



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

El estigma hacia personas con VIH en el entorno sanitario

Alumno: Vanesa Moreno Godoy

Director: Prof. Jesús Muñoz Muñoz

Madrid, mayo de 2023

Índice

Glosario de Abreviaturas.....	7
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Presentación.....	11
1 Estado de la cuestión.....	13
1.1 Introducción.....	13
1.2 Virus de la inmunodeficiencia humana.....	14
1.3 Manifestaciones clínicas.....	14
1.4 Modo de transmisión.....	14
1.5 Prevención.....	16
1.6 Epidemiología.....	17
1.7 Diagnóstico.....	19
1.8 Tratamiento.....	20
1.9 Desarrollo de una vacuna contra el VIH:.....	21
1.10 Origen de la pandemia del VIH.....	21
1.11 El estigma en el VIH.....	22
1.12 El estigma en el entorno sanitario:.....	25
1.13 Consecuencias del estigma:.....	26
1.14 Chemsex.....	27
1.15 Aspectos legales contra el estigma.....	28
1.16 La ética del cuidado en pacientes con VIH.....	30
2 Justificación.....	33
3 Metodología.....	35
3.1 Objetivos.....	35
3.2 Pregunta PICOT.....	35
3.3 Diseño del estudio.....	36
3.4 Sujetos de estudio.....	36

3.5	Variables	37
3.6	Procedimiento de recogida de datos	39
3.7	Fases del estudio. Cronograma	40
3.8	Análisis de datos	42
3.9	Aspectos éticos	43
3.10	Limitaciones del estudio	44
	Bibliografía	45
	ANEXOS	51
	ANEXO I. Guía del lenguaje antiestigma	52
	ANEXO II. Escala de Estigma para VIH de Berger	53
	ANEXO III. HIV/AIDS Stigma Scale for Health Care Providers (HPASS)	54
	ANEXO IV. Traducción Escala HPASS	56
	ANEXO V. Escala de Actitud ante el SIDA para enfermería (EASE)	58
	ANEXO VI. Hoja informativa sobre el estudio para los participantes	59
	ANEXO VII. Consentimiento informado a través de Google Forms	62
	ANEXO VIII. Carta de agradecimiento para los participantes	63

Índice de Tablas

Tabla 1.	Lenguaje literal, Término DeCS y Término MeSH	13
Tabla 2.	Fases de la infección por VIH	15
Tabla 3.	Vías de transmisión del VIH	15
Tabla 4.	Medidas preventivas del VIH	16
Tabla 5.	Diferencias PrEP y PEP	17
Tabla 6.	Pruebas de cribado y confirmación	19
Tabla 7.	Métodos directos e indirectos	20
Tabla 8.	Pruebas rutinarias, dirigidas y obligatorias	20
Tabla 9.	Manifestaciones del autoestigma	24
Tabla 10.	Tipos de estigma	24
Tabla 11.	Conductas y actitudes del personal sanitario	26

Tabla 12. Pregunta PICOT	35
Tabla 13. Variables de estudio.....	37
Tabla 14. Cronograma de estudio.....	42
Tabla 15. Guía del lenguaje antiestigma.....	52
Tabla 16. Escala de Estigma para VIH de Berger.....	53
Tabla 17. Escala HPASS	55
Tabla 18. Traducción al español Escala HPASS	57
Tabla 19. Escala EASE	58

Índice de Figuras

Figura 1. Casos de SIDA desde 1981.....	18
Figura 2. Número de defunciones desde 1981	18

Glosario de Abreviaturas

Anticuerpo	Ac
Antígeno	Ag
Carga viral plasmática	CVP
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	CDC
<i>Enzyme-linked immunoassay</i>	ELISA
Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería	EASE
Fármaco antirretroviral	FAR
<i>HIV/AIDS Stigma Scale for Health Care Providers</i>	HPASS
Hospital Universitario Severo Ochoa	HUSO
Infecciones de transmisión sexual	ITS
Inmunofluorescencia indirecta	IFI
Lesbianas, gays, transgéneros, transexuales, bisexuales, intersexuales, queer y el resto de las identidades y orientaciones sexuales	LGTBIQ+
Organización Mundial de la Salud	OMS
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida	ONUSIDA
Profilaxis preexposición	PrEP
Profilaxis postexposición	PEP
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	SIDA
Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida	SESIDA
Tratamiento antirretroviral	TAR
Trabajo de Fin de Grado	TFG
Virus de la inmunodeficiencia humana	VIH
<i>Western Blot</i>	WB

Resumen

Introducción: el estigma hacia las personas con VIH sigue estando latente en nuestra sociedad, afectando también al ámbito hospitalario. Las personas con VIH pueden percibir ese estigma por parte del personal sanitario, ocasionando en ellos la aparición de numerosos problemas de salud al evitar acudir a servicios sanitarios y recibir tratamiento cuando deberían hacerlo. Como consecuencia del mismo estigma en ese entorno, pueden sufrir además patologías de salud mental, como la depresión, que a su vez genera una falta de adherencia al tratamiento, lo que pone en riesgo su estado serológico y por lo tanto su calidad de vida.

Objetivos: conocer el grado de estigma, así como las actitudes negativas por parte del personal sanitario hacia las personas con VIH, con el fin de detectar el problema que genera este estigma hacia estas personas y poder solventarlo y erradicarlo.

Metodología: estudio observacional descriptivo correlacional transversal, cuya población a estudiar serán profesionales sanitarios que lleven a cabo su labor como médico, enfermeros o auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés.

Implicaciones para la práctica de la Enfermería: eliminar el estigma y hacer frente a las actitudes negativas hacia las personas con VIH durante su atención sanitaria a través de la información y garantizar unos cuidados asistenciales libres de discriminación que implicarán un incremento en la calidad de vida de las personas con VIH.

Palabras clave: VIH, SIDA, estigma social, pandemias, diagnóstico, fármacos anti-VIH, vacuna contra el SIDA.

Abstract

Introduction: Stigma towards people with HIV remains pervasive in our society, also affecting the hospital setting. People with HIV can perceive this stigma on the part of health personnel, causing them the appearance of numerous health problems by avoiding going to health services and receiving treatment when they can. As a consequence of the same stigma in this environment, they may also suffer from mental health pathologies, such as depression, which in turn generates a lack of adherence to treatment, which puts their serological status and therefore their quality of life at risk.

Objectives: To know the degree of stigma, as well as the negative attitudes on the part of health personnel towards people with HIV, in order to detect the problem that this stigma generates towards these people and to be able to solve and eradicate it.

Methodology: Cross-sectional correlational descriptive observational study, whose study population will be health professionals who carry out their work as doctors, nurses or nursing assistants at the Severo Ochoa University Hospital in Leganes.

Implications for Nursing practice: eliminate stigma and deal with negative attitudes towards people with HIV during their health care through information and guarantee care free of discrimination that will imply an increase in the quality of life of people with HIV.

Keywords: HIV, AIDS, social stigma, pandemics, diagnosis, anti-HIV drugs, AIDS vaccine.

Presentación

La motivación para realizar este Trabajo de Fin de Grado (TFG) ha nacido a través de documentales, películas basadas en hechos reales y las biografías de personajes relevantes de la historia, que me han hecho ser consciente de la situación de injusticia, discriminación y soledad que han padecido las personas con VIH.

A pesar de haber avanzado hacia un trato más digno y justo para estas personas, gracias en parte a las campañas de lucha y concienciación presentes durante años, existen estudios que demuestran que tanto la sociedad como el personal sanitario siguen realizando conductas discriminatorias, teniendo ideas erróneas sobre la infección y sobre las personas con VIH. Esto genera en las personas seropositivas sentimientos de vergüenza y culpa, problemas de salud mental y falta de adherencia al tratamiento, lo que ocasiona a su vez graves problemas para su salud y calidad de vida. Este trato injusto por parte de la sociedad en general ha influido en que se genere en mí gran sensibilidad y empatía hacia ellos, siendo el estigma hacia las personas con VIH el tema central de mi trabajo.

Por otro lado, durante la realización de mis prácticas de enfermería, he escuchado comentarios y presenciado actitudes discriminatorias e incluso ideas falsas sobre el propio virus o el aspecto de las personas con VIH, ya que por ejemplo existe una imagen errónea y generalizada de su aspecto físico, hechos que han corroborado los resultados de los estudios mencionados anteriormente. Sumado a lo anterior, se une mi interés por la Ética social y Bioética, asignaturas que he cursado durante mis estudios y que me han hecho comprender su importancia y relevancia en la profesión sanitaria. He sentido la profunda necesidad de llevar a cabo mi profesión ofreciendo un trato justo, desde el respeto, llevando siempre la humanización a los cuidados, libre de prejuicios y discriminación, motivándome a realizar este TFG para concienciar tanto a la sociedad, como a los profesionales sanitarios sobre la infección, eliminando ideas erróneas sobre las personas con VIH con el fin de que reciban un trato digno.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi abuelo José y a mi abuela Carmen. Ellos empezaron a trabajar en el ámbito sanitario llevando su labor con una gran vocación, a través de actos de caridad, compasión y empatía; valores que enseñaron tanto a mi madre Paloma, como a mi tía Isabel y que ellas a su vez nos enseñaron a mi hermana Alejandra y a mí. Gracias también a mi pareja Javier, porque gracias a él he conseguido llegar hasta aquí, al igual que agradecer a la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios y a todos aquellos que me han guiado para la elaboración de este TFG.

1 Estado de la cuestión

1.1 Introducción

Este TFG aborda el estigma y la discriminación que siguen sufriendo los pacientes con VIH tanto por parte de la sociedad como del personal sanitario y las consecuencias negativas que tiene sobre su salud. Es por ello que ofrecer información responsable y veraz acerca de la infección hacia la población y profesionales sanitarios, así como la eliminación de leyes injustas y desigualdades sociales y económicas en el mundo, son claves para la eliminación del estigma y conseguir la erradicación total de la pandemia.

Para ello se hablará sobre el origen del VIH para comprender el gran impacto social que tuvo y la repercusión psicológica y social para las personas con VIH; se explicará además el significado del estigma para entender mejor el sufrimiento por el que tuvieron que pasar y siguen padeciendo, así como se mostrarán datos de estudios que demuestran la discriminación y penalización que en algunos países sigue existiendo.

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda científica son PubMed, Dialnet, Medline, Scielo, CINAHL complete, escogiendo artículos tanto en español como en inglés, además de francés y catalán. La información seleccionada también se ha encontrado en documentos y protocolos de El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Grupo de Estudio del SIDA, Ministerio de Sanidad y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, así como libros y páginas web.

Se han utilizado operadores booleanos OR, NOT y AND junto con términos Decs y Mesh para una mayor precisión en la búsqueda bibliográfica, siendo los empleados los mostrados en la Tabla 1.

Lenguaje Libre	Término DeCS	Término MeSH
VIH	VIH	HIV
SIDA	SIDA	AIDS
	Vacuna contra el SIDA	AIDS Vaccines
	Fármacos Anti-VIH	Anti-HIV Agents
Estigma	Estigma Social	Social Stigma
Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnosis
Pandemia	Pandemias	Pandemics

Tabla 1. Lenguaje literal, Término DeCS y Término MeSH. Elaboración propia

1.2 Virus de la inmunodeficiencia humana

El virus de la inmunodeficiencia humana, más conocido por sus siglas VIH, es un retrovirus que utiliza una enzima llamada transcriptasa inversa, diferenciándose dos subtipos conocidos como VIH-1 y VIH-2, afectando el segundo en mayor medida a la zona oeste del continente africano. Su forma de actuar se basa en la afección principal del sistema inmune, lo que hace que la persona sea más frágil frente a otras infecciones y neoplasias. Este ataque del sistema inmune se debe a que el virus utiliza los linfocitos T CD4+, que son las defensas del ser humano, para replicarse en su interior y acabar destruyéndolas, reduciendo así la cantidad de ellos en el cuerpo y la capacidad defensiva de la persona infectada (1,2,3).

Si la persona no recibe un correcto tratamiento con antirretrovirales, tanto si la infección es por VIH-1 como por VIH-2, la enfermedad seguirá su curso hasta su estadio final, nombrado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en el que, debido a la situación débil del sistema inmune, las personas seropositivas son más propensas a contraer infecciones o neoplasias de forma grave (1,2,3).

1.3 Manifestaciones clínicas

La infección por VIH se va desarrollando en distintas fases de forma paulatina y lenta, en la que los signos y síntomas que aparecen dependen de la fase del contagio, véase Tabla 2. En un primer momento el virus ataca a los linfocitos generando síntomas que no sugieren infección por VIH; seguidamente, de no tratarse a tiempo, la infección seguirá su curso ocasionando síntomas más graves como neoplasias o las denominadas «infecciones oportunistas» (1,2).

1.4 Modo de transmisión

El VIH se transmite a través de fluidos vaginales, semen, sangre y leche materna, teniendo lugar cuando estos fluidos contaminados con una carga viral elevada entran en contacto, a través de lesiones abiertas o pinchazos, con la sangre de otro individuo, así como con las mucosas tanto bucales, conjuntivales, anales y vaginales a pesar de no presentar lesiones, véase Tabla 3 (1).

Debemos destacar que no se encuentran entre las vías de transmisión el contacto cotidiano como besos, abrazos, uso compartido de comida u objetos, ya que, fluidos como el sudor, saliva o lagrimas no transmiten el virus. Además, como medida de seguridad para prevenir la transmisión del virus, en nuestro país se comprueban todas las donaciones, tanto sanguíneas como de órganos, desde 1986, siendo casi imposible el contagio por esta vía (1,2,3).

FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH		
Fase	Características	Signos y síntomas
Fase aguda o primoinfección	Puede durar varias semanas hasta la aparición de anticuerpos. La probabilidad de transmisión es extremadamente alta.	Síntomas de gripe Linfadenopatía Infección asintomática
Fase de latencia o intermedia	Puede durar años sin tener síntomas, notando únicamente el crecimiento de ganglios convirtiéndose en una infección crónica. Al cabo de diez años o más debido a la replicación del virus y a la destrucción del sistema inmune, se pasa a la fase final denominada SIDA.	Candidiasis Cáncer de cérvix Enfermedad inflamatoria pélvica Herpes zóster Fiebre Diarrea
Fase avanzada o SIDA	El sistema inmune se encuentra deprimido. Se caracteriza por un recuento de linfocitos T CD4+ < 200/ml cúbico y la aparición de uno o más infecciones oportunistas.	Tuberculosis Neumonía y bronquitis Citomegalovirus Síndrome de desgaste Sarcoma de Kaposi Linfoma de Burkitt

Tabla 2. Fases de la infección por VIH. Elaboración propia a partir de Grupo de Estudio del SIDA, Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA 2017 y Clavo Escribano P, 2021

VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH	
Vía sexual	Practicar sexo sin protección o hacerlo bajo la influencia de drogas o alcohol Tener otra infección de transmisión sexual (ITS)
Vía sanguínea	Uso compartido de agujas o material contaminado para consumo de drogas Transfusiones, trasplantes o intervenciones quirúrgicas sin las medidas de seguridad adecuadas Pinchazo accidental con material infectado
Vía materno-infantil	Durante el embarazo, parto y lactancia

Tabla 3. Vías de transmisión del VIH. Elaboración propia a partir de World Health Organization, 2022 y Grupo de Estudio de SIDA, Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA 2017

1.5 Prevención

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) establecen una serie de estrategias combinadas que sirven como medidas preventivas para evitar la transmisión del VIH, véase Tabla 4, entre las que se encuentran el uso de profilaxis preexposición (PrEP) y profilaxis postexposición (PEP), cuyas diferencias de uso pueden verse en la Tabla 5. Evitar comportamientos de riesgo y el uso del tratamiento antirretroviral (TAR), son los mejores métodos de prevención, ya que este último genera en la persona con VIH una carga viral indetectable, siendo imposible el contagio por vía sexual, y reduciendo en gran medida la transmisión mediante agujas y jeringuillas compartidas, transmisión materno-fetal, gestación, parto y lactancia (2,4,5).

Además, la eliminación del estigma, la discriminación y las diferencias sociales y económicas favorecen el acceso a las terapias y ayudan, por lo tanto, a reducir la transmisión del VIH (5).

PREVENCIÓN DEL VIH	
¿Cómo evitar la infección por VIH a través de las relaciones sexuales?	Uso de preservativo masculino y femenino y lubricante Circuncisión masculina PrEP, PEP, anillo vaginal Dapivirina y Cabotegravir inyectable Pruebas de VIH y otras ITS No mantener relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas
¿Cómo evitar la infección por VIH a través del consumo de drogas inyectables?	Uso de TAR Uso de PrEP Evitar compartir y reutilizar agujas y jeringuillas No consumir drogas inyectables
¿Cómo proteger a los demás para no transmitirles el VIH?	Uso del TAR
¿Cómo evitar la transmisión del VIH a mi bebé?	Prueba del VIH Uso de TAR

Tabla 4. Medidas preventivas del VIH. Elaboración propia a partir de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021 y World Health Organization, 2022

PrEP	PEP
¿EN QUÉ CONSISTE?	
Administración de dos fármacos previo a la exposición de riesgo	Administración de tres fármacos en las primeras 6 horas tras una exposición de riesgo
¿CUÁNDO SE UTILIZA?	
Cuando su pareja es seropositiva Comportamientos de riesgo habituales como sexo sin protección o consumo de drogas inyectables compartiendo el material Si ha padecido una ITS en el último semestre	Haber compartido material de inyección o sufrir un accidente como un pinchazo con material contaminado Haber practicado relaciones sexuales de riesgo Víctimas de una agresión sexual
¿CÓMO SE TOMA?	
Pastillas diarias o inyecciones cada 2 meses	Pastillas durante cuatro semanas
¿ES EFICAZ?	
Alcanza su nivel de efecto a los 7-21 días con una eficacia entre el 74%-99% dependiendo de la vía de administración	Su eficacia depende de la rapidez a la hora de comenzar el tratamiento tras la exposición

Tabla 5. Diferencias PrEP y PEP. Elaboración propia a partir de Centro de Control y Prevención de enfermedades, 2022

1.6 Epidemiología

Conforme a las últimas estadísticas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), cerca de 40 millones de personas en todo el mundo han perdido la vida a causa del SIDA y más de 80 millones se han infectado con VIH desde que se inició la pandemia (6).

Solo en el año 2021, se reportaron un millón y medio de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo, donde tanto las mujeres como las niñas representaban casi el 50% de estas nuevas infecciones. Hubo más de 4000 contagios diarios, de los cuales un 25% se dieron en personas jóvenes. En ese mismo año, 38 millones de personas convivían con el virus, 36 millones de personas eran adultos y 1,7 millones eran menores de 14 años. De todos ellos, el 15% desconocía su estado serológico y el 25% de los infectados no podía acceder a la terapia antirretroviral, siendo un total de 800.000 niños seropositivos los que aún no disponían de dicho tratamiento (6,7).

Los datos proporcionados por ONUSIDA muestran situaciones alarmantes sobre el crecimiento del número de infecciones a nivel global, sobre todo en las zonas de mayor

Estado de la cuestión

población como el continente asiático, donde habían estado reduciéndose en la última década. De la misma forma ocurre en Sudamérica, donde también han incrementado los contagios, mientras que, en África, lugar de mayor prevalencia, si bien se logró mejorar la situación epidemiológica, esta mejoría también ha ido frenándose, en parte provocado por la reducción de ayudas económicas tanto nacionales como internacionales (7).

En el caso de España, desde que comenzó la pandemia en el año 1981 hasta el año 2022 se han contabilizado un total de 89.345 casos de SIDA, donde el mayor número de casos tuvo lugar en el año 1994, llegando a alcanzar los 7511 casos, véase Figura 1 (8).

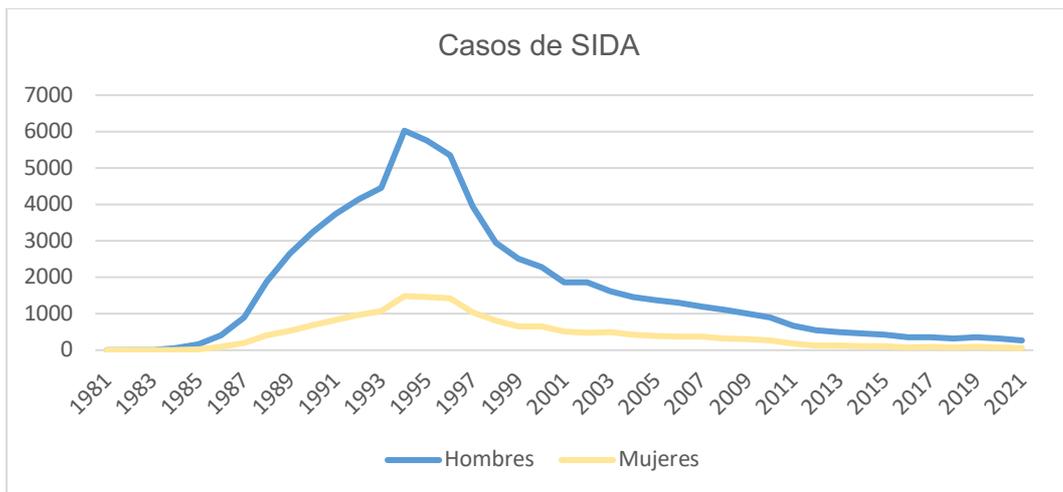


Figura 1. Casos de SIDA desde 1981. Elaboración propia a partir de Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis, 2022

Por otro lado, un total de 58369 personas han perdido la vida por causas relacionadas con el SIDA en España desde el año 1981 hasta el año 2021, véase Figura 2. Justo en ese mismo año fallecieron 304 personas (9).

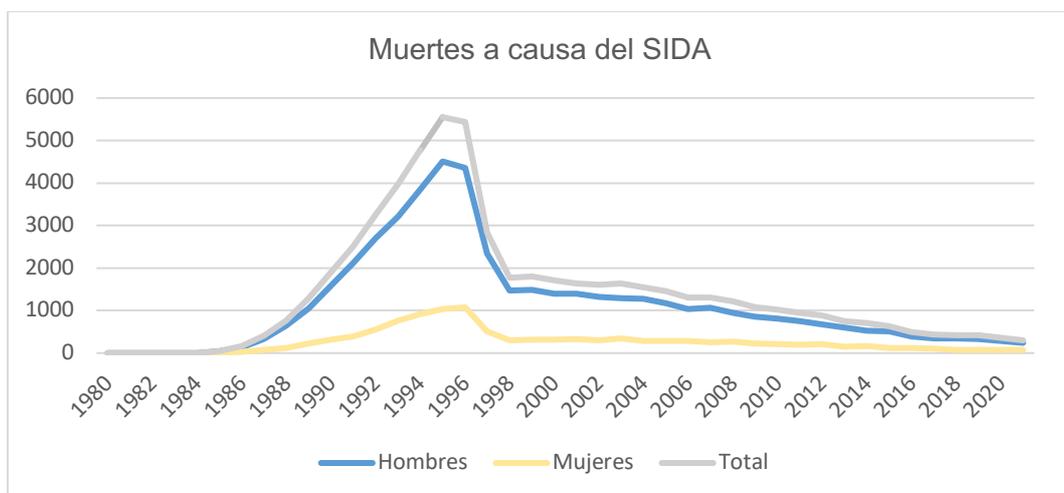


Figura 2. Número de defunciones desde 1981. Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística, 2021

Se notificaron un total de 2.786 nuevas infecciones por VIH contabilizadas desde el año 2021 hasta el 30 de junio del 2022, donde casi el 50% manifestaban un diagnóstico tardío a pesar de la confidencialidad y del fácil acceso a la prueba de detección del VIH. La media de nuevos diagnósticos ha situado a España al mismo nivel que algunos países de Europa Occidental, sin embargo, se encuentra por encima de la media de contagios con respecto a la Unión Europea (8).

1.7 Diagnóstico

La infección por VIH se debe diagnosticar realizando dos pruebas, primero mediante una técnica de cribado, seguido de una técnica de confirmación siempre que se haya obtenido un resultado positivo tras una técnica de cribado, véase Tabla 6, dónde se muestran las diferentes pruebas que existen para la detección de la infección por VIH (10).

Prueba		Utilización	Sensibilidad	Especificidad	Características
Prueba rápida Ac		Cribado	Cerca del 100%	98-99%	Solo Ac
Prueba rápida Ac/Ag		Cribado	Cerca del 100%	98-99%	Ac/Ag
ELISA	3 ^{era} generación	Cribado	Cerca del 100%	99,5%	Solo Ac
	4 ^a generación	Cribado	Cerca del 100%	99,5%	Ac/Ag
Inmunofluorescencia indirecta (IFI)		Confirmación	98-99%	99,9%	Solo Ac
Western Blot (WB)		Confirmación	98-99%	99,9%	Solo Ac

Tabla 6. Pruebas de cribado y confirmación. Elaboración propia a partir de Álvarez-Carrasco RI, 2017 y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014

Estas pruebas pueden llevarse a cabo mediante diferentes métodos, ya sean métodos indirectos, que permiten la detección de anticuerpos (Ac) o métodos directos, cuyo resultado confirma la presencia del virus, mediante su cultivo, detección de antígenos (Ag) o del ARN por biología molecular, véase Tabla 7 (1). Dichas pruebas no permiten revelar el periodo de tiempo que la persona lleva con el virus ni sirven para determinar la fase de infección en la que se encuentra la persona (1,11).

Es importante obtener un diagnóstico lo más temprano posible en la infección por VIH, ya que con ello se puede comenzar a recibir un TAR que permita disminuir la prevalencia y las tasas

Estado de la cuestión

de muerte, motivo por el cual, las pruebas deben realizarse tanto a personas que presenten manifestaciones clínicas de VIH/SIDA, así como aquellas que no las presenten. En estas últimas podemos distinguir entre pruebas rutinarias, dirigidas y obligatorias, véase Tabla 8 (1,10).

Métodos indirectos	Métodos directos
Pruebas rápidas de Ac	Ag p24
ELISA de 3 ^{era} generación	Pruebas rápidas de Ac/Ag
Quimioluminiscencia	ELISA de 4 ^a generación
Line inmuno assay	
IFI	
WB	

Tabla 7. Métodos directos e indirectos. Elaboración propia a partir de Álvarez-Carrasco RI, 2017

PRUEBAS EN PERSONAS SIN SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIH	
Rutinarias	Embarazo Reclusos Personas sexualmente activas
Dirigidas	Personas expuestas o que realicen comportamientos de riesgo
Obligatorias	Donación de sangre, órganos y técnicas de reproducción asistida

Tabla 8. Pruebas rutinarias, dirigidas y obligatorias. Elaboración propia a partir de Grupo de Estudio de SIDA, Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014

Diagnosticada la infección y como base para manejar el TAR y sus posibles modificaciones, una vez que se determina la cantidad de linfocitos T CD4+, se utilizan técnicas para conocer el estado de la carga viral plasmática (CVP), que hace referencia a la cantidad de copias de ARN del virus por mililitro. Además de controlar la eficacia del tratamiento, con estos parámetros podemos determinar el riesgo de transmisión general o materno fetal y establecer si se trata de una infección aguda (12).

1.8 Tratamiento

Durante la década de los ochenta cuando se originó la pandemia del SIDA, no existía ningún tratamiento para contrarrestar la enfermedad que actuara de manera eficaz, por lo que el diagnóstico de la enfermedad conllevaba sin remedio a la discriminación, aislamiento y finalmente la muerte (13).

La aparición del tratamiento de gran actividad (TARGA) ha permitido a las personas infectadas por el VIH evitar desarrollar estados más avanzados de la enfermedad, así como reducir la transmisión de virus. Gracias a la combinación de varios fármacos antirretrovirales (FAR) en una pastilla que posee menos toxicidad se consigue mejorar su esperanza y calidad de vida, equiparándola al del resto de la población, convirtiendo la infección por VIH de una enfermedad mortal a crónica (13,14,15). La finalidad del TARGA es lograr la reducción perdurable de la CVP del VIH por debajo de 50 copias/ml de sangre, recuperar las funciones del sistema inmune, así como reducir la transmisión del virus e incrementar los niveles de supervivencia (16,17).

Con el fin de evitar el desarrollo de la enfermedad por VIH, se debe iniciar el TAR cuanto antes y si es posible en las primeras dos semanas tras ser diagnosticado, con la única excepción de los llamados «controladores de élite», quienes logran mantener neutralizada su CVP sin tratamiento (16,17).

1.9 Desarrollo de una vacuna contra el VIH:

El primer intento de desarrollar una vacuna fiable contra el VIH tuvo lugar en el año 1986 en el Congo, siendo este el punto de partida en la búsqueda de una vacuna contra el virus, sin embargo, el mayor problema que han tenido que enfrentar los investigadores a la hora de desarrollar una vacuna eficaz contra el VIH, es la gran cantidad de cepas existentes en todo el mundo y la capacidad de mutación del propio virus (18,19).

En la actualidad, existe un estudio de investigación global llamado Mosaico desarrollado en el continente americano y europeo y que incluye tanto a hombres, como mujeres y personas transgénero. Este estudio incorpora un mayor número de variantes del virus al esquema de vacunas con el fin de comprobar su eficacia para prevenir el contagio en todo el mundo. Paralelamente, existía un estudio llamado Imbokodo que se basaba en la administración de la vacuna en mujeres del sur de África que desgraciadamente finalizó de manera precipitada, debido a que no se pudo demostrar su eficacia. El estudio Mosaico, sin embargo, ha seguido adelante, logrando la fase III del ensayo (18,19,20).

1.10 Origen de la pandemia del VIH

El 5 de junio de 1981 el doctor Michael Gottlieb notificó el caso de un joven con una extraña neumonía denominada *Pneumocystis carinii* en la ciudad de Los Ángeles, pasando rápidamente a ser cinco casos, notificados por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, siendo todos ellos varones jóvenes homosexuales con buena salud previa. Rápidamente la comunidad científica se percató de que estos jóvenes que padecían esta infección y otras de carácter oportunista como el Citomegalovirus o Sarcoma de Kaposi,

podrían padecer una alteración del sistema inmune producido por un agente externo común sin identificar, pudiendo ser la vía de transmisión de carácter sexual. Debido a que los primeros casos de la enfermedad surgieron entre hombres jóvenes homosexuales, se denominó a esta enfermedad como «síndrome de compromiso gay» o «deficiencia inmunitaria relacionada con los gais», incluso los medios de comunicación lo calificaron como «una plaga gay» (21,22,23,24).

Después, aparecieron los primeros casos de hemofílicos y de heterosexuales de procedencia haitiana, además de consumidores de drogas inyectables, por lo que determinaron que esta población clave tenía en común la letra H, nombrándolos como las 4 H: heroinómanos, haitianos, hemofílicos y homosexuales (22,25).

Por desgracia, estas definiciones y asociaciones erróneas de una enfermedad, en ese momento mortal e incurable, a la homosexualidad, personas que se inyectan drogas y haitianos, hizo proliferar conductas discriminatorias, homofobia, fuertes prejuicios y por supuesto el estigma asociado al VIH. Todo ello se acrecentó cuando la sociedad se percató de la expansión del virus, el cual podía afectar a cualquier ser humano (21,23,25,26).

1.11 El estigma en el VIH

Un estudio realizado por la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SESIDA) en el año 2021 determinó que un 7,6% de la población cree conveniente que exista una ley para que las personas con VIH sean excluidas de la sociedad con el fin de «proteger la salud pública». En este mismo estudio el 45,8% de la población afirmó que no compraría en una tienda si supiera que el trabajador fuera portador del VIH, el 32% cambiaría a su hijo de colegio si uno de sus compañeros fuera seropositivo y el 25% admitió que se sentiría incómodo con un compañero de trabajo si este fuera VIH positivo (27). Además, este estudio refleja a la perfección lo que ha venido ocurriendo desde el origen de la enfermedad, ya que el 9,4% de los encuestados piensa que las personas con VIH son «culpables de padecer la enfermedad» mientras que un 8,3% cree que «tienen su merecido si el VIH es por origen de consumo de drogas o sexo». Todos estos datos, se traducen, en que se sigue relacionando la infección del VIH con poblaciones clave que aún siguen siendo discriminadas por una parte de la sociedad (27,28). Todo ello tiene que ver con la forma en la que la población considera erróneamente que las personas seropositivas se han contagiado o su pertenencia a ciertos colectivos (29).

En la actualidad, las personas seropositivas poseen una esperanza de vida prácticamente igual al resto de la población. A partir del primer FAR, el progreso científico ha permitido mejorar la calidad de vida de estas personas, convirtiendo el VIH en una enfermedad crónica. Sin embargo, el estigma que surgió durante la pandemia no ha progresado de la

misma manera, manteniéndose en el presente debido quizás a que, desde el inicio, se dedicaron pocos recursos a su estudio a pesar de que ya en los años 80, el director del Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS, el Doctor Jonathan Mann, diferenció hasta tres subtipos de epidemias mundiales con respecto al VIH; la epidemia del virus, la epidemia de la propia enfermedad y por último la reacción social a la enfermedad y a las personas que la padecían, dando lugar a la estigmatización, por lo que en ese punto se reconoció la importancia de abordar también el estigma y no solo el virus para acabar con la pandemia del SIDA (29,30,31,32).

Si nos remontamos a la antigua Grecia, ya se acuñó entonces el término de estigma, con el que se referían a las marcas cortadas o quemadas en la piel de personas consideradas inferiores o malas y que el resto de la sociedad debía esquivar, tales como delincuentes, traidores y esclavos. Con ello no solo se pretendía demostrar la indignidad de la persona, sino también el sufrimiento de portar tal marca y su realización en la piel, conocido como estigmatización (33).

El estigma degrada a la persona de forma indigna por una determinada situación o característica, y da lugar a todo tipo de consecuencias negativas que incluso pueden poner en riesgo la vida de quienes lo sufren. Estas características, que sirven de base para el proceso de estigmatización, pueden ser peculiaridades tanto físicas, como el formar parte de ciertos grupos sociales, o cualquier atributo que se considere desprestigioso en un determinado entorno y que pasan a ser la seña de identidad de la persona estigmatizada desde el punto de vista social, relegando el resto de sus rasgos a un segundo plano. En este punto, la persona que sufre el estigma, para evitar situaciones humillantes y la postergación por parte de la sociedad, puede optar por ocultar la razón que lo motivaría o simplemente afrontar y aceptar tal situación (34). El estigma, como se ha mencionado, puede deberse a cualquier particularidad de la persona, desde su raza o identidad sexual a una condición médica como su serología. Mediante el proceso de estigmatización se conduce irremediamente a la discriminación de estas personas, simplemente por esa peculiaridad que las hace diferentes o se perciben diferentes respecto de la sociedad, manifestándose de diversas formas, véase Tabla 9, destacando entre ellas el autoestigma, que a su vez se puede diferenciar de 7 formas distintas en la persona estigmatizada, véase Tabla 10 (29,32,35).

En este sentido es importante saber que, si queremos acabar con el SIDA, debemos acabar también con toda clase de estigmas, ya que suponen una limitación importante que frena a las personas con VIH a que busquen atención sanitaria, lo que acaba provocando comportamientos de riesgo que aumentan el contagio, rebajan la adherencia de sus tratamientos y repercute en la salud mental negativamente, deteriorando su salud (32,36,37).

MANIFESTACIONES DEL ESTIGMA	
Estructural	Legitimación por parte de instituciones e ideologías mayoritarias hacia el estigma
Público	Actitudes y conductas hacia personas estigmatizadas
Por asociación	Actitudes y conductas frente a personas relacionadas con las víctimas de estigma
Autoestigma	Repercusiones sociales y psicológicas en la víctima del estigma

Tabla 9. Manifestaciones del autoestigma. Elaboración propia a partir de Fuster-Ruizdeapodaca MJ, de Benito E, Poveda A, Rohlfs I, Sampedro, 2018

TIPOS DE AUTOESTIGMA	
Percibido	Percepción de un alto índice de actitudes estigmatizantes en la comunidad y sanitarios
Experimentado o Eficaz	Actos de discriminación reales experimentados o promulgados
Presenciado	Escuchar historias o presenciar eventos de como las personas estigmatizadas han sido maltratadas
Anticipado	El miedo o la expectativa de que uno experimente el estigma y sufrir actos de discriminación
Internalizado o Interiorizado	Asumir el estigma experimentado o percibido y aceptarlo como justo y verdadero
Interseccional	Convergencia de varios estigmas dentro de una persona o grupo
De Divulgación	Temor que sienten las personas seropositivas a que su entorno u otras personas sepan su condición serológica

Tabla 10. Tipos de estigma. Elaboración propia a partir de Nyblade L, Mingkwan P, Stockton MA, 2021, Cobos Manuel I, Jackson-Perry D, Courvoisier C, Bluntschli C, Carel S, Muggli E, et al, 2021 y Matheu M, Sunil T, Castro-Peña A, Spears CE, Smith CJ, Flores JM, et al, 2020

Todo ello influye a la hora de conseguir cumplir los objetivos marcados por ONUSIDA en el año 2014 como estrategia para acabar con el virus en 2030, ya que sus metas denominadas 90-90-90, referidas todas ellas al 90% de personas seropositivas, pretenden conseguir en primer lugar, que el 90% de ellos conozcan su serología positiva, que el 90% de aquellos que lo sepan reciban un TAR y por último que de quienes están recibiendo ese TAR, el 90% alcance una carga viral indetectable, todo lo cual se vería afectado por el estigma que sufren estas personas al rehusar acudir a centros médicos. Además, fue añadida una cuarta meta nombrada “Cuarto 90”, que busca mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, lo cual incluye la eliminación del estigma. Como forma de dar cumplimiento a este cuarto

objetivo, se debe llevar a cabo un control rutinario sobre la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes a nivel clínico, lo que proporcionaría datos para poder reconocer las causas que afecten negativamente a este parámetro y poder hacerles frente (23,32,36,38,39).

Una iniciativa para acabar con el estigma es la llevada a cabo por parte del CDC bajo su campaña en redes sociales con el hashtag #DetengamosElEstigmaDelVIH en el que promueve la iniciativa y la toma de conciencia de la población sobre el VIH y su estigma (40). El mismo CDC, además, amparado por la «Guía de Orientaciones Terminológicas» de ONUSIDA, fomenta el uso de un lenguaje correcto que evite la discriminación y los falsos mitos con respecto al VIH en lo que ha denominado «Guía de lenguaje antiestigma» (Anexo I). En nuestro país, por parte del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH, existen con el mismo objetivo las campañas #MasInformacionMenosEstigma bajo la idea de Indetectable=Intransmisible y el «Diccionario VIH» (41,42,43).

1.12 El estigma en el entorno sanitario:

Estadísticas aportadas por datos de SEISIDA reflejaron en el 2010 que un 20% de las personas seropositivas manifestaron haber padecido conductas discriminatorias, mientras que en 2012 otro estudio en el que se preguntó a sanitarios, si bien mostraba actitudes correctas, también demostró ciertos prejuicios, ya que tres de cada diez utilizarían distintas medidas a la hora de atender a personas con VIH. Se puede concluir, gracias a esta información y análisis de los resultados de los estudios de SEISIDA, que los sanitarios con más prejuicios eran aquellos con menos formación y experiencia con personas seropositivas, basándose dichos prejuicios en información equivocada sobre la transmisión del virus, que hace que perciban un riesgo mucho mayor y se fomente el estigma (36).

Las formas de manifestar el estigma en el entorno sanitario pueden ir desde prácticas ridículas en centros sanitarios, como la sobreprotección ante personas seropositivas, aislamiento, retraso en la atención o derivación a otros servicios, llegando incluso a la forma más deplorable de discriminación como es negarle la atención, tal y como recogen los datos obtenidos de ONUSIDA, en el que 19 países de los que se han podido recabar estadísticas, muestran que hasta a un 20% de personas seropositivas se les ha negado atención sanitaria de tipo odontológica, servicios sanitarios reproductivos o de salud sexual (44,45).

Otra práctica que incrementa el estigma relacionada con la atención a personas seropositivas, es tomar una actitud paternalista, pues perjudica las necesidades del paciente y atenta contra su autonomía. Lamentablemente las relaciones paternalistas son mayoritarias, y podemos tomar como ejemplo la costumbre de algunos profesionales sanitarios de desaconsejar encarecidamente a mujeres seropositivas quedarse embarazadas por la probabilidad de contagio del virus (28).

De forma general, podemos englobar las actitudes y conductas de los sanitarios que provocan el crecimiento y difusión del estigma en tres grandes grupos, véase Tabla 11 a continuación (29,46):

CONDUCTAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO HACIA EL VIH	
Gestión de riesgos	Forma en la que los profesionales de la salud atienden a las personas seropositivas, tomando precauciones exageradas por falta de formación e información sobre el virus.
Gestión del miedo	Relacionada con la anterior, ya que muchos profesionales por las mismas razones ya mencionadas desconocen los modos de transmisión del virus y, por temor a contagiarse, toman medidas sin sentido que solo producen efectos estigmatizantes y empeoran la atención.
Juicios morales	Por parte de sanitarios a la hora de atender a estos pacientes, pueden verse influenciados por la forma en la que ellos supongan que han podido contagiarse, como pueden ser el uso de drogas, prostitución etc. e incluso los consideren más o menos responsables de dicho contagio. Todo ello genera una atención de peor calidad y perjudican de forma notable la relación con el paciente.

Tabla 11. Conductas y actitudes del personal sanitario. Elaboración propia a partir de Cobos Manuel I, Jackson-Perry D, Courvoisier C, Bluntschli C, Carel S, Muggli E, et al., 2020 y Jiménez Gutiérrez M, Regalado Castro KD, Bernal Becerril ML, Godínez Rodríguez, María de los Ángeles, 2019

Diferentes estudios realizados con grupos de personas seropositivas señalan que es necesario mejorar el sostén social que reciben, no solo de sus familias y compañeros también contagiados, si no en forma de apoyo emocional de los profesionales de la salud que les atienden (47). Se hace imprescindible, por lo tanto, motivar a los profesionales sanitarios a evitar caer en conductas discriminatorias hacia estas personas que atentan contra sus derechos, basadas principalmente en la falta de formación e información, por lo que, para acabar con el estigma, se debe fomentar tanto el acceso generalizado de información sobre la enfermedad a la sociedad, como la formación del personal sanitario a fin de evitar conductas y actitudes negativas (28,29).

1.13 Consecuencias del estigma:

Tanto la discriminación como el estigma y marginación sufridas por personas seropositivas desde hace más de tres décadas afectan prácticamente a la totalidad de las facetas de su vida, tales como el trabajo, familia y por supuesto a su salud, poniéndoles en una posición que dificulta y limita que acudan a los centros sanitarios y de asistencia social, ya sea para su tratamiento o para la prevención de la enfermedad, lo cual empeora su calidad de vida. Es por ello por lo que ONUSIDA tiene como meta principal luchar para erradicar el estigma (28,48).

Entre estas consecuencias derivadas del padecimiento de estigma vinculado al VIH, se encuentra la afectación de la salud mental, siendo preocupante que en personas seropositivas existan entre el doble y cuádruple de prevalencia de depresión, y en el caso de depresión mayor llega en algunos casos hasta el 20%, debiendo mencionar que este trastorno se relaciona a menudo con la conducta autolítica y el suicidio, ya que aumenta la probabilidad de cometer conductas suicidas 20 veces. Es importante reconocer que los problemas de salud mental, derivados e influenciados por el estigma, influyen negativamente en la calidad de vida de las personas seropositivas, perjudicando la adherencia al tratamiento, lo que genera supresión inmunológica y aumento de la CVP, y además ocasiona que adopten en mayor medida comportamientos de riesgo (29,30,31).

Autores como Schwartzmann han proclamado que, una vez que se ha conseguido equiparar la esperanza de vida de las personas seropositivas a las de la población general, debe pasarse a establecer como meta principal avanzar en la mejora de la calidad y condiciones de vida de estas personas. Unas condiciones de vida malas o una calidad de vida baja se han asociado según estudios a diferentes factores como la edad, falta de recursos sociales y por supuesto al estigma, que puede provocar esa ausencia de apoyo social (47).

Ante toda esta situación, con el fin de establecer una respuesta eficiente, se requiere medir tanto el porcentaje de personas que sufren el estigma, como las consecuencias provocadas por el mismo. Para ello, de forma eficaz se utiliza la Escala de estigma para VIH creada por Berger (Anexo II) (29).

Otro de los riesgos y consecuencias negativas del estigma recae sobre personas que no se asocian a las poblaciones clave con mayor riesgo de contraer el VIH y por lo tanto no toman medidas adecuadas para prevenirlo, ni se realizan pruebas o tratamientos como la PrEP o PEP cuando se han podido ver expuestos al virus (29).

1.14 Chemsex

El *chemsex* se define como un tipo particular de consumo intencionado de sustancias ilegales con fines sexuales, vinculado a la comunidad LGTBIQ+, dando lugar a largas sesiones de sexo, que pueden prolongarse durante horas, o incluso varios días, generando mayor riesgo para la salud cuanto mayor duración tenga la sesión de *chemsex* (49,50,51,52). Para entender este fenómeno debemos tener en cuenta las características del colectivo LGTBIQ+, que pueden fomentar estas prácticas, como pueden ser las propias experiencias de marginación u homofobia, la serofobia, cómo les afectó y les sigue afectando la pandemia del SIDA y la necesidad de realizar actos de tipo ritual al formar parte de una comunidad estigmatizada por la sociedad, así como la necesidad del uso de sustancias para evitar miedos y sentimientos negativos a la hora de practicar sexo (51,52).

Es importante aclarar que «no todo uso sexualizado de sustancias es *chemsex*». Mientras que de forma generalizada el uso de sustancias en prácticas sexuales podría darse en multitud de contextos y formas de practicar sexo como el intercambio de parejas, clubs swinger, prostitución etc., diferentes tipos de personas, culturas o situaciones económicas, la principal diferencia entre cualquier consumo de drogas en el contexto sexual y el *chemsex*, es que este último ocurre dentro de la cultura LGTBIQ+, siendo un tipo concreto de uso sexualizado de sustancias, incluyendo las de consumo por vía intravenosa, denominándose *Slamming*. (49,50,53).

Las consecuencias de su práctica habitual pueden ser graves, entre las que se encuentran como es lógico la adicción a estas sustancias, la cual puede provocar sobredosis, problemas de salud mental y física llegando incluso al suicidio, exclusión social, problemas laborales y económicos y la probabilidad de contagio/transmisión de ITS como VIH y Hepatitis C, ya que debido a la desinhibición provocada por las drogas se genera una falsa sensación de seguridad, lo que hace que sus participantes no suelen utilizar preservativo. Como reflejo de estos riesgos, podemos observar en España que, solo en Madrid, en el 70% de nuevos contagios por VIH se había practicado sexo sin protección bajo los efectos de las drogas (49,50,52,53). En el caso de personas seropositivas, el consumo de drogas interfiere con el TAR, haciendo que estos tengan un mayor riesgo de tener una sobredosis por el aumento de toxicidad de las drogas provocado por la distinta forma de metabolizar estas sustancias, además de generar resistencias o mutaciones, provocando incluso que pueda aumentar su CVP aumentando a su vez la probabilidad de transmisión del VIH (49,50).

1.15 Aspectos legales contra el estigma

Además de las actitudes y prejuicios sociales que las personas seropositivas sufren a diario, podemos observar rasgos discriminatorios más graves, que son aquellos que provienen desde el propio Estado y sus Instituciones, debido a legislaciones que limitan ciertos aspectos de las vidas de estas personas y exigen que se actualicen y modifiquen (48).

Dependiendo del lugar del mundo donde nos encontremos, pueden existir leyes que discriminan y afectan a los derechos fundamentales de las personas por ser quienes son, por la forma en la que viven o a la persona a la que desean amar, como pueden ser leyes que traten sobre el trabajo sexual, prácticas homosexuales o incluso en lo referente al VIH, leyes que obliguen a manifestar a las personas cuando han tenido contacto con el virus o si lo padecen, prohibir la entrada o residencia en determinados lugares o que incluso que se les limite la atención de diferentes servicios (45).

En este sentido, el estigma y los prejuicios han provocado que en buena parte del mundo se implanten normas que persiguen la transmisión del VIH, lo cual perjudica

gravemente a quienes lo padecen, incrementa conductas discriminatorias e injusticias en su día a día. Tanto es así que la penalización del contagio ha ido incrementándose y extendiéndose entre los países, sobre todo en Europa y América, alegando cuestiones de salud pública que son contrarias a la evidencia científica y a los derechos fundamentales, consiguiendo con ello el efecto contrario al que se busca, ya que las personas seropositivas reaccionan ocultando su enfermedad y se reducen las probabilidades de que se realicen pruebas diagnósticas (35).

A nivel global y como muestra de estas leyes podemos afirmar según los datos de ONUSIDA que (45):

- En 2018, 59 países confirmaron que siguen manteniendo la obligatoriedad de realizar pruebas del VIH para casarse, trabajar u obtener permisos de residencia, o dentro de determinados grupos sociales.
- Las relaciones homosexuales se penalizan en casi 70 estados del mundo.
- La ocultación y transmisión del VIH aún se penaliza en 92 países.
- Las personas con VIH para viajar tienen restricciones en 20 países del mundo.
- Es necesario consentimiento paterno para realizarse la prueba de VIH en 108 países, en 92 para recibir el TAR y en 22 para acceder a la PrEP.

Por eso, desde ONUSIDA se pretende conseguir de manera eficaz hacer frente de manera global a la pandemia del SIDA. Para ello, de forma histórica se han ido marcando objetivos con el fin de progresar tanto en la salud de las personas seropositivas, como en el resto de las facetas de sus vidas, como su entorno social, la no discriminación y la erradicación del estigma que siguen padeciendo. Impulsando medidas concretas fomentadas en la solidaridad, los derechos humanos y la inclusión, se quiere pasar del objetivo 90-90-90 marcado en el año 2014 para el año 2020 a uno más ambicioso, como es el final definitivo de la pandemia del SIDA en el año 2030 (32,54).

Los informes muestran que, si bien se ha avanzado notablemente en la consecución de los objetivos marcados, este avance ha sido desigual dependiendo del nivel económico de los países, siendo menor en las zonas donde más prevalencia existe del virus (32).

Por otro lado, para fomentar la diversidad y acabar con las conductas injustas y discriminatorias, se celebra cada 1 de marzo el día 0 Discriminaciones, cuyo lema en el año 2021 fue «Eliminar las leyes que dañan, crear leyes que empoderen» con el que la OMS pretendía promover el derecho de cualquier persona a vivir vidas plenas con dignidad sin importar su serología, así como la lucha contra el estigma y discriminación por razón de serología ante infecciones de carácter sexual como VIH, Hepatitis C entre otras (45,48,55).

Si nos centramos en nuestro país, podemos observar que, en el Código Penal, si bien

no existe una tipificación específica, se pueden aplicar tanto el artículo 147 como el 149 para penar la transmisión de VIH, existiendo sentencias desde el año 96. Si examinamos el contenido y argumentos de dichas sentencias, podemos determinar que existe una falta considerable de formación en la materia que se juzga de los miembros que conforman los tribunales, al utilizar en muchas de ellas como base «la reiteración de actos sexuales sin condón» y no mencionando la CVP, siendo necesaria una actualización formativa para estas personas (35).

Afortunadamente en el año 2018 surge el Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH por parte del Ministerio de Sanidad, cuya finalidad es la erradicación del estigma del VIH/SIDA y asegurar que las personas con dicha enfermedad tengan las mismas posibilidades, sin sufrir discriminación alguna, haciendo cumplir sus derechos fundamentales. De la misma forma y con los mismos objetivos, el Gobierno firmó un Acuerdo del Consejo de Ministros y que fue publicado un año después, con el que se pone fin a la exclusión de personas con VIH en el acceso a las convocatorias de empleo público. En este mismo año se publicó también la Declaración conjunta de organismos del Sistema Nacional de Salud, Servicios Sociales y Atención a la dependencia, con la que se acuerda eliminar la exclusión de personas con VIH en la obtención de plazas en residencias públicas o concertadas (56,57).

En forma de avances legislativos podemos mencionar con respecto a nuestro país, el acuerdo reciente del año 2021 firmado en la Comunidad Aragonesa, en virtud del cual se anulaba como causa de exclusión médica en el acceso a las ofertas de empleo público, padecer la infección por VIH, siendo la primera región de España en tomar esta medida. Además, este mismo acuerdo pretende acabar con las mismas barreras en cuanto al acceso a servicios o bienes mediante la supresión o cambios legislativos necesarios para conseguirlo (58).

Por último, encontramos otros avances en la materia, como puede ser la Ley 4/2018 del 11 de junio, publicada en el Boletín Oficial del Estado el día 13 de junio del mismo año, con la que se declaran nulas las cláusulas de seguros y servicios que excluyen a personas seropositivas únicamente por su condición médica (59).

1.16 La ética del cuidado en pacientes con VIH

Con el paso de los años el concepto de ética ha ido cambiando en relación con las circunstancias del momento y los comportamientos de las personas a la hora de hacer frente a diferentes decisiones. La ética acoge la cultura, creencias y costumbres de una sociedad concreta y proporciona valores morales que dictan la forma correcta de actuar conforme a estos (46).

Tal y como se recoge en el propio Código Deontológico de la profesión de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) «los cuidados de enfermería son una necesidad universal» y establece que son deberes de esta profesión la promoción y prevención de la salud, rehabilitación y paliar el sufrimiento. En virtud de dicho código, es imprescindible que la enfermería se lleve a cabo siguiendo los valores del respeto y la dignidad y teniendo en mente los derechos de las personas, evitando así cualquier forma de discriminación. Estos mismos valores bioéticos, en unión de la justicia y respeto a la autonomía, se implementan en la labor de los sanitarios proporcionando una mejor relación con el paciente y, en el caso de personas seropositivas, haciendo honor a lo que es justo, se toma como objetivo aún más si cabe el trato igual, digno y no discriminatorio hacia ellos, ya que se trata de personas en una posición clara de vulnerabilidad y expuestos al estigma y marginación. No obstante, en el caso de estas personas y otros pacientes con ITS, los prejuicios, estereotipos, creencias equivocadas y el propio estigma, hacen que se pasen por alto y no se tengan en cuenta la aplicación de dichos valores a la hora de actuar en el ámbito sanitario (46).

A la hora de recibir asistencia médica, los pacientes con VIH, necesitan de una atención integral duradera, siendo preciso establecer un vínculo de confianza entre los profesionales y los pacientes que haga que estos se comprometan a recibir el tratamiento y tengan una buena adherencia al mismo, ya que la mayoría de ellos acudirán por primera vez con sentimientos muy grandes de desesperanza, por ello es fundamental conocer los prejuicios y la posible discriminación existentes en los servicios sanitarios para abordarlos y atajarlos en su origen, identificando la forma en la que surgen para así ponerle freno (28,46).

Como solución aplicable a la complejidad de la asistencia médica que engloba multitud de servicios y personas, se plantea complementar la ética del personal sanitario con la ética de las propias instituciones, haciéndoles responsables a estas últimas de todos los actos y conductas, para que esta no recaiga solamente en las personas que ejercen la profesión sanitaria bajo su propio criterio ético. De esta forma se establecería una organización ética institucional que haga de guía y tomen como referente sus trabajadores en el momento de tomar decisiones, haciéndolo conforme a los valores promulgados en dicha institución. Además, a nivel individual se deben fomentar los valores históricamente asociados a la sanidad, como son la solidaridad, compasión, altruismo, justicia, en lugar de focalizarse únicamente en aspectos tecnológicos/científicos, haciendo que los profesionales piensen cómo afectan sus decisiones a los pacientes y se esfuercen en escoger la mejor opción de forma empática (28).

No hay que olvidar que desde la perspectiva sanitaria, se debe dar un servicio que tienda a la excelencia, por lo que no caben prejuicios, estereotipos ni fomentar el estigma

Estado de la cuestión

contra personas seropositivas, garantizando que puedan acceder a la atención sanitaria sin que vayan a ser juzgados y, de esta forma, no se haga más difícil aún que acudan a sus centros de salud por el miedo al rechazo y discriminación que muchos de ellos siguen sufriendo en el momento de ser atendidos por profesionales sanitarios, ya que en ocasiones el temor al rechazo es mayor que el temor al propio virus (55).

2 Justificación

En el entorno sanitario siguen existiendo pruebas de conductas discriminatorias y estigma entre los profesionales sanitarios. Tanto es así, que las intervenciones de personas seropositivas que tengan que someterse a algún tipo de operación en el quirófano son postpuestas o relegadas en ocasiones al último puesto. Por otro lado, existen casos en los que a personas con VIH se les ha negado la atención odontológica. Ya en 2010, SEISIDA dio a conocer los resultados de un estudio en el que dos de cada diez personas con VIH manifestaron haber sido víctimas de algún acto discriminatorio. Además, dos años después y en base a otro estudio algo más amplio, pero esta vez dirigido a profesionales sanitarios, aunque se reseñó que en términos generales las actitudes eran buenas, también se reveló que existían ciertos prejuicios hacia este tipo de pacientes entre dichos profesionales, siendo mayores cuanto menor experiencia o formación tuvieran, lo cual les generaba ideas falsas sobre el virus y que percibieran un riesgo irreal sobre la probabilidad de contraerlo y por tanto, que tomaran medidas de protección excesivas (36).

Es fundamental que el trato que recibe cualquier paciente cuando acude a un servicio sanitario sea sin prejuicios, igual para todos y que no comporte actos discriminatorios entre ellos, ya que como consecuencia de una mala atención que no siga estos principios, se verá afectada no solo la atención sanitaria, si no la salud de los pacientes, calidad de vida y lo más grave aún, que estas personas discriminadas no deseen ser atendidas en un servicio sanitario o no quieran realizarse la prueba de detección de VIH. Las personas seropositivas siguen denunciando recibir en algunos casos tratos discriminatorios por parte de profesionales sanitarios cuando solicitan atención médica, por lo que, si queremos facilitar la atención sanitaria a estas personas, se debe eliminar todo rastro de estigma y discriminación, haciendo que se sientan seguros a la hora de solicitar cualquier servicio sanitario (55).

Debido a que los estudios relacionados con el estigma en el entorno sanitario fueron hace más de diez años, es necesario realizar una monitorización del estigma que sufren estos pacientes por parte del personal sanitario a día de hoy, para poder tomar medidas al respecto con el fin de mejorar la calidad asistencial hacia las personas con VIH y que puedan sentirse seguras, sin recibir tratos discriminatorios por parte del personal sanitario. Por lo tanto, debido a los datos y a la información obtenida acerca del estigma que sufren las personas con VIH, se ha decidido realizar un Proyecto de Investigación Observacional con el fin de establecer cuál es la actitud y el estigma hacia las personas con VIH.

3 Metodología

3.1 Objetivos

Como objetivo general para la investigación se ha establecido:

- Conocer el grado de estigma y la actitud del personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería que llevan a cabo su labor en el Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO) de Leganés (Madrid) hacia las personas seropositivas, cuya duración será aproximadamente de 14 meses.

Por otro lado, como objetivos específicos se han marcado los siguientes:

- Identificar los estereotipos y prejuicios que sienten los profesionales sanitarios hacia las personas con VIH.
- Conocer las conductas del personal sanitario durante la atención a personas con VIH.
- Diferenciar el grado de estigma entre el personal sanitario en función de la edad, la profesión y/o la antigüedad.

3.2 Pregunta PICOT

Para llevar a cabo una correcta metodología y búsqueda bibliográfica, se ha confeccionado la correspondiente pregunta PICOT, cuyos componentes aparecen descritos y detallados a continuación, véase Tabla 12:

	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	P: población	Personal sanitario que incluye médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que desempeñen su función en el HUSO
	I: intervención	Estudio observacional descriptivo a través de escalas de medición del grado de estigma y la actitud del personal sanitario hacia las personas con VIH
	C: comparación	En este caso no es necesario al solo existir una intervención posible.
	O: outcome	Medir el grado de estigma y la actitud hacia personas con VIH Mejorar la atención sanitaria hacia personas con VIH eliminando el estigma
	T: tiempo	Se estima que la investigación tendrá una duración de 14 meses.

Tabla 12. Pregunta PICOT. Elaboración propia

3.3 Diseño del estudio

Para la elaboración de este proyecto se ha decidido realizar un estudio observacional correlacional transversal, debido a que la obtención de los datos se basará en la recogida de los mismos sin intervención del investigador para que la información obtenida sea lo más real posible. Además, el estudio correlacional va a permitir relacionar las variables del estudio; relacionar la falta de información y de experiencia profesional con pacientes con VIH y el estigma hacia estas personas por parte del personal sanitario. Por último, debido a que la recogida de los datos se va a llevar a cabo en una única ocasión y en un momento concreto se ha decidido por un estudio transversal.

3.4 Sujetos de estudio

Para llevar a cabo la investigación, se estable como población diana a todo aquel profesional sanitario, entendiéndose como tales a médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, ya que si se posee cualquier prejuicio o estigma puede afectar a la calidad de la asistencia sanitaria que prestan. Por otro lado, la población accesible de estudio que participarán en la investigación serán los profesionales sanitarios anteriormente mencionados que llevan a cabo su labor en el HUSO.

Como criterios de inclusión encontramos:

- Prestar asistencia sanitaria en calidad de médico, enfermero o auxiliar de enfermería en cualquiera de los servicios del Hospital en cuestión.

Por otro lado, los criterios de exclusión para la realización del estudio son:

- Personal sanitario que no quiera participar en el estudio.

El tipo de muestreo utilizado en el estudio será por tanto no probabilístico, ya que los sujetos participantes no son aleatorios entre la población general, si no que serán seleccionados y determinados por su destino laboral y profesional, en este caso el HUSO. Al tratarse de un número elevado de profesionales sanitarios, se busca que la muestra y resultado del estudio en cuestión sea lo suficientemente representativa.

Con respecto al tamaño de la muestra, el estudio se realizará en el HUSO, que cuenta con 2100 trabajadores en su totalidad, de los cuales 1600 son personal sanitario, 400 médicos y 1200 profesionales de enfermería y auxiliar de enfermería (60). Si asumimos que el nivel de confianza es del 95%, teniendo como margen de error el 5% restante, siendo alfa por tanto 0,05 y asignándole el valor Z a 1,96; el tamaño de la muestra necesario para que sea representativa es de 310 participantes.

Los datos se obtendrán de las áreas y categorías mencionadas del hospital durante

un tiempo estimado de dos semanas, con el fin de generar un margen para que todos los participantes que así lo deseen puedan dar, tanto su consentimiento, como respuesta al formulario en cuestión, de tal forma, que pasado ese tiempo el cuestionario será cerrado.

3.5 Variables

A continuación, se muestran en la Tabla 13 las variables en el estudio, así como las herramientas utilizadas para su medición:

Variable	Tipo de variable	Instrumento de medición	Categorías
Rango de edad	Cuantitativa continua	Cuestionario	18-28 años 29-39 años 40-50 años 51-65 años
Profesión	Cualitativa nominal	Cuestionario	Médico/Enfermero/Auxiliar/Estudiante
Servicio Hospitalario	Cualitativa nominal	Cuestionario	A rellenar
Atención a pacientes con VIH	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si/No
Antigüedad profesional	Cuantitativa discreta	Cuestionario	En años
Formación específica sobre VIH	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si/No
Conocidos con VIH	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si/No
Actitud frente al SIDA	Cuantitativa discreta	Escala EASE	105 puntos = Actitud positiva 21 puntos = Actitud negativa
Estigma hacia el VIH/SIDA	Cuantitativa discreta	Escala HPASS	180 puntos = Actitud negativa 30 puntos = Actitud positiva

Tabla 13. Variables de estudio. Elaboración propia

- **Estigma en la atención de personas con VIH/SIDA**, cuantificado mediante la escala en inglés *HIV/AIDS Stigma Scale for Health Care Providers* (HPASS) (Anexo III). Elaborada por Wagner, esta escala se fundamenta en la teoría del estigma del VIH de los autores Earnshaw y Chaudoir, según la cual el estigma hacia las personas seropositivas se visualiza mediante las conductas discriminatorias hacia estas personas, las creencias negativas o los prejuicios y actitudes desfavorables frente a ellos. Es por ello, que esta escala está formada por 30 ítems divididos en tres subescalas: estereotipos (11 ítems), discriminación (6 ítems) y prejuicio (13 ítems). Todos los ítems se miden utilizando una escala tipo Likert de 6 puntos (1 = totalmente en desacuerdo y 6 = totalmente de acuerdo). La suma de las puntuaciones de cada una de las tres subescalas se puede utilizar por separado. La puntuación mínima posible en la escala total es 30 y la puntuación más alta posible es 180 (61).

Cabe destacar que, para poder utilizar dicha escala, esta deberá ser traducida al español (Anexo IV) y a su vez deberá llevarse a cabo una verificación de la traducción del cuestionario, para comprobar que efectivamente la traducción esté realizada correctamente. Por último, una vez traducida y verificada, dicha escala debe ser probada en un porcentaje pequeño de personal médico, a fin de comprobar la validez de esta y que pueda ser incorporada finalmente en este estudio.

- **Actitud de los profesionales sanitarios frente al SIDA**, cuantificado mediante la escala elaborada por Tomás-Sábado llamada Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería (EASE) (Anexo V). Está formada por 21 ítems divididos en dos subescalas, empatía y evitación, que se miden todos ellos a partir de una escala Likert de 5 puntos, es decir, desde totalmente de acuerdo, a totalmente en desacuerdo para cada uno de los ítems. Por lo tanto, la puntuación de cada ítem es de 1 a 5 (1 = total acuerdo y 5 = total desacuerdo) para los ítems nº 1, 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20 y de 5 a 1 (5 = total acuerdo y 1= el total desacuerdo) para los ítems nº 3, 5, 7, 8, 11, 14, 15 y 21 (62).

Si bien la escala EASE se establece para el personal de enfermería, en este estudio se va a extrapolar y extender su uso de forma experimental entre los profesionales de medicina y auxiliares de enfermería, obteniendo de esta forma un resultado fiable conforme a una escala validada.

Estas dos primeras variables hacen alusión a la medición en escalas concretas de los principales parámetros de estudio en los sujetos, con las que obtendremos un resultado numérico para establecer el nivel de cada una de ellas en cada uno de los participantes.

- **Rango de edad.** Con el objetivo de analizar el grado de estigmatización y tipo de actitud conforme a la edad del sujeto.
- **Profesión.** Con el fin de identificar la categoría profesional del participante y de igual modo estudiar la relación de dicha categoría con el nivel de estigmatización y actitud.
- **Servicio hospitalario.** Conociendo la unidad donde el profesional desempeña sus funciones, podremos establecer los servicios donde pudiera prevalecer un mayor nivel de estigmatización.
- **Atención a pacientes con VIH.** Distinguiendo entre si se ofrece esta atención o no en el servicio de destino laboral, podemos determinar si es una variable determinante en cuanto al nivel de estigma y actitud del profesional.
- **Antigüedad profesional.** La cual podría determinar si existe una relación entre la experiencia profesional y el estigma o actitudes negativas.
- **Formación específica sobre VIH.** Contando como tal, aquella formación recibida sobre el virus que sea independiente y ajena a la propia formación académica proporcionada en la carrera universitaria o ciclo formativo de grado medio, en el caso de auxiliar de enfermería. Con ello se pretende analizar si es determinante y se asocia la formación, o falta de la misma, con el nivel de estigmatización y actitud.
- **Conocidos con VIH.** Con los que se tenga o haya tenido trato directo, tales como compañeros de trabajo, amigos o familiares, lo cual determinará en gran medida su actitud frente a estas personas.

Este segundo grupo de variables aportan datos de tipo sociodemográfico de los sujetos participantes, con las que se pretende analizar a posteriori si existe relación entre cada una de ellas y el nivel de estigma y actitud negativa frente a las personas con VIH.

3.6 Procedimiento de recogida de datos

Para la realización del estudio y la obtención de los datos que conformarán el mismo, en primer lugar, se concertará una reunión con la Dirección del Hospital, con el objetivo de realizar una primera toma de contacto a modo de presentación formal y cercana, tanto del estudio que se pretende llevar a cabo como de los investigadores. En ella se concertará la forma de proceder en cuanto a la distribución y publicidad de la investigación entre los profesionales que van a ser participantes en el mismo, la cual se basará en el envío de la hoja informativa del estudio por correo electrónico en primera instancia a la Dirección del Hospital y, desde ella y de forma centralizada, se procederá a su difusión mediante los correos electrónicos oficiales a los empleados de dicho Hospital que formen parte del personal incluido en los criterios anteriormente señalados, es decir, médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que conforman la plantilla. En esta reunión con los responsables del Hospital, se

hará especial hincapié en la importancia de la realización de este estudio y los motivos que justifican la realización del mismo, resolviendo cualquier cuestión que pudiera surgir en relación a la materialización de la investigación en dicho Hospital.

Además, con el fin de que la distribución de la información del estudio sea lo más eficaz y eficiente posible, se aprovechará la difusión desde la Dirección del Hospital por medio de los correos electrónicos oficiales de la hoja informativa del estudio (Anexo VI) para que, en el mismo envío, se incluya el enlace web que contiene en una primera fase el consentimiento informado (Anexo VII) para poder participar en la investigación y seguidamente y tras aceptar los términos, una segunda fase que engloba los formularios, tanto el formulario de datos generales como los que incluyen las escalas y que son el eje principal de la investigación. Todo ello vendrá debidamente explicado en la correspondiente hoja informativa y, en el caso de que se generara alguna duda o cuestión entre los participantes, contarán con los datos de contacto del equipo investigador para solventarlas de forma previa a la firma online de los consentimientos informados.

Una vez finalizada la difusión y enviados los correspondientes emails a los profesionales, se establecerá un margen de respuesta y cumplimentación de consentimientos y formularios de un mes desde la confirmación del envío, dejando este plazo con el propósito de que aumente la participación del personal que pudiera encontrarse de baja laboral, permisos o vacaciones.

Es importante reseñar que gracias a la plataforma web mediante la que se han realizado tanto los consentimientos informados como los formularios que componen el estudio, se puede llevar un seguimiento actualizado a tiempo real del número de profesionales que ya han completado su participación, pudiendo hacerlo tanto de forma cuantitativa como individualizada.

Finalizado el estudio, se mandará por correo electrónico una carta de agradecimiento, (Anexo VIII), tanto al HUSO por su ayuda a la hora de llevar a cabo el estudio, así como a los participantes por su colaboración.

3.7 Fases del estudio. Cronograma

El presente estudio se divide en diferentes fases, comenzando con la formulación de la pregunta PICOT (paciente/problema, intervención, comparación, resultados/*outcomes* y tiempo) anteriormente descrita, hasta finalizar con la publicación de la investigación. Estas fases siguen un orden cronológico y se detallan a continuación:

- 1. Fase Conceptual:** en la que se identifica la idea que se quiere desarrollar y analizar, obteniendo datos para ello. En este caso, se determina como meta conocer el nivel de

estigma y actitudes de los profesionales sanitarios frente a las personas con VIH. Tras ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica intensa en diferentes entornos y bases de datos tanto nacionales como internacionales. Una vez hecho esto, se elaboró la justificación que ha dado pie a la realización de la investigación, basándose esta en los estudios precedentes que concluyen que el estigma hacia personas con VIH por parte de personal sanitario sigue persistiendo hoy en día. Finalmente y para concluir esta primera fase, se han establecido los objetivos del estudio, los cuales intentan relacionar la formación y conocimiento del personal con el grado de estigma y actitud hacia personas con VIH, así como señalar los prejuicios y estereotipos que siguen arraigados hacia las personas con VIH en el entorno sanitario. Para finalizar esta fase, se han requerido cinco meses desde su inicio.

2. **Fase Metodológica:** donde se desarrolla el procedimiento que se va a seguir para la realización del estudio. En este caso, se ha optado por un estudio observacional descriptivo entre el personal sanitario médico, de enfermería y auxiliares de enfermería, siendo esta la población de estudio y participantes del mismo. Además, en esta etapa, se han establecido las variables principales del estudio, siendo las herramientas escogidas para su medición las escalas de tipo Likert, junto con cuestionarios que ayudarán a comparar el estigma entre profesionales en función del lugar donde desempeñan su labor, antigüedad profesional o si conocen a personas con VIH. En total, en esta fase se han empleado tres meses para su elaboración.
3. **Fase empírica:** comenzando la misma sobre el terreno con la recogida de datos de los participantes que conforman la plantilla del propio Hospital. Para ello, se concretará una primera reunión con la Dirección del Hospital donde se va a realizar la investigación, sirviendo de presentación del estudio, detallando sus objetivos e investigadores a cargo del mismo. Además, se llegará al acuerdo de la forma de difusión del estudio, siendo esta mediante el envío de la hoja informativa de la investigación, que contendrá a su vez un enlace web para cumplimentar tanto los consentimientos informados como los formularios que componen el estudio a la Dirección del Hospital, quienes procederán a su vez al reenvío masivo a los profesionales que conforman su plantilla y que van a ser objeto de participación a través de sus correos electrónicos oficiales. Se dejará un margen de un mes para la recogida de estos datos y recabar las respuestas de los participantes, procediendo posteriormente al análisis de las mismas, comparando los resultados conforme a las hipótesis y objetivos planteados, intentando averiguar si existe relación entre el conocimiento y formación de los participantes y la actitud y estigma de los mismos frente a las personas seropositivas. Por último, se publicará el presente estudio para exponer y dar a conocer sus resultados, ocasionando de esta manera su divulgación

en el ámbito científico. Se estima que esta última fase tendrá una duración de seis meses en su totalidad.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Conceptual															
Metodológica															
Empírica	Recogida de datos														
	Análisis de datos														
	Publicación														

Tabla 14. Cronograma de estudio. Elaboración propia

3.8 Análisis de datos

Una vez completada la obtención de los datos a través de los formularios web de Google Forms, por medio de este mismo programa informático podemos volcar los datos directamente en un Excel. Esto a su vez posibilita que estos datos sean analizados de forma rápida y eficaz mediante el programa estadístico *IMB SPSS Statistics* versión 20.0.

Previamente y antes de comenzar el análisis de los datos, se debe hacer una diferenciación de las variables del estudio, ya que, en función del tipo de las mismas, es decir, si son cuantitativas o cualitativas, existen diferentes procedimientos de análisis. Es por ello que, dado que el proyecto cuenta con variables de ambos tipos, se empleará en primer lugar un análisis de varianza ANOVA. Se determinará como variables dependientes las puntuaciones obtenidas tanto en la escala HPASS como en la escala EASE, mientras que las

variables independientes serán los datos sociodemográficos de los participantes.

En primer lugar, se analizará la normalidad con la prueba de Kolmogorov, y a continuación se comprueba la homocedasticidad, pasando finalmente a completar el análisis de varianza ANOVA.

Por otro lado, se realizará además una prueba T-student, cuyo objetivo es buscar diferencias significativas entre variables. Con ella se pretende comprobar si existen diferencias entre el personal que tiene formación específica en VIH o no, el personal que tiene conocidos con VIH o no y el personal que atiende a personas con VIH en su trabajo o no.

Finalizados dichos análisis para determinar el nivel de estigma y actitudes de los profesionales sanitarios frente a personas con VIH, se establecerá si las hipótesis planteadas se cumplen o no, es decir, si a mayor formación o experiencia sobre personas seropositivas existe un menor estigma hacia ellas y una actitud más positiva.

3.9 Aspectos éticos

Para la realización del presente estudio es imprescindible el envío de la investigación en primer lugar al Comité de Ética de Investigación Clínica del HUSO de Leganés, para de esta forma obtener su consentimiento para poder llevar a cabo la investigación pertinente.

Por otro lado y en todo momento, esta investigación seguirá los principios éticos de la Declaración de Helsinki, como documento fundamental validado internacionalmente en cuanto a los pilares éticos que se deben seguir en la investigación con sujetos humanos, donde prima el respeto por los participantes, así como su total libertad para la toma de decisiones, haciendo alusión además a que los participantes estén libres de coacciones, respondiendo las preguntas sin ningún tipo de manipulación. Así mismo, se respetará fielmente el principio de autonomía, es por ello por lo que los participantes deben estar suficientemente informados, lo cual se conseguirá mediante la hoja informativa del estudio y, en el caso de que existiera algún tipo de duda entre los sujetos, estas deberán ser respondidas en todo momento y siempre de forma previa a la firma del consentimiento informado. En el documento nombrado como hoja informativa se encontrará tanto el nombre del estudio, como su investigador principal junto con los datos de contacto, con el fin de identificar al responsable del mismo para cualquier consulta. Seguidamente la hoja informativa tendrá un texto explicativo, donde se podrá leer con total claridad el tema sobre el que va a tratar el estudio y el motivo del mismo, con el fin de que todo aquel que así lo desee pueda participar. Es importante reseñar que también figurará una breve explicación sobre el anonimato de las respuestas dadas en los formularios, los cuales contienen las escalas de tipo Likert, ya que resulta fundamental garantizar que la recogida de información a través de las escalas que componen la investigación será de forma totalmente anónima.

En este sentido, el consentimiento informado debe tener en cuenta la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que, por lo tanto y en relación con lo anterior, garantizará en todo momento el anonimato en la recogida de los datos, así como la confidencialidad de los datos obtenidos.

Por lo tanto, ya que las respuestas al cuestionario se llevarán a cabo a través de la plataforma Google Forms, se garantiza de forma impecable el anonimato, puesto que esta herramienta permite acceder al cuestionario a través de un enlace web donde no es necesario insertar datos personales como nombre, DNI, ni dirección de correo electrónico.

Por último, mencionar que cualquier participante podrá retirarse del estudio, siendo este su derecho si así lo desea.

3.10 Limitaciones del estudio

Tras la realización del proyecto se deben identificar cuáles son aquellas limitaciones en el estudio que pueden entorpecer la investigación.

Para ello, haciendo un análisis de estas limitaciones se llega a la conclusión de que uno de los posibles obstáculos en cuanto al estudio es respecto al tamaño muestral, ya que este puede no ser lo suficientemente grande como para ser representativo, y por lo tanto no corroborar el objetivo principal del estudio. Todo ello puede ser ocasionado por un problema del alcance de la información, es decir, que la información del estudio no llegue a las suficientes personas como para que estén al tanto de lo que se quiere investigar, o bien que la información no sea lo bastante atractiva como para que anime a los posibles candidatos a formar parte del proyecto. Estos detalles deben cuidarse a la hora de facilitar toda la información a los participantes, tanto el contenido de la misma como los canales por los que se va a entregar, todo ello con la intención de reducir este límite al proyecto. No obstante, se debe contar con que a pesar de cuidar al extremo esta circunstancia, habrá personas que, a pesar de haberles llegado la información de forma idónea, no estén interesadas en participar en él. Otra limitación puede ocurrir a la hora de analizar los resultados obtenidos, haciéndolo de forma incorrecta, así como no haber obtenido resultados mediante otras herramientas o no haber propuesto otro tipo de preguntas o variables para el estudio.

Por otro lado, otro límite que puede dar lugar a un sesgo en el estudio es el hecho de que los participantes no respondan con total sinceridad a las escalas del cuestionario, generando respuestas que no concuerdan realmente con la realidad de sus actitudes o pensamientos hacia las personas con VIH, ocasionando que los resultados del estudio no sean reales.

Bibliografía

- (1) Grupo de Estudio de Sida, Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. Documento informativo sobre la infección por el VIH. España: GeSIDA; 2017.
- (2) World Health Organization. HIV and AIDS. 2022; Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- (3) Venes D. Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud. 20ª ed.: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
- (4) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Prevención del VIH. Available at: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prevention.html>.
- (5) Ferran García S, Fonseca Fernández H, Fonts Canals R. La Prevención primaria del VIH en Cataluña en Atención Primaria y en centros penitenciarios. Revista Multidisciplinar del Sida 2022;10(27):34-44.
- (6) ONUSIDA. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Available at: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
- (7) ONUSIDA. Actualización mundial sobre el Sida 2022.
- (8) Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. 2022 Noviembre.
- (9) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-grafico>.
- (10) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. 2014.
- (11) Álvarez-Carrasco RI. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Acta Médica Peruana 2017;34(4):309-316.
- (12) Aguilera GA, Álvarez EM, García GF, Reina GG, Rodríguez Martín C. Diagnóstico microbiológico De la infección por el VIH. 6ª ed. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2014.
- (13) Quinn T. Forty years of AIDS: a retrospective and the way forward. J Clin Invest 2021;131(18):154196.
- (14) Fauci AS, Lane HC. Four Decades of HIV/AIDS - Much Accomplished, Much to Do. N Engl J Med 2020;383(1):1-4.
- (15) Bernal F. Farmacología de los antirretrovirales. Revista Médica Clínica Las Condes

Bibliografía

2016;27(5):682-697.

(16) Clavo Escribano P. ITS Infecciones de transmisión sexual: guía de tratamientos. 1ª ed.: Marbán; 2021.

(17) GeSIDA. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2020.

(18) Rodriguez Mega E. 'Mosaic' HIV vaccine to be tested in thousands of people across the world. *Nature* 2019;572(7768):165-166.

(19) van Heuvel Y, Schatz S, Rosengarten JF, Stitz J. Infectious RNA: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Biology, Therapeutic Intervention, and the Quest for a Vaccine. *Toxins (Basel)* 2022;14(2):138.

(20) Johnson & Johnson. Mosaico. Available at: <https://www.mosaicostudy.com/es/>.

(21) Moore P. El libro de las pandemias: las 50 plagas e infecciones más virulentas del mundo. 1ª ed.: Océano Ámbar; 2009.

(22) Grande-López V. Una mayor empatía al VIH/sida a través de la educomunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2019;10(1):102-108.

(23) Ruiz Sternberg ÁM, Barajas Sandoval E. VIH/SIDA, la pandemia del cambio de milenio. *Medicina* 2020;42(2):283-297.

(24) Hernández Burruezo JJ. El sida: su historia, mitos y curiosidades, mis vivencias como médico. 1ª ed.: Autoediciones Tagus; 2014.

(25) Balarezo López G. Algunos aspectos de la historia social del sida en los inicios de la epidemia. *Desde el Sur: Revista de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Científica del Sur* 2012;4(1):91-107.

(26) de la Torre Díaz, Francisco Javier. 30 años de VIH-SIDA. Balance y nuevas perspectivas de prevención. 1ª ed. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2013.

(27) CESIDA, Ministerio de Sanidad, Universidad de Alcalá. Creencias y Actitudes de la Población Española hacia las Personas con el VIH. 2021.

(28) Campillay M, Monárdez M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de bioética y derecho* 2019(47):93-107.

(29) Cobos Manuel I, Jackson-Perry D, Courvoisier C, Bluntschli C, Carel S, Muggli E, et al. [Stigma and HIV: relevant for everyone]. *Rev Med Suisse* 2020;16(690):744-748.

- (30) Rodríguez Fortúnez P, China Cabello E, Alemán Valls MR, Comellas Serra M, Cejas Méndez MdR. Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2019;7(16):20-34.
- (31) Cortez D, Rodríguez AM. Estigmatización, calidad de vida y relación con parámetros clínicos-inmunológicos en personas que viven con el VIH atendidas en un Servicio de Salud de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2020;8(20):7-22.
- (32) Nyblade L, Mingkwan P, Stockton MA. Stigma reduction: an essential ingredient to ending AIDS by 2030. *Lancet HIV* 2021;8(2):106-113.
- (33) Montag W. Interpellation and Stigmatization: Althusser and Goffman. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica* 2019;58(152):29-40.
- (34) Bialakowsky A, Ichaso E, Sasín M, Nogués T, Barriero J, Bertelli AA. Estigmas, etiquetamientos, menosprecios: las reclasificaciones degradantes desde Goffman, Becker y Honneth. *Tla-melau: revista de ciencias sociales* 2022(51).
- (35) Fuster Ruiz de Apodaca, María José, de Benito E, Poveda A, Rohlf I, Sampedro E. Dimensión social del VIH y respuesta estatal. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2018;36(Supl 1):10-14.
- (36) Grupo de trabajo HO. Cuidado a largo plazo de las personas con VIH y respuesta al estigma y la discriminación: situación en España. 2020.
- (37) Matheu M, Sunil T, Castro-Peña A, Spears CE, Smith CJ, Flores JM, et al. Lack of virologic suppression is associated with lower HIV-related disclosure stigma in people living with HIV. *AIDS Care* 2020;32(8):1001-1007.
- (38) Álvarez D, Hernando V. El envejecimiento de las personas con el VIH: nuevos retos que necesitan nuevas respuestas desde CoRIS. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2020;8(20):52-54.
- (39) Fuster Ruiz de Apodaca, María José. Calidad de vida en personas con VIH: claves para su avance. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2020;8(20):3-5.
- (40) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Educar a otros sobre el estigma. Available at: <https://www.cdc.gov/stophivtogether/spanish/hiv-stigma/educate-others.html>.
- (41) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Guía del lenguaje antiestigma. Available at: <https://www.cdc.gov/stophivtogether/spanish/hiv-stigma/ways-to-stop.html#Stigma-Language-Guide>.
- (42) ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. 2015.

Bibliografía

- (43) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Mas información menos estigma. Available at: <https://pactosocialvih.es/campanas-pacto-social-vih/mas-informacion-menos-estigma/>.
- (44) Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yuniastuti E, Santella AJ, Ranauta A, et al. HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Dis* 2020;26(Supl 1):103-111.
- (45) ONUSIDA. Eliminemos leyes que perjudican, creemos leyes que empoderan. 2021.
- (46) Jiménez Gutiérrez M, Regalado Castro KD, Bernal Becerril ML, Godínez Rodríguez, M. de los Ángeles. El estigma en las personas que viven con VIH Un asunto de ética y justicia. *Revista CuidArte* 2019;8(15):96-103.
- (47) Font R, Sanmarti M, Quintana S, Dalmau D, Escobar-Bravo MA. Influencia del apoyo social en la calidad de vida en pacientes mayores con VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2019;7(16):7-19.
- (48) OMSIDA. Eliminemos las leyes que perjudican, creemos leyes que empoderan. 2022; Available at: <https://www.omsida.org/eliminemos-leyes-perjudican/>.
- (49) Grupo de trabajo sobre chemsex - Plan Nacional sobre el Sida. Preguntas y respuestas sobre el chemsex.
- (50) Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del, VIH. Chemsex y hepatitis C: Una guía para profesionales sanitarios. 2017.
- (51) Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect for the culture. *Drugs and Alcohol Today* 2018;19(1):3-10.
- (52) Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Abordaje del fenómeno del chemsex. 2020.
- (53) Soriano Ocón R. El fenómeno del chemsex: claves para mejorar la respuesta institucional. *Revista Española de Drogodependencias* 2022;3(47):5-13.
- (54) ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. 2014.
- (55) Font Canals R. Un reto colectivo: eliminar la discriminación y el estigma en el ámbito de la salud. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2022;10(26):3-5.
- (56) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH. 2018.
- (57) Koerting A, Polo R, Vázquez MC, Amo Jd. Desarrollo del pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH. *Revista Española de Salud Pública* 2019;93.

- (58) OMSIDA. Aragón primera comunidad que elimina la infección por VIH/sida como causa médica de exclusión. Available at: <https://www.omsida.org/aragon-primera-comunidad-que-elimina-la-infeccion-por-vih-sida-como-causa-medica-de-exclusion/>.
- (59) Ley 4/2018, de 11 de junio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. Boletín oficial del Estado, número 142, 12 de junio de 2018.
- (60) Comunidad de Madrid. Hospital Universitario Severo Ochoa. Available at: <https://www.comunidad.madrid/hospital/severoochoa/>.
- (61) Goswami S, Barnard M, Bynum LA, Thompson S, Kang M. Psychometric evaluation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) using Rasch analysis. *Curr Pharm Teach Learn* 2022;14(9):1143-1153.
- (62) Tomás Sábado J, Aradilla Herrero A. Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería: ¿Cuál es el papel de la formación académica? *Educación Médica* 2003;6(2):31-36

ANEXOS

ANEXO I. Guía del lenguaje antiestigma

Palabras o frases problemáticas	Palabras o frases preferidas
SIDA (al referirse al virus)	VIH, VIH y SIDA (cuando te refieras a ambos)
El SIDA en sí mismo no es una condición. Es un síndrome, que ocurre cuando el sistema inmune de una persona se ha debilitado por la infección del VIH	
Palabras o frases problemáticas	Palabras o frases preferidas
Contagiar el SIDA, contagiar el VIH o pegar el VIH/el SIDA	Ser diagnosticado con VIH, adquirir o transmitir el VIH
El SIDA no se contagia ni se transmite. Las personas se infectan con el virus del VIH. El VIH puede transmitirse, pero no es hereditario	
Palabras o frases problemáticas	Palabras o frases preferidas
Fluidos corporales	Sangre, líquido amniótico, pre-eyaculación, fluidos vaginales, fluidos rectales, leche materna
Solo algunos fluidos transmiten el VIH. El término fluidos corporales cubre todos los fluidos que provienen del cuerpo y no solo aquellos envueltos en la transmisión del VIH. Se tan específico como puedas	
Palabras o frases problemáticas	Palabras o frases preferidas
Grupo(s) de alto riesgo/grupo(s) de mayor riesgo o grupos con comportamientos de alto riesgo	Comunidades altamente afectadas, poblaciones clave o poblaciones clave con mayor riesgo
Estos términos dan a entender que pertenecer a un grupo en particular puede resultar en un diagnóstico VIH positivo. También podrían proporcionar un falso sentido de seguridad a aquellos que no se identifican como parte de uno de estos grupos	
Palabras o frases problemáticas	Palabras o frases preferidas
Paciente con SIDA o paciente con VIH	Persona con SIDA, persona con VIH, persona viviendo con VIH o persona VIH positiva
El término "paciente" implica un constante estado de enfermedad que puede ser confuso y desmoralizante. Fuera del contexto clínico, una persona no es un paciente	
Palabras o frases problemáticas	Palabras o frases preferidas
Positivos, sidosos o portadores de VIH/SIDA	Persona VIH positivo o persona con VIH/SIDA
Una persona no es el VIH o el SIDA. Una persona vive con el VIH una vez se infecta con el virus o procede a tener un diagnóstico de SIDA	

Tabla 15. Guía del lenguaje antiestigma. Elaboración propia a partir de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021

ANEXO II. Escala de Estigma para VIH de Berger

Ítems	Valores
1: muy en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: bien; 4: totalmente de acuerdo	
Me siento culpable por tener VIH	1 2 3 4
Siento que soy peor persona que los demás por tener VIH	1 2 3 4
Las actitudes de otras personas sobre el VIH me hacen sentir mal conmigo mismo	1 2 3 4
Las personas que me importan no me llamaron después de enterarse de que tengo VIH	1 2 3 4
He perdido amigos después de contar que tengo VIH	1 2 3 4
Algunas personas evitan tocarme porque saben que tengo VIH	1 2 3 4
Decirle a alguien que tengo VIH es arriesgado	1 2 3 4
Me esfuerzo mucho por mantener el secreto de mi infección por VIH	1 2 3 4
Tengo mucho cuidado sobre a quien le cuento que tengo VIH	1 2 3 4
La mayoría de las personas piensan que las personas con VIH son sucias	1 2 3 4
La mayoría de las personas se sienten incómodas con personas con VIH	1 2 3 4
Las personas con VIH están marginadas	1 2 3 4
Algunas personas que saben que tengo VIH se han alejado	1 2 3 4
Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas	1 2 3 4
Por lo general, decírselo a otros ha sido un error	1 2 3 4
Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH	1 2 3 4
Las personas parecen tener miedo de mi porque tengo VIH	1 2 3 4
Me preocupa que las personas me juzguen cuando se enteren que tengo VIH	1 2 3 4
Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH se lo digan a otros	1 2 3 4
Tener VIH me hace sentir que no soy limpio	1 2 3 4
Me siento aparte, aislado del resto del mundo	1 2 3 4
Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona	1 2 3 4
Tener VIH en mi cuerpo me disgusta	1 2 3 4
La mayoría de las personas piensan que una persona con VIH es asquerosa	1 2 3 4
La mayoría de las personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran de que tiene VIH	1 2 3 4

Tabla 16. Escala de Estigma para VIH de Berger. Elaboración propia a partir de Hanae Zafra-Tanaka, J, Ticona-Chavez E, 2014

ANEXO III. HIV/AIDS Stigma Scale for Health Care Providers (HPASS)

Stereotyping Subscale - 11 items
I think many HIV+ patients likely have substance abuse problems
I think if people act responsibly, they will not contract HIV
I think people would not get HIV if they had sex with fewer people
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
HIV+ patients should accept responsibility for acquiring the virus
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
I believe most HIV+ patients acquired the virus through risky behavior
I think HIV+ patients have engaged in risky activities despite knowing these risks
I tend to think that HIV+ patients do not share the same values as me
HIV+ patients tend to have numerous sexual partners
I often think HIV+ patients have caused their own health problems
Discrimination Subscale - 6 items
I would avoid conducting certain procedures on HIV+ patients
I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I am concerned about legal liability
I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients for the safety of other patients
I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I feel uncomfortable
I think people would not get HIV if they had sex with fewer people
I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if other staff members are concerned about safety
Prejudice Subscale - 13 items
HIV+ patients present a threat to my health
I would rather see an HIV-negative patient than see an HIV+ patient with non-HIV-related concerns
I worry about contracting HIV from HIV+ patients.
I worry that universal precautions are not good enough to protect me from HIV+ patients
I would feel uncomfortable knowing one of my colleagues is HIV+

I would feel comfortable working with a partner who has HIV
I would rather not come into physical contact with HIV+ patients
HIV+ patients present a threat to the health of other patients
I would be hesitant to send HIV+ patients to get blood work done due to my fear of others' safety
It would be hard to react calmly if a patient tells me he or she is HIV+
It is a little scary to think I have touched HIV+ patients
HIV+ patients make me uncomfortable
I would like to double glove when examining HIV+ patients

Tabla 17. Escala HPASS. Elaboración propia a partir de Goswami S, Barnard M, Bynum LA, Thompson S, Kang M, 2022

ANEXO IV. Traducción Escala HPASS

Subescala de Estereotipos - 11 ítems
Creo que muchos pacientes VIH+ probablemente tengan problemas de abuso de sustancias
Creo que si las personas actúan con responsabilidad, no contraerán el VIH
Creo que las personas no contraerían el VIH si tuvieran relaciones sexuales con menos personas
Los pacientes VIH+ que adquirieron el VIH a través del uso de drogas inyectables tienen más culpa por contraer el VIH que los pacientes VIH+ que han contraído el VIH a través de una transfusión de sangre
Los pacientes VIH+ deben aceptar la responsabilidad de adquirir el virus
Los pacientes VIH+ que han adquirido el VIH a través del sexo tienen más culpa por contraer el VIH que pacientes VIH+ que han adquirido el VIH a través de una transfusión de sangre
Creo que la mayoría de los pacientes VIH+ adquirieron el virus a través de un comportamiento de riesgo
Creo que los pacientes VIH+ se han involucrado en actividades de riesgo a pesar de conocer dichos riesgos
Tiendo a pensar que los pacientes VIH+ no comparten los mismos valores que yo
A menudo pienso que los pacientes VIH+ han causado sus propios problemas de salud
Los pacientes VIH+ tienden a tener numerosas parejas sexuales
Subescala de Discriminación – 6 ítems
Evitaría realizar ciertos procedimientos en pacientes VIH+
Creo que tengo derecho a negarme a tratar a pacientes VIH+ si me preocupa la responsabilidad legal
Creo que tengo derecho a negarme a tratar a pacientes VIH+ por la seguridad de otros pacientes
Creo que tengo derecho a negarme a tratar a pacientes VIH+ si me siento incómodo
Creo que tengo derecho a negarme a tratar a pacientes VIH+ si otros miembros del personal están preocupados sobre seguridad
Creo que tengo derecho a negarme a tratar a pacientes VIH+ para protegerme
Subescala de Prejuicios – 13 ítems

Los pacientes VIH+ representan una amenaza para mi salud
Preferiría atender a un paciente VIH negativo que ver a un paciente VIH+ con enfermedades no relacionadas con el VIH
Me preocupa contraer el VIH de pacientes VIH+
Me preocupa que las precauciones universales no sean lo suficientemente buenas para protegerme de los pacientes VIH+
Me sentiría incómodo sabiendo que uno de mis colegas es VIH
Preferiría no tener contacto físico con pacientes con VIH
Me sentiría cómodo trabajando junto a un compañero que tenga VIH
Los pacientes VIH+ representan una amenaza para la salud de otros pacientes
Dudaría en enviar a los pacientes VIH+ a hacerse un análisis de sangre debido a mi miedo por la seguridad de los demás
Sería difícil reaccionar con calma si un paciente me dice que es VIH+
Da un poco de miedo pensar que he tocado a pacientes VIH+
Los pacientes VIH+ me hacen sentir incómodo
Me gustaría usar doble guante cuando examine a pacientes VIH+

Tabla 18. Traducción al español Escala HPASS. Elaboración propia a partir de Goswami S, Barnard M, Bynum LA, Thompson S, Kang M, 2022

ANEXO V. Escala de Actitud ante el SIDA para enfermería (EASE)

Subescala Empatía – 8 ítems
No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del SIDA utilicen restaurantes y bares públicos
El SIDA es un problema de todos
El portador del virus del SIDA tiene derecho a que se guarde el secreto médico de su diagnóstico
En las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del SIDA
Ser portador del virus del SIDA no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo
El enfermo de SIDA debe ser considerado una víctima del sistema
El ser portador del virus del SIDA no debería ser impedimento para poder adoptar un niño
La prueba del SIDA debe ser voluntaria y anónima
Subescala de Evitación – 10 ítems
El SIDA no afecta a las parejas heterosexuales
Los fetos contagiados con el virus del SIDA deberían abortarse
No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas
La atención continuada a un enfermo de SIDA es sinónimo de contagio
Los enfermos de SIDA deben ser aislados del resto de enfermos
El seropositivo debe ser identificado como tal
Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de SIDA y portadores
El SIDA es la mayor plaga de nuestro tiempo
En el hospital, un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada
No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del SIDA
Los niños portadores del virus del SIDA deberían acudir a clases especiales
Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de SIDA y portadores
Siempre que toquemos a un enfermo de SIDA debemos utilizar guantes

Tabla 19. Escala EASE. Elaboración propia a partir de Tomás Sábado J, Aradilla Herrero A, 2003

ANEXO VI. Hoja informativa sobre el estudio para los participantes



INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL ESTUDIO: Estudio observacional sobre el estigma del VIH en el entorno sanitario

INVESTIGADOR: Vanesa Moreno Godoy

CONTACTO: vanesamgodoy@salud.org // +34609181256

CENTRO: Hospital Universitario Severo Ochoa // +34912516022

Estimado participante,

Por medio del presente, se le informa de la realización del estudio de investigación que se va a llevar a cabo en el Hospital Universitario Severo Ochoa. Por favor, lea atentamente este documento durante el tiempo que estime conveniente, pues en él se encuentra toda la información necesaria acerca del proyecto para que elija si desea participar en él o no. En el caso de que tenga cualquier tipo de duda o consulta, estas pueden ser resueltas por los miembros del equipo a través de los medios de contacto que figuran en el encabezado, o bien puede consultar a las personas que considere oportuno.

Los objetivos del estudio en cuestión son conocer el grado de estigma y la actitud del personal sanitario hacia las personas con VIH, pudiendo llegar a establecerse, en base al análisis de los datos recogidos, una relación entre estos niveles y la formación o experiencia de los profesionales, con el fin de ampliar la información sobre el virus y las personas seropositivas que lo sufren en el futuro próximo y erradicar cualquier tipo de acto discriminatorio hacia ellos, estableciendo en los servicios de salud un espacio seguro donde puedan recibir una atención de calidad.

Es importante reseñar que este estudio ha sido analizado, aprobado y avalado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Severo Ochoa, ya que la participación en el mismo no entraña riesgo alguno para el participante, ni vulnera los

Anexos

derechos de las personas, si no que su participación puede suponer un avance en la calidad de vida de las personas con VIH y contribuir a la lucha contra el estigma que padecen.

El motivo por el que se le invita a participar en esta investigación es debido a que usted cumple con los criterios de inclusión de la misma, siendo fundamental que forme parte de la plantilla del Hospital donde se va a realizar este estudio, informándole nuevamente en este punto de que dicha participación es completamente voluntaria, pudiendo decidir no hacerlo si así lo estima oportuno. Además, en caso de que acepte formar parte del proyecto, podrá renunciar posteriormente en cualquier momento y denegar su consentimiento sin perjuicio alguno para usted y sin necesidad de alegar una motivación concreta para hacerlo.

Una vez decida su participación en el estudio, podrá proceder a la firma del correspondiente consentimiento informado a través del enlace web que figura a continuación: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe0hITy-qvYRdvnY3LgaXcOv_ZfGn_o4wVKm-36EOK96dSc2A/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Una vez hecho esto, podrá imprimir o guardar en su equipo informático una copia digital de dicho consentimiento que acaba de aceptar, para que pueda consultarlo si fuera necesario más adelante. Tras esta primera fase y firmado el documento mencionado, se accederá automáticamente desde la web donde se encontraba a la cumplimentación del formulario general, donde se le pedirán unos datos básicos como participante, que incluyen el rango de edad, profesión, antigüedad, servicio hospitalario donde desempeña sus funciones, si atiende a pacientes con VIH en dicho servicio, si tiene formación específica sobre VIH (no incluida en sus estudios universitarios o de grado) y si conoce a personas con VIH. Completado este paso, se accederá de igual forma a los formularios clave del estudio, los cuales están formados por dos escalas que contienen preguntas o afirmaciones que el participante debe contestar en función de su aprobación o desaprobación. Todo ello no le llevará más de quince minutos, si bien puede emplear el tiempo que necesite para valorar sus respuestas.

Es importante especificar, por último, que por razones de eficiencia, el margen temporal para la cumplimentación tanto del consentimiento informado, como de los formularios que contiene el enlace web que figura en este escrito, es de treinta días desde la recepción de este documento.

En virtud de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y

garantía de los derechos digitales, se informa que sus datos personales no formarán parte de ningún registro ni base informática, respetando siempre el anonimato y garantizando la confidencialidad de los mismos.

Gracias de antemano por su participación

Atentamente el equipo investigador

ANEXO VII. Consentimiento informado a través de Google Forms

Estudio observacional sobre el estigma hacia personas con VIH en el entorno sanitario

r@gmail.com [Cambiar de cuenta](#) 

 No compartido

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

Consentimiento informado *

He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio, pudiendo hacer las preguntas pertinentes sobre el mismo. Comprendo que mi participación es voluntaria y que por lo tanto, puedo retirarme del estudio cuando estime oportuno. Conforme a todo lo anterior, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

[Siguiente](#) [Borrar formulario](#)

ANEXO VIII. Carta de agradecimiento para los participantes



CARTA DE AGRADECIMIENTO

Querido participante, el equipo investigador a cargo del estudio sobre el estigma del VIH en el entorno sanitario, se pone en contacto con usted para agradecerle su participación en dicho estudio, gracias a personas como usted será posible que todos juntos pongamos fin a la estigmatización de personas con VIH y mejoremos así su atención y, por lo tanto, su calidad de vida.

Este proyecto en el que usted ha formado parte permitirá identificar cuáles son los problemas que generan actitudes y creencias erróneas acerca de las personas con VIH, para que juntos, a través de la formación y la información, seamos capaces de modificar las conductas negativas y conseguir la excelencia en nuestra labor.

De nuevo, agradecer su participación.

Atentamente equipo investigador

