## **ABSTRACT**

Introduction: HIV/AIDS continues to be an epidemiologically relevant disease in the current society (specially in Spain). Since its discovery, the virus has been associated with misleading conceptions, value judgments, and stigmas that have directly affected the life of infected people. Despite the changes achieved at a clinical level with the latest scientific research, the social perception of HIV/AIDS has not evolved as much in the last years. Evidence shows that this stigma is correlated with deleterious health outcomes (both physical and mental), so eradicating it is seen as a main objective in the fight against this epidemic.

Main objective: To analyse the level of stigma towards HIV of healthcare providers and its repercussions on patients' health outcomes.

Method: Validation study, followed by an analytic cross-section study. The research will be carried out in Madrid Region Level 3 public hospitals, taking the patients and professionals of these hospitals' Internal Medicine units as the population to be studied. The studied variables can be summed up into three different groups: stigma (professionals and patients), sociodemographic data (professionals and patients) and clinical values (patients); they will be analysed with hypothesis-contrast tests to find significant associations among them.

Conclusions: This study will make available a new scale to measure HIV stigma among healthcare providers and it will give new evidence on how this stigma impacts HIV<sup>+</sup> people's health.

Key words: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Attitude of Health Personnel; Social Stigma; Prejudice; Health Status.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Conceptualización

La aparición en el verano de 1981 de una nueva enfermedad, completamente desconocida, y que afectaba principalmente a personas previamente sanas convulsión a una sociedad, que con miedo vio como la sombra de las epidemias que habían asolado a la humanidad en el pasado volvía a cernirse sobre ella. A lo largo de la Historia de la salud y la enfermedad no podemos entender las grandes epidemias y pandemias que han ido apareciendo sin considerar la respuesta social y el impacto que han causado en la vida de las personas afectadas: desde la lepra en los primeros siglos de nuestra era, pasando por la Peste Negra de los siglos XIV y XV, llegando al VIH/sida desde los últimos años del siglo XX y los que ya han transcurrido del XXI, la forma en que entendemos y nos comportamos frente a una enfermedad es un aspecto clave que influye de manera determinante en la vida de las personas, tanto de las sanas como de las enfermas(1).

Para conocer la respuesta social al VIH/sida, debemos partir en primer lugar de la perspectiva del país en el que se detectaron los primeros casos: los Estados Unidos de América. A nivel social, el peso de la religión (especialmente el protestantismo), es muy relevante en dicho país, lo que condicionó la forma de reaccionar ante esta nueva enfermedad: al presentarse principalmente en dos grupos previamente marginados y “desviados” de la norma social imperante, apareció en la sociedad americana el sentimiento de que la patología era un castigo merecido por homosexuales y consumidores de drogas(2,3). Esta concepción inicial de que la enfermedad era algo limitado a grupos sociales marginales, que no afectaba a aquellas personas que acataban los imperativos sociales fue uno de los detonantes más importantes a la hora de generarse el estigma hacia el VIH/sida, que se consideraba una enfermedad “de los otros”, lo que le generó nombres como el “cáncer gay”, la GRID (Gay-Related Immune Deficiency), o, incluso “la peste gay”, en comparación a la peste bubónica(4). Otro de los nombres que recibió la enfermedad durante los años 80 fue el “Síndrome de las 4Hs”, los cuatro grupos que se consideraban vulnerables: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos(5). Esta clasificación de las personas en cuatro grupos de riesgo se puede considerar la primera etapa de la respuesta a la enfermedad de una sociedad sorprendida y asustada, que da paso, en el año 1985 con la muerte del actor Rock Hudson a causa de complicaciones del sida(6), a una nueva, en la que se comienza a hablar de conductas (en

lugar de grupos) de riesgo: el sida ya no sólo mataba a personas que se apartaban de las convenciones sociales: cualquier persona, incluso una gran estrella de Hollywood era una víctima potencial de la enfermedad(7).

A finales de los años 80, una vez que se comprende la patología, epidemiología y posibles dianas terapéuticas del VIH, comienza una tercera etapa que se podría denominar “política”(7) en la que aparecen tres modelos claramente diferentes, que van a influir en la respuesta social que se da a la enfermedad y, a largo plazo, en la situación epidemiológica de ésta. Los diferentes estilos de actuación que podemos encontrar son(8):

- Integrador (Noruega, Países Bajos): busca dar una respuesta pragmática a la situación; considera que el VIH es un fenómeno social y que, en consecuencia, se debe abordar desde todas las esferas de la sociedad, buscando el consenso de instituciones, colectivos sociales y población general.
- Político (Reino Unido, Alemania, Suecia): parte de la consideración del VIH como un problema político, más que sanitario o social, en el que confluyen discriminación e integración. Considerando el VIH como una catástrofe sanitaria, se genera una percepción elevada de riesgo, lo que motiva un desarrollo constante de políticas de prevención (las cuales llegan a ser discriminatorias hacia ciertos grupos sociales, como la prohibición de donar sangre a las personas homosexuales), que deja de lado las políticas antidiscriminación.
- Profesional (Francia, Italia, España): al igual que el estilo político, mezcla elementos integradores y discriminatorios: se genera una respuesta a corto plazo, que busca principalmente la investigación clínica y farmacológica para el abordaje de una nueva enfermedad, quedando relegadas a un segundo plano la prevención y los aspectos sociales de la infección. En el caso concreto de España se consideró que la responsabilidad de luchar contra el VIH/sida correspondía a las instituciones y profesionales sanitarios, obviando la aportación de ONG y grupos comunitarios.

Como consecuencia del seguimiento de este modelo profesional, en España el abordaje del VIH/sida quedó en manos de unos pocos profesionales que formaron comités de expertos que se centraron en el abordaje de la epidemia, obviando la importancia del desarrollo de políticas contra la estigmatización de los afectados. Esta forma de trabajo generó en la población general un desconocimiento de la enfermedad, y facilitó el



desarrollo de un imaginario colectivo negativo hacia el VIH/sida, que se ha mantenido hasta la actualidad(8): un ejemplo lo podemos encontrar en una investigación realizada en 2012 en 1619 españoles; de ellos, un 15,2% creía que se debe culpar a las personas VIH<sup>+</sup> de su infección, y un 13% estaba a favor de separar por ley a las personas infectadas de aquellas que no lo están(9). Cabría la posibilidad de pensar que, si bien el modelo profesional fracasó en la educación de la población general, pudo facilitar una mejor comprensión de la enfermedad por parte de los sanitarios, pero la evidencia demuestra que tampoco lo hizo: en entrevistas realizadas por la Comunidad de Madrid a profesionales sanitarios a mediados de los años 90, quedó patente que el rechazo hacia estos pacientes era generalizado, y que la mayor parte de los trabajadores reclamaría unidades de aislamiento especiales, para no tener que entrar en contacto con pacientes con VIH/sida(10).

Un aspecto que supuso un cambio radical en la forma de comprender el VIH/sida fue la aparición de un abordaje farmacológico, que despejaba el camino hacia un futuro en el que se podría controlar la epidemia. El objetivo principal de este tratamiento es la reducción de la carga viral plasmática y, en consecuencia, aumentar la concentración de linfocitos CD4<sup>+</sup> en sangre y reducir la aparición de enfermedades oportunistas. Este régimen terapéutico se basa en los fármacos antirretrovirales: el primero, la zidovudina (o azidotimidina, AZT), fue introducido en el año 1987; aunque el avance definitivo que convirtió una enfermedad mortal como el sida en una infección crónica y controlable se logró en 1996. En este año, se planteó la administración concomitante de varios fármacos antirretrovirales, cada uno encaminado a abordar el virus desde un momento de su ciclo (inhibidores de la transcriptasa inversa, inhibidores de la integrasa, inhibidores de la proteasa...)(6).

En las últimas recomendaciones disponibles, se aconseja una terapia antirretroviral (TAR) consistente en la asociación de tres fármacos: dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a nucleótido o nucleósido (ITIAN) y un inhibidor de la integrasa (INI) (o un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN), o un inhibidor de la proteasa potenciado (IP)). Mediante la administración de esta combinación farmacológica, se logra reducir la carga viral a niveles indetectables (<50 copias de VIH/mL) en aproximadamente 4-6 meses. Es importante tener en cuenta que la TAR es un tratamiento que ha de ser individualizado desde el comienzo, adaptándose a la carga

viral y al recuento de linfocitos CD4<sup>+</sup> iniciales, y volviendo a medir dichos parámetros cada 3-6 meses para controlar el estado inmunológico del paciente(11).

A nivel epidemiológico, en el año 2016, ONUSIDA estima que en el mundo hay 36,7 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales 1,8 millones contrajeron la infección en ese mismo año. Además, en 2016, 1 millón de personas murieron en el mundo debido a enfermedades secundarias al sida. Más de la mitad de las personas infectadas viven en África Oriental y Meridional, mientras que en Europa y América del Norte se concentra sólo un 5% de los infectados(12).

En nuestro país, en el año 2015 se diagnosticaron 3428 nuevas infecciones por VIH, lo que genera una tasa de incidencia de 7,39 casos por cada 100.000 habitantes(13). Este dato sitúa a España por encima de la tasa media de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE+EEE), que fue de 5,8 casos por cada 100.000 habitantes(14). En comparación con los países de nuestro entorno más cercano, tan sólo Portugal y el Reino Unido tienen unas tasas de incidencia mayores, presentando Francia, Alemania e Italia unas tasas inferiores, como se muestra en el gráfico 1.

En lo que a sida se refiere, en España, desde el año 1981 se han contabilizado 85.720 casos, detectándose en el año 2015 497, dando una tasa de 1,5 casos por cada 100.000 habitantes(13). Al igual que en la infección por VIH, esta tasa es mayor a la media de la UE+EEE, que se sitúa en 0,8 casos por 100.000 habitantes. En comparación con los países citados en el párrafo anterior, tan sólo Portugal tiene una tasa mayor, presentando Reino Unido, Francia, Alemania e Italia tasas inferiores a la española(14).

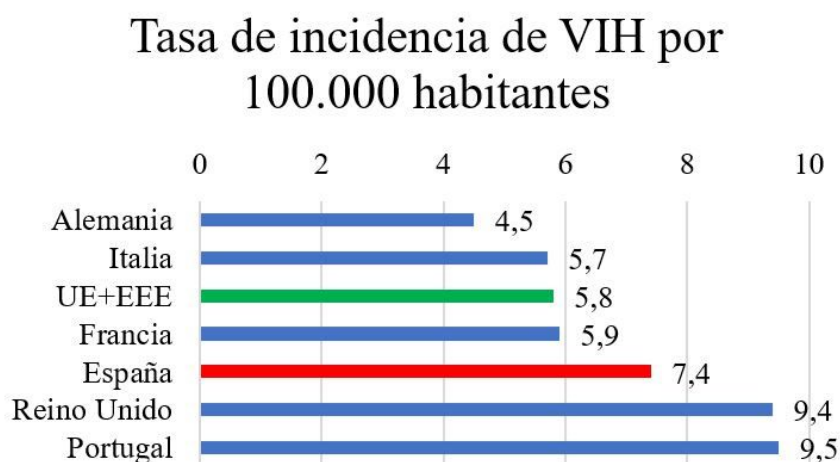


Gráfico 1. Tasa de incidencia de VIH por 100.000 habitantes en países seleccionados en el año 2015.

Fuente:  
Elaboración propia con datos del ECDC(14).

## Diagnósticos de SIDA por 100.000 habitantes

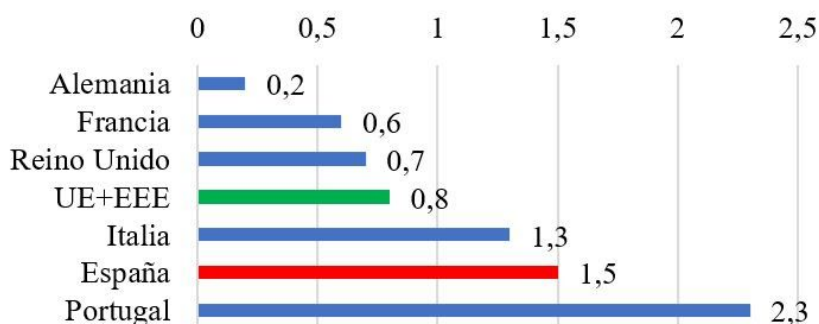


Gráfico 2.  
Diagnósticos de sida por 100.000 habitantes en países seleccionados en el año 2015.

Fuente:  
Elaboración propia con datos del ECDC(14).

En el momento actual, el objetivo que se busca conseguir a nivel mundial es poner fin a la pandemia de VIH/sida en el año 2030. Para ello, ONUSIDA planteó en el año 2014 la "Estrategia 90-90-90", que se basa en tres objetivos a lograr, como máximo, en 2020: que el 90% de las personas infectadas conozcan su seroestatus, que el 90% de las personas infectadas reciban tratamiento antirretroviral, y que el 90% de las personas en tratamiento se encuentren en una situación de supresión de la carga viral(15). Un aspecto que también se considera prioritario a nivel global es la eliminación de las barreras, el estigma y la discriminación que sufren las personas seropositivas por causa de su enfermedad(16). Es especialmente importante que esta discriminación desaparezca en el sector sanitario, buscando lograr para 2020 que el 90% de las personas VIH<sup>+</sup> no refieran haber sido discriminadas por los profesionales que les atienden(17).

A nivel nacional, dos de los objetivos del último Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH del Ministerio de Sanidad son la promoción de un trato igualitario y la no discriminación de las personas con VIH. En este plan se consideran prioritarios el disfrute de los derechos humanos por parte de las personas infectadas, la mejora de su calidad de vida, y la garantía de acceso a un empleo en igualdad de condiciones respecto a una persona VIH<sup>-</sup>(18).

### 1.2. Modelos teóricos del estigma asociado al VIH

En 1963, Erving Goffman definió el estigma como “un atributo profundamente desacreditador”. Para Goffman, las personas quedan divididas en dos clases: las normales, y las que poseen un estigma, que dejan de ser totalmente humanas. Esta división genera otra acepción para el término estigma: deja de ser un atributo para pasar a ser una actitud,

generalmente discriminatoria, que mantienen las personas que se consideran normales frente a aquellas que no lo son(19). A partir de la definición de Goffman, a la hora de hablar de las dos realidades del estigma en este trabajo, se considera que la infección por VIH/sida es el atributo, y las conductas, actitudes y creencias de los profesionales de sanitarios (y, en ocasiones, de los propios pacientes) son la discriminación de las personas “normales” frente a las estigmatizadas.

El primer modelo teórico sobre el estigma hacia el VIH fue desarrollado por Barbara Berger en el año 2001. Esta teoría se denominó “Modelo del estigma percibido”, y se basa en que, conociendo la percepción social del VIH y sabiéndose infectadas por el virus, las personas tienen en cuenta las posibles reacciones de los demás a su enfermedad (estigma), de manera que cambian su comportamiento y su forma de ser(20).

En 2017, Davtyan et al. publicaron una teoría fundamentada en datos sobre el estigma hacia el VIH en las instituciones sanitarias. Mediante un muestreo teórico se seleccionó a 27 trabajadores (17 médicos, 9 enfermeros y 1 auxiliar), que fueron entrevistados para conocer sus actitudes hacia el tema(21).

Esta teoría se subdivide en cuatro grupos que contienen 16 conceptos que explican el estigma que experimentan los profesionales sanitarios.

#### A. Origen del estigma hacia el VIH

El origen del estigma se asocia al desarrollo de una imagen colectiva negativa hacia el VIH y el sida: durante años se ha considerado una enfermedad altamente infecciosa y potencialmente mortal, asociada en sus inicios a grupos marginales de la sociedad. Esta concepción se ha mantenido a lo largo de los años, facilitando el desarrollo del estigma hacia el VIH.

Además, las diferencias de poder en la relación sanitario-paciente, en la que el profesional se sitúa por encima del paciente, haciendo sentir a este inferior, también han contribuido a la construcción de las actitudes estigmatizantes.

#### B. Desencadenantes del estigma hacia el VIH y C. Comportamientos y sentimientos estigmatizantes resultantes

El factor desencadenante más obvio para el desarrollo del estigma es el miedo a contagiarse: esta preocupación se puede basar en un desconocimiento de la patogénesis de la infección, y en el temor a verse afectado por una enfermedad incurable. Este miedo,

además, puede causar ansiedad y nerviosismo en los profesionales que tratan con personas infectadas por el VIH, así como negativas a tratar a estas personas para evitar contactos con el virus.

También juega un papel importante la educación sobre el estigma que reciben los profesionales: si no se corrigen las percepciones erróneas sobre la infección y la enfermedad asociada, se mantienen en el personal creencias inadecuadas, que pueden llevar a prejuicios sobre cómo se ha podido contagiar una persona, los consecuentes juicios de valor sobre su situación, y un posible trato peyorativo basado en dichos juicios.

La especialización en el campo del VIH que se ha dado en los últimos años también ha posibilitado que no todos los profesionales estén en contacto con estos pacientes, lo que facilita que no haya un buen conocimiento de su situación entre todos los sanitarios. Además, al derivarse la mayoría de los pacientes a especialistas, es más difícil formar relaciones con ellos, y hay un mayor desapego hacia estas personas.

A todos los aspectos anteriores, hay que sumar la existencia de comportamientos y prácticas inconscientes, que pueden resultar (o ser considerados por los pacientes) discriminatorios. También existe la posibilidad de que las personas atendidas no entiendan ciertos procedimientos que se realizan en las instituciones sanitarias (como las precauciones universales), y puedan malinterpretarlos como ataques hacia ellos.

#### D. Influencia del estigma en los pacientes

Todos estos comportamientos llevan a unos resultados en los pacientes, entre los que destacan la disminución de la adherencia terapéutica y un inadecuado funcionamiento psicológico.

Ante estas situaciones en las que se ven estigmatizados, no es extraño que los pacientes dejen de acudir a las citas con los sanitarios no especialistas (ya que son aquellos que más estigma presentan), lo que a su vez lleva a problemas con el tratamiento farmacológico y puede acarrear una mayor incidencia de complicaciones que no son detectadas a tiempo.

Respecto al funcionamiento psicológico, recibir el diagnóstico de una infección por VIH, el desarrollo de sida y de sus consecuentes comorbilidades son situaciones estresantes que ponen a prueba la capacidad de afrontamiento de las personas. Si a todo esto se suma un trato discriminatorio y una falta de apoyo por parte de los profesionales, es de entender que la salud mental de las personas VIH<sup>+</sup> se vea deteriorada.

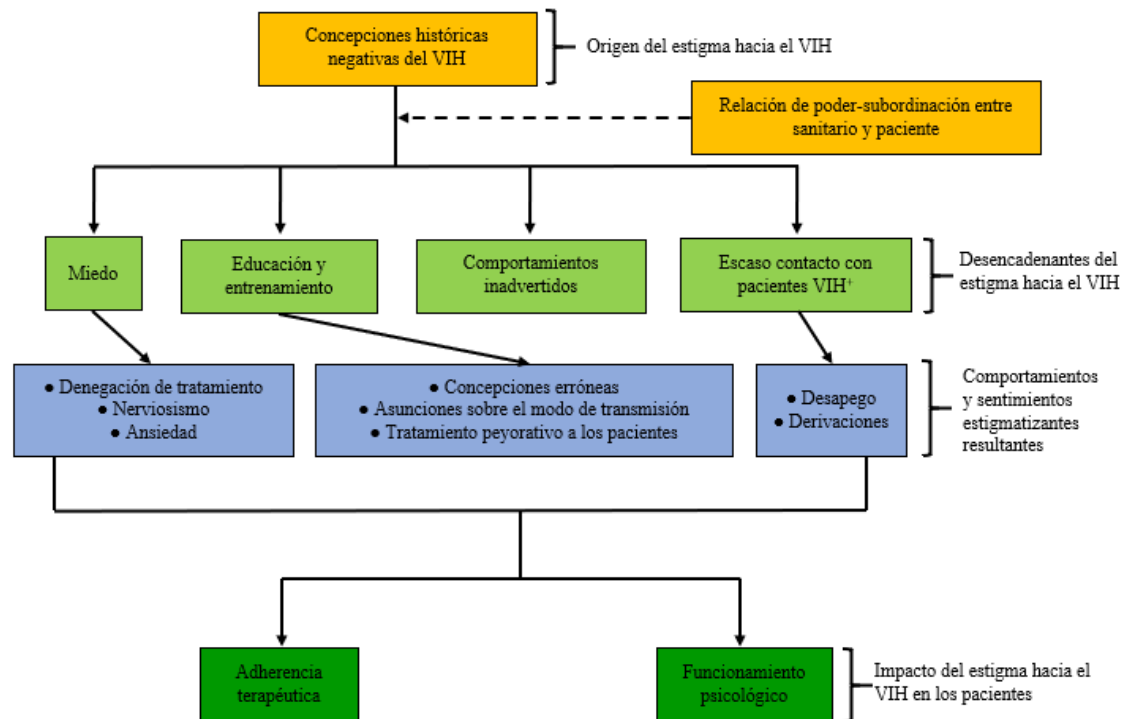


Ilustración 1. Teoría de Davtyan et al. acerca del estigma hacia el VIH en los profesionales sanitarios. Adaptado de Davtyan et al.(21), traducción propia.

Respecto a las dinámicas de funcionamiento del estigma, Earnshaw y Chaudoir desarrollaron en 2009 el Marco Teórico del Estigma hacia el VIH: un modelo conceptual basado en una revisión de los estudios anteriores sobre el estigma hacia el VIH/sida y las escalas desarrolladas para medirlo(22).

En este modelo se asume que el VIH es por sí mismo un estigma (según la definición de Goffman anteriormente citada). Las personas, tanto las que se encuentran infectadas como las que no, responden a este atributo desacreditador a través de los mecanismos de estigma, que son la forma en la que se reacciona a saberse infectado o no por el VIH. Estos mecanismos impactan a las personas de manera psíquica, física y social, generando unos resultados, que son, también, dependientes del propio seroestatus.

Las personas no infectadas por el virus manifiestan tres tipos de mecanismos de estigma: los prejuicios (que son una respuesta emocional), los estereotipos (respuesta cognitiva) y la discriminación (respuesta comportamental) hacia las personas que viven con VIH/sida.

- Prejuicios: emociones negativas y sentimientos como asco, miedo y rabia experimentadas hacia el conjunto de personas infectadas.
- Estereotipos: creencias grupales sobre las personas infectadas por el VIH, que se aplican a personas concretas.

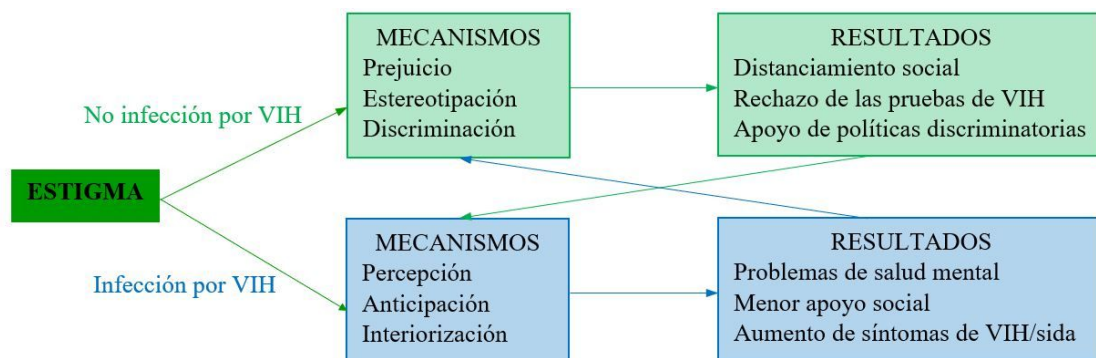
- **Discriminación:** comportamientos que ponen de manifiesto los prejuicios que tienen las personas no infectadas acerca de las personas infectadas.

En las personas infectadas por el VIH, a su vez, se encuentran presentes los siguientes mecanismos de estigma:

- Estigma percibido, que es el grado en que una persona con VIH/sida cree que ha sido víctima de prejuicios y discriminación en su entorno.
- Estigma anticipado, la medida en que una persona con VIH/sida cree que experimentará prejuicios y discriminación en el futuro.
- El estigma interiorizado, que se compone de las creencias negativas hacia el VIH/sida que mantiene sobre sí misma la persona infectada.

Los mecanismos de estigma de ambos grupos se influyen unos a otros, es decir: una persona no infectada por el VIH puede recibir influencias de los mecanismos de las personas infectadas y viceversa (por ejemplo, si una persona infectada es discriminada con relativa frecuencia, es posible que su estigma anticipado sea grande).

El otro componente de este modelo son los resultados en salud de las personas a partir de los mecanismos de estigma: el Marco no intenta crear una lista exhaustiva de todos los resultados que pueden experimentar las personas, sino que propone algunos de ellos que han sido previamente estudiados, dejando la puerta abierta para el estudio posterior de cómo afectan los mecanismos de estigma a las personas, tanto a las infectadas como a las que no lo están.



*Ilustración 2. Marco Teórico del Estigma hacia el VIH. Tomado de Earnshaw et al.(22), traducción propia.*

A partir de este marco teórico, en 2013, Earnshaw et al. estudiaron la relación entre el estigma hacia el VIH y la salud de las personas infectadas. Para ello, se formularon varias

hipótesis en las que se relacionaban los tres mecanismos de estigma propuestos para las personas infectadas (percepción, anticipación e interiorización) con los resultados obtenidos en diferentes campos de la salud. Para comprobar estas hipótesis se recurrió a entrevistas con pacientes VIH<sup>+</sup> y a la revisión de sus historias clínicas(23).

Este estudio demostró una conexión directamente proporcional entre los estigmas percibido y anticipado y la salud física (a mayor estigma percibido, mayor posibilidad de tener un recuento de linfocitos T CD4<sup>+</sup> menor de 200/μL y mayor comorbilidad de enfermedades crónicas). Por otro lado, el estigma interiorizado se asoció con los resultados en salud comportamental y afectiva: a mayor estigma, menor adherencia al tratamiento antirretroviral, menor aceptación de la enfermedad y mayores sentimientos de indefensión(23).

### **1.3. Estigma y resultados en salud**

#### **1.3.1. Estigma en los pacientes**

En Francia, que podemos considerar un país con un contexto similar al nuestro, Préau et al. llevaron a cabo un estudio observacional en el año 2008 con el objetivo de examinar la prevalencia de intentos de suicidio en la población VIH<sup>+</sup> y describir las características biopsicosociales de las personas afectadas. A través de un muestreo aleatorio estratificado en 102 hospitales del país, obtuvieron una muestra de 4.963 pacientes, de los que finalmente participaron 2.932 (el 29% eran mujeres). Las variables que estudiaron en estos pacientes fueron: la presencia o ausencia de intentos de suicidio, la discriminación percibida por ser VIH<sup>+</sup> (por parte de familiares, amigos, parejas sexuales y compañeros de trabajo), las características sociodemográficas, el apoyo social percibido, la percepción de efectos adversos del tratamiento antirretroviral, y el consumo de sustancias en los 12 meses anteriores. El principal resultado de ese estudio fue que la tasa de intentos de suicidio de la población VIH<sup>+</sup> era mayor a la de la población general (22% frente a 8%), y que ésta era más elevada en pacientes con una mayor percepción de discriminación (el 34% de la muestra se había sentido discriminado en alguna ocasión), una falta de apoyo social, una mayor carga viral y el desarrollo de un síndrome lipodistrófico. Como principales limitaciones de la investigación se encuentran el ser un estudio transversal, el no considerar si los intentos de suicidio habían sido anteriores o posteriores al diagnóstico de VIH y no conocer el estado psiquiátrico de los pacientes estudiados, y un posible sesgo de discapacidad social por parte de los pacientes al rellenar los cuestionarios(24).



Como se comentó anteriormente en el punto 1.2.2., Earnshaw et al. establecieron una relación directa entre el estigma de las personas infectadas y sus resultados en salud en el año 2013. Partieron de una muestra de 95 personas (48 mujeres y 47 hombres, con una media de edad de  $49,34 \pm 9,45$  años) con VIH del barrio del Bronx de Nueva York, con el objetivo de analizar cómo los diferentes mecanismos de estigma identificados por los mismos autores se relacionaban con los resultados en los diferentes dominios de la salud. Las variables que se estudiaron fueron el estigma hacia el VIH (mediante un cuestionario desarrollado específicamente para este estudio (basado en los mecanismos del Marco)), el recuento de linfocitos  $CD4^+$ , el desarrollo de comorbilidades, el estado psicológico, la adherencia al tratamiento farmacológico y la asistencia a las citas con los sanitarios. El principal resultado de este estudio fue la asociación entre los mayores niveles de estigma y unos valores menores en el recuento de linfocitos  $CD4^+$ , mayor presencia de comorbilidades, menor nivel de adherencia terapéutica y una menor aceptación de la enfermedad. Este estudio cuenta con varias limitaciones: al haberse utilizado un diseño transversal, no es posible establecer relaciones de causa-efecto entre las variables estudiadas; por otro lado, la muestra estudiada no es representativa de toda la población seropositiva, no siendo los resultados extrapolables a otras comunidades(23).

Relf et al. publicaron en 2015 los resultados de un estudio que tenía por objetivo principal examinar los resultados del estigma hacia el VIH en una muestra de adultos  $VIH^+$  estadounidenses, así como su influencia en el abandono de la asistencia sanitaria. Con una muestra de 191 pacientes que habían acudido voluntariamente a dos centros de atención primaria en Washington D.C., de los que finalmente participaron 141 (73,8%) llevaron a cabo una investigación centrada en tres variables, operacionalizadas mediante las correspondientes escalas: adherencia terapéutica, nivel de salud, y estigma hacia el VIH/sida (medido mediante la escala de Berger, que se presentará en el apartado 1.4.). El resultado principal fue que se encontró un nivel elevado de estigma en los pacientes (media en la escala de Berger de 96,78, correspondiendo 41 al mínimo estigma y 155 al máximo), que además se asoció con niveles educativos bajos. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre niveles elevados de estigma y necesidad percibida de los pacientes de atención a su salud mental, así como con el consumo de medicamentos psiquiátricos. Por otro lado, los pacientes que presentaban mayores niveles de estigma también mostraban unos peores niveles de salud percibida, un menor recuento de linfocitos T  $CD4^+$  y una mayor carga viral de VIH. La principal limitación de este

estudio es su carácter transversal que no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Como punto clave a considerar de esta investigación, los autores destacan la influencia del estigma en la salud mental de las personas VIH<sup>+</sup> y, en consecuencia, abogan por realizar cribados de estigma en la población VIH<sup>+</sup>, y en base a sus niveles, evaluar las demandas de salud mental de las personas atendidas(25).

En 2015, Gagnon llevó a cabo un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas para describir las prácticas estigmatizantes y discriminatorias en los entornos sanitarios y la perspectiva de los pacientes afectados en la provincia de Quebec. A través de una muestra de 21 pacientes (15 hombres y 6 mujeres, seleccionados mediante carteles informativos en diversos centros sanitarios de Quebec) a quienes se pidió que describieran sus experiencias previas con profesionales sanitarios, y los sentimientos que habían sentido en ellas. Mediante un análisis temático de las entrevistas, Gagnon pudo identificar un concepto común a la mayoría de los sujetos, que denominó “estigma episódico”: los pacientes no suelen sentirse estigmatizados cuando están en contacto con profesionales expertos en el tema del VIH/sida y acostumbrados a tratar con este tipo de personas, pero, en el momento en que salen de esta “red” de profesionales expertos, aparecen las actitudes estigmatizantes. Estas experiencias negativas pueden llevar a un retraso en la búsqueda de atención, al considerarse, por ejemplo, la urgencia hospitalaria, un lugar hostil en el que los profesionales van a emitir juicios de valor, o una unidad de hospitalización un sitio en el que ser etiquetado como “el/la sidoso/a”, lo que sumado a una situación de vulnerabilidad puede tener efectos devastadores en la salud mental del paciente. La principal limitación de este estudio es su forma de reclutamiento de los sujetos: al solicitarse personas para hablar sobre el estigma, cabe la posibilidad de que algunas personas no se sintieran cómodas como para presentarse al estudio y, en consecuencia, no se hayan visto representados otros puntos de vista(26).

En ese mismo año Chambers et al. realizaron un metaanálisis con el objetivo de sintetizar la evidencia cualitativa acerca del impacto del estigma hacia el VIH en la salud de las personas infectadas. Partiendo de 8.622 artículos obtenidos mediante búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos, redujeron mediante revisiones y criterios de inclusión y exclusión el número de artículos a un total de 55 (53 cualitativos y 2 mixtos), de orígenes geográficos diversos y con objetivos variados. Los resultados de la revisión se agrupan en varios dominios, pero los aspectos más relevantes para la contextualización de este trabajo son los relativos al estigma hacia el VIH en las instituciones sanitarias y

su impacto en la salud de las personas seropositivas. Uno de los puntos clave que se presenta en los resultados es que en la forma en que se categoriza (o incluso segrega) a los pacientes VIH<sup>+</sup> en los centros sanitarios puede ser discriminatoria hacia ellos (por ejemplo, el uso de etiquetas especiales en las muestras biológicas), y llevar a una falta de confianza de los pacientes en los profesionales y una consecuente falta de adherencia. Respecto a la adherencia, se concluye que ésta se ve influida de manera negativa por el estigma (tanto por el de los profesionales como por el de los propios pacientes): tomar los fármacos antirretrovirales a diario implica aceptarse VIH<sup>+</sup>, con el estigma interiorizado que ello puede conllevar, generando así una retroalimentación negativa en la que disminuye la adherencia a la vez que va aumentando el estigma. También se da importancia al uso (y abuso) de sustancias como una forma de afrontar el estigma de los demás, con el negativo impacto que tiene en la salud este consumo, y el riesgo de verse estigmatizado ya no sólo por estar infectado por el VIH, sino por padecer una toxicomanía. Las principales limitaciones de esta revisión son que se limitó a estudios publicados en inglés, francés y castellano, quedando desatendidos aquellos escritos en otros idiomas. Además, si bien se contó con estudios de varios países, en su mayoría se asentaban en conceptos occidentales, por lo que pudieron no verse representadas otras culturas(27).

Ho y Holloway publicaron en 2015 los resultados de una revisión integrada de la literatura que tenía por objetivo explorar cómo el estigma hacia el VIH afectaba a las mujeres infectadas por el virus. Partiendo de un total de 485 artículos recuperados, analizaron un total de 26 una vez eliminados aquellos que no eran relevantes. Del análisis de los estudios que se incluyeron en la revisión, se encontraron cuatro aspectos relevantes en las vidas de las mujeres VIH<sup>+</sup>: individual, relacional, laboral y comunitario. Por relevancia para este trabajo, se desarrollarán en mayor profundidad los aspectos individual y comunitario. A nivel individual, las mujeres seropositivas experimentan casi en su totalidad miedo (a mostrarse VIH<sup>+</sup>, a ser juzgadas en base a estereotipos acerca de cómo se pueden haber infectado) y síntomas depresivos. Además, cuanto mayor es el nivel de estigma de las mujeres, menor es su nivel de adherencia a los tratamientos. En lo que al comunitario se refiere, las autoras identifican el estigma hacia el VIH por parte de los profesionales sanitarios como una constante universal, que se da tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, que genera una pérdida de confianza de las mujeres infectadas en los profesionales que les atienden y, en consecuencia, un elevado abandono

terapéutico. Como limitaciones de esta revisión se pueden considerar que sólo se analizaron artículos publicados en inglés, y que la población de estudio se limitó a mujeres(28).

En Suecia en 2016, Rydström et al. buscaron estudiar a nivel nacional la experiencia de estigma hacia el VIH en niños de 8 a 18 años y su calidad de vida autopercibida, así como las relaciones entre ambos fenómenos. Con un diseño transversal, partiendo de una población de 107 niños atendidos por 18 clínicas diferentes, llegaron a una muestra de 82 pacientes, de los cuales participaron 58 (27 niñas y 31 niños), con una media de edad de  $13,9 \pm 2,5$  años. Como variables de estudio se definieron el estigma hacia el VIH y la calidad de vida autopercibida, siendo ambas operacionalizadas mediante sendos cuestionarios. Del análisis de los datos, se llegó a la conclusión de que en los niños no se daba una relación entre el estigma experimentado y la calidad de vida percibida, no presentándose significación estadística en la relación entre ambas variables. Este estudio cuenta con varias limitaciones: se utilizaron escalas no validadas para la población de estudio, por lo que ciertos matices de la experiencia de los niños pudieron no verse reflejados, además, los niños pudieron tener dificultades a la hora de comprender los conceptos de algunos de los dominios del estigma, lo que podría condicionar sus respuestas. Por otro lado, no se compararon los resultados con una muestra de menores VIH<sup>-</sup>, lo que puede generar interpretaciones erróneas asociando el estigma hacia el VIH a unos resultados que pueden estar causados por otras variables no estudiadas(29).

También en 2016, pero en Canadá, Donnelly et al. realizaron un estudio cuantitativo mediante grupos focales para conocer la experiencia del estigma hacia el VIH/sida en poblaciones marginales, y la influencia de éste en su utilización de los servicios sanitarios. Del análisis de las experiencias de 33 personas (21 hombres y 12 mujeres) llegaron a la conclusión de que el estigma es un aspecto central que los pacientes seropositivos tienen en cuenta a la hora de buscar asistencia sanitaria. El contacto con un profesional sanitario y el establecimiento de una relación terapéutica es visto como una situación estresante, en la que el miedo a mostrarse VIH<sup>+</sup> por los posibles juicios consecuentes puede llevar a problemas de ansiedad y evitación de la asistencia. Este trabajo cuenta con varias limitaciones: al haberse realizado en unos grupos sociales tan concretos, sus resultados son difíciles de extrapolar a otros contextos; además, no se exploró la influencia de variables como la etnia o el nivel educativo en los resultados. Por otro lado, la técnica del grupo focal puede ser percibida como intimidatoria por algunas personas, por lo que cabe

la posibilidad de que algunos de los participantes no se expresaran con total libertad, y en consecuencia se reportaran unos niveles de estigma no correspondientes con la realidad(30).

En Sudáfrica, en 2017, Pantelic et al. llevaron a cabo un estudio con el fin de desarrollar y probar un modelo teórico de asociación entre la discapacidad secundaria al VIH y el estigma presente en las personas infectadas. Contaron con una población de 1.176 pacientes que ya habían comenzado un tratamiento con TAR de 53 clínicas de Ciudad del Cabo, de los que finalmente participaron un 90,1% (1.060, de los cuales un 55% eran mujeres), en los que estudiaron las siguientes variables: sexo, estigma hacia el VIH (percibido e interiorizado), discapacidad secundaria al VIH, síntomas depresivos y haber sido (o no) víctima de situaciones de violencia. De las relaciones hipotetizadas entre las variables anteriores, varias mostraron significación estadística, siendo los resultados más importantes los siguientes: se encontró un nivel más elevado de estigma en las mujeres, no se halló relación entre discapacidad y estigma y se comprobó que en las personas con mayores niveles de estigma interiorizado había mayor prevalencia de síntomas depresivos. Este estudio cuenta con varias limitaciones, siendo las principales su diseño transversal, el haberse realizado en un contexto cultural concreto, que dificulta la extrapolación de los resultados a otras poblaciones, y que tan sólo se incluyó a pacientes que ya se encontraban en tratamiento con TAR, por lo que los niveles de estigma de las personas infectadas que no seguían ningún tratamiento no se vieron reflejados(31).

Nobre et al., mediante un estudio descriptivo transversal, buscaron en 2017 examinar la prevalencia de estigma interiorizado hacia el VIH en una muestra de pacientes fineses, así como la relación de dicho estigma con la calidad de vida percibida, y con factores sociodemográficos, y económicos. Esta investigación partió de una muestra de 550 pacientes reclutados a partir de cuatro instituciones sanitarias de Helsinki, con una participación del 80% (440 personas). Las variables que se definieron fueron: la situación sociodemográfica, la situación clínica, el estatus económico, la calidad de vida percibida, y el estigma interiorizado hacia el VIH. La principal conclusión que obtuvieron fue que el 45,7% de la muestra presentaba niveles medios o altos de estigma. Además, el análisis multivariante demostró la asociación de varias variables en el estigma experimentado por los pacientes: se dieron mayores niveles de estigma en las mujeres, las personas con estudios superiores, aquellas que no vivían en pareja, las de un bajo estatus económico y aquellas que no le habían contado a nadie su seroestatus. A su vez, a mayores niveles de

estigma se encontraron unos menores niveles de calidad de vida autopercibida. Esta investigación presenta varias limitaciones, siendo la principal de ellas su propio diseño: al ser un estudio transversal centrado específicamente en una población de Helsinki, no se pueden generalizar los datos a otras poblaciones, y no es posible establecer relaciones de causa-efecto entre las diferentes variables estudiadas. Además, al ser algunos de los participantes reclutados desde grupos de apoyo mutuo, cabe la posibilidad de que los resultados se vieran influidos por su actividad terapéutica: los datos correspondientes al apoyo social pueden estar distorsionados por la influencia de dichos participantes. Por último, la variable del estigma fue estudiada tan sólo mediante tres preguntas adaptadas de una escala anterior, por lo que no se dio un estudio profundo de la misma(32).

### **1.3.2. Estigma en los profesionales**

En el año 2004, Pita et al. llevaron a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de determinar las actitudes hacia el VIH/sida del personal sanitario de un hospital de A Coruña. Partiendo de una población de 2.140 enfermeros y auxiliares de enfermería, llegaron a una muestra de 574 personas, de las cuales participó un 74,9%, siendo 315 enfermeros y 115 auxiliares de enfermería. Se estudiaron como variables independientes la edad, el sexo, y el grupo profesional de los participantes, mientras que la variable dependiente fue el estigma hacia el VIH, cuantificado mediante la escala EASE (que se presentará en el apartado 1.4.). El principal resultado de esta investigación fue que se encontraron unos niveles más altos de estigma en los auxiliares (37,4%) que en los enfermeros (20%). Además, también se encontró relación entre una edad avanzada y unos mayores niveles de estigma. La principal limitación de este estudio es su carácter unicéntrico, que no permite una extrapolación de los resultados a otros centros sanitarios diferentes del estudiado(33).

En 2006, Serrano-Gallardo et al. publicaron los resultados de un estudio de cohorte, en el que se observó a un grupo de 56 estudiantes de enfermería durante tres años. Su principal objetivo fue la determinación de las actitudes hacia el VIH/sida de los estudiantes de enfermería que comenzaban sus estudios en la antigua escuela Puerta de Hierro, y cómo éstas iban evolucionando a lo largo de la carrera. Las variables que se estudiaron fueron las actitudes hacia el VIH/sida (cuantificadas mediante la escala EASE), la edad, el sexo, y los servicios en los que los estudiantes realizaban sus prácticas clínicas. Este estudio reveló una baja presencia de actitudes discriminatorias y prejuiciosas hacia el VIH/sida por parte de los estudiantes, si bien se detectaron ciertas creencias erróneas en lo relativo

al “miedo al contagio”. Un aspecto importante de los resultados fue que estas creencias erróneas fueron disminuyendo conforme los estudiantes iban progresando a lo largo de los cursos de la carrera. No se encontró relación entre el sexo, los servicios donde se realizaban las prácticas y los niveles de estigma. Como limitaciones de este estudio se puede citar su tamaño muestral, que podría condicionar los resultados relativos a la potencia estadística y posibles problemas de comprensión de algunos ítems de la EASE por parte de los estudiantes que participaron en el estudio(34).

Fuera de nuestras fronteras, Sears realizó en 2008 un estudio sobre el estigma hacia el VIH de diferentes grupos de profesionales de la salud del Condado de Los Ángeles (EE.UU). Su principal objetivo fue obtener una cuantificar la discriminación hacia los pacientes VIH<sup>+</sup> por parte de los empleados de las residencias de ancianos, los cirujanos plásticos y los obstetras de dicho condado. Para ello estudió al 30% de las residencias de ancianos registradas, el 49% de los cirujanos plásticos colegiados, y el 21% de los obstetras de la zona. La obtención de datos consistió en preguntar a los diferentes profesionales sanitarios si atenderían a pacientes con VIH. De la muestra, el 55% de los obstetras no prestaría servicios a una mujer seropositiva, un 46% de las residencias de ancianos se negaría al ingreso de una persona con VIH, y un 26% de los cirujanos plásticos no aceptaría intervenir a una persona infectada por el virus. Entre las limitaciones de este estudio están su carácter geográfico concreto, que no permite realizar extrapolaciones a otras poblaciones, y los posibles sesgos de respuesta de las clínicas estudiadas(35).

Continuando en Estados Unidos, en Mississippi y Alabama en este caso, Stringer et al. llevaron a cabo una investigación en 2015 para comprender el estigma de los trabajadores sanitarios de varios establecimientos de dichos Estados. Mediante una selección a través de internet, se reclutó a una muestra de 777 trabajadores de varios centros de Atención Primaria y Salud Pública, de quienes se estudiaron las siguientes variables: su estigma hacia el VIH/sida, sus características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, religión raza, nivel educativo) y laborales (años de experiencia y categoría laboral), y sus conocimientos acerca del VIH/sida. Respecto a los centros estudiados, las variables que se analizaron fueron su especialización o no en enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH, y la carga semanal de pacientes VIH<sup>+</sup>. De este estudio se concluyó que un 89% de los clínicos estudiados presentaban al menos una actitud estigmatizante, y que los mayores niveles de estigma se daban en los hombres blancos protestantes. No se

encontró relación entre el estigma y la edad, el nivel educativo y la categoría profesional. Por último, se objetivó que los niveles de estigma eran mayores en centros especializados en ETS y VIH que en aquellos que no lo estaban. Las principales limitaciones de este estudio son su lugar de realización, ya que los Estados del Sur de EE. UU. presentan unas características sociales y de uso de los sistemas sanitarios muy concretas, que dificultan la extrapolación de los datos, y el desconocimiento de la tasa de respuesta de los cuestionarios, ya que, al ser repartidos de manera telemática, no se obtuvo este dato(36).

Continuando en el continente americano, Jaworsky et al. realizaron en 2016 un estudio que buscó evaluar el impacto de un encuentro clínico simulado (ECS) con un paciente VIH<sup>+</sup> en la reducción del estigma que presentaba un grupo de estudiantes de medicina. En el estudio participaron 67 estudiantes (seleccionados por reclutamiento voluntario en la Universidad de Toronto), que entraron en contacto con 16 pacientes seropositivos. Se consideraron como variables sus datos demográficos básicos, los niveles de estigma de los estudiantes (cuantificados mediante la escala HPASS, que se introducirá en el apartado 1.4.), y su sensación de confort a la hora de tratar con pacientes infectados por el VIH (en una escala Likert de 5 puntos). El principal resultado de esta investigación fue la constatación de que los niveles de estigma que presentaban los estudiantes disminuían tras el ECS, especialmente los aspectos del estigma relacionados con los prejuicios. Además, también se encontró un aumento en el confort y el interés por tratar a este tipo de pacientes por parte de los estudiantes. Este trabajo cuenta con varias limitaciones, de las cuales las más importantes son: su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, y la selección de la muestra mediante participantes voluntarios, que puede llevar a un sesgo de selección: es posible que sólo se presentaran estudiantes previamente interesados en el VIH, por lo que sus niveles de estigma e interés hacia la enfermedad pueden ser diferentes a los del resto de los estudiantes(37).

Un año después, también en Canadá, Wagner et al., plantearon una investigación que tenía por objetivo analizar la existencia varios factores (homofobia, racismo, sexismo, estigma hacia la prostitución y el consumo de drogas por vía parenteral) en estudiantes de Ciencias de la Salud, y la relación de dichos factores con el estigma hacia el VIH/sida. Mediante listas de correo de varias universidades se reclutó a 234 estudiantes de enfermería y medicina, con una media de edad de 23 años, y de los cuales una mayoría eran mujeres (75,9%). De los sujetos estudiados se obtuvieron sus datos demográficos básicos, y se establecieron las siguientes variables: estigma hacia el VIH/sida



(cuantificado mediante la escala HPASS), racismo, sexismo, homofobia, actitudes hacia la prostitución, y actitudes hacia el uso de drogas por vía parenteral (cuantificadas mediante las correspondientes escalas y cuestionarios). Del análisis multivariante de los resultados, se llegó a la conclusión de que los diferentes estigmas estaban interrelacionados: a excepción del sexismo, todas las demás variables estudiadas mostraron una correlación directa con el estigma hacia el VIH/sida. Este estudio cuenta con varias limitaciones: al ser distribuidos los cuestionarios por listas de correo a las cuales los investigadores no tenían acceso, fue imposible calcular una tasa de respuesta, lo que puede poner en duda la fiabilidad de los resultados y su posible extrapolación a otras poblaciones. Además, las respuestas a los cuestionarios pudieron verse condicionadas por el sesgo de deseabilidad social: no se puede descartar que los niveles de estigma de las personas estudiadas sean mayores a lo que reportaron(38).

Respecto al estigma en los países en vías de desarrollo, Salih et al. publicaron en 2017 los resultados de un estudio desarrollado en dos hospitales de la región de Amhara, Etiopía. Con el objetivo de cuantificar los factores relacionados con el estigma hacia el VIH en profesionales de enfermería de los dos hospitales de la región anteriormente mencionada llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal mediante la administración de cuestionarios. Con una población de 397 enfermeros, decidieron no tomar decisiones muestrales y ponerse en contacto con toda la población, obteniendo una tasa de respuesta a los cuestionarios del 97,2% (386 profesionales). Las variables estudiadas fueron el estigma hacia el VIH/sida (cuantificado mediante una escala previamente validada en cinco países africanos), el apoyo institucional percibido, y la carga de pacientes VIH<sup>+</sup> en los últimos seis meses de cada profesional (menos de 10 pacientes, o 10 o más pacientes seropositivos atendidos). También se recogieron los datos demográficos y laborales básicos. Del análisis de los resultados se llegó a la conclusión de que un 64,5% de los profesionales presentaban al menos una actitud estigmatizante, y que éstas se daban con más frecuencia en los enfermeros con menos de cinco años de experiencia laboral y con bajo contacto con pacientes VIH<sup>+</sup>. Las principales limitaciones de este estudio se encuentran en su diseño: al ser transversal no permite establecer relaciones de causa-efecto, y al haberse realizado sólo con enfermeros, no se pueden extrapolar sus resultados a otros grupos profesionales(39).

Volviendo a nuestro país, en el año 2017 Leyva-Moral realizaron un estudio observacional, descriptivo transversal en una escuela de enfermería en Barcelona con el

objetivo de determinar las actitudes hacia el VIH de los estudiantes y del profesorado. Estudiaron a toda la población (304 estudiantes y 88 profesores), ya que fue posible acceder a toda ella sin necesidad de seleccionar una muestra. Se estudio como variable dependiente la actitud hacia el VIH/sida (mediante la escala EASE) y como variables independientes el sexo, la edad, el curso en que se encontraban matriculados los estudiantes, la religión de las personas estudiadas y sus fuentes de información sobre el VIH. Con una tasa de respuesta del 47,4 % (ligeramente superior en los profesores que, en los estudiantes, 53,4% frente a 45,7%), llegaron a la conclusión de que las actitudes de las personas hacia los pacientes con VIH eran mayoritariamente positivas, aunque se observaron creencias erróneas y actitudes estigmatizantes en lo relativo al contagio en la práctica profesional. Los profesores y los estudiantes de cuarto curso obtuvieron las puntuaciones más altas en la escala, mostrando las actitudes más positivas, mientras que los estudiantes de primero obtuvieron las puntuaciones más bajas: de este dato los investigadores concluyeron que a, más información y educación recibida acerca del VIH, menor estigma. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre no profesar ninguna religión y unas actitudes más positivas. Este trabajo cuenta con varias limitaciones: al haberse estudiado el estigma mediante un cuestionario autoadministrado, es posible una influencia del sesgo de discapacidad social. Además, se obtuvieron bastantes respuestas neutrales en el cuestionario, a lo cual Leyva-Moral et al. dan la explicación de que la EASE ha quedado desadaptada para la situación actual de la epidemia de VIH/sida, por lo que algunas de las preguntas pudieron no ser entendidas correctamente por las personas estudiadas. Por último, al tratarse de un estudio unicéntrico y haberse obtenido una baja tasa de respuesta, no es posible generalizar los resultados a otras poblaciones(40).

#### **1.4. Escalas de medición del estigma hacia el VIH**

En el año 2001, basándose en el modelo conceptual que previamente habían desarrollado (el cual se mencionó anteriormente en el punto 1.2. Modelos teóricos del Estigma asociado al VIH), Berger et al. idearon una escala con la que medir el estigma percibido por las personas VIH<sup>+</sup>(20). Para dicho fin desarrollaron un cuestionario autoadministrado que fue distribuido a una muestra de conveniencia formada por 318 personas infectadas por el VIH, que fueron reclutadas a través de organizaciones, clínicas, grupos de apoyo y consultas de ocho Estados de Estados Unidos (Illinois, Missouri, Wisconsin, Kansas, Michigan, Arizona, Nueva York, y Texas). Gracias a la selección de personas de Estados

con contextos sociales diferentes se obtuvo una muestra heterogénea, compuesta por personas de todas las clases sociales, desde indigentes hasta personas con empleo y seguro de salud. De la muestra, un 80,6% de las personas eran hombres y el 19,4% mujeres, con una media de edad de  $37 \pm 7,7$  años, y un tiempo de diagnóstico de VIH de  $4,2 \pm 3,1$  años. Un 54,4% de las personas a las que se administró el cuestionario se encontraban ya en una fase de sida.

El cuestionario que se administró a los pacientes para su validación contaba con ítems creados por los autores para cuantificar el estigma (que previamente habían sido revisados por un panel de expertos), y con medidas de otros factores relacionados con éste (autoestima, depresión y apoyo social) que facilitasen la evaluación de la validez de la nueva escala. La escala para el estigma contaba con 101 ítems divididos en dos secciones: la primera, con 58, buscaba evaluar los sentimientos y experiencias de las personas infectadas, mientras que la segunda tenía por tema las situaciones sociales en las que el sujeto debía mostrarse como seropositivo. Para responder a los ítems se les aplicó una escala Likert de cuatro puntos (muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo). Para las otras medidas se utilizaron la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de depresión del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D), y una escala para la medida del apoyo social previamente utilizada en una cohorte de personas VIH<sup>+</sup>. Ocho de los ítems se suprimieron antes del pilotaje por ser su redacción confusa, quedando 93(20).

Una vez devueltos los cuestionarios cumplimentados, los resultados obtenidos se sometieron a un análisis factorial exploratorio, que permitió suprimir los ítems con menores puntuaciones, quedando la escala final compuesta por 40, que se agruparon en cuatro factores o subescalas: estigma personalizado (18 ítems), preocupación por mostrarse VIH<sup>+</sup> (12 ítems), autoimagen negativa (9 ítems) y preocupación por las actitudes de los demás hacia las personas con VIH (12 ítems). También se analizó la relación de los resultados obtenidos en la escala para medición del estigma con los obtenidos en las escalas de depresión, apoyo social y autoestima que se habían administrado conjuntamente en el pilotaje: un mayor estigma se asoció a niveles más elevados de depresión y menor autoestima, así como menor apoyo social. Tanto en el conjunto de la escala como en sus distintos factores, se obtuvieron unos valores de  $\alpha$  de Cronbach mayores de 0,90, lo que implica que la escala tiene una buena consistencia interna(41). Además, se realizó una prueba de test-retest, que mostró coherencia en las

respuestas obtenidas a lo largo del tiempo. Sin embargo, la escala de Berger presenta un problema ya que, a la hora de agregar los ítems en los diferentes factores, 24 (un 60%) se encuentran contenidos en varios de ellos, dificultando así el análisis de los datos(20).

Para solucionar la problemática anterior, Bunn et al. decidieron reexaminar la escala y volver a evaluar sus propiedades psicométricas mediante un análisis factorial confirmatorio (a diferencia del estudio original, que utilizó uno exploratorio). Para llevar a cabo el proyecto, contaron con una muestra de 157 personas seropositivas de Nueva Inglaterra (EE.UU), reclutadas a través clínicas de salud sexual, ONGs, anuncios en medios de comunicación y por contacto directo. La muestra se compuso en un 71% de hombres, con una media de edad  $43,2 \pm 9$  años y un tiempo medio de diagnóstico de  $11,8 \pm 6,9$  años. A los participantes se les administró la escala de estigma hacia el VIH de Berger, así como un cuestionario acerca de la conciencia de estigma, una escala sobre discriminación y miedo a ser descubierto como VIH<sup>+</sup> y una escala para medir la autoestima(42).

Una vez obtenidos los resultados, se procedió a su análisis estadístico, con los objetivos de mantener los ítems sólo en el factor con el que mostraban mayor correlación (y así generar unas subescalas menos interrelacionadas) y de eliminar aquellos ítems con menor significación estadística. Tras el análisis de factor confirmatorio y los resultantes ajustes en la escala, se obtuvo una nueva de 32 ítems (en lugar de los 40 originales), con un alfa de Cronbach de 0,96. Los diferentes factores o subescalas en los que queda dividida la Escala de Estigma hacia el VIH Revisada son: estigma percibido, 11 ítems (“estigma personalizado” en la escala original de Berger, con 18 ítems), preocupación por mostrarse VIH<sup>+</sup>, 8 ítems (12 en la escala original), autoimagen negativa, 7 ítems (13 en la escala original), y preocupación por las actitudes de los demás hacia las personas con VIH, 6 ítems (12 en la escala original). En esta nueva escala, las posibles puntuaciones van de 32 a 128(42).

En el año 2015, Fuster-Ruiz de Apodaca et al. publicaron una adaptación para el contexto español de la escala de Berger revisada por Bunn. Se reclutó a una muestra de 597 personas VIH<sup>+</sup>, con una media de edad de  $42,98 \pm 5,95$  años, y un tiempo medio de desarrollo de la infección de  $13,5 \pm 7,6$  años; el 70,8% de la muestra se compuso de hombres, en su mayoría solteros y desempleados. En primer lugar, se realizaron entrevistas semiestructuradas a una submuestra de 40 personas, para conocer sus actitudes hacia el VIH y la respuesta social al mismo, para tener así una base de la que partir a la

hora de adaptar la escala. Posteriormente, dos traductores independientes tradujeron al castellano los ítems de la escala de Bunn, y el resultado de la traducción se presentó a un comité de siete expertos, junto con los datos obtenidos de las entrevistas previamente realizadas, para realizar un análisis de cómo redactar los nuevos ítems de manera que se amoldasen al contexto social español. Una vez redactada el nuevo cuestionario (de 30 ítems, valorables mediante una escala Likert de cuatro puntos), éste fue administrado en un pilotaje a quince personas seropositivas para que evaluaran su validez. Una vez obtenida la escala definitiva, ésta se administró a la muestra completa de 597 personas junto a un cuestionario sobre calidad de vida, otro acerca de la eficacia para lidiar con el estigma, y un formulario sobre el estado de salud (recuento de CD4<sup>+</sup>, carga viral, aparición de comorbilidades e infecciones oportunistas)(43).

Los resultados obtenidos en esta muestra se sometieron a un análisis de factor confirmatorio y de fiabilidad interna, así como a varios análisis de correlación entre las diferentes escalas administradas. La escala adaptada presentó un alfa de Cronbach de 0,88, y consistencia en sus resultados con los obtenidos en adaptaciones anteriores de la escala de Berger a otros países, por lo que se consideró válida para su uso en España(43).

Para su uso específicamente en profesionales de enfermería, en España, Joaquín Tomás Sábado desarrolló en 1999 la Escala de Actitud ante el sida para Enfermería (EASE). Para ello, se solicitó a 98 estudiantes de tercer curso de enfermería que propusieran enunciados para desarrollar una escala Likert: los estudiantes presentaron 60 opciones, de las que decidieron eliminar 19. Los 41 enunciados restantes fueron presentados a un comité de doce profesores de enfermería, que redujeron el número de ítems a 35. Esta primera versión de la escala se envió a sesenta enfermeras de dos hospitales públicos de Barcelona para realizar un pilotaje: obtenidos los resultados, se realizó un análisis de fiabilidad y consistencia interna que permitió detectar los ítems que presentaban una menor correlación, que fueron eliminados. Tras la revisión estadística de todos los ítems, se llegó a una escala definitiva de 21 ítems, valorables mediante una escala Likert de 5 puntos, con un alfa de Cronbach de 0,78. Para la interpretación de los resultados, se estableció que, a menor puntuación obtenida, mayor estigma del profesional estudiado(44). Esta escala presenta una problemática, y es que algunos de sus ítems han quedado desadaptados para la situación actual del VIH/sida, lo que influye en las respuestas obtenidas en estudios recientes, que proponen desarrollar una escala nueva o adaptar la EASE(40).

En Canadá, usando como punto de partida el Marco Teórico de Earnshaw et al.(22), Wagner et al. idearon y validaron en el año 2014 una nueva escala para medir el estigma hacia el VIH/sida entre los profesionales sanitarios: la *Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale* (HPASS). Para el desarrollo de la escala se utilizó un enfoque mixto: cualitativo (desarrollo de ítems mediante grupos focales) y cuantitativo (desarrollo psicométrico). Los investigadores formaron cuatro grupos focales (profesionales sanitarios con un mínimo de dos años de experiencia en el cuidado de personas con VIH, mujeres infectadas por el VIH, hombres infectados por el VIH, y estudiantes de enfermería y medicina que habían terminado al menos el primer año de sus estudios). Tras el análisis de los datos obtenidos en los diferentes grupos se obtuvo un pool de 93 ítems potenciales para la nueva escala, que se distribuyeron en los tres mecanismos teóricos de Earnshaw et al. (prejuicios, estereotipos y discriminación). El siguiente paso fue la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala, que se llevó a cabo con 224 estudiantes de enfermería y medicina que fueron reclutados mediante listas de correo de universidades de todo Canadá: la muestra tenía una media de edad de  $23,28 \pm 3,55$  años, un 75,9% de mujeres, y una proporción casi igualitaria de estudiantes de ambos campos (45,1% de enfermería, y 54,9% de medicina); un mes después, se volvió a administrar el cuestionario a 31 personas de la muestra anterior, para evaluar la confiabilidad de las respuestas obtenidas. En ambos casos, se recogieron también las variables demográficas de las personas estudiadas y se les administró otra escala previamente desarrollada en Estados Unidos acerca del estigma hacia el VIH/sida, para comprobar que las puntuaciones obtenidas eran coherentes entre ambas herramientas, así como una escala para medir la deseabilidad social, para evitar la influencia de posibles sesgos. Tras los análisis estadísticos de los resultados obtenidos (redundancia de ítems, factor exploratorio y confirmatorio, consistencia interna, confiabilidad en la repetición y convergencia/divergencia con otras escalas similares), se obtuvo una escala Likert de 30 ítems valorables con puntuaciones de 1 a 6, subdivididos a su vez en tres factores o subescalas que se corresponden con los mecanismos de estigma del Marco Teórico de Earnshaw et al.: prejuicios (13 ítems), estereotipos (11 ítems), y discriminación (6 ítems). Tanto el conjunto de la escala como sus subescalas presentaron una excelente consistencia interna:  $\alpha = 0,940$  en la escala HPASS en su conjunto,  $\alpha = 0,913$  en la subescala de prejuicios,  $\alpha = 0,871$  en la de estereotipos, y  $\alpha = 0,917$  en la de discriminación. La principal limitación que presenta esta escala es que sólo se encuentra validada para un contexto de profesionales norteamericanos y angloparlantes(45).

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

A la vista de los datos epidemiológicos, se hace patente que el VIH/sida es un problema relevante en la sociedad española: nos situamos por encima de la media europea tanto en nuevas infecciones por VIH como en diagnóstico de nuevos casos de sida. Nos encontramos ante una población vulnerable, afectada por un problema de salud que genera unas demandas de cuidados específicas que necesitan ser atendidas en base a la mejor evidencia científica disponible.

A pesar del gran avance científico de las últimas décadas en lo que respecta al manejo terapéutico de personas con infección por VIH, éste no se ha visto acompañado, en el mismo grado, de un avance en la percepción social; parece que ésta hubiera quedado estancada y todavía hoy en día coexisten falsos mitos, prejuicios y estereotipos hacia las personas con esta infección, incluso entre los profesionales de la salud. A partir de la revisión de la literatura se evidencia que el estigma hacia el VIH y el sida sigue siendo una realidad presente en la vida de las personas infectadas y aquellas que están en contacto con ellas, que tiene una repercusión considerable en sus resultados en salud. Si bien se ha estudiado cómo el estigma que perciben las personas VIH<sup>+</sup> influye en su adherencia terapéutica, su morbimortalidad y su situación clínica, la relación entre el estigma que presentan los profesionales y las variables anteriores ha sido menos estudiada, no estando tan clara la existencia de una posible influencia.

Los estudios previos demuestran que el estigma hacia el VIH puede tener efectos devastadores en la salud, tanto física como mental, de las personas afectadas por el virus: estudiar este fenómeno puede ayudar a comprender mejor cómo evitarlo y, en consecuencia, como mejorar la salud y aumentar el bienestar de las personas que viven con VIH.

Partiendo del Marco de Earnshaw et al., se ha estudiado cómo influyen los mecanismos de estigma de las personas infectadas en su salud, pero la forma en que lo hacen los mecanismos de las personas no infectadas (en este caso los profesionales) todavía no han sido estudiados tan ampliamente en nuestro contexto. Este equipo investigador remarcó tras su investigación la importancia de estudiar los mecanismos presentes en las personas que no están infectadas por VIH(23): este trabajo permitiría añadir experiencia práctica al Marco.

En el contexto español, el estudio del estigma hacia el VIH/sida no ha tan sido profundo como en otros países, y la mayoría de los datos disponibles proceden de estudios realizados hace más de diez años. Teniendo en cuenta que los niveles de estigma han disminuido en la población general, es de esperar que también lo hayan hecho en los profesionales, pero en el qué grado lo ha hecho sigue siendo una incógnita. Algunos colectivos de personas con infección por VIH+ siguen denunciando conductas inadecuadas en los profesionales, es por ello que el estudio que se plantea permitiría profundizar en el conocimiento de las percepciones y estigmas de los profesiones de la salud hacia las personas con infección por el VIH, y en qué grado determina su práctica clínica y cuáles serían las consecuencias sobre las personas atendidas.



### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo general

Analizar el nivel de estigma de los profesionales sanitarios hacia personas con infección por VIH ingresadas en unidades de Medicina Interna de los hospitales públicos de tercer nivel de la Comunidad de Madrid y su repercusión en los resultados de salud de los pacientes a los que atienden.

#### Objetivos específicos

- Cuantificar el estigma de los profesionales sanitarios hacia el VIH/sida.
- Conocer cómo se distribuye el estigma de los profesionales en los diferentes mecanismos de estigma según el Marco Teórico de Earnshaw et al.
- Conocer la correlación entre el estigma en los profesionales y el estigma percibido y anticipado de las personas seropositivas.
- Analizar el impacto del estigma de los profesionales en los resultados de salud de las personas infectadas por VIH/sida.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Diseño

La ejecución del proyecto está diseñada en dos etapas con distinto abordaje metodológico:

- **Etapa 1:** Estudio de validación transversal, multicéntrico y descriptivo, con el fin de adaptar al contexto español el cuestionario HPASS de Wagner et al.(45).
- **Etapa 2:** Estudio analítico transversal a partir de los datos obtenidos por los servicios de información sanitaria y de diferentes cuestionarios de medida del estigma (en profesionales y pacientes) y de adherencia terapéutica de los pacientes.

### 4.2. Población y muestra

#### 4.2.1. Profesionales

La población de estudio corresponderá al personal sanitario que atiende de manera habitual a personas infectadas con VIH. El ámbito del estudio se compone de las unidades de hospitalización de Medicina Interna (seleccionadas ya que éste es el servicio habitual en el que suelen ingresar los pacientes VIH<sup>+</sup>, al depender la infectología de él) de los siete hospitales públicos de tercer nivel de la Comunidad de Madrid; y la población diana consistirá en el personal empleado en dichas unidades. Para la realización de este estudio, se recogerán datos relativos a enfermeros, médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Criterios de inclusión

- Ejercer su práctica profesional en alguna de las unidades de estudio.
- Aceptar voluntariamente la participación en el estudio.

Criterios de exclusión

- Rechazar la participación en el estudio.
- Haber sido diagnosticado previamente de una infección por VIH.

#### 4.2.2. Pacientes

La población de pacientes se compondrá de todas aquellas personas infectadas por el VIH que sean atendidas en las unidades de estudio durante el periodo en que se desarrolle el mismo.

#### Criterios de inclusión

- Encontrarse ingresado o haber estado ingresado, durante el periodo de estudio, en una de las unidades incluidas en el proyecto.
- Aceptar voluntariamente la participación en el estudio.
- Haber sido diagnosticado previamente de una infección por VIH.

#### Criterios de exclusión

- Rechazar la participación en el estudio.

### 4.3. Instrumentos para la recogida de la información

El estigma hacia el VIH/sida de los profesionales estudiados se cuantificará mediante la escala *Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale* (HPASS) en forma de cuestionario autoadministrado. Se ha decidido adaptar y utilizar esta escala ya que la EASE de Tomás Sábado (única escala disponible para la cuantificación del estigma en los profesionales sanitarios en nuestro país), ha quedado desadaptada a la situación epidemiológica y social actual del VIH/sida, por lo que no se podría utilizar sin una readaptación. Además de la escala, en el cuestionario se recogerán diferentes variables sociodemográficas de los profesionales, que se presentarán en el apartado 4.5.1.

Respecto a los datos clínicos de los pacientes atendidos, éstos se obtendrán de las estadísticas internas de los hospitales y de los indicadores avanzados i-CMBD del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. Además, con el fin de evaluar el estigma hacia el VIH/sida y la adherencia terapéutica de los pacientes, se les administrará un documento que contendrá la versión española del cuestionario de Berger et al. y el cuestionario *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ); éste último fue adaptado para la población española seropositiva entre los años 1998 y 1999, y se considera una herramienta válida para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH(46).

### 4.4. Procedimiento

#### 4.4.1. Etapa 1

Para desarrollar todo el proceso de adaptación cultural del cuestionario se seguirán las recomendaciones para la validación de instrumentos de medida de Carvajal et al.(47). En primer lugar, se procederá a la traducción del cuestionario; esta versión traducida será

presentada a un comité de revisión para validar su contenido. Posteriormente se realizará una retrotraducción al inglés, que será entregada al comité de revisión para compararla con el cuestionario original y la versión traducida, a fin de que se evalúe su adecuación. Después de este proceso, este cuestionario será administrado a una pequeña muestra de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y TCAEs) para realizar un primer pilotaje, en el que se evaluarán sus propiedades psicométricas, su validez, y su fiabilidad. Una vez finalizado el pilotaje, se utilizará el cuestionario para la recogida de la información en la segunda etapa del proyecto, de manera que se obtendrán más datos, de poblaciones diferentes, aumentando así la potencia estadística del proceso de validación.

#### **4.4.2. Etapa 2**

El Investigador Principal (IP) del proyecto lo presentará a las direcciones de las diferentes instituciones sanitarias seleccionadas y, en el caso de que accedan a participar, se entrará en contacto con las correspondientes subdirecciones de enfermería y de investigación (en los hospitales en los que esta última exista) para solicitar su colaboración.

El estudio también será presentado a los supervisores de enfermería de las unidades, a quienes se les solicitará su apoyo en la difusión del proyecto.

El equipo investigador será el encargado de presentar el proyecto a los profesionales sanitarios y a los pacientes susceptibles de participar en el estudio. También será el equipo investigador el responsable de la entrega y recogida de datos, así como de los consentimientos informados.

### **4.5. Variables**

#### **4.5.1. Variables relativas a los profesionales**

- Estigma hacia el VIH/sida de los profesionales estudiados, cuantificado mediante la escala HPASS: esta variable se operacionalizará como cuantitativa discreta, oscilando sus valores entre 30 (mínimo estigma posible) y 180 (máximo estigma posible). Se considerarán además los diferentes factores de la HPASS como subvariables de estudio:
  - Discriminación hacia los pacientes con VIH/sida [6-36].
  - Estereotipos acerca de los pacientes con VIH/sida [11-66].
  - Prejuicios hacia los pacientes con VIH/sida [13-78].

Además, en los profesionales se estudiarán las siguientes variables sociodemográficas y laborales, para analizar su posible relación con los resultados obtenidos en la escala HPASS.

- Edad, en años.
- Sexo: femenino o masculino.
- Categoría profesional.
  - Enfermero.
  - Médico.
  - TCAE.
- Experiencia profesional, en intervalos de cinco años.
- Experiencia en la unidad, en intervalos de cinco años.
- Tipo de contrato.
  - Plaza en propiedad.
  - Sin plaza en propiedad, indefinido.
  - Sin plaza en propiedad, temporal.
- Grado académico.
  - Diplomatura.
  - Grado/licenciatura.
  - Máster.
  - Doctorado.
- Formación específica en VIH
  - Haber cursado un curso de formación reglada en infección por VIH en los últimos 10 años.

#### **4.5.2. Variables relativas a los pacientes**

- Estigma hacia el VIH/sida, cuantificado mediante la versión española de la Escala de Berger et al.: sus valores oscilarán entre 30 (mínimo estigma posible) y 120 (máximo estigma posible).
- Variables sociodemográficas:
  - Edad.
  - Estado civil.
    - Matrimonio.
    - Pareja de hecho.

- Soltería.
- Otro.
- Red de apoyo social: Se preguntará por el apoyo social principal:
  - Familia.
  - Amigos.
  - Pareja.
  - Voluntarios de asociaciones.
  - Otro.
- Variables clínicas:
  - Fecha de diagnóstico.
  - Recuento de linfocitos CD4<sup>+</sup>.
  - Carga viral plasmática de VIH.
  - Mortalidad intrahospitalaria.
  - Tasa de reingreso.
  - Estancia hospitalaria media.
  - Aparición de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS).
  - Desarrollo de úlceras por presión (UPP).
  - Adherencia terapéutica, cuantificada mediante el cuestionario SMAQ. Sus posibles valores serán cumplidor e incumplidor.

Todas las variables de estudio quedan reflejadas en la tabla siguiente, en la que también se indica su operacionalización:

Población	Variable	Operacionalización
Pacientes	Estigma hacia el VIH/sida	Cuantitativa discreta [30-120].
	Edad	Cuantitativa discreta, en años.
	Estado civil	Cualitativa nominal.
	Apoyo social	Cualitativa nominal.
	Fecha de diagnóstico	Cuantitativa discreta, año.
	Recuento de linfocitos CD4 <sup>+</sup>	Cuantitativa continua.
	Carga viral	Cuantitativa continua.
	Mortalidad intrahospitalaria	Cuantitativa continua, en %.
	Tasa de reingreso	Cuantitativa continua, en %.

	Estancia hospitalaria	Cuantitativa continua, en días.
	Aparición de IAAS	Cuantitativa continua, en %.
	Desarrollo de UPP	Cuantitativa continua, en %.
	Adherencia terapéutica	Cualitativa nominal.
Profesionales	Estigma hacia el VIH/sida	Cuantitativa discreta, [30-180].
	Edad	Cuantitativa discreta, en años.
	Categoría profesional	Cualitativa nominal.
	Sexo	Cualitativa nominal.
	Experiencia profesional	Cualitativa ordinal.
	Experiencia en la unidad	Cualitativa ordinal.
	Tipo de contrato	Cualitativa nominal.
	Grado académico	Cualitativa nominal.
	Formación en VIH	Cualitativa nominal.

*Tabla 1. Variables de estudio y su operacionalización*

## 5. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

### 5.1. Etapa 1

Para el proceso de validación de la escala HPASS se procederá a evaluar la consistencia interna de la nueva escala mediante el cálculo del  $\alpha$  de Cronbach. Además, para comprobar la estabilidad del cuestionario también se llevará a cabo una prueba de test-retest aplicando la correlación de Spearman, para verificar que las respuestas obtenidas son coherentes a lo largo del tiempo. Por último, se realizará un análisis de factor confirmatorio para comprobar si en las respuestas obtenidas se mantienen los tres factores encontrados en el desarrollo original del cuestionario(47,48).

### 5.2. Etapa 2

Una vez obtenidos los datos, se procederá a realizar un **análisis descriptivo** de los mismos: en las variables cualitativas se aplicarán frecuencias relativas y absolutas, mientras que en las cuantitativas se recurrirá a medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

#### **Análisis de los datos a partir de los profesionales**

Se realizará un análisis bivalente en el que la puntuación obtenida en la HPASS será considerada la variable de resultado, frente a las variables sociodemográficas, que serán consideradas las independientes. Mediante este análisis se identificará qué variables de los profesionales influyen de manera estadísticamente significativa en la puntuación que obtienen en la HPASS y, en consecuencia, en el estigma que experimentan hacia el VIH/sida. Las pruebas de contraste de hipótesis que se utilizarán serán las siguientes, dependiendo de la variable de estudio(48):

- ANOVA
  - Experiencia laboral.
  - Experiencia en la unidad.
  - Categoría profesional.
  - Grado académico.
  - Tipo de contrato.
- t de Student-Fisher
  - Sexo.



- Formación específica en infección por VIH.
- Correlación de Pearson
  - Edad.

Posteriormente, se realizará un análisis multivariante mediante el desarrollo de un modelo de regresión lineal múltiple en el que, de nuevo, se considerará la puntuación obtenida en la HPASS como variable dependiente, y como variables independientes se tomarán aquellas que hayan demostrado una significación estadística en las pruebas de contraste de hipótesis del análisis bivariante previo(48).

### **Análisis de datos a partir de los pacientes**

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las todas las variables, seguido de un análisis bivariante donde la puntuación media obtenida en la HPASS será la variable dependiente y el resto de las variables independientes. Mediante las pruebas de contraste de hipótesis se buscarán relaciones estadísticamente significativas(48).

Partiendo de aquellas variables que hayan resultado estadísticamente significativas se construirá un modelo de análisis multivariado donde las variables dependientes serían las variables clínicas y las independientes las relacionadas con los profesionales y que hubieran resultado estadísticamente significativas en el análisis bivariante previo.

Se valorará la posibilidad de realizar un análisis multinivel por su conveniencia dada la estructura jerárquica de los datos estableciendo como unidades de análisis los centros y las distintas unidades. Para la selección de las variables de los modelos multivariados finales, se comprobarán efectos de interacción y confusión, y también se eliminarán aquellas que sin ser confusoras introduzcan inestabilidad en el modelo(48).

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la primera etapa (pilotaje de la validación del cuestionario HPASS), se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

En lo que a la segunda etapa concierne, se solicitará la evaluación ética del proyecto a los Comités de Ética de Investigación Clínica de los hospitales implicados en el mismo, así como al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

El proyecto se adaptará en todo momento a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (1964, revisada en 2013) para garantizar una buena praxis investigadora.

Se administrará a los profesionales y pacientes que participen en el estudio un consentimiento informado (Anexo 1) en el que se les explicarán los objetivos de la investigación, el uso que se dará a sus datos, y los datos de contacto del equipo investigador.

## 7. CONCLUSIONES

En resumen, mediante este proyecto se busca establecer una relación entre el estigma hacia el VIH/sida y unos deficientes resultados en salud. Además, el desarrollo de este proyecto permitirá contar con una versión española del cuestionario HPASS, que podrá ser utilizada en futuras investigaciones que busquen tratar el estigma de los profesionales sanitarios hacia el VIH.

En el estudio que se ha planteado surgen, a priori, varias limitaciones que han de tenerse en cuenta: el diseño transversal que se utilizará no permitirá establecer relaciones de causa-efecto entre las variables estudiadas; se podrán establecer hipótesis de relación que posteriormente podrán ser comprobadas mediante estudios con diseños metodológicos más potentes. Al tratar un tema delicado como es el estigma, cabe la posibilidad de que los profesionales a los que se les administre el cuestionario caigan en un sesgo de deseabilidad social a fin de dar una buena imagen de cara a los resultados de la investigación. Esto podría influir en los resultados finales, ya que cabe una posibilidad de que se infravalore el estigma de los profesionales. Otro aspecto limitante es la ausencia de un cuestionario para evaluar la percepción de los familiares acerca del estigma que sufren los pacientes, que permitiría añadir más datos al análisis y ampliar los conocimientos de la influencia de la familia en el cuidado de las personas con VIH. Además, es posible que durante el desarrollo del proyecto surjan nuevas problemáticas o limitaciones que no se han podido prever de manera previa.

En el caso de que se demostrase una correlación entre el estigma y los resultados en salud, se podrían plantear acciones educativas, para profesionales y pacientes, encaminadas a disminuir este estigma, buscando de esta forma mejorar el estado de salud de las personas seropositivas, con las repercusiones clínicas que ello implica (menor carga de enfermedad, menor morbimortalidad, y la consecuente disminución en el uso de los servicios sanitarios).

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bright GM. Plague-Making and the AIDS Epidemic: A Story of Discrimination. 1ª ed. Nueva York: Palgrave Macmillan; 2012.
- (2) Eisenberg L. The Genesis of Fear: AIDS and the Public's Response to Science. *Law Med Health Care*. 1986;14(5-6):243-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720X.1986.tb00991.x>
- (3) Brandt AM. AIDS: From Social History to Social Policy. *Law Med Health Care*. 1986;14(5-6):231-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720X.1986.tb00990.x>
- (4) Power J. Movement, Knowledge, Emotion: Gay activism and HIV/AIDS in Australia. 1ª ed. Canberra: The Australian National University; 2011.
- (5) Pérez Oliva M. SIDA, el misterioso síndrome de las cuatro haches. *El País*. 30 Oct 1983. Disponible en: <https://goo.gl/ioTGbv>
- (6) Greene WC. A history of AIDS: Looking back to see ahead. *Eur J Immunol* 2007;37(S1): S94-102. <https://doi.org/10.1002/eji.200737441>
- (7) Cuevas Martín J, Aparicio Azacarraga P, Manso Fernández B. La imagen negada. Mito e ideología en la imagen de la persona con VIH. *Política y Sociedad*. 2013;50(2):707-32.
- (8) Jordana J, Méndez E. Les polítiques de prevenció de la sida a Espanya: el seu desenvolupament institucional. *Revista catalana de sociologia*. 1996;2:27-49.
- (9) Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Gil de Montes L, Agirrezabal A, Toledo J, Jaen A, et al. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care*. 2014;26(sup1):41-5. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.906557>
- (10) Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Discurso del personal sanitario de la Comunidad de Madrid en torno a la infección por el VIH/sida. Madrid: Consejería de Salud. Comunidad de Madrid; 1995. 67 p.
- (11) Panel de expertos de GeSIDA, Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2017) [Internet]. Madrid: GeSIDA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [consultado el 9/12/2017]. 133 p. Disponible en: <https://goo.gl/sdktP4>
- (12) ONUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2017 [consultado el 9/12/2017]. Disponible en: <https://goo.gl/68GK4o>
- (13) Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida [Internet]. Madrid: Plan

Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología, Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII; Nov 2016 [consultado el 18/11/2017]. 36 p. Disponible en: <https://goo.gl/t19JM2>

(14) European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015 [Internet]. Estocolmo: ECDC; 2016 [consultado el 18/11/2017]. 132 p. Disponible en: <https://goo.gl/b4rxK1>

(15) UNAIDS. 90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014 [consultado el 20/01/2018]. 40 p. Disponible en: <https://goo.gl/BhTN9t>

(16) UNAIDS. UNAIDS 2016-2021 Strategy. On the Fast-Track to end AIDS [Internet]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2016 [consultado el 20/01/2018]. 124 p. Disponible en: <https://goo.gl/iF1sGd>

(17) World Health Organization. Global Health Sector Strategy on HIV 2016-2021. Towards Ending AIDS [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2016 [consultado el 24/01/2018]. 60 p. Disponible en: <https://goo.gl/LUcYTG>

(18) Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Plan Nacional sobre el Sida. Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado el 24/01/2018]. 182 p. Disponible en: <https://goo.gl/9GYCBs>

(19) Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1963.

(20) Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. Res Nurs Health. 2001;24(6):518-29. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.10011>

(21) Davtyan M, Olshansky EF, Brown B, Lakon C. A Grounded Theory Study of HIV-Related Stigma in U.S.-Based Health Care Settings. J Assoc Nurses AIDS Care. 2017;28(6):907-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2017.07.007>

(22) Earnshaw VA, Chaudoir SR. From Conceptualizing to Measuring VIH Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. AIDS Behav. 2009;13(6):1160-77. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>

(23) Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, Amico KR, Copenhaver MM. HIV Stigma Mechanisms and Well-Being Among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework. AIDS Behav. 2013;17(5):1785-95. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>

(24) Préau M, Bouhnik A., Peretti-Watel P, Obadia Y, Spire B, Group tA. Suicide attempts among people living with HIV in France. AIDS Care. 2008;20(8):917-24. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120701777249>

- (25) Relf MV, Rollins KV. HIV-related Stigma Among an Urban Sample of Persons Living With HIV at Risk for Dropping Out of HIV-Oriented Primary Medical Care. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):36-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.003>
- (26) Gagnon M. Re-thinking HIV-Related Stigma in Health Care Settings: A Qualitative Study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(6):703-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.07.005>
- (27) Chambers LA, Rueda S, Baker DN, Wilson MG, Deutsch R, Raeifar E, et al. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*. 2015;15:848. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
- (28) Ho S, Holloway A. The impact of HIV-related stigma on the lives of HIV-positive women: an integrated literature review. *J Clin Nurs*. 2015;25:8-19. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12938>
- (29) Rydström L, Wiklander M, Navér L, Ygge B, Eriksson LE. HIV-related stigma and health-related quality of life among children living with HIV in Sweden. *AIDS Care*. 2016;28(5):665-71. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2015.1120267>
- (30) Donnelly LR, Bailey L, Jessani A, Postnikoff J, Kerston P, Brondani M. Stigma Experiences in Marginalized People Living With HIV Seeking Health Services and Resources in Canada. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(6):768-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.07.003>
- (31) Pantelic M, Boyes M, Cluver L, Meinck F. HIV, violence, blame and shame: pathways of risk to internalized HIV stigma among South African adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1): n/a. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.20.1.21771>
- (32) Nobre N, Pereira M, Roine RP, Sutinen J, Sintonen H. HIV-Related Self-Stigma and Health-Related Quality of Life of People Living With HIV in Finland. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2017.08.006>
- (33) Pita-Fernández S, Rodríguez-Vázquez B, Pertega-Díaz S. Attitudes of Nursing and Auxiliary Hospital Staff Toward HIV Infection and AIDS in Spain. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2004;15(3):62-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1055329003256652>
- (34) Serrano-Gallardo MP, Giménez-Maroto AM. Actitud ante el sida de los estudiantes de enfermería de la Escuela Puerta de Hierro (Universidad Autónoma de Madrid). *Enfer Clin*. 2006;16(1):11-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71172-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71172-X)
- (35) Sears B. HIV Discrimination in Health Care Services in Los Angeles County: The Results of Three Testing Studies. Wash. & Lee J. *Civil Rts. & Soc. Just.* [Internet]. 2008 [consultado el 28/12/2017];15(1): 85-107. Disponible en: <https://goo.gl/qpL2Tv>
- (36) Stringer KL, Turan B, McCormick L, Durojaiye M, Nyblade L, Kempf M, et al. HIV-Related Stigma Among Healthcare Providers in the Deep South. *AIDS Behav*. 2016;20(1):115-25 <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-015-1256-y>

- (37) Jaworsky D, Gardner S, Thorne JG, Sharma M, McNaughton N, Paddock S, et al. The role of people living with HIV as patient instructors - reducing stigma and improving interest around HIV care among medical students. *AIDS Care*. 2017;29(4):524-31. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2016.1224314>
- (38) Wagner AC, Girard T, McShane KE, Margolese S, Hart TA. HIV-Related Stigma and Overlapping Stigmas Towards People Living With HIV Among Health Care Trainees in Canada. *AIDS Educ Prev*. 2017;29(4):364-76  
<http://dx.doi.org/10.1521/aeap.2017.29.4.364>
- (39) Salih MH, Tessema GA, Cherkos EA, Ferede AJ, Zelalem Anlay D. Stigma towards People Living on HIV/AIDS and Associated Factors among Nurses' Working in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Adv Nurs*. 2017. ID del artículo 6792735. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/6792735>
- (40) Leyva-Moral JM, Terradas-Robledo R, Feijoo-Cid M, de Dios-Sánchez R, Mestres-Camps L, Lluva-Castaño A, et al. Attitudes to HIV and AIDS among students and faculty in a School of Nursing in Barcelona (Spain): a cross-sectional survey. *Collegian*. 2017;24(6):593-601. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.006>
- (41) Grove SK, Gray JR, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
- (42) Bunn JY, Solomon SE, Miller C, Forehand R. Measurement of Stigma in People with HIV: A Reexamination of The HIV Stigma Scale. *AIDS Educ Prev*. 2007;19(3):198-208. <http://dx.doi.org/10.1521/aeap.2007.19.3.198>
- (43) Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Holgado FP, Ubillos S. Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV. *Span J of Psychol*. 2015;18(66):1-15. <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741615000694>
- (44) Tomás Sábado J. Actitud de enfermería ante el sida. Construcción de una escala de Likert. *Enferm Clin*. 1999;9(6):233-7.
- (45) Wagner AC, Hart TA, McShane KE, Margolese S, Girard TA. Health Care Provider Attitudes and Beliefs About People Living with HIV: Initial Validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS Behav*. 2014;18(12):2397-408. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-014-0834-8>
- (46) Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7. <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>
- (47) Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72.
- (48) Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiología. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

## ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento se compone de dos partes: en la primera se presenta el proyecto de investigación en el que se le invita a participar, en la segunda se solicita su consentimiento para formar parte de él.

El objetivo principal de esta investigación es cuantificar el estigma hacia el VIH/sida de los profesionales de sanitarios de las unidades de Medicina Interna de varios hospitales de Madrid, y analizar si éste influye en los resultados en salud de los pacientes seropositivos a los que atienden.

Nos hemos puesto en contacto con usted ya que se encuentra trabajando/ingresado en una de las unidades seleccionadas para el estudio, y nos gustaría contar con su colaboración en el mismo. Su participación se limitará a rellenar un cuestionario anónimo. No es de esperar que obtenga beneficios derivados de la participación en el estudio, así como tampoco se prevé que éste le pueda generar ningún riesgo. Todos los datos que aporte serán utilizados únicamente para los fines de esta investigación y, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, no serán cedidos a terceros, y usted tendrá acceso a ellos en todo momento.

Agradeciéndole por adelantado su colaboración, quedamos a su disposición para cualquier aclaración que pueda precisar.

- Pablo Fernández Rodríguez. E-mail: [pablo.fernandezr01@estudiante.uam.es](mailto:pablo.fernandezr01@estudiante.uam.es)

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_  
declaro que he sido informado de manera adecuada acerca del proyecto de investigación en el que voy a participar, que se me han explicado los potenciales riesgos y beneficios derivados de mi participación, y que he podido pedir información adicional y resolver mis dudas, teniendo el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Confirmando que se me han proporcionado datos de contacto suficientes para comunicarme con el investigador principal. En consecuencia, doy voluntariamente mi consentimiento para participar en el estudio, sabiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de justificarme, y sin que ello acarree consecuencias.

Fecha

Firma



## ANEXO 2. ESCALA HPASS DE WAGNER ET AL. (45)

Todos los ítems se puntúan de 1 (completamente en desacuerdo) a 6 (completamente de acuerdo).

1. I believe most HIV+ patients acquired the virus through risky behaviour.
2. I think HIV+ patients have engaged in risky activities despite knowing these risks.
3. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients for the safety of other patients.
4. I think people would not get HIV if they had sex with fewer people.
5. HIV+ patients present a threat to my health.
6. HIV+ patients present a threat to the health of other patients.
7. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if other staff members are concerned about safety.
8. I would avoid conducting certain procedures on HIV+ patients.
9. I think if people act responsibly they will not contract HIV.
10. HIV+ patients tend to have numerous sexual partners.
11. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I feel uncomfortable.
12. I would rather not come into physical contact with HIV+ patients.
13. I would want to wear two sets of gloves when examining HIV+ patients.
14. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients to protect myself.
15. I would be comfortable working alongside another health care provider who has HIV.
16. I think many HIV+ patients likely have substance abuse problems.
17. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I am concerned about legal liability.
18. I would rather see an HIV-negative patient than see an HIV+ patient with non-HIV-related concerns.
19. HIV+ patients should accept responsibility for acquiring the virus.
20. I worry about contracting HIV from HIV+ patients.
21. I often think HIV+ patients have caused their own health problems.
22. HIV+ patients make me uncomfortable.
23. I would be hesitant to send HIV+ patients to get blood work done due to my fear of others' safety.
24. It is a little scary to think I have touched HIV+ patients.
25. I worry that universal precautions are not good enough to protect me from HIV+ patients.
26. I would feel uncomfortable knowing one of my colleagues is HIV+.
27. HIV+ patients who have acquired HIV through injection drug use are more at fault for contracting HIV than HIV+ patients who have acquired HIV through a blood transfusion.
28. I tend to think that HIV+ patients do not share the same values as me.
29. HIV+ patients who have acquired HIV through sex are more at fault for contracting HIV than HIV+ patients who have acquired HIV through a blood transfusion.
30. It would be hard to react calmly if a patient tells me he or she is HIV+.

### ANEXO 3. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE ESTIGMA HACIA EL VIH DE BERGER ET AL.(43)

Todos los ítems se valoran de 1 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo)

1. Decirle a alguien que tienes el VIH es muy arriesgado.
2. Las actitudes de la gente hacia el VIH me hacen sentir mal conmigo mismo.
3. Me siento culpable por tener el VIH.
4. Las personas seropositivas pierden su trabajo cuando sus jefes se enteran de que tienen el VIH.
5. Me esfuerzo por mantener en secreto que tengo el VIH.
6. Siento que no soy tan bueno/a como el resto de la gente porque tengo el VIH.
7. Me da vergüenza contar a otras personas que tengo el VIH.
8. Las personas con VIH son tratadas como marginadas.
9. En muchos ámbitos de mi vida nadie sabe que tengo el VIH.
10. Mucha gente cree que una persona con VIH es despreciable.
11. Me angustia transmitir a otras personas el VIH.
12. Siento como si mi cuerpo estuviera sucio por tener el VIH.
13. Entendería que alguien rechazara mi amistad porque tengo el VIH.
14. Tener el VIH es un castigo por algunos de mis comportamientos.
15. Muchas personas son rechazadas cuando los demás se enteran de que tienen el VIH.
16. Tengo mucho cuidado a quien le digo que tengo el VIH.
17. Alguna gente que conozco se ha vuelto más distante conmigo desde que saben que tengo VIH.
18. Prefiero evitar tener relaciones sexuales porque temo transmitir el VIH a la otra persona.
19. La mayoría de la gente está incómoda si tiene cerca a alguien con VIH.
20. Nunca he sentido la necesidad de esconder que tengo el VIH.
21. Me preocupa que la gente me juzgue si se enteran de que tengo el VIH.
22. Me siento herido/a por la manera en que la gente reacciona cuando sabe que tengo el VIH.
23. Me preocupa que la gente que sabe que tengo el VIH se lo cuente a otros.
24. Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo el VIH.
25. Personas cercanas a mí han dejado de llamarme después de saber que tengo el VIH.
26. Hay gente que no me deja estar cerca de sus hijos después de saber que tengo VIH.
27. La gente se aparta físicamente de mí porque tengo el VIH.
28. He dejado de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones.
29. He perdido buenos amigos/as por decirles que tengo el VIH.
30. Le he pedido a gente cercana a mí que guarde el secreto de que tengo el VIH.