

TESIS DOCTORAL



UNIVERSIDAD DE GRANADA

Departamento de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO EN ENFERMERÍA SOBRE EL PACIENTE CON VIH/SIDA: ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

Programa de Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública

DIRECTORA DE LA TESIS

Dña. María Adelaida Álvarez Serrano

TUTORA DE LA TESIS

Dña. Inmaculada García García

María Gázquez López

Granada, 2023

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: María Gázquez López
ISBN: 978-84-1117-802-0
URI: <https://hdl.handle.net/10481/81247>

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi inmensa gratitud a todas aquellas personas que me han acompañado en este arduo camino de vaivenes y que sin su apoyo no habría sido posible:

En primer lugar, a mi directora de Tesis, Dña. M^a Adelaida Álvarez Serrano y a mi tutora Dña. Inmaculada García García. Gracias por confiar en mí como doctoranda, por vuestra inagotable paciencia, disponibilidad y por todos los buenos consejos que me habéis brindado en estos años para alcanzar esta meta académica.

A mi grupo de investigación, Lola, María Ángeles, Adelina, Nina y de nuevo a Adelaida e Inma. Quizás no seáis conscientes de todo lo que me habéis aportado tanto a nivel personal como profesional, y de lo orgullosa que me siento de pertenecer a este grupo.

También me gustaría mencionar a los profesores Germán Prados García y a Rafael Fernández Castillo. Me disteis la oportunidad de iniciar una motivadora línea de investigación de tesis, que tuvimos que suspender por la covid-19. Gracias a vosotros también por todo el apoyo que me habéis dado y lo que me habéis enseñado.

Gracias también a mis compañeros del Departamento de Enfermería. En especial a los de la Facultad de Ciencias de la Salud del campus de Ceuta. Creo que no ha habido ni un solo día en el que nos hayamos visto y no me hayáis dado ánimos para finalizarla. Particularmente la profesora Milagrosa Olmedo, que tenía más ganas de que la finalizara que yo misma. Gracias Mila.

Como no a los estudiantes del Grado de Enfermería de los Campus de Ceuta, Melilla y Granada de la Universidad de Granada, al igual que los de la Universidad de Jaén, que amablemente participaron con la cumplimentación del cuestionario.

Del mismo modo, a todas las personas que he conocido en el campus de Ceuta a lo largo de todos estos años (PAS, PDI, PSI...), con especial cariño a mis queridos amigos David Molina y Maribel Tovar, por sacarme una sonrisa tras desahogarme con vosotros.

A todos mis amigos y amigas que han estado tan cercanos aun en la distancia. Espero poder recuperar el tiempo de ausencia con cada uno de vosotros.

A mi querida familia. Siempre habéis apoyado mis sueños e ilusiones y lo más importante, nunca habéis dudado de que sería capaz de lograrlos. No sabéis como me han reconfortado vuestras palabras de afecto y cariño en todos estos años. Si he llegado hasta aquí ha sido gracias a todos vosotros, por hacerme las cosas más fáciles.

Por último, pero no menos importante, a mi queridísimo Carlos. Nos conocimos en esta etapa complicada para mí y te convertiste en un pilar fundamental en mi vida. Gracias de corazón por todo este tiempo que has estado a mi lado, comprenderme, darme la visión positiva de las cosas y animarme a seguir adelante.

“La gente olvidará lo que dijiste, olvidará lo que hiciste, pero nunca olvidará cómo le hiciste sentir”.

Maya Angelou

“Nada hay más punitivo que darle un significado a una enfermedad; significado que resulta invariablemente moralista. Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados.

En un principio se le asignan los horrores más hondos (la corrupción, la putrefacción, la polución, la anomia, la debilidad). La enfermedad misma se vuelve metáfora. Luego, en nombre de ella (es decir, usándola como metáfora), se atribuye ese horror a otras cosas, la enfermedad se adjetiva [...].

Se proyecta sobre la enfermedad lo que uno piensa sobre el mal. Y se proyecta a su vez la enfermedad (así enriquecida en su significado) sobre el mundo”.

Susan Sontag

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

Abreviatura:	Definición:
AAS	<i>AIDS Attitude Scale</i> -Escala de actitud sobre el SIDA
CCAA	Comunidades Autónomas
EASE	Escala de actitud ante el sida para enfermería
EMA	Agencia Europea del Medicamento
HSH	Hombres que mantienen sexo con hombres
ITS	Infección de transmisión sexual
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
ODP	Oportunidad de diagnóstico perdida
ODS 2030	Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PPE	Profilaxis postexposición
PrEP	Profilaxis pre-exposición
PVSida	Paciente que vive con sida
PVVIH	Paciente que vive con VIH
PVVS	Persona que vive con VIH/sida
SAVA	Substance Abusive, Violence and AIDS
TAR	Tratamiento antirretroviral
TRS	Teoría de la Representación Social
VHA	Virus de la Hepatitis A
VHB	Virus de la Hepatitis B
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del papiloma humano

ÍNDICE

RESUMEN	19
I. INTRODUCCIÓN	23
1. VIH/sida	25
1.1 Contextualización histórica de la aparición del VIH/sida	26
1.2 Epidemiología del VIH	29
1.3 Factores de riesgo y grupos en situación de vulnerabilidad de contraer el VIH	31
1.4 Estrategias para la prevención y control de la infección por el VIH	34
1.4.1 La transmisión sexual	36
1.4.2 Estrategias de prevención y control en España.....	37
2. El estigma o estigmatización	42
2.1 Concepto de estigma, prejuicio y discriminación	43
2.2 Ámbito de desarrollo del estigma	45
2.3 Repercusión de los estigmas ante los grupos minoritarios	46
3. La actitud	48
3.1 Definición de actitud	48
3.2 Estructura y propiedades de la actitud	49
3.3 Influencia de las actitudes en la conformación del comportamiento	51
3.4 Instrumentos de medida de las actitudes	54
4. Actitudes estigmatizantes hacia el VIH/sida	55
4.1 Repercusión de las actitudes estigmatizantes del VIH/sida en la sociedad	56
4.2 Repercusión de las actitudes estigmatizantes del VIH/sida en las PVVS	57
4.2.1 Tipos de estigmas en las PVVS	58
4.2.2 Fases en la trayectoria del estigma del VIH en las PVVS	59
4.2.3 Retraimiento social como consecuencia del VIH/sida en PVVS.....	61
4.2.4 Afectación de los estigmas a nivel intrapersonal e interpersonal	62
4.3 Actitudes estigmatizantes frente al VIH/sida en profesionales sanitarios	65
4.3.1 Actitudes estigmatizantes frente al VIH/sida en profesionales de enfermería y estudiantes de enfermería.....	67
5. Instrumentos de medida de las actitudes ante el VIH/sida	68
5.1 Escalas de las actitudes ante el VIH/sida en estudiantes de enfermería	70
5.1.1 Escala de actitud sobre el sida (AIDS Attitude Scale- AAS):	70
5.1.2 Cuestionario de actitud ante el HIV/sida (HIV/AIDS Attitude Questionnaire):	73
5.1.3 Escala de Actitud ante el sida para Enfermería (EASE):.....	74
5.1.4 Otras escalas que miden las actitudes:	74
II. JUSTIFICACIÓN	79
III. OBJETIVOS	83

•	Objetivo general	85
•	Objetivos específicos	85
IV.	MATERIAL Y MÉTODO.....	87
1.	Procedimiento.....	88
2.	Periodo de estudio	88
3.	Ámbito de estudio.....	88
4.	Población.....	88
4.1	Población diana.....	88
4.2	Población de muestreo	89
4.3	Muestra	89
5.	Variables del estudio.....	90
5.1	Variables sociodemográficas	90
5.2	Variables académicas-culturales.....	92
6.	Instrumento de medida: escala EASE.....	93
7.	Análisis de datos.....	97
7.1	Estudio descriptivo.....	97
7.2	Estudio analítico.....	97
7.3	Análisis multivariante	97
8.	Software	98
9.	Consideraciones éticas	98
10.	Conflicto de intereses.....	98
V.	RESULTADOS.....	99
1.	Características de la muestra de estudio.....	101
2.	Resultados por ítems de la escala EASE	103
3.	Resultados de las variables implicadas	105
3.1	Variables sociodemográficas:	106
▪	Según el sexo al nacer.....	106
▪	Según la edad.....	107
▪	Según el estado civil	108
▪	Según la orientación sexual	111
3.2	Variables académico-culturales	114
▪	Según curso académico.....	115
▪	Según creencia religiosa	120
4.	Resultados del análisis multivariante.....	124
VI.	DISCUSIÓN.....	127
•	Sexo al nacer	130
•	Edad.....	131
•	Estado civil.....	134
•	Orientación sexual.....	135
•	Curso académico	138
•	Creencia religiosa.....	140

•	Influencia de los factores sociodemográficos y académico-culturales.....	143
VII.	LIMITACIONES	147
VIII.	CONCLUSIONES	153
IX.	LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	157
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	161
<hr/>		
	161
ANEXOS		189
	Anexo A: AIDS Attitude Scale (AAS) desarrollada por Kelly et al., (1987):	191
	Anexo B: AAS desarrollada por Froman et al., (1990):	193
	Anexo C: La AAS de Bliwise et al.,(1991) encontrada en el estudio de Atav et al., (2015):....	195
	Anexo C.1: AAS de Akansel et al., (2012) adaptada de la de Bliwise et al.,(1991) encontrada en el estudio de Atav et al., (2015):	197
	Anexo D: HIV/AIDS Attitude Questionnaire de Akin et al., (2013):	199
	Anexo E: Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería (EASE) (Tomás-Sábado, 1999).	200

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:

ILUSTRACIÓN 1: NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH: NÚMERO DE CASOS Y TASA 100.000 HABITANTES. ESPAÑA. AÑOS 2003-2020. DATOS NO CORREGIDOS POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN.....	31
ILUSTRACIÓN 2: LOS CUATRO TIPOS DE ESTIGMAS SEGÚN PRYOR Y REEDER (2011).	46
ILUSTRACIÓN 3: FACILITADORES O IMPULSORES DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVVIH).	62
ILUSTRACIÓN 4: MODELO DE TEMAS CUALITATIVOS EN RELACIÓN CON LA SUBESCALA DE ESTIGMA DEL VIH.	63
ILUSTRACIÓN 5: CORRECCIÓN DE BONFERRONI ÍTEM 15 ("EL SER PORTADOR DEL VIRUS DEL SIDA NO DEBERÍA SER IMPEDIMENTO PARA PODER ADOPTAR UN NIÑO") SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA.	110
ILUSTRACIÓN 6: CORRECCIÓN DE BONFERRONI ÍTEM 11 ("SER PORTADOR DEL VIRUS DEL SIDA NO DEBE SER OBSTÁCULO PARA ACCEDER A LA EDUCACIÓN Y EL EMPLEO") SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL.....	113
ILUSTRACIÓN 7: CORRECCIÓN DE BONFERRONI ÍTEM 15 ("EL SER PORTADOR DEL VIRUS DEL SIDA NO DEBERÍA SER IMPEDIMENTO PARA PODER ADOPTAR UN NIÑO") SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL	113
ILUSTRACIÓN 8: CORRECCIÓN DE BONFERRONI DE LOS ÍTEMS SIGNIFICATIVOS SEGÚN EL CURSO ACADÉMICO.	117
ILUSTRACIÓN 9: CORRECCIÓN DE BONFERRONI SEGÚN LA RELIGIÓN QUE PROFESAN.	122

ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA 1: ESTRATEGIAS PREVENTIVAS COMBINADAS CON LA PREP	41
TABLA 2: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA FINITA Y DEL NIVEL DE CONFIANZA	90
TABLA 3: ÍTEMS DE LA ESCALA EASE.	95
TABLA 4: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA POR CURSO ACADÉMICO.....	101
TABLA 5: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICO-CULTURALES DE LA MUESTRA POR CURSO ACADÉMICO (N; %)	102
TABLA 6: PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA EASE Y SEGÚN EL CURSO ACADÉMICO	103
TABLA 7: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICO-CULTURALES DE LA MUESTRA DICOTOMIZADA Y PUNTUACIÓN TOTAL SEGÚN LA ESCALA EASE POR CURSO ACADÉMICO.	103
TABLA 8: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE CON DIRECCIONALIDAD DE LAS ACTITUDES POSITIVAS HACIA "TOTALMENTE EN DESACUERDO".	104
TABLA 9: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE CON DIRECCIONALIDAD DE ACTITUDES MÁS POSITIVAS HACIA "TOTALMENTE DE ACUERDO".	105
TABLA 10: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE, SEGÚN EL SEXO.	107
TABLA 11: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE, SEGÚN LA EDAD.	108
TABLA 12: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE, SEGÚN EL ESTADO CIVIL.	109
TABLA 13: RESULTADOS DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL DICOTOMIZADA EN CON PAREJA Y SIN PAREJA.	111
TABLA 14: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE SEGÚN LA ORIENTACIÓN SEXUAL.....	112
TABLA 15: RESULTADOS DE LA VARIABLE ORIENTACIÓN SEXUAL DICOTOMIZADA EN HETEROSEXUAL Y NO HETEROSEXUAL.	114
TABLA 16: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE, SEGÚN CURSO ACADÉMICO.....	116
TABLA 17: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE SEGÚN LA RELIGIÓN.	121
TABLA 18: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA EASE DICOTOMIZADA EN CREYENTE Y NO CREYENTE.	124
TABLA 19: MODELO DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE PARA LA ESCALA EASE.	125

RESUMEN

Introducción: A pesar de que el contagio por el VIH en la actualidad se ha convertido en una enfermedad crónica controlada con tratamiento farmacológico para no desarrollar el sida, las actitudes negativas del pasado en torno a la enfermedad continúan arraigadas en el presente y repercuten principalmente en las personas que viven con VIH/sida (PVVS) {Formatting Citation}. En relación con las valoraciones que realizan los estudiantes de enfermería de los pacientes con VIH/sida, existen investigaciones que afirman que está ampliamente documentado a nivel mundial, que suelen ser negativas (Ceylan y Koç, 2021; Liboro et al., 2021; Pickles et al., 2017). El desconocimiento y la existencia de conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH no solo fomentan actitudes estigmatizantes y de miedo al contagio, sino que también impactan en las prácticas clínicas relacionadas con el VIH/sida y la calidad de la atención que reciben los pacientes seropositivos (Boakye y Mavhandu-Mudzusi, 2019; González-Pérez et al., 2009; Pickles et al., 2009; Relf et al., 2009).

Objetivos: Analizar las actitudes hacia las PVVS en los estudiantes del Grado en Enfermería a través de la escala validada “Actitudes de enfermería ante el sida” (EASE) y la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y académico-culturales en las mismas.

Metodología: Se realizó un estudio transversal en estudiantes de los cuatro cursos del Grado en Enfermería de cuatro campus universitarios españoles (n=384). Los datos fueron recolectados voluntaria y anónimamente utilizando la escala EASE a través de la plataforma de Google Forms®. Los valores de la escala según las variables sociodemográficas y académico-culturales se examinaron mediante el test de U de Mann-Whitney para las variables de dos categorías y con la prueba de H de Kruskal-Wallis para las variables de más de dos categorías en la que se realizaron las comparaciones múltiples *post hoc* mediante la corrección de Bonferroni para determinar si existía la asociación de significación estadística. Para determinar la magnitud de asociación entre los factores estudiados y los resultados de la escala EASE obtenidos, se optó por una regresión lineal múltiple en la que se incluyeron las variables dicotomizadas sexo, pareja, orientación sexual, creencias religiosas y curso académico. Dado que el curso académico no pudo dicotomizarse, se crearon 3 variables *dummies* tomando como referencia el primer curso.

Resultados: Por lo general, las actitudes hacia el VIH/sida son relativamente positivas con un valor medio total de la escala EASE de 85.25 ± 9.80 . En ella, las mujeres, las personas sin pareja y las no heterosexuales presentan actitudes más positivas sin significación estadística. Se observan diferencias significativas por curso académico ($p=0.041$), por creencia religiosa ($p=0.0001$) y al desglosar por ítems la escala EASE en muchos de estos. Al ajustar todas las variables en la regresión lineal múltiple, solo se mantiene la asociación con las creencias religiosas ($p = 0.045$).

Conclusiones: La actitud empática hacia las PVVS, que debería ser innata en la profesión enfermera, se debe fomentar, en primera instancia, en el ámbito universitario del Grado en Enfermería (Pickles et al., 2019). Las creencias religiosas y su relación con el estigma hacia el VIH/sida forman parte de los componentes culturales que pueden estar asociados al propio estigma, prejuicio o discriminación hacia las PVVS e incluso con otros grupos vulnerables de marginalidad (Bos et al., 2013; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2018; Pryor y Reeder, 2011). No obstante, las organizaciones basadas en la fe pueden servir como estrategia para erradicar la discriminación y los estigmas ante el VIH/sida en su comunidad religiosa (Bluthenthal et al., 2012).

I. INTRODUCCIÓN

1. VIH/sida

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), actualmente, sigue siendo un problema de salud pública internacional (Arias-Colmenero et al., 2020; ONUSIDA, 2020a, 2021a). El VIH afecta al sistema inmunitario (linfocitos CD4), y como consecuencia puede desarrollarse el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) (Ceylan y Koç, 2021). El sida causa la disminución de las defensas, lo que conlleva el riesgo de contraer enfermedades oportunistas e incluso ocasionar la muerte de la persona (Bustamante-Salamanca, 2010; Ceylan y Koç, 2021).

En 2020 se estimó una cifra de 37.7 millones de personas con VIH/sida en todo el mundo (36 millones en adultos y 1.7 millones en la infancia hasta los 14 años). De este total, 27.7 millones seguían un tratamiento antirretroviral (TAR) (un 57% los mayores de 15 años y un 54% de los menores de hasta 14 años) (ONUSIDA, 2021).

A pesar de que en la actualidad se ha convertido en una enfermedad crónica controlada con tratamiento farmacológico, las actitudes negativas del pasado en torno a la enfermedad continúan arraigadas en el presente y repercuten principalmente en las personas que viven con VIH/sida (PVVS) (Bustamante-Salamanca, 2010; Ceylan y Koç, 2021; de Cock et al., 2021; Liboro et al., 2021).

Los medios de comunicación incidieron en la construcción de la imagen social del VIH (Campillay y Monárdez, 2019) provocando una deformación de la realidad (Rengel Morales, 2005). En sus previos reportajes visibilizaron la enfermedad como una infección mortal, asociada a la transmisión sexual. Esta asociación se promovió porque los primeros casos identificados de la enfermedad se produjeron en hombres que mantenían sexo con hombres (HSH) (Arias-Colmenero et al., 2020; Bustamante-Salamanca, 2010). Posteriormente, al extenderse a toda la población, independientemente de la orientación sexual, fue cuando el VIH/sida se convirtió en la enfermedad de transmisión sexual capaz de modificar los hábitos sexuales del siglo XX (Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003).

Han sido muchos los esfuerzos invertidos en todo el mundo para conseguir su erradicación mediante abordajes dirigidos a tres líneas estratégicas. Estas son la

prevención ante el contagio de VIH; el tratamiento, atención y apoyo al paciente; y, por último, los derechos humanos e igualdad de género (Gol-Montserrat et al., 2018).

1.1 Contextualización histórica de la aparición del VIH/sida

El VIH es el agente etimológico del sida (Zajac, 2018). Se han cumplido cuarenta años desde su aparición el 5 de junio de 1981, cuando se describieron los 5 primeros casos de *Pneumocytis* en hombres homosexuales por el *Centers for Disease Control's Morbidity and Mortality Weekly Report* (de Cock et al., 2021).

Actualmente se continúa investigando acerca del origen del VIH. La hipótesis más aceptada, pero aún no confirmada epidemiológicamente, consiste en que el VIH se transmitió al ser humano a partir del contacto con los simios hace aproximadamente 35-50 años desde que se dieron los primeros casos (Zajac, 2018).

Sin embargo, un reciente estudio por Zajac, (2018) rechaza el dogma que alude que el VIH solo infectó a población humana en el siglo XX y sugiere que el VIH ha estado presente en la especie humana desde el comienzo de su existencia. Según esta hipótesis, se cree que la epidemia de la peste negra del siglo XIV (1347-1350), originada por la bacteria *Yersinia pestis*, que se estima que asoló al 20% de la de la población europea de la época (Cartwright y Biddiss, 2005), podría haber activado el VIH "latente" de sus portadores. Como resultado, la epidemia originó que los supervivientes de estas poblaciones caucásicas, que además portaban el VIH, sufrieran una mutación genética del CCR5 en CCR5 Δ 32, la cual supuestamente protegía de la infección del VIH. Se creyó que al no haber alcanzado las costas del África subsahariana, imposibilitó la erradicación del VIH, al igual que explicaría la ausencia de la mutación genética del CCR5 Δ 32 en esta población (European Union, 2005; Zajac, 2018).

Pero el origen de este evento selectivo originado por una gran epidemia fue cuestionado por diversos autores en diferentes años (Cohn y Weaver, 2006; Hummel et al., 2005; Solloch et al., 2017). Uno de los más recientes estudios realizado por Wei y Nielsen, (2019), tras haber confirmado que esta mutación otorgaba protección

absoluta frente a la infección por el VIH, tuvieron que retractarse al descubrir un sesgo en los datos analizados y dar por inválida su conclusión. No obstante, se continúa investigando la resistencia a la infección del VIH asociada a dicha mutación del CCR5 por su función de correceptor del virus en cuestión (receptor de quimicinas) (Hernández-Requejo et al., 2021).

En un primer momento, las investigaciones delimitaron la infección por VIH exclusivamente en el colectivo gay (Greene, 2007) o, más concretamente, entre los HSH (Arias-Colmenero et al., 2020; Greene, 2007; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). La mortalidad no se atribuyó específicamente a la infección por VIH, sino a un conjunto de infecciones oportunistas derivadas del estado de inmunodepresión de los pacientes, que podrían haberse evitado si no hubieran desarrollado la enfermedad del sida (Greene, 2007).

Estas afirmaciones/conclusiones afectaron muy negativamente a la comunidad homosexual masculina, denominando la infección por VIH como "plaga gay" o "síndrome gay" (Arias-Colmenero et al., 2020; Greene, 2007; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). Las manifestaciones clínicas del sida se representaron en el imaginario público como una persona físicamente demacrada por un envejecimiento prematuro y pigmentación púrpura oscura en cara y miembros superiores, provocada por el sarcoma de Kaposi (Greene, 2007), la neoplasia más llamativa en las personas con sida (Mominur Rahman et al., 2021).

Posteriormente en 1982, las investigaciones epidemiológicas determinaron que los mecanismos de transmisión del VIH son los fluidos corporales, y la exposición a la sangre o productos sanguíneos contaminados. En estos primeros años no se disponía de una prueba concluyente para el diagnóstico del VIH, por lo que el suministro de transfusiones fue realizado de manera insegura durante años. Uno de los casos más conocidos fue el de Elizabeth Glaser, quien a su vez transmitió la enfermedad a su hijo al nacer (contaminación vertical). El fallecimiento de ambos aumentó el interés científico por investigar en torno al VIH/sida, y se creó la primera Fundación de sida pediátrica Elizabeth Glaser. (Greene, 2007).

Alrededor de 15000 personas con hemofilia se infectaron en los Estados Unidos (EE.UU.) durante el período de 1981 a 1984 (Greene, 2007). Otro de los grupos vulnerables con alto riesgo de infección fueron los usuarios de drogas por vía parenteral al compartir jeringuillas contaminadas (Greene, 2007; Soriano et al., 2018). En 1984 se estableció el primer programa de control de intercambio de jeringas en Ámsterdam, el cual se extendió al resto de Europa (Greene, 2007).

Es esa época, los conocimientos científicos del área médica no estaban tan avanzados como ahora. Así que se entendía que el sida, y por consiguiente la infección del VIH, enmarcaba a la persona seropositiva en un pronóstico complicado y desconocido. A parte de asociarla con una sentencia de muerte inminente, se consideraba una enfermedad inmoral, resultado de unas conductas reprochables (Campillay y Monárdez, 2019; Ceylan y Koç, 2021).

Las exhaustivas investigaciones inmunológicas, lograron identificar la causa del sida. Los linfocitos T CD4 circulantes eran atacadas por el VIH disminuyendo sus niveles (Greene, 2007). Una persona con un sistema inmunitario sano presenta entre 500 y 1600 células/mm³ de T CD4 (HIV.gov, 2020), mientras que en las personas diagnosticadas de sida se encuentran por debajo de 200 células/mm³, lo que afecta a la vulnerabilidad ante las infecciones oportunistas así como propiciar el desarrollo de neoplasias malignas. En 1980 se hipotetizó que esta alteración podía ser causada por el retrovirus HTLV-I (descubierto por el equipo del doctor Gallo en EE.UU.) ya que transformaba los linfocitos T CD4 (Poiesz et al., 1980). Aunque con posterioridad se demostró que el HTLV-I no tenía relación alguna con el sida, esta hipótesis inicial facilitó la filiación del virus a la familia de los retrovirus en las posteriores investigaciones (Greene, 2007; HIV.gov, 2020; Poiesz et al., 1980).

Fue más tarde cuando surgieron en paralelo dos epidemias europeas de sida, una entre los HSH y otra entre inmigrantes de África Central, lo que infería la propagación de la infección, por primera vez, fuera de las fronteras de EE.UU. Consecutivamente, la transmisión se propagó entre personas heterosexuales, lo que supuso más del 80% de las nuevas infecciones en todo el mundo, con las tasas máximas de contagio en la zona de África subsahariana. En 1983, mediante el análisis de tejido de un paciente “pre-sida” con linfadenopatía aguda, Luc Montagnier y

colegas del Instituto Pasteur aislaron, originariamente, un nuevo retrovirus humano, identificado como VIH. En 1985, el aislamiento del VIH permitió el desarrollo del primer análisis de sangre. Pero no fue hasta 1986 cuando el equipo de Harold Varmus del Comité Internacional de Taxonomía de Virus lo denominase oficialmente VIH tras una polémica de autoría entre los dos equipos de investigación (Francia y EE. UU.) que colaboraban para esclarecer el causante del sida (Greene, 2007).

En la actualidad, en el caso de España, se estima que algo más del 13% de las personas con VIH desconoce que está infectada, según datos de GeSIDA, (2021) y de Miró et al., (2021), lo que ha contribuido a calificarla como “epidemia oculta” (Moreno et al., 2018). Es por ello por lo que las campañas estratégicas de prevención de la infección, a nivel mundial, estén orientadas hacia el diagnóstico precoz, la información y la realización del despistaje del VIH a la población (ONUSIDA, 2015).

1.2 Epidemiología del VIH

La infección por el VIH continúa siendo uno de los principales problemas de la salud pública mundial. Se calcula que a finales de 2021 había 38,4 millones de personas (33,9-43,8 millones) que vivían con el VIH, más de dos tercios (25,6 millones) en la región de África (OMS, 2022). En 2021 se estima que se produjeron 1,5 millones de contagios, y unas 650.000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030 (ODS 2030), contempla como meta global la disminución de la tasa de infecciones por el VIH a cero contagios, cero discriminación hacia las PVVS y cero muertes relacionadas por esta causa (ONUSIDA, 2015, 2020b).

A pesar de los esfuerzos internacionales en la prevención del VIH, no en todas las regiones ha disminuido en la misma proporción. En el caso de Europa del Este, Oriente Medio y Asia Central, la incidencia del VIH no ha decrecido tanto como se esperaba (de Cock et al., 2021).

La tasa más elevada de contagios continua actualmente en África (de Cock et al., 2021; Zajac, 2018). El epicentro de la pandemia se concentra en la zona de África

oriental y meridional (54% de la población infectada del VIH y el 43% de las infecciones y muertes incidentes por el VIH). Le sigue Asia y la región del Pacífico donde, aunque hay una mayor población, la tasa de personas que están infectadas de VIH es 3,5 veces menor (de Cock et al., 2021).

En España, en el último informe de 2021 en el que participaron 19 Comunidades Autónomas (CCAA) y las Ciudades Autónomas de Ceuta y la de Melilla (ésta última incompleta), se llegaron a notificar 1925 nuevos casos de VIH. En la Ilustración 1 se pueden apreciar las fluctuaciones de los nuevos diagnósticos del VIH desde el 2003 hasta el 2020, con la incorporación de todos los informes a partir de 2013. Si comparamos los datos obtenidos de los primeros años con los últimos, se aprecia un descenso del 41% respecto a los nuevos diagnósticos en 2019 que se atribuyen a diferentes factores asociados a la pandemia de covid-19. (Centro Nacional de Epidemiología, 2021).

No obstante, según datos de la OMS, la tasa global de los nuevos diagnósticos del VIH se mantiene similar en la región europea en los dos últimos informes que datan del 2021 y 2022. Sin embargo, la tasa de España supera la media de la Unión Europea y la de los países de Europa Occidental (Centro Nacional de Epidemiología, 2020, 2021).

Ilustración 1: Nuevos diagnósticos de infección por VIH: número de casos y tasa 100.000 habitantes. España. Años 2003-2020. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

CCAA de notificación	Año de diagnóstico																	Total	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		2020
BALEARES	139	140	150	186	146	207	189	185	157	178	171	140	152	162	165	125	118	117	2.827
CANARIAS	193	227	249	295	317	366	281	281	260	308	308	381	274	321	309	272	223	179	5.044
CATALUÑA	763	813	758	801	816	833	780	892	873	943	933	777	796	730	776	726	631	303	13.944
CEUTA	1	5	6	3	1	2	0	1	1	1	3	9	5	1	1	1	0	0	41
EXTREMADURA	57	50	40	51	45	66	58	56	65	69	72	47	49	46	45	31	37	6	890
NAVARRA	35	37	33	33	35	28	38	40	32	32	48	49	46	35	42	40	44	29	676
PAIS VASCO	183	148	157	154	178	200	207	197	176	162	142	155	151	157	133	169	147	105	2.921
LA RIOJA	39	29	32	28	26	20	22	28	19	15	26	13	21	21	18	28	20	15	420
ASTURIAS	96	113	87	80	84	122	102	108	87	78	59	73	69	66	82	70	63	46	1.485
GALICIA		211	211	212	215	213	220	174	188	225	190	185	162	131	123	119	153	105	3.037
MADRID					1.047	1.322	1.290	1.321	1.206	1.107	995	1.119	995	1.073	1.011	874	329	19	13.708
ARAGÓN						101	108	119	97	105	103	102	101	118	114	112	131	95	1.406
MELILLA						3	2	1	4	5	6	0	4	3	2	2	-	-	32
CASTILLA LA MANCHA						107	104	119	93	91	101	89	108	84	92	78	51	36	1.153
CASTILLA Y LEON							168	142	173	140	131	117	94	93	97	114	93	84	1.446
CANTABRIA							53	58	46	39	47	35	65	41	40	31	16	13	484
MURCIA							115	129	120	100	90	96	111	103	123	117	131	74	1.309
COM. VALENCIANA										433	350	350	348	472	476	431	504	363	3.727
ANDALUCÍA											642	754	694	648	625	573	336		5.035
TOTAL	1.506	1.773	1.723	1.843	2.910	3.590	3.737	3.851	3.597	4.031	4.417	4.491	4.314	4.351	4.297	3.965	3.264	1.925	59.585
Población CCAA participantes	14.469.101	17.417.278	17.668.855	17.906.093	24.302.431	28.026.013	32.732.970	32.843.416	32.853.439	37.863.951	46.591.857	46.452.801	46.407.166	46.466.116	46.549.073	46.733.056	47.016.144	47.269.590	
Tasa por 100.000 habitantes	10.41	10.18	9.75	10.29	11.97	12.81	11.42	11.73	10.95	10.65	9.48	9.67	9.30	9.36	9.23	8.48	6.94	4.07	

* Para el año 2019 y 2020 no se dispone de los datos de Melilla.

Fuente: Centro nacional de Epidemiología, 2021.

1.3 Factores de riesgo y grupos en situación de vulnerabilidad de contraer el VIH

En los primeros años de la aparición del VIH/sida se identificó como *grupos de riesgo* a los drogadictos, homosexuales y hemofílicos, ya que eran los más propensos a consumir muchos de los factores de riesgo que se van a describir a continuación. Este hecho propició que quienes no se sintieran identificados con estos grupos, descartasen su posible riesgo de contagio. Posteriormente, la denominación de *grupos de riesgo* se sustituyó por *conductas de riesgo* o *prácticas de riesgo* para incluir a toda la población y no limitarlo a los grupos identificados o históricamente vinculados al VIH/sida (Pickles et al., 2009; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). Por lo tanto, se consideran como factores de riesgo aquellos comportamientos que incrementan el riesgo de contraer el VIH. Los identificados por la OMS, (2021) son los siguientes:

- Mantener relaciones sexuales sin barreras de protección;

- Presentar alguna infección de transmisión sexual (ITS) como es la sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- Intercambiar agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables;
- Recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado;
- Pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.

En los últimos años, han aumentado los casos de las PVVS en jóvenes sexualmente activos, inmigrantes e incluso en una población más longeva sin previa sospecha de padecer el VIH. Las causas de dicho incremento se pueden atribuir al desconocimiento del individuo, al no tener acceso a las pruebas de cribado o simplemente, porque no desean realizárselas en su centro médico para no ser etiquetados (González del Castillo et al., 2020).

Por otro lado, cabe destacar que en la década de los noventa el antropólogo Merrill Singer publicó un estudio denominado SAVA, por sus siglas en inglés *Substance Abusive, Violence and AIDS* (Mendenhall et al., 2017; Sharma, 2017; Singer, 2000). Este sirvió para definir el fenómeno de la sindemia, término antropológico que alude a las complicaciones que pueden afectar en la salud de una población por el simple hecho de encontrarse en unos contextos sociales y económicos determinados (O'Leary et al., 2014; Sharma, 2017).

El estudio SAVA mostró que la sumatoria del consumo de sustancias, la violencia y el sida en un contexto social y económico bajo, empeoraba la enfermedad o multimorbilidad de estas personas (Mendenhall et al., 2017; Sharma, 2017; Singer, 2000). Además, se ha demostrado que los problemas psicosociales y estructurales coexisten en poblaciones vulnerables, lo que respalda la teoría de la sindemia, sin implicar necesariamente una sinergia o causalidad mutua (Mendenhall et al., 2017; Tsai y Venkataramani, 2016).

Este enfoque descrito ofrece una nueva herramienta para incluir los factores de riesgo en una población considerada vulnerable de riesgo (Mendenhall et al., 2017). También, permitió ramificar la medicina clínica e implementar posibles intervenciones desde la salud pública para interpretar el porqué de un mal resultado de la patología y los factores asociados que contribuyen a ello (Sharma, 2017).

Se han identificado como factores sindémicos los siguientes: depresión, abuso sexual infantil, problemas con el alcohol, problemas con el consumo de drogas y violencia de pareja íntima (O'Leary et al., 2014). También se había detectado que cada uno de esos factores sindémicos que se detectan contribuyen a un efecto sindémico sobre el riesgo sexual y/o el estado serológico del VIH en estudios previos. Por lo tanto, se tiene que considerar que el VIH/sida es un problema de salud sindémico (Mendenhall et al., 2017; O'Leary et al., 2014).

Así pues, la magnitud y frecuencia de las emergencias como las crisis complejas, inseguridad alimentaria, incidentes relacionados con el cambio climático y escalada de conflictos aumentan la vulnerabilidad de contraer el VIH/sida en personas refugiadas, migrantes y desplazadas. Un ejemplo del incremento del VIH es que pueden asumir prácticas de riesgo como ejercer el sexo transaccional o trabajo sexual sin medios de protección, tales como el preservativo (ONUSIDA, 2020a). Por consiguiente, no sorprende que el VIH/sida se haya vinculado a situaciones de marginalidad, así como prácticas de riesgo por ciertos grupos, normalmente marginados (Mena y Montañez, 2021; Pulerwitz et al., 2010; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006).

De este modo, el Programa Conjunto de Naciones Unidas (ONUSIDA) estableció como principales poblaciones de vulnerabilidad al VIH a los HSH, trabajadores/as sexuales y sus clientes, personas transgénero, personas que consumen drogas por vía parenteral, personas en prisión y en centros de internamiento (de Cock et al., 2021; ONUSIDA, 2020a; UNAIDS, 2020b; Van Der Graaf et al., 2021). Estos colectivos alcanzaron aproximadamente el 62% de todos los nuevos contagios en el 2019 (de Cock et al., 2021; UNAIDS, 2020b).

Según ONUSIDA, (2021, p. 23) el riesgo de contraer el VIH en las poblaciones claves o más vulnerables de riesgo a nivel mundial es más elevada al compararla con el resto de la comunidad:

- Los hombres homosexuales y los HSH tienen 25 veces mayor riesgo que los hombres heterosexuales.
- Las trabajadoras sexuales tienen 26 veces mayor riesgo que el resto de las mujeres de la población general.
- Las mujeres transgénero tienen 34 veces mayor riesgo que otras personas adultas.
- Las personas usuarias de drogas por vía parenteral tienen 35 veces mayor riesgo que los que no se inyectan drogas.

Las desigualdades que continúan favoreciendo la propagación del VIH y la pandemia del sida son las que conciernen al acceso a la atención sanitaria, las desigualdades de género, raciales/étnicas y la negación de los derechos humanos de las personas (Algarin et al., 2019; Crawford et al., 2022; ONUSIDA, 2021a).

Entre todos los factores, es de gran relevancia destacar la problemática de la violencia de género. En África Subsahariana representa el 10% de las nuevas infecciones. Alrededor de 243 millones de mujeres y niñas en todo el mundo han sufrido violencia sexual y/o física por su pareja íntima, lo que implica que tengan 1,5 veces más probabilidad de desarrollar el VIH en comparación con las que no han padecido este tipo de violencia. En las trabajadoras sexuales este riesgo de infección aumenta 30 veces más que en el resto de la población (UNAIDS, 2020b).

1.4 Estrategias para la prevención y control de la infección por el VIH.

Las formas más importantes de transmisión del VIH/sida, según la literatura son: contacto sexual, transmisión perinatal, transfusiones sanguíneas o exposición a hemoderivados contaminados, accidente laboral tipo biológico (por pinchazo o corte)

y el uso compartido de jeringuillas entre personas usuarias de drogas intravenosas (Fauci y Laune, 2020; Sánchez-Álvarez et al., 2012). Para combatir las infecciones del VIH/sida se propician como acciones estratégicas las siguientes (del Romero et al., 2019; Fauci y Laune, 2020; GeSIDA-semFYC, 2022; ONUSIDA, 2021a):

- El uso del preservativo.
- La circuncisión médica masculina voluntaria (disminuye la incidencia del VIH en países con elevada probabilidad de infección).
- Cribado poblacional y diagnóstico precoz.
- Educación sanitaria.
- El “tratamiento como prevención” para disminuir la carga vírica plasmática con el TAR, en personas seropositivas; la profilaxis pre-exposición (PrEP) y la profilaxis postexposición (PEP) como método de protección frente a la infección, en personas seronegativas.

Así pues, ONUSIDA, (2021b, p. 16) ha descrito tres estrategias clave interaccionadas entre sí para empoderar a las personas mediante una serie de programas, conocimientos y recursos que respondan a sus necesidades para reclamar sus derechos, protegerse y prosperar frente al VIH al igual que acabar con el sida:

- Prioridad estratégica 1: Maximizar el acceso equitativo e igual a los servicios y soluciones para el VIH;
- Prioridad estratégica 2: Romper barreras para lograr resultados contra el VIH;
- Prioridad estratégica 3: Ofrecer recursos completos y sostener respuestas eficientes contra el VIH e integrarlas en sistemas para salud, protección social, lugares humanitarios y respuestas contra pandemias.

1.4.1 La transmisión sexual

La principal causa de contagio del VIH a nivel mundial sigue siendo la transmisión sexual. Diversos estudios defienden que la prevención de las ITS, como ocurre con el VIH/sida, se fundamenta en los conocimientos previos para saber cómo protegerse (Cejudo-Cortés et al., 2018; Espada et al., 2014; Velo-Higueras et al., 2019). Por lo tanto, es necesario elaborar programas específicos de acción sostenida desde el ámbito de la educación, sobre todo en aquellos lugares donde la prevalencia del VIH/sida está más presente. Es por ello por lo que los profesionales de la educación deben tener una buena formación para instruir en unas prácticas sexuales sin riesgos desde edades tempranas (Caillods et al., 2009).

La educación sexual integral, tanto dentro como fuera de la escuela, acorde con la edad y cultura de la persona, permite desmitificar y mejorar la información acerca de la prevención del VIH. Todo ello es vital para la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo de pensamiento crítico, lo que fortalece la responsabilidad ciudadana (ONUSIDA, 2021a). Aun debiéndose mejorar los conocimientos desde la adolescencia, consta que los programas de intervención de educación sexual ralentizan el inicio de las relaciones sexuales, disminuyen el número de parejas sexuales, incrementan el uso y propician actitudes positivas hacia el preservativo (Boakye y Mavhandu-Mudzusi, 2019; Caillods et al., 2009; Espada et al., 2014; ONUSIDA, 2021a).

Según el estudio de Velo-Higueras et al., (2019) realizado en población adolescente española, las personas que presentan un perfil de alto riesgo de padecer VIH muestran un mejor conocimiento sobre prevención que los de bajo riesgo. Del mismo modo, quienes tengan un sentimiento de no pertenecer a los grupos vulnerables prejuiciosamente más propensos a contraer VIH/sida, disminuirán la probabilidad de hacerse la prueba (Campillay y Monárdez, 2019; Earnshaw y Chaudoir, 2009; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). Por otro lado, hay estudios que defienden que otra de las causas es el miedo y la discriminación asociados al VIH/sida, lo que dificulta el acceso a las pruebas, al tratamiento y a la atención del VIH. (Ceylan y Koç, 2021; Earnshaw y Chaudoir, 2009; Vorasane et al., 2017)

1.4.2 Estrategias de prevención y control en España

En España, para reducir el infradiagnóstico y diagnóstico tardío de la infección por el VIH (determinado por las cifras de linfocitos T CD4 inferiores a 350 células/ μ l en la primera determinación tras el diagnóstico) (González del Castillo et al., 2020), se elaboró la *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario* (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014) publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Sin embargo, su escasa difusión entre los profesionales sanitarios, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria, primer escalón de la asistencia sanitaria, ha dificultado las expectativas depositadas (Moreno et al., 2018).

El diagnóstico precoz incluye el despistaje o *screening*, que debe respetar el derecho de la persona a la confidencialidad y voluntariedad de realizárselo (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014; Moreno et al., 2018). Este va dirigido a las siguientes personas o colectivos vulnerables de riesgo que requieran descartar la infección por VIH (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014):

- A quienes lo soliciten por sospecha ante una exposición de riesgo.
- Parejas sexuales de personas infectadas por VIH.
- Personas usuarias de drogas inyectadas actualmente o con antecedentes de haberlo sido, y sus parejas sexuales.
- HSH y sus parejas sexuales (hombres y mujeres).
- Personas que ejercen la prostitución: mujeres, hombres y transexuales, sus parejas sexuales y sus clientes.
- Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o con prácticas de riesgo en los últimos doce meses.
- Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables.
- Personas que han sufrido agresión sexual.

- Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional (accidental).
- Personas procedentes de países de alta prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales.

Las consecuencias del infradiagnóstico y el diagnóstico tardío del VIH se resumen en tres puntos (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2017; González del Castillo et al., 2020):

- 1) Un peor pronóstico y pérdida de calidad de vida de los pacientes, lo que ocasionaría mayor riesgo de morbilidad e incluso su muerte;
- 2) Un aumento de los costes sanitarios debidos al tratamiento y a su atención;
- 3) Una mayor propagación de la epidemia, a consecuencia del desconocimiento de estar infectados.

Por otro lado, para proporcionar una mayor accesibilidad a las pruebas rápidas y que se pueda acceder a ellas de manera universal, también participan otras entidades además de las sanitarias, como son las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), unidades móviles o centros comunitarios entre otros (Moreno et al., 2018). En colación a esta idea, el MSSSI y el Consejo General de Farmacéuticos firmaron un convenio de colaboración para la venta de auto-test del VIH en las farmacias (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014).

Este convenio suscitó la polémica del afrontamiento de un diagnóstico de seropositividad sin el acompañamiento del personal sanitario como sustento (Moreno et al., 2018). Por ello se recomienda, como cualquier prueba diagnóstica precoz, una prueba confirmatoria realizada por profesionales sanitarios para descartar los falsos positivos o negativos del período ventana y comenzar una atención sanitaria según su necesidad (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014; García et al., 2011; OMS, 2021). Las técnicas confirmatorias suelen ser el Western Blot (WB)

y el Inmunoblot Recombinante (LIA) (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014).

Aunque el VIH/sida se ha relacionado con determinados grupos como se ha expuesto anteriormente, son las personas jóvenes y las personas inmigrantes las que refieren más prácticas de riesgo y, por lo tanto, son más vulnerables a contraer el VIH en la actualidad (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014). No obstante, esta población suele acudir poco a los centros de Atención Primaria, por lo que acceden al sistema sanitario a través de los Servicios de Urgencias. Esto motiva el debate de si ofertar o no la realización de la prueba de despistaje del VIH en dichas unidades. El profesional que se ocuparía de ello sería el responsable sanitario que atiende al usuario, en el triaje en enfermería o por petición del propio paciente (Miró et al., 2021; Picazo et al., 2018).

En oposición a esta iniciativa, se argumenta que supondría una sobrecarga adicional de la labor de los profesionales sanitarios en este servicio, y no se centraría la atención en la causa principal del ingreso (Argelich Ibañez y Juan-Serra, 2018).

Sin embargo, en un estudio realizado en territorio español, se estimó que hay alrededor de 150.000 personas infectadas de VIH de las cuales, un 14% lo desconoce (Miró et al., 2021). La tasa de transmisión de quienes no son conscientes de su estado serológico es 3,5 veces mayor que de las que sí la conocen (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014), lo que aumenta la causa de responsabilidad en un 50% de las nuevas infecciones (Marks et al., 2006; Miró et al., 2021).

Es frecuente que estas personas, previamente a su diagnóstico, hayan acudido a alguno de los servicios del sistema sanitario español y haya sido una oportunidad diagnóstica perdida (ODP) para iniciar los cuidados y tratamiento correspondientes (GeSIDA-semFYC, 2022; Miró et al., 2021). En un estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Aragón durante el periodo de 2011 a 2015 hallaron que de los nuevos diagnósticos detectados, una de cada tres personas que acuden a los Servicios de Urgencias previas al diagnóstico del VIH, fue una ODP (Gargallo-Bernad et al., 2019).

Del mismo modo, otro estudio realizado simultáneamente en Madrid, apoya el papel estratégico de los Servicios de Urgencias frente al de Atención Primaria, donde el porcentaje de detección fue un 0.3% superior (Gómez-Ayerbe et al., 2019). Esto induce a pensar que la culpabilidad del diagnóstico tardío recaiga en la estrategia fallida de un cribado precoz en este tipo de entornos sanitarios (GeSIDA-semFYC, 2022; González del Castillo et al., 2020) y que sea tan necesario establecer la coordinación entre la atención hospitalaria y primaria para ofertar un seguimiento de calidad en nuestros días (GeSIDA-semFYC, 2022).

Aunque el patrón en España suele estar vinculado a los HSH, los porcentajes de diagnóstico tardío fueron hasta en un 57% en personas heterosexuales (Fuster-RuizdeApodaca et al., 2017; González del Castillo et al., 2020). Este incremento coincide con lo hallado en otro estudio realizado en Nigeria, donde observaron que entre un 26 y 46% de los nuevos contagios ocurrían entre parejas estabilizadas que no advertían de parejas externas (Mitchell et al., 2015).

Otra de las estrategias disponibles que se han desarrollado en estos últimos años es la PrEP como prevención en la adquisición del VIH. Es una intervención biomédica destinada a quienes presenten un alto riesgo de infectarse. Fue aprobada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y consiste en la administración de un medicamento TAR una vez al día (Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + Emtricitabina (FTC)) previa a la exposición al virus. Actualmente, en España, es el medicamento Truvada® el usado como TAR para el VIH (MSSI, 2018).

A pesar de los buenos resultados obtenidos en los estudios piloto con pacientes que no han tomado TAR previamente (paciente *naïve*), la PrEP continúa siendo escasa a nivel internacional. Es por ello por lo que se necesitan ajustar los términos de eficacia y coste-efectividad en los casos reales. Este tratamiento debe estar acompañado de una serie de estrategias preventivas enfocadas tanto para la infección del VIH como para otras ITS (MSSI, 2018).

Además, para que el tratamiento PrEP tenga un mayor éxito debe combinarse con una serie de estrategias que actúan a diferentes niveles: cambio de comportamiento (a nivel individual y grupal), biomédicas (actuación rápida ante el

diagnóstico, cribado y vacunación), tratamiento según el tipo de exposición y defensa de derechos (*Tabla 1*) (MSSI, 2018).

Esta estrategia debe ser reforzada por tres acciones que debe realizar el personal sanitario en personas vulnerables de contraer el VIH/sida (MSSI, 2018, p. 31):

1. Crear y mantener un clima de confianza y confidencialidad para discutir sobre los comportamientos sexuales y abuso de sustancias.
2. Construir un diálogo permanente con el paciente acerca de sus prácticas de riesgo y documentarlas en el informe clínico.
3. Reforzar que la PrEP no siempre es efectiva para prevenir el VIH, pero informar que su uso constante junto a otras medidas de prevención ofrece un nivel muy alto de protección.

Tabla 1: Estrategias preventivas combinadas con la PrEP.

Estrategias de cambio de comportamientos	Estrategias Biomédicas	Estrategias de tratamiento	Estrategias de defensa de derechos
Consejo asistido para reducción de riesgo	Diagnóstico precoz de VIH	PPE	Liderazgo político
Educación afectivo-sexual	Cribado de ITS	TAR al diagnóstico	Participación comunitaria
Promoción del uso del preservativo	Vacunación de VHA, VHB y VPH	Tratamiento de ITS	Acceso a los servicios
Reducción daños: Intercambio de jeringuillas y tratamiento sustitutivo opiáceos			

ITS: Infecciones de Transmisión sexual. PPE: Profilaxis postexposición, TAR: Tratamiento antirretroviral. VHA: Virus de la hepatitis A. VHB: Virus de la hepatitis B. VPH: Virus del Papiloma humano

Fuente: Actualización del Plan Nacional sobre el SIDA et al., (2018, p. 10)

El TAR ha permitido un gran avance sanitario para los pacientes con VIH/sida (del Amo y Pérez-Molina, 2018; GeSIDA-semFYC, 2022; Rodríguez-Muñoz y Moreno, 2019). Aunque no erradica en su totalidad la infección, reduce la carga viral plasmática, lo que se traduce en disminuir el riesgo de transmisión del VIH, junto con una vida más prolongada, sana y de calidad para el paciente (del Amo y Pérez-Molina,

2018; Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014; Gol-Montserrat et al., 2018; Rodríguez-Muñoz y Moreno, 2019). Este método es permanente, si por cualquier motivo se suspende, el virus se manifiesta a los pocos días o semanas en la sangre (Rodríguez-Muñoz y Moreno, 2019).

Aunque son muchos los avances farmacológicos que permiten el control de la infección y desarrollo de la enfermedad, en un estudio realizado en Portugal apuntan a que el coste permanece constante en lo referente al TAR, mientras que las hospitalizaciones e ingresos relacionados con el VIH incrementan la cuantía económica (Shaaban y Martins, 2019). Así pues, donde más esfuerzos se depositan como modo estratégico de ponerle fin es en la propia autoprotección ante la infección. Esto se debe a que está ampliamente documentado el medio de transmisión (a través de líquidos corporales como son la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales; y la materno-fetal durante el embarazo y el parto) (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2014; OMS, 2021; Sánchez-Álvarez et al., 2012; Sánchez-Yáñez y Leal-Lozano, 2004).

Si bien es cierto que en España aún no se han realizado estudios sobre el coste-beneficio de la PrEP, los realizados en EE.UU. concluyen que el hecho de promover el diagnóstico precoz del VIH, dar continuidad a la atención sanitaria y al tratamiento, tenían menor coste que la PrEP por cada infección evitada por el VIH (MSSI, 2018).

2. El estigma o estigmatización

La denotación del estigma o estigmatización consolida las diferencias significativas entre categorías de personas y su inserción en sistemas o estructuras de poder. El estigma y la estigmatización funcionan como punto de unión entre cultura, poder y diferencia (Goldberg, 2017; Parker y Aggleton, 2003).

En las relaciones de poder se pueden discernir dos grupos, las que explotan o dominan (las personas pertenecientes al grupo mayoritario) y las que son explotadas o dominadas (las que coincide con el grupo estigmatizado deprimido) (Goldberg, 2017). Solo explorando las relaciones entre estas diferentes categorías es posible

entenderlas como un fenómeno central para la constitución del orden social y no como un fenómeno aislado de expresiones, actitudes individuales o valores culturales (Parker y Aggleton, 2003).

Los seres humanos llegan a esta interacción alentados por el cumplimiento de unas normas sociales preestablecidas para constituir un orden social homogeneizado, así como la evitación de enfermedades (Bos et al., 2013; Earnshaw y Chaudoir, 2009; Phelan et al., 2008). Como indica Llinares-Pellicer y Lloret-Botonat, (2010, p. 117) “solo lo diferente puede ser objeto de una concepción estereotipada, pues no hay estereotipos sin un grupo social de referencia”. La simple amenaza de ser estigmatizado anima a los afectados a ajustarse a las normas del resto del grupo (Bos et al., 2013).

2.1 Concepto de estigma, prejuicio y discriminación

El trabajo de Goffman (1963) definió el **estigma** como un atributo que desacredita profundamente y se caracteriza por un constructo social que varía a través del contexto social (Campillay y Monárdez, 2019; Earnshaw y Chaudoir, 2009; Goffman, 1963; Phelan et al., 2008). Se define como “el rechazo social que resulta de la discriminación y el ridículo hacia un grupo o condición en particular” (Kamen et al., 2016). Goffman identificó tres tipos de estigmas diferenciadas en: abominaciones del cuerpo (deformidades físicas), defectos del carácter individual (p. ej., adicción, homosexualidad, encarcelamiento) y estigma tribal (p. ej., raza, nación y religión). También argumentó que el individuo estigmatizado presenta una característica no deseable que constituye una diferencia o desviación de lo que la sociedad espera de esa persona, a lo que denominó “identidad estropeada” (Goffman, 1963).

Con esta idea de Goffman y según la definición realizada por Algarin et al., (2019, p. 2993) se podría decir que quienes se salen de la norma suelen identificarse con grupos marginados, ya que “una identidad de grupo marginado, en términos sociológicos, se define como una identidad que carece de poder social en comparación con la identidad del grupo dominante, independientemente del tamaño del grupo de identidad”.

En el desarrollo de este proceso de estigmatización puede concurrir una disonancia sustancial entre lo que uno piensa de sí mismo y cuáles sean las opiniones de los demás. Goffman lo calificó como discrepancia de identidad virtual y real. Este autor postulaba que esta inconsistencia podía influir negativamente en la identidad social del individuo, lo que derivaría hacia su aislamiento social. Pero la mayor preocupación del individuo estigmatizado es ser aceptado por los demás (Florum-Smith y De Santis, 2012). Por lo tanto, el estigma repercute en la manera de pensar de la propia persona acerca de cómo se percibe a sí misma. Como consecuencia de ello, experimenta sentimientos incapacitantes de angustia, vergüenza, desánimo, duda, culpa, reproche e inferioridad. (Caillods et al., 2009). Así pues, como desencadenantes que conforman el estigma se deben diferenciar otros dos conceptos:

El **prejuicio**, que es aquella actitud, emoción o conducta negativa “que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento” (Linares-Pellicer y Lloret-Botonat, 2010, p. 117). Normalmente el prejuicio es negativo y la emoción que suele acompañarla es la ira, el asco o el miedo (Earnshaw et al., 2013).

Según Allport (1962) define al prejuicio como “una antipatía que se apoya en una generalización imperfecta e inflexible. Puede sentirse o expresarse. Puede estar dirigida hacia un grupo en general, o hacia un individuo por el hecho de ser miembro de ese grupo. El efecto final del prejuicio es colocar al objeto de este en una situación de desventaja no merecida por su propia conducta” (Baena-Pérez et al., 2015, p. 2).

Por otro lado, la **discriminación** es el trato o acto desigual que responde como modo conductual del prejuicio (Florum-Smith y De Santis, 2012; Vorasane et al., 2017). Esta radica en la diferencia existente entre el grupo social que domina y el que es dominado (Vorasane et al., 2017). Es decir, repercute a nivel individual (trato desigual que surge del hecho de pertenecer a un grupo social particular), y a nivel estructural (concierno a los contextos sociales que restringen las oportunidades, los recursos y el bienestar individual del grupo social en particular) (Hatzenbuehler et al., 2013).

Por lo tanto, el estereotipo en el que se basa un estigma es un representante cognitivo del prejuicio el cual, a su vez, se manifiesta a través de la discriminación. De este modo se entiende que el significado de estigma no puede omitir el de discriminación, en el cual se encuentra inmerso el prejuicio, ya que imposibilitaría tener el significado pleno que se le asigna (Hatzenbuehler et al., 2013). La presión social y la motivación interna que genera el estigma consigue mantener a la gente a raya (explotación), mantenerlos dentro (aplicación de normas) y mantener a la gente alejada (evitación de enfermedades) (Link y Phelan, 2001).

2.2 **Ámbito de desarrollo del estigma**

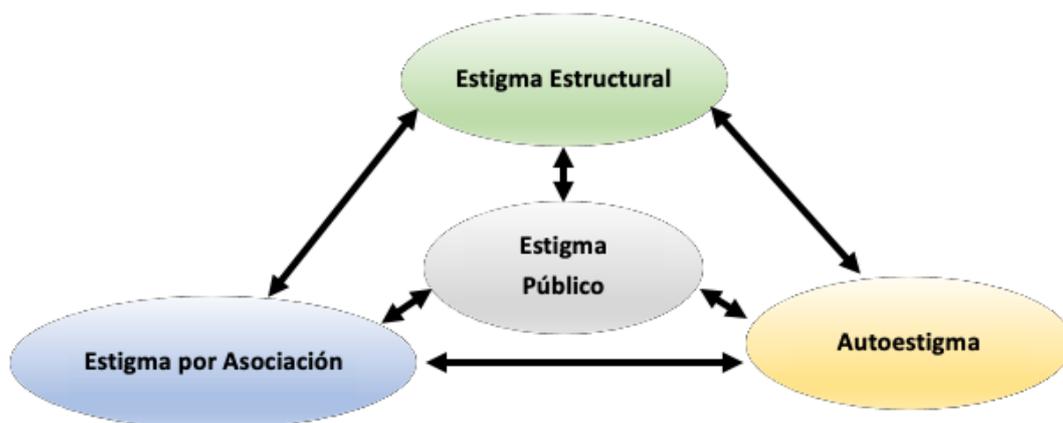
Años más tarde de la definición de Goffman (1963), los investigadores Pryor y Reeder (2011) diferenciaron cuatro manifestaciones donde se desarrollaba el estigma (Bos et al., 2013; Fuster-RuizdeApodaca et al., 2018; Pryor y Reeder, 2011):

- *Estigma público*: Representa el conjunto de reacciones sociales y psicológicas hacia las personas que sufren una condición estigmatizada.
- *Autoestigma*: Representa el impacto social y psicológico hacia una persona perteneciente a un grupo estigmatizado. Esta a su vez está conformada por:
 - *Estigma sentido*: Experiencia o anticipación de dicha discriminación por parte de la persona estigmatizada.
 - *Estigma interiorizado*: Aceptación de esos estereotipos negativos sobre el grupo estigmatizado en la que se incluye una internalización de las propias creencias y afectos negativos vinculados a la propia condición estigmatizada.
- *Estigma por asociación o de cortesía*: Hace referencia a las reacciones sociales y psicológicas ante los propios componentes de los grupos estigmatizados, como suele ocurrir con familiares y amigos. En esta también influyen las reacciones de las personas al verse relacionadas con alguien estigmatizado.

- *Estigma estructural o institucional*: Corresponde a la legitimación y preservación de las instituciones y sistemas ideológicos de la sociedad como producto de fuerzas sociopolíticas.

En la Ilustración 2 se muestra la interrelación de las 4 dimensiones descritas anteriormente. En ella, el estigma público se encuentra en el centro ya que es el que consolida la devaluación de un atributo social (Bos et al., 2013).

Ilustración 2: Los cuatro tipos de estigmas según Pryor y Reeder (2011).



Fuente: Actualizado a partir de Bos et al., (2013, p. 2)

2.3 Repercusión de los estigmas ante los grupos minoritarios

Son diversos los estudios que se han centrado en describir cómo repercuten para la salud de la persona los estigmas asociados a ciertas patologías o diversidades sexuales. Sin embargo, el resultado de dicho impacto estigmatizante no puede aislarse únicamente en el ámbito de tratamiento de atención sanitaria y de salud. Durante el proceso de salud-enfermedad hay que considerar todas las circunstancias que tiene la persona y cómo trasciende el estigma en su vida, empleo o ingresos, relaciones sociales, respuestas psicológicas o conductuales adaptativas. Es así como el estigma representa un rol en las relaciones de poder y control dentro de la sociedad (Hatzenbuehler et al., 2013; UNAIDS, 2020a).

A continuación, se desglosa la asociación que se establece entre el estigma a la salud según Hatzenbuehler et al., (2013). Estos autores han identificado como detonantes de desigualdad a las ITS (en concreto el VIH/sida), la enfermedad mental, la obesidad, incluso la orientación sexual o estar en prisión (Hatzenbuehler et al., 2013; ONUSIDA, 2021a):

- Uno de los recursos que más pone en evidencia las diferencias frente a la salud es el nivel socioeconómico. Quienes ostenten un elevado nivel adquisitivo, educacional, poder, prestigio y relaciones sociales beneficiosas, gozarán de una mayor ventaja en su salud.
- Por el miedo a que se conozca su condición estigmatizante incurren al aislamiento social para evitar los prejuicios y etiquetas entre sus círculos cercanos. La afectación del apoyo social provoca un desequilibrio directamente proporcional entre la diferencia que caracteriza al individuo de los demás y su salud.
- Referente a las respuestas psicológicas y conductuales al estigma la literatura muestra controversia. Es lógico generalizar la idea de que quienes se enfrentan a ser estigmatizados encontrarían vulnerada su propia autoestima. Pero, por otro lado, el enfrentamiento y superación hacia las opiniones negativas hace que muchos se empoderen para desafiarlo y resistirlo. Sin embargo, se ha demostrado que incluso esta última mantenida en el tiempo puede generar consecuencias mentales y físicas negativas, e incluso vincularse con conductas desadaptativas como fumar y beber.
- El estrés también tiene un rol importante en las minorías que experimentan la estigmatización, como pueden ser el aumento en la presión arterial diastólica y el aumento del cortisol que, mantenidas en el tiempo pueden afectar a la salud de la persona.

Si a estos detonantes en desigualdad previamente descritos se le suman las categorías biológicas, sociales y culturales concretas a las que pertenezca la persona (como por ejemplo el sexo, la edad, el género, la enfermedad, la discapacidad, la

raza/etnia, la clase social o la orientación sexual), tenderán a verse potenciadas los distintos sistemas de opresión/desigualdad que puedan sufrir. Es lo que se conoce como teoría de la interseccionalidad, en la que, cuantas más categorías interseccionales posea la persona, mayor grado de discriminación repercutirá hacia quien ya la padezca (Purdie-Vaughns y Eibach, 2008).

3. La actitud

3.1 Definición de actitud

La actitud posee más de un significado dada su derivación del latín *aptus* la cual hace referencia al significado de “idoneidad” o “adaptación” y, además, alude al estado subjetivo o mental de preparación para la acción. Así pues, en este término confluyen la psicología mentalista, con las “actitudes mentales” (las que se elaboran previas a la acción); y la psicología de la respuesta, con las “actitudes motrices” (las que se visibilizan en la acción). De este modo, se podría concluir que la actitud se determina por un estado neuropsíquico de preparación para la actividad mental y física (Allport, 1933).

Desde una perspectiva más actual, la psicología social define las actitudes como la valoración y evaluación que hacen las personas ante diferentes *objetos de actitud*. Estos objetos de actitud pueden ser objetos materiales, personas, situaciones, comportamientos e incluso ideas. A su vez pueden referirse a algo concreto o abstracto y son expresadas mediante emociones, pensamientos o el propio comportamiento (Palacios, 2011).

Así pues, se trataría de un estado interno evaluativo de la idiosincrasia de la propia persona, influenciada por la naturaleza de la sociedad en la que vive. Es por ello por lo que se establece una relación estrecha entre la conformación de una actitud y los estigmas. Especialmente, el estigma público (lo que se ha definido en su momento como las reacciones sociales y psicológicas hacia las personas que sufren una condición estigmatizada), implica una serie de componentes emocionales, cognitivos y conductuales que van a servir de indicador de una posible conducta y no de la conducta en sí (Antonín-Martín y Tomás-Sábado, 2004; Moscovici, 1990; Pryor y Reeder, 2011). En el apartado 3.2 se explicará con mayor detalle.

Las evaluaciones que diferencian a las actitudes van a estar definidas por (Palacios, 2011):

- Su dirección o valencia:
 - Positiva.
 - Negativa.
 - Neutra: La valoración no es ni positiva ni negativa.
 - Ambivalente: La valoración es al mismo tiempo positiva y negativa.
 - Nula: Sin preferencia ante ese objeto de actitud.
- Su intensidad o polaridad: Indica el grado con el que se evalúa en función de favorable o desfavorable ante dicho objeto de actitud.

3.2 Estructura y propiedades de la actitud

Para comprender la organización mental de las actitudes, Rosenber y Hovland en 1960 desarrollaron el *modelo tripartito* en el que se diferenciaban tres componentes estructurales (Lohrmann et al., 2000; Palacios, 2011; Ubillos et al., 2003):

- Componente cognitivo: Son las creencias que las personas constituyen entre un objeto de actitud y una serie de atributos o características. Dentro de ella se encuentran las ideas, pensamientos y opiniones.
- Componente afectivo: Son los sentimientos y las emociones que se asocian al objeto actitudinal.
- Componente conductual o conativo: Son las acciones o disposición de comportarse de una manera determinada ante un objeto actitudinal.

Aunque esta teoría permite predecir la conducta de la persona cuando hay coherencia entre sus componentes, no siempre es así. Cada componente puede expresar una evaluación con dirección normalmente positiva, negativa o neutra y una intensidad en mayor o menor grado. Un ejemplo claro de incoherencia entre sus

componentes es el siguiente: una persona fumadora sabe que fumar es malo (componente cognitivo), tiene miedo de desarrollar un cáncer de pulmón por el riesgo que conlleva (componente afectivo) y, sin embargo, sigue fumando (componente conductual) (Palacios, 2011).

Por otro lado, para comprender la organización y asociación entre las actitudes y la conducta, es necesario exponer las propiedades de las actitudes (Palacios, 2011):

- *Accesibilidad*: Va a determinar la facilidad con la que la actitud se recupera de la memoria, al igual que la velocidad con la que es recordada y activada. Cuanto mayor es la accesibilidad, mayor será la influencia de esta en el comportamiento.
- *Fuerza*: Se refiere a la estabilidad y resistencia temporal de la actitud en el tiempo. Es decir, que cuanto mayor sea la fuerza de la actitud, se mantendrán más intactas y no cambiables con el tiempo.

El grado de la fuerza viene determinado por tres factores: una *experiencia directa* en primera persona, un *consenso social* (creencia de que la mayoría piensa lo mismo que uno mismo) y, por último, la *importancia* que se le otorgue a la actitud y no al objeto de actitud. Para entender mejor esto último, un ejemplo de ello sería la votación en unas elecciones políticas. No importa tanto a qué partido se va a votar, como la importancia que dé la persona al hecho de ejercer su derecho al voto.

- *Ambivalencia actitudinal*: El ser humano es capaz de evaluar el mismo objeto actitudinal de manera positiva y negativa a la vez. Los motivos que lo incentivan son la inconsistencia entre uno, dos o tres de sus componentes estructurales (modelo tripartito) así como evaluaciones contradictorias al mismo tiempo.

Esto va a generar en la persona un estado desagradable y poco adaptativo que puede solucionar de dos maneras. Una sería quitarle importancia o evadirse del tema y, la otra, buscar información adicional para decantarse por alguna de ellas.

- *Actitudes explícitas/implícitas:* Las explícitas indican la manera consciente de identificar nuestro comportamiento. Mientras que las implícitas aluden a la parte inconsciente de la influencia de dicha actitud en el comportamiento.

3.3 Influencia de las actitudes en la conformación del comportamiento

Desde la rama de la psicología social se ha tratado de dilucidar la conformación de las actitudes y cómo estas repercuten en el comportamiento del individuo. Esto desencadenó una amplia línea de investigación que continúa en nuestros días (Verplanken y Orbell, 2022). Dada la temática de esta tesis se cree pertinente hablar de las teorías en las que influyen la sociedad y, por otro lado, de las del propio individuo como ser racional.

Para comprender los fenómenos sociales, se destaca la Teoría de la Representación Social (TRS) impulsada por Serge Moscovici en la década de 1960. Esta teoría consiste en dilucidar cómo se conforman las creencias, conocimientos y actitudes a través de la comunidad y cuáles son los factores que determinan dicho proceso (Cejudo-Cortés et al., 2018). Moscovici diferenció tres categorías (Cejudo-Cortés et al., 2018; Moscovici, 1990):

- *Información:* Relativa a los conocimientos acerca del objeto social en cuestión, los cuales se adquieren en la comunicación verbal interpersonal, por el contacto directo o experiencias con el propio objeto.
- *Campo de representación:* Es la imagen de ese objeto que ha sido elaborada por la sociedad y por el propio sujeto.
- *Actitud:* Se refiere a las percepciones negativas o positivas que se tienen del objeto, sustentadas en la información y campo de representación previamente establecidas.

La otra teoría destacable fue la postulada por Icek Ajzen y Martín Fishbein en 1980 denominada Teoría de la Acción Razonada. En ella se concebía al ser humano como un ser racional, cuyas decisiones estarían influenciadas por la valoración previa

de las consecuencias de sus actos. Indica que prevalece un fenómeno afectivo determinado por las creencias hacia el objeto actitudinal. Por lo tanto, señala que la conducta está influenciada por la intención de la conducta, y esta a su vez también influenciada por la actitud y la norma subjetiva medida en opiniones favorables o desfavorables ante una conducta específica (Ubillos et al., 2003).

La Teoría de la Acción Razonada se ha aplicado en estudios cuyo objetivo era predecir y comprender el comportamiento a través de la formación de las creencias (descriptivas, inferenciales e informativas), con el fin de llevar a cabo una estrategia de acción eficaz para la mejora del propio comportamiento humano (Reyes-Rodríguez, 2007).

No obstante, es pertinente discernir cómo las propias actitudes van a estar influenciadas por diferentes factores además de entender cómo interaccionan para originar un cambio de comportamiento. Según lo recogido por Ubillos et al., (2003), las actitudes van a estar influenciadas por:

- Evaluación de un objeto social a través de **los valores**. Los valores son objetos generales y abstractos que van a servir como punto de decisión y juicio para desarrollar las actitudes y las creencias específicas de manera positiva sin referencias ni objetos concretos.
- Dimensión cognitiva mediante **opiniones y creencias**. Las opiniones se refieren a la verbalización de las actitudes o expresiones directas de acuerdo o en desacuerdo sin una relación con la actitud ya preconcebida. Y las creencias son las cogniciones, conocimientos o información que tiene la persona sobre un objeto actitudinal.
- Los **hábitos** son el resultado de un patrón de conducta cotidiana y repetitiva cuya acción es generalmente inconsciente, automática y asociada a una respuesta memorizada en un contexto estable (Verplanken y Orbell, 2022).

Primero, para que se produzca un cambio en el comportamiento, es necesario que haya una transformación previa en la actitud e intenciones de la persona. Y, por otra parte, para que se consoliden en la forma de ser del individuo, tendrá que

convertirse en un hábito. De este modo, aquellas actitudes fuertemente mantenidas tienen las características de estar arraigadas en el tiempo, ser resistentes a cualquier cambio persuasivo y tener un impacto en el comportamiento de la persona ante dicho objeto o situación (Verplanken y Orbell, 2022).

El problema en el cambio del comportamiento recae cuando una actitud generalmente negativa conlleva a un comportamiento también negativo ante el objeto de actitud. La actitud negativa según Billing (1975) y Allport (1962), es lo que se comprende como prejuicio, refiriéndose este a un juicio previo sin pruebas contundentes, donde emanan opiniones dogmáticas y desfavorables hacia ciertos grupos y los miembros que lo conforman (Baena-Pérez et al., 2015).

Por ello, en la correlación que se establece entre la actitud y el prejuicio, la actitud se vincula a una creencia desmesuradamente generalizada y como consecuentemente, errónea. A veces no es necesario diferenciar entre actitud y creencia ante un prejuicio, ya que se suele encontrar implícito. Pero otras veces sí, sobre todo cuando se quieren limitar los propios prejuicios, lo que infiere modificar las creencias, pero sin cambiar la propia actitud de la persona (Allport, 1971).

Para modificar el propio comportamiento se han desarrollado diferentes teorías como la de Zajonc (1968) denominada “efecto de la mera exposición” ante un objeto actitudinal nuevo, como podría ser una canción en la radio. En ella indica que la exposición repetida del objeto actitudinal permite que se obtenga una respuesta favorable por parte del individuo. Del mismo modo, Bornstein (1989) encontró que el tiempo y la frecuencia de la exposición también la favorecían. Sin embargo, Brickman et al., (1972) indicaron que, si ya la persona tenía una experiencia previa con el objeto actitudinal, esto solo acentuaría la actitud original de la persona sin producir un cambio a nivel de sus propias creencias o comportamiento (Palacios, 2011).

No obstante, los factores que van a influenciar la actitud sobre la conducta van a ser (Palacios, 2011):

- Las normas sociales supuestamente establecidas en ese contexto social que indican cómo comportarse (autoobservación).

- La presión temporal que no permita un tiempo suficiente de reflexión para elaborar la respuesta comportamental que se requiera.
- La elección misma de las situaciones en las que se desea ser miembro activo de participación al sentirse cómodo en el ambiente.

Por ello, es complejo discernir entre las motivaciones individuales y sociales que animan a adquirir ciertas actitudes, especialmente cuando consta que la cultura influye sustancialmente (Moscovici, 1990).

3.4 Instrumentos de medida de las actitudes

La medición de las actitudes hace referencia al grado con el que se mide su intensidad (favorable o desfavorable) un objeto actitudinal. Se basa en (Palacios, 2011):

- a) Medidas explícitas o indirectas: Son técnicas de autoinforme relativamente controladas, deliberadas y conscientes.
 - *Escalas tipo Likert*: Serie de ítems referidos al objeto de actitud junto a los cuales aparece una escala gradual de acuerdo o desacuerdo ante esa afirmación. La persona elige con qué grado se siente identificado. Finalmente se obtiene una puntuación promedia del conjunto de los ítems.
 - *Diferencial semántico*: Mediante una serie de calificativos bipolares (más positivos y más negativos) relativos al objeto de actitud, la persona elige la que representa mejor su actitud ante dicho objeto actitudinal.
- b) Medidas implícitas o directas: Son respuestas automáticas, no controladas por parte de la persona, ya que no se relacionan con ese objeto de actitud.
 - *Preexposición o priming*: Se presenta el objeto de actitud durante unos segundos en el ordenador (estímulo primado, por ejemplo, una “serpiente”). Después, se muestran una serie de palabras (adjetivos) con carga emocional positiva o negativa (“bueno” o “malo”, una de las dos)

y la persona debe contestar lo más rápido posible si dicho apelativo es positivo o negativo con relación al estímulo primado. De esta manera se mide el afecto del individuo hacia el objeto de actitud.

- *Test de asociación implícita*: Se utiliza para medir actitudes prejuiciosas hacia determinados grupos sociales. Mide el tiempo de respuesta entre dos conceptos, uno el objeto de actitud y el otro una serie de palabras con diferente grado evaluativo.

4. Actitudes estigmatizantes hacia el VIH/sida

Toda persona, seropositiva o no, debe vivir su vida con total plenitud, desde su nacimiento hasta su vejez, con total dignidad y libres de discriminación (ONUSIDA, 2015). En contraposición a esta premisa, el VIH/sida arrastra una connotación despectiva desde su aparición en la década de los ochenta (Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006) y repercute negativamente tanto en la sociedad en sí como en la propia población seropositiva (Phelan et al., 2008; Vorasane et al., 2017).

Cualquier actitud que ocasione un daño, menosprecio, desacreditación, desprecio y/o discriminación hacia las PVVS y, por ende, a su entorno social más cercano, se considera un estigma (Caillods et al., 2009). Dichas actitudes incluyen pensamientos cognitivos o creencias sustentadas por el desconocimiento previo del virus, y puede explicarse en parte por el miedo que rodea a la enfermedad (Vorasane et al., 2017). También suelen estar motivadas por el juicio moral contra el grupo en cuestión debido los primeros casos vinculados al VIH/sida desde su aparición (sexo, drogas, prostitución) (Caillods et al., 2009; Florom-Smith y De Santis, 2012). Así pues, por un lado, resulta difícil la eliminación del estigma hacia el VIH/sida al estar tan arraigado en la sociedad (Caillods et al., 2009) y, por otro, las PVVS se ven devaluados por el resto de la población seronegativa (Vorasane et al., 2017).

Por ello, quienes sean capaces de reconocer las reacciones negativas hacia las PVVS como consecuencia de los prejuicios y estigmas asociados al VIH/sida, y se sientan motivados a controlarlos, quizás intervengan en la erradicación de sus conductas negativas e influyan en las del resto de la sociedad (Pryor y Reeder, 2011).

4.1 Repercusión de las actitudes estigmatizantes del VIH/sida en la sociedad

Los hallazgos de Parker y Aggleton, (2003), destacan que otras investigaciones se han centrado en las 'actitudes estigmatizantes'. Estas actitudes se han vinculado con tergiversaciones y desinformación a cerca de los modos de contraer el VIH o el riesgo de infección a través del contacto social cotidiano. Estas son denominadas 'actitudes negativas' y van dirigidas hacia los grupos identificados como los más afectados de manera desproporcionada por la epidemia, como los hombres homosexuales y bisexuales, los consumidores de drogas inyectables o los profesionales del sexo.

Algunas de las actitudes negativas relacionadas con el VIH/sida en otros estudios fueron una ideología más retrógrada, un nivel bajo de conocimiento, ser joven, tener miedo al contagio, su elevada mortalidad al contraerla, el tipo de vía de contagio, exagerar los riesgos y no conocer a nadie con VIH/sida. No obstante, se descubrió una asociación significativa entre las actitudes hacia los pacientes de sida y las personas de orientación homosexual. Del mismo modo, se relacionó que las personas con miedo al VIH/sida presentaron una mayor homofobia en comparación con quienes referían tener menos miedo al VIH/sida (Lohrmann et al., 2000; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003).

El VIH/sida se ha vinculado a situaciones de marginalidad, así como en sus prácticas de riesgo, por lo que ha conducido a un abordaje sesgado que excluía a la comunidad en su conjunto (Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006). Renunciar a hacerse la prueba del VIH es un claro ejemplo de evitar esta etiqueta. A menudo se buscan otros servicios de salud no relacionados con los habituales, quizás para ocultar el posible diagnóstico (Pryor y Reeder, 2011).

En la actualidad, sobre todo en los países desarrollados, las PVVS son cada vez más longevas y viven la enfermedad como una afección crónica más asequible, siendo las comorbilidades asociadas más frecuentes las enfermedades cardiovasculares, renales, psiquiátricas y neoplasias, vinculadas principalmente al proceso de envejecimiento (Boakye y Mavhandu-Mudzusi, 2019; Emler, 2007;

Flickinger et al., 2016; Florom-Smith y De Santis, 2012; Fuster-RuizdeApodaca et al., 2021; Gol-Montserrat et al., 2018; ONUSIDA, 2015).

No obstante, vivir con VIH/sida todavía tiene un impacto peyorativo. Esta infección continúa mostrando una significativa repercusión en desigualdad a nivel económico, político, jurídico y social (González del Castillo et al., 2020; ONUSIDA, 2020b; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). En este último sentido, está ampliamente documentado que el VIH/sida genera entre la población actitudes estigmatizantes, miedos y discriminación ante quienes la padecen (Arias-Colmenero et al., 2020; Ceylan y Koç, 2021; Diesel et al., 2013; Pickles et al., 2019; Vorasane et al., 2017).

Por lo general, a través de los años, y a medida que la enfermedad ha ido consolidándose en las sociedades, los conocimientos y la educación sobre ella han ido disminuyendo en todas las áreas (Frain, 2017). Un mayor conocimiento sobre la enfermedad está relacionado con una menor sensación de miedo y mayor grado de aceptación hacia las PVVS. Además, con el objetivo de combatir la estigmatización de este colectivo, es necesaria la promoción de una educación integral desde un aprendizaje afectivo y cognitivo (Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003).

Los seis entornos que promueven dichas actitudes negativas y sobre las que se plantean diferentes estrategias son el comunitario, laboral, educativo, sistemas de justicia, emergencia y sanitario (ONUSIDA, 2020a), éste último, el contexto en el que se centra esta tesis.

4.2 Repercusión de las actitudes estigmatizantes del VIH/sida en las PVVS

El VIH/sida se encuentra en un contexto de estigmas, prejuicios y discriminación consolidados. El miedo a contraerlo es el principal sentimiento que rige esta conducta social (Vorasane et al., 2017).

Las experiencias reales de prejuicio, discriminación y exclusión descritas por las personas estigmatizadas como son las PVVS es lo que se denomina *estigma representado* (Scambler, 2009). La conceptualización de este estigma vinculado por

ende al VIH/sida, indica un constructo multidimensional que se materializa de distinta forma de unos individuos a otros (Emlet, 2007).

Sin embargo, los ambientes donde se manifiestan estas conductas discriminatorias provienen de personas VIH-negativas cuyos lazos son estrechos con los afectados (Earnshaw y Chaudoir, 2009; Fauk et al., 2021). Hay testimonios que aseguran que la experiencia más dolorosa de las PVVS ha sido el rechazo sufrido por parte de familiares y amigos (Arias-Colmenero et al., 2020; Liboro et al., 2021).

El propio temor al rechazo suele ser el motivo fundamental de mantenerlo oculto así como una manera de autoprotección del estigma por asociación (Fuster-RuizdeApodaca et al., 2018). Es por todo ello que se les suele vincular con una red de apoyo social deficitario y con el ostracismo (Emlet et al., 2011; Florom-Smith y De Santis, 2012; Liboro et al., 2021).

4.2.1 Tipos de estigmas en las PVVS

El estigma público es el promotor de los siguientes tres tipos de estigmas que pueden experimentar las PVVS (Bos et al., 2013; Crawford et al., 2022; Earnshaw et al., 2013; Earnshaw y Chaudoir, 2009):

- **Estigma promulgado:** es el grado en el que creen que han sido víctimas de prejuicios y discriminación por los miembros de la comunidad al ser seropositivos.

Según Bogart et al., (2008) el estigma promulgado se expresaba con el rechazo, insultos verbales y ostracismo perpetrado por familiares y amigos de las PVVS. Todo ello manifestado por la incomprensión, juicio y temores ante la infección que cuestionaba por qué hay personas que optarían por permanecer junto a los PVVS. Es aquí donde se materializa la proyección hacia el *estigma de asociación o cortesía* de quienes les oferten su apoyo o simplemente son vistos con ellos (Bogart et al., 2008).

Este tipo de estigma produce lo constatado en el estudio de Murphy, (2008) donde los niños de 7 a 14 años mantienen en anonimato la serología de

sus padres a sus propios amigos por miedo a la repercusión que pueda ocasionarles. Incluso, en muchas ocasiones, suelen ser los propios padres quienes se lo ocultan a sus hijos para protegerles de la posible discriminación que puedan sufrir (Bogart et al., 2008; Emlet, 2007).

- **Estigma anticipado:** es el grado en el que esperan recibir dichos prejuicios y discriminación en el futuro.
- **Estigma internalizado:** es el grado en el que se perciben a sí mismos. Consideran que pueden ser estigmatizados debido a sus propias creencias y sentimientos negativos ante el VIH/sida.

Por lo tanto, las PVVS no tienen solo su idea preconcebida del VIH que suele ser negativa, sino que comienza un conflicto de valores personales. Ahora ser seropositivo les ha marcado e impulsado a formar parte del grupo dominado. Al converger su actitud previa estigmatizante en torno al VIH/sida junto con su sentimiento actual de ser estigmatizado, se gesta una emoción negativa hacia su propia persona (Arias-Colmenero et al., 2020; Emlet, 2007). Ejemplo de todo ello fue el testimonio de un paciente que llegó a describirse como si fuera radioactivo (Emlet, 2007). Esta situación, que afecta directamente a la calidad de vida, suele mejorar cuando hay una buena adherencia al TAR (Flickinger et al., 2016).

4.2.2 Fases en la trayectoria del estigma del VIH en las PVVS

Alonzo y Reynolds (1995) identificaron cuatro fases de la trayectoria del estigma del VIH en las PVVS, que continúan vigentes. Aunque las fases presenten una vinculación, pueden variar de manera independiente según la trayectoria de la enfermedad (Scambler, 2009, p. 446):

- *En riesgo (pre-estigma y sobre preocupación):* No es una etapa en sí de la enfermedad. Es el momento de incertidumbre cuando la persona reflexiona acerca de que su conducta de riesgo lo ha puesto en peligro. Va a estar influenciada por el apoyo social disponible. Esta fase podría finalizar con la realización de la prueba del VIH.

- *Diagnóstico (confrontación e identidad alterada)*: La persona puede ser diagnosticada de manera temprana o tardía. Comienza una fase de negación acompañada de ira, ansiedad disruptiva, confusión aguda y depresión. Aparece una crisis de toma de conciencia, acompañada de sensación de angustia (Bustamante-Salamanca, 2010). Puede dañarse la identidad y la autoestima por el estigma asociado. Debe negociarse la comunicación con su entorno más cercano.
- *Latente (viviendo entre la salud y la enfermedad)*: Es el periodo asintomático de la enfermedad. Pueden normalizar, ocultar o negar su positividad. Sin embargo, en esta fase se sensibilizan con el alto coste de formar parte de un estigma.
- *Manifestación (el paso a la muerte social y física)*: Esta fase va a depender del estadio de la enfermedad. Los asuntos relacionados con la muerte social y biológica van teniendo protagonismo. No obstante, a pesar de que los estigmas tienden a ser menos prominentes, se relacionan con el aislamiento, y este con ocultar las “abominaciones del cuerpo” (diferentes deformaciones corporales). Cuando se sienten en la fase de sida, es probable que manifiesten su aceptación de la muerte inminente, reconocen que el camino se acaba. Pero el afrontamiento va a depender del trato o acompañamiento que tengan con su entorno social (Bustamante-Salamanca, 2010).

Hay estudios que indican que los pacientes que envejecen con VIH/sida han desarrollado una mayor resiliencia ante las adversidades sufridas. Han alcanzado mediante un trabajo individual y un buen apoyo social como punto de fortaleza adicional, altos niveles de optimismo, aceptación, confianza, esperanza de vida, ganas de vivir, autoestima, espíritu de lucha y conciencia (Emlet et al., 2011; Liboro et al., 2021). Sin embargo, en un estudio reciente en personas ancianas afroamericanas, indica que el estigma anticipado e internalizado continúan reflejando un impacto negativo en la visita médica y en la adherencia al tratamiento de las PVVS. Señalan que, para entender el estigma, también es necesario comprender cómo influyen otras formas de discriminación como pueden ser el racismo, el sexismo y la edad (Crawford

et al., 2022), como ya se indicó con la teoría de la interseccionalidad (Purdie-Vaughns y Eibach, 2008).

4.2.3 Retraimiento social como consecuencia del VIH/sida en PVVS

El *retraimiento social* u *ostracismo* es uno de los síntomas asociado al autoestigma de las PVVS. Una gran preocupación subyace ante la posible divulgación y sentimiento de vergüenza personal de que se conozca su serología. Como consecuencia, a veces se alejan de la vida social hasta el punto de aislarse, lo que también les imposibilita obtener un buen apoyo social y acceso a la atención sanitaria (Pryor y Reeder, 2011).

De este modo, las PVVS se mantienen en el anonimato con el objetivo de evitar que el resto de la sociedad los etiquete. Son reacias a dialogar sobre su serología con sus parejas sexuales, familiares o amistades por temor al rechazo o actuaciones negativas hacia su persona (Arias-Colmenero et al., 2020; Pryor y Reeder, 2011).

En lo referente a la vida sexual de las PVVS, hay quienes han expresado sentimientos de ansiedad, libido baja, falta de libertad por “obligación” de utilizar preservativo y un nulo placer sexual o abstinencia, por miedo a infectar a la otra persona. Existe la controversia de que, aunque la responsabilidad ética del uso de preservativos debe recaer sobre la persona seropositiva, la pareja sexual debe evitar conductas sexuales inseguras (Arias-Colmenero et al., 2020).

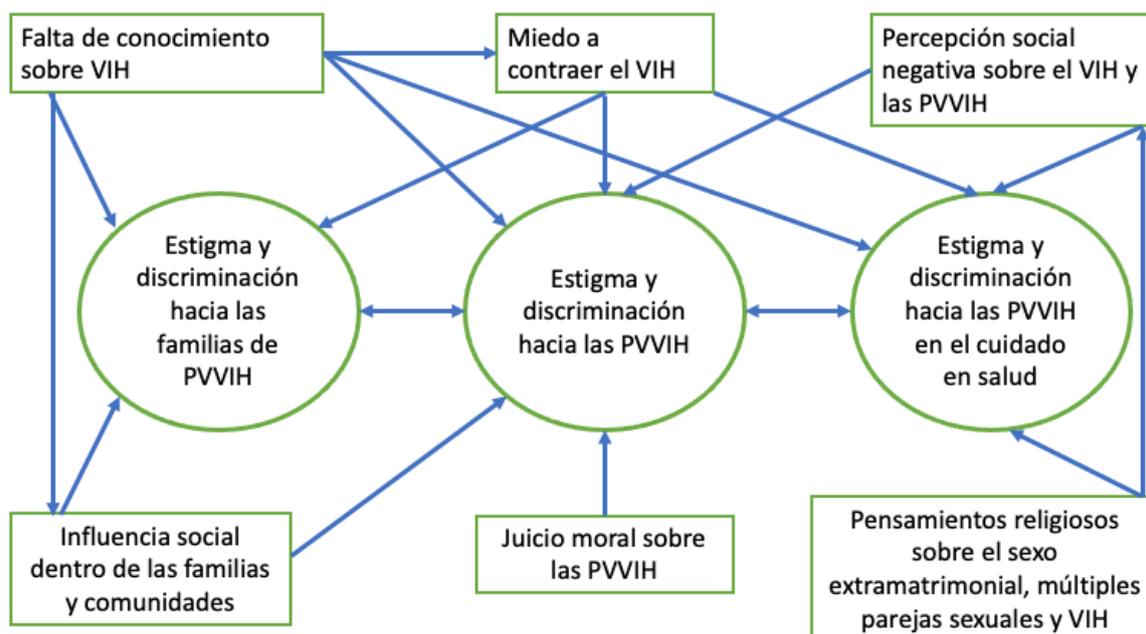
La connotación empeora cuando, además, esos prejuicios provienen de quienes les proveen la atención sanitaria, ya que pueden influir en reducir la consulta sanitaria e incluso a la adherencia al TAR (Algarin et al., 2019; Crawford et al., 2022; Faulk et al., 2021; Flickinger et al., 2016; Leyva-Moral et al., 2021; Pickles et al., 2019; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003; Wagner et al., 2014).

Por otro lado, la situación actual por la covid-19 ha influido negativamente en el aislamiento social de la población mundial. No obstante, el 87% de la comunidad seropositiva ha experimentado una situación de soledad previa a la pandemia. Esto ha acrecentado los riesgos adversos del propio aislamiento (Liboro et al., 2021).

Todo ello afecta a la calidad de vida de las PVVS incrementando el estrés, la ansiedad o la depresión entre otras, lo que se traduce en un desequilibrio del estado emocional, de salud y de vida social (Fauk et al., 2021; Florum-Smith y De Santis, 2012; Jackson-Best y Edwards, 2018; Leyva-Moral et al., 2021; Liboro et al., 2021; ONUSIDA, 2020a; Wagner et al., 2014).

En la *Ilustración 3* se muestran cuáles son los facilitadores o impulsores del estigma y la discriminación (indicadas en las formas rectangulares) hacia las personas que viven con VIH (PVVIH). Los ambientes donde se desarrollan y hacia quiénes van dirigidos los estigmas y la discriminación están recogidas en las formas circulares (Fauk et al., 2021).

Ilustración 3: Facilitadores o impulsores del estigma y la discriminación hacia las Personas que Viven con VIH (PVVIH).



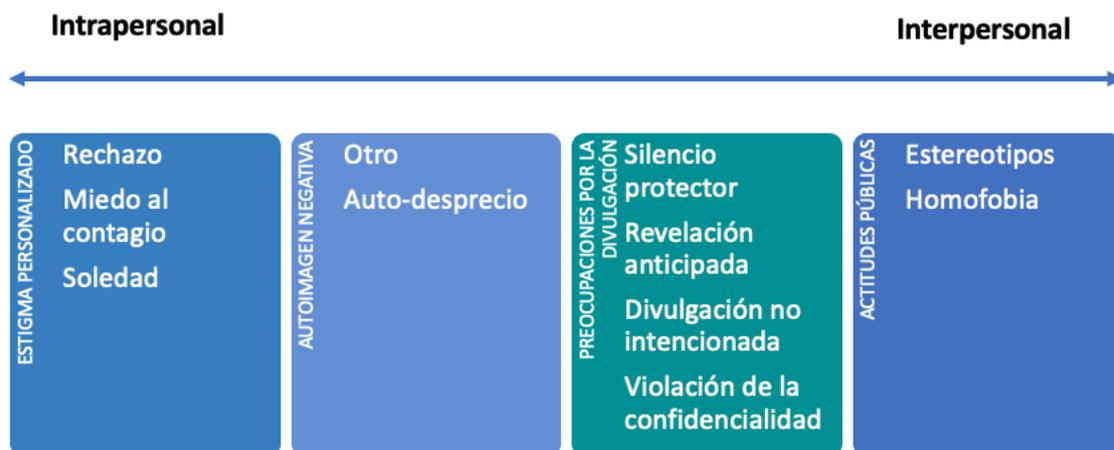
Fuente: Actualizado a partir de Fauk et al., (2021, p. 11)

4.2.4 Afectación de los estigmas a nivel intrapersonal e interpersonal

Para una mejor comprensión en cómo afectan los estigmas a la población con VIH/sida esta sección se centrará en el estudio realizado por Emler (2007) (Ilustración 4). En ella se muestran los hallazgos a los que llegó mediante entrevistas personalizadas a PVVS. Identificó 11 temas relacionados con las subescalas del

estigma: estigma personalizado, autoimagen negativa, preocupaciones por la divulgación y actitudes públicas. En dicha ilustración se indica el sentido del efecto intrapersonal e interpersonal de las diferentes subescalas (Emlet, 2007).

Ilustración 4: Modelo de temas cualitativos en relación con la subescala de estigma del VIH.



Fuente: Adaptación de Emlet, 2007, (p. 745)

En el *estigma personalizado* se encuentran las que miden las consecuencias de dar a conocer el estado serológico como puede ser la pérdida de amistades y familia, así como evitar codearse con otras personas. En ella se detectaron (Emlet, 2007):

- El rechazo: las personas entrevistadas sintieron el rechazo tanto en las relaciones formales como informales en diferentes niveles afectivos con miembros de la familia, amigos, comunidad religiosa, personal sanitario y en las relaciones afectivas de carácter sexual.
- Miedo al contagio: es la connotación del rechazo infundada en el miedo al VIH. Lo describieron como que la sociedad les exigía mantenerse alejadas, en cuarentena.
- Soledad: expresaron el sentimiento de sentirse solas y aisladas.

La *autoimagen negativa* se diseñó para agrupar los sentimientos de culpabilidad, vergüenza y desprecio de uno mismo por tener el VIH/sida (Emlet, 2007):

- Otro: es el sentimiento de ser diferente, el “otro”, para ser apartado del resto de la comunidad como consecuencia de tener VIH.
- Auto-desprecio: se asocia a un estado de bajo o ausencia de autoestima por ser seropositivo.

Las *preocupaciones por la divulgación* corresponden a los problemas que se ocasionaron de manera real o anticipada de dar a conocer su serología (Emlet, 2007):

- Silencio protector: mantener la serología oculta les proporcionaba cierta protección contra los estigmas y discriminaciones potenciales.
- Revelación anticipada: existe un periodo entre el silencio protector y esta, en la que se contemplan riesgos y beneficios de ser descubiertos. El hecho de desvelarlo les puede proporcionar ese apoyo social ausente.
- Divulgación no intencionada: son conscientes de que la revelación de su serología no siempre es voluntaria o intencionada. Es por ello por lo que han aprendido a ser cautos y revelarlo cuando vieran oportuno.
- Violación de la confidencialidad: puede ocurrir que a las personas a quienes se les confía la información de que son seropositivas incumplen su no divulgación. Ello atañe tanto a grupos cercanos como a los propios profesionales sanitarios.

La *subescala de actitudes públicas* pretendía reflejar las actitudes de discriminación y malestar social del VIH (Emlet, 2007):

- Estereotipos y homofobia: se identificaron los estereotipos más comunes vinculados al miedo e incomodidad que generaba el VIH. Alguno de los más comunes fueron las actitudes discriminatorias ante el contagio en personas seniles, las prácticas sexuales y la orientación sexual.

De esta manera, el estigma repercute así en la devaluación de las PVVS y el sentimiento de superioridad de las personas no seropositivas con una experimentación externa y/o internamente por separado. Es decir, la experimentación externa alude a la que repercute por parte de la sociedad ante las preocupaciones por la divulgación y las actitudes públicas para una PVVS. Mientras que la experimentación internamente señala a la afectación en la propia PVVS por el estigma personalizado y autoimagen negativa (Florum-Smith y De Santis, 2012; Parker y Aggleton, 2003). Por tanto, se perpetúa el daño hacia el honor y la dignidad de la persona con VIH/sida (Parker y Aggleton, 2003), así como la desigualdad social entre las personas que están estigmatizadas y las que no (Earnshaw y Chaudoir, 2009; Parker y Aggleton, 2003; Wagner et al., 2014).

4.3 Actitudes estigmatizantes frente al VIH/sida en profesionales sanitarios

Uno de los ambientes donde más seguro se debería sentir una PVVS es en el área sanitaria (Crawford et al., 2022; Leyva-Moral et al., 2021). Fundamentalmente, con los profesionales sanitarios tanto la comunicación empática, como un aspecto ético de la atención, fomentaría la participación activa y la autogestión de la PVVS (Campillay y Monárdez, 2019; Flickinger et al., 2016). Sin embargo, diferentes estudios avalan que las actitudes tienden a ser negativas a consecuencia del desconocimiento y el miedo hacia el VIH, afectando directamente a la calidad asistencial de estos pacientes (Crawford et al., 2022; Pickles et al., 2009).

Resulta paradójico pensar que el entorno sanitario se hace eco de la desinformación, además de niveles bajos de conocimiento del VIH/sida y como consecuencia se magnetiza el miedo a contraerla (Ceylan y Koç, 2021; Earnshaw y Chaudoir, 2009; Pickles et al., 2009). Los profesionales sanitarios, según sus códigos deontológicos, deben respetar los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Field et al., 2012; Relf et al., 2009).

Como indica Cortina, (2003), las instituciones de salud deben cerciorarse de que sus trabajadores implementen unas prácticas éticas que involucren a los pacientes. Estas han de estar preestablecidas para evitar que la responsabilidad

recaiga solo en el profesional. Los valores y principios institucionales ampararían una mejora de las actitudes efectivas (altruismo, respeto, solidaridad, compasión, justicia) para evitar prácticas no discriminatorias y, por lo tanto, consecuencias positivas para los pacientes (Campillay y Monárdez, 2019; Cortina, 2003).

No obstante, en el transcurso de los años, la evidencia científica continúa detectando la discriminación recibida a las PVVS en el ámbito sanitario. Se identificaron algunos comportamientos como: hacer preguntas cínicas, etiquetarlos negativamente, difundir su estado serológico entre los compañeros y sus familiares, estar disgustados por tener que asistirlos hasta el punto de rechazarles la atención, tomar precauciones innecesarias (uso de doble guante, uso de mascarilla, quemar las sábanas), aconsejarles no mantener relaciones sexuales, casarse o formar una familia e, incluso, responsabilizarlos de sus actos por haber contraído el VIH/sida dada su conducta inmoral (Arias-Colmenero et al., 2020; Earnshaw y Chaudoir, 2009; ONUSIDA, 2020a; Pickles et al., 2009; Wagner et al., 2014).

Uno de los testimonios que refleja muy bien esta problemática fue la descrita por Emlet, (2007). Un médico se pinchó con una aguja mientras intervenían quirúrgicamente a una persona seropositiva. Más tarde, en una de las visitas postoperatorias, uno de los puntos que trataron fue el de este incidente, lo que hizo que el paciente sintiera la necesidad de disculparse con el médico (Florom-Smith y De Santis, 2012). Este tipo de experiencias consolida una autoimagen negativa reafirmando que la PVVS es “otro”, es decir, alguien apartado del resto de la sociedad como consecuencia del VIH (Emlet, 2007).

Asimismo, al establecerse una fuerte asociación entre el VIH y los comportamientos inmorales (Wagner et al., 2014), el personal sanitario incumple de manera consciente o inconsciente los mencionados principios bioéticos. El estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos sanitarios constituyen de por sí violaciones a los derechos humanos y pueden tener un impacto negativo sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las PVVS y poblaciones claves de vulnerabilidad, a la vez que obstruyen los esfuerzos por detener la transmisión del VIH (Campillay y Monárdez, 2019; Ceylan y Koç, 2021; ONUSIDA, 2020a; Wagner et al., 2014).

Según Pulerwitz et al., (2010) cuando la institución del centro asistencial y sus proveedores de salud hayan reconocido la presencia del estigma en sus establecimientos, mejorará la atención de las PVVS. Además, hallaron que el intercambio continuo de los niveles y tipos de estigmas detectados por los trabajadores estimuló el desarrollo de diferentes actividades para reducirlos. Es por ello por lo que para erradicar el estigma relacionado con el VIH/sida se mantiene el objetivo de incrementar la tolerancia hacia las PVVS en los diferentes entornos que conforman la población (Parker y Aggleton, 2003).

4.3.1 Actitudes estigmatizantes frente al VIH/sida en profesionales de enfermería y estudiantes de enfermería

En el ámbito sanitario, diversos autores refieren que incluso los sanitarios más expuestos a contraer accidentes laborales de origen biológico (Álvarez-Vera et al., 2008; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006), como son los estudiantes y profesionales de enfermería, no se sienten suficientemente preparados para atender adecuadamente a las PVVS (Boakye y Mavhandu-Mudzusi, 2019; Frain, 2017; Maina et al., 2014; Pickles et al., 2009). No obstante, el riesgo de contagio tras un accidente por riesgo biológico (corte o pinchazo), es de un 0.3% para el VIH, mientras que para el VHB y VHC es del 30% y del 3%, respectivamente (Martí-Solé et al., 1995).

En estos estudios, variables como la ideología, la edad, el estrés y las opiniones negativas ante la homosexualidad, inciden en la actitud de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con VIH/sida (Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). También la falta de conocimientos y la existencia de conceptos erróneos ante la propagación del VIH no solamente aumentan las actitudes estigmatizantes y el miedo al contagio, sino que repercuten en las prácticas clínicas relacionadas con el VIH/sida y en la calidad de los cuidados recibidos por parte de los pacientes seropositivos (Álvarez-Vera et al., 2008; Boakye y Mavhandu-Mudzusi, 2019; Ceylan y Koç, 2021; González-Pérez et al., 2009; Pickles et al., 2009; Relf et al., 2009). Este hecho, sin duda, socaba los pilares éticos de la profesión de cuidar (Pickles et al., 2019; Relf et al., 2009), que hacen referencia a los principios de tolerancia, igualdad, no discriminación, inclusión y solidaridad (Gol-Montserrat et al., 2018).

En relación con las valoraciones que realizan los estudiantes de enfermería de los pacientes con VIH/sida, existen investigaciones que afirman que está ampliamente documentado a nivel mundial, que suelen ser negativas (Ceylan y Koç, 2021; Liboro et al., 2021; Pickles et al., 2017). Para cambiar estas percepciones se han desarrollado numerosas intervenciones evidenciando que el aumento del conocimiento en esta área reduce el miedo y la ansiedad generada (Boakye y Mavhandu-Mudzusi, 2019; Leyva-Moral et al., 2021; Maina et al., 2014; Pickles et al., 2019).

Por ello, las instituciones educativas tienen la gran responsabilidad de desarrollar planes de estudios que ayuden al estudiantado a verificar sus propias creencias y valores, para evitar generar desigualdades en la atención sanitaria y en definitiva, mejorar la salud de las personas con VIH/sida (Ceylan y Koç, 2021; Pickles et al., 2019; Relf et al., 2009; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003) desde una perspectiva tanto biopsicosocial, como cultural y ética (Frain, 2017; González-Pérez et al., 2009).

Aunque resulta plausible pensar que las actitudes negativas de los estudiantes de enfermería hacia las PVVS irán disminuyendo conforme aumenta el nivel académico, al ampliar los conocimientos y experiencias sobre la enfermedad, existe controversia en la literatura científica, la cual no ha corroborado, hasta el momento, esta hipótesis (Snowden, 1997; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003; West et al., 1998).

5. Instrumentos de medida de las actitudes ante el VIH/sida

Son numerosos los estudios científicos referentes a las intervenciones desarrolladas y evaluadas en la lucha para la erradicación de las actitudes negativas ante el estigma del VIH/sida. Por lo general han tenido como objetivo aumentar la 'tolerancia' de los diferentes segmentos de la población general hacia las PVVS. (Parker y Aggleton, 2003). En la revisión realizada por Pulerwitz et al., (2010) diferenciaron en los siguientes puntos diversas estrategias de intervención para modificar las actitudes ante el VIH:

- Ayudar a las instituciones a reconocer el estigma: Es necesario que los entornos institucionalizados, como son los sanitarios y sus proveedores en salud, evalúen la existencia del estigma en sus establecimientos. A partir de esta valoración mejoraría la actuación en cuanto a calidad asistencial ante las PVVS.
- Abordar el estigma social y ambiental: Reconocidas las actuaciones negativas ante las PVVS, se debe desarrollar un entorno de atención oportuna, adecuada y humanizada. Los esfuerzos se centrarán en realizar intervenciones personalizadas mediante planes de acción para el abordaje del estigma. El objetivo es perpetuar los intereses y bienestar de los pacientes y del personal laboral.
- Responder a las necesidades de las poblaciones estigmatizadas: Creación de un equipo especializado capaz de ofertar una atención sanitaria y psicosocial confidencial sin sucumbir a los prejuicios de los grupos vulnerables de contraer VIH.
- Usar los medios de comunicación para mostrar que el sida tiene rostro humano: Hacer partícipe a la población no seropositiva a través de los medios de comunicación de las vivencias que experimenta una PVVS para una mayor empatía.
- Involucrar a los PVVIH en la prestación de servicios: Fomentar la participación de las PVVS en los proyectos destinados para erradicar la estigmatización del VIH. Es una manera de empoderarlas y de reducir el aislamiento social. Además, su visión puede mejorar la asistencia sanitaria.
- Involucrar a la comunidad: Capacitar a un gran grupo de voluntarios para ayudar en el cuidado de las PVVS y así disminuir, en lo posible, el estigma en toda la comunidad.

- Ampliar el TAR: El asesoramiento en la adherencia al TAR puede ayudar a reducir el estigma internalizado e incluso dar a conocer la serología a los lazos más cercanos.

5.1 Escalas de las actitudes ante el VIH/sida en estudiantes de enfermería

Se han encontrado diversos estudios que han medido las actitudes en los estudiantes de enfermería ante el VIH/sida y las PVVS. Se ha estructurado en cuatro apartados, ya que varios autores utilizan la misma o la han denominado de la misma forma. A continuación, se describirán las escalas encontradas:

5.1.1 Escala de actitud sobre el sida (AIDS Attitude Scale- AAS):

- a) La Escala de actitud sobre el sida (AAS) desarrollada por Kelly et al., (1987) (Anexo A) fue utilizada en su origen para medir las actitudes de los profesionales de enfermería ante las PVSida y las personas con leucemia.

La encuesta tenía 2 versiones según la patología y cada una de estas a su vez dos versiones en cuanto al género, con un total de 4. Una para medir las actitudes ante un paciente con sida homosexual y la otra en el caso de heterosexual. Y las otras dos, referentes a un paciente con leucemia diferenciadas a su vez en homosexual o heterosexual. La respuesta de los encuestados se realiza a través de una escala Likert de 7 puntos.

Los participantes completaron tres medidas diseñadas para obtener sus actitudes hacia el individuo:

- *Prejudicial Evaluation Scale Items* o Ítems de la Escala de Evaluación Prejudicial (12 ítems).
- *Social Interaction Scale Items* o Ítems de la Escala de Interacción Social (7 ítems).

- *Interpersonal Evaluation Inventory* o Inventario de Evaluación Interpersonal (24 ítems).

Años más tarde, los siguientes autores adaptaron la escala AAS de Kelly et al., (1987) en estudiantes de enfermería:

- Leasure et al., (1996) y West et al., (1996) la utilizaron en estudiantes de enfermería de los EE.UU. con el objetivo de explorar el estigma basado en las actitudes ante el modo de transmisión del VIH de las PVSida (heterosexual, homosexual, uso de drogas inyectables, transmisión maternal y transfusión sanguínea).

Esta AAS adaptada utilizada presentaba 16 ítems con escala de tipo Likert de 7 puntos al igual que la original. El coeficiente de alfa se encontraba entre 0.80 y 0.86. En ella los primeros 9 ítems de la escala son de la Escala de Evaluación Prejudicial de Kelly et al., (1987). Los ítems del 10 al 16 se relacionaban con el "respeto y consideración".

Las puntuaciones altas representan actitudes más estigmatizantes o negativas, menor respeto, consideración y menor grado de merecimiento de atención.

En la de West et al., (1996) los coeficientes de confiabilidad de consistencia interna para cada ítem oscilaron entre 0.57 a 0.89.

- b) La Escala de Actitud ante el sida también denominada AAS desarrollada por Froman et al., (1990) (Anexo B) y posteriormente validado por Froman y Owen, (1997). Los ítems se construyeron basándose en el conocimiento social que se tenía en la década de los años 80 en EE.UU.

En ella se miden dos categorías: la empatía (*empathy*) con 9 ítems y la evitación (*avoidance*) con 12 ítems.

Las puntuaciones más altas de empatía y más bajas de evitación reflejan actitudes más positivas. Para obtener una puntuación general sobre las actitudes hacia las PVSida se restaría a la puntuación de empatía las de evitación. Puede oscilar entre ≥ 5 y ≤ -5 , donde las puntuaciones positivas reflejan una actitud de mayor apoyo y las puntuaciones negativas una actitud más intolerante y no terapéutica. Los coeficientes de confiabilidad de los ítems variaron de 0.85 a 0.90.

Estudio que aplicó esta escala:

Pickles et al., (2012) utilizó esta misma AAS de Froman et al., (1990) para determinar las actitudes de los estudiantes de enfermería australianos hacia el cuidado de personas con VIH/sida. Así como Bonacaro et al., (2022) quienes compararon las actitudes entre estudiantes de Reino Unido, Italia y Grecia.

Del mismo modo que en la original, se calculó una puntuación general de actitud hacia el sida para cada participante restando la puntuación de evitación de la puntuación de empatía, las puntuaciones resultantes oscilaron entre -5 y +5. Las puntuaciones positivas indicaron actitudes positivas y de apoyo, mientras que las puntuaciones negativas indicaron actitudes negativas y comportamiento de evitación.

- c) La también denominada AAS desarrollada por Bliwise et al. en 1991 (Anexo C). Su objetivo era determinar las actitudes de los estudiantes de medicina y enfermería hacia las personas con VIH/sida. Se utiliza una escala Likert de 6 puntos donde 1= "Estoy totalmente en desacuerdo" y 6= "Estoy totalmente de acuerdo". De un total de 15 ítems, dos de ellos se puntúan de forma inversa. La puntuación más baja posible es 15 puntos, lo que indica actitudes más positivas; y la más alta 90, con actitudes más negativas.

Esta escala AAS se divide en tres subescalas y también se puede obtener una puntuación independiente de actitud:

- *Fear of Contagion* o Miedo al contagio (5 ítems): 5 a 30 puntos.
- *Professional Resistance* o Resistencia profesional (6 ítems): 6 a 36 puntos.
- *Negative Emotions* o Emociones Negativas (4 ítems): 4 a 24 puntos.

Esta versión en inglés tenía un coeficiente test-retest de 0.92 y un α de Cronbach de 0.86. Posteriormente se hizo una versión turca por Çimen et al., (2005) cuyo coeficiente test-retest fue de 0.82 y un α de Cronbach de .80. Se han encontrado dos autores que hicieron uso de ella:

Akansel et al., (2012), Özakgül et al., (2014) y Atav et al., (2015). Todos utilizaron la versión turca sin modificarla, a excepción de Akansel et al., (2012) que anularon de su encuesta alguno de los términos "VIH". (Anexo C.1).

En el de Özakgül et al., (2014) obtuvieron un α de Cronbach de 0.80 mientras que el de los otros dos estudios no lo especifican en sus respectivos artículos.

5.1.2 Cuestionario de actitud ante el HIV/sida (HIV/AIDS Attitude Questionnaire):

- a) La HIV/AIDS Attitude Questionnaire fue desarrollada por Akin et al., (2013) en Turquía (Anexo D). Está constituida por 10 ítems diseñados para evaluar las actitudes y creencias personales de los estudiantes hacia las personas VIH positivas y las PVSida.

El coeficiente alfa de Cronbach de los ítems de la escala oscila entre 0 y 1, con valores más cercanos a 1, lo que indican una mayor consistencia

interna. En este estudio, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.84 para la escala total.

Se pidió a los estudiantes de enfermería que identificaran el grado en que estaban de acuerdo con cada ítem en una escala de Likert de 5 puntos, donde 1= “Totalmente en desacuerdo” y 5= “Totalmente de acuerdo”.

Los ítems 2 y 3 se puntuaron de forma inversa. En ella, la puntuación máxima sería de 50 puntos indicando las actitudes más positivas y la mínima 10, con las actitudes más negativas.

5.1.3 Escala de Actitud ante el sida para Enfermería (EASE):

Esta escala española para medir la actitud ante el sida fue construida y validada para profesionales de enfermería y estudiantes de enfermería por Tomás-Sábado, (1999) (Anexo E). La conforma una escala tipo Likert de 21 ítems con cinco opciones de respuesta. En función de su direccionalidad será de 5 “de acuerdo” a 1 “desacuerdo” (para los ítems 3, 5, 7, 8, 11, 14, 15, y 21) y de 1 “de acuerdo” a 5 “desacuerdo” (para los ítems 1, 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20).

La puntuación máxima será 105 lo que indica las actitudes más positivas y la mínima será 21, con las actitudes más negativas. La puntuación de 85 marcará la actitud positiva y esta será más fuerte conforme se acerque a 105.

Más tarde el mismo autor la empleó en estudiantes de enfermería (Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003) y años posteriores Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, (2006), Fernández-Donaire et al., (2006) y Leyva-Moral et al., (2017) también la usaron en este colectivo.

5.1.4 Otras escalas que miden las actitudes:

Se han encontrado otros estudios que hacen uso de escalas que miden las actitudes ante el VIH/sida. En estos estudios no aparecen los ítems

desarrollados en sus respectivas publicaciones, por lo que se procederá a mencionar a sus autores y la información que se ha recabado de cada escala en cuestión.

- a) Brown et al., (1990) Canadá: Midieron las actitudes hacia la homosexualidad, los enfermos terminales, los cuidados a individuos con sida y los miedos y preocupaciones específicas en torno al sida en una escala Likert de 5 puntos.
- b) 4.2 Synoground y Kellmer-Langan, (1991) EE.UU.: El instrumento constaba de 37 ítems de escala tipo Likert que se clasificaban en una escala de 4 puntos, donde 4 indicaba “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”. Se usa ésta en lugar de una escala de 5 puntos para obligar a los encuestados a determinar una actitud positiva o negativa. Los ítems abordaron cinco áreas básicas:
 1. Provisión de atención directa al paciente (16 ítems).
 2. Derechos de los estudiantes (6 ítems).
 3. Preparación educativa percibida (5 ítems).
 4. Derechos de los pacientes (8 ítems).
 5. Creencias generales sobre el sida (3 ítems).

El alfa de Cronbach se realizó después de la recopilación de datos. Los coeficientes alfa obtenidos fueron: instrumento global 0.89; atención directa al paciente 0.82; derechos de los estudiantes 0.54; preparación educativa percibida 0.71; derechos de los pacientes 0.69; y creencias generales 0.64.

Aproximadamente la mitad de las afirmaciones se redactaron negativamente para evitar un conjunto de respuestas y se codificaron inversamente para el análisis de datos.

c) Stiernborg, (1992) Australia: Se utilizó una escala de Likert de 5 puntos para medir las actitudes que hacían referencia a:

1. Actitudes generales hacia el VIH y el sida (GENATT) de 8 ítems.
2. Preparación y voluntad para cuidar a pacientes con sida (CARE) de 7 ítems.
3. Percepciones de riesgo personal al cuidar a pacientes con sida (RISK) de 6 ítems.
4. Actitudes hacia homosexualidad (HOMO) de 8 ítems.

El alfa de Cronbach de las subescalas varía de 0.81 a 0.87.

d) Suominen et al., (2009) Finlandia, Estonia y Lituania: Se utilizó una escala de actitud que contiene a su vez dos subescalas: una escala de actitud general (26 ítems) y una escala de homofobia (nueve ítems). Ambas aparecen incompletas en el artículo original.

La subescala de actitud general tiene 26 ítems que evalúan las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia grupos como usuarios de drogas intravenosas y prostitutas, etc. También hay ítems sobre temores, la seguridad personal, desesperanza y preparación para satisfacer las necesidades de una persona infectada por el VIH.

La escala de homofobia tiene nueve ítems que miden las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con orientación homosexual. Las opciones de respuesta en las escalas de actitudes se presentan en una escala tipo Likert de cinco puntos.

e) Mythili et al., (2015) India: La sección de las actitudes constaba de 19 enunciados para medir en estudiantes de enfermería la actitud frente al VIH/sida en 3 dominios:

- I. Actitudes hacia las PVSida (10 ítems).
- II. Actitudes hacia el cuidado de la sala (1 ítem).
- III. Actitudes hacia medidas cautelares (5 ítems).

La actitud hacia el sida se midió en una escala Likert de 4 puntos donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 4 “Totalmente de acuerdo”. Se optó por la escala de 4 puntos, en lugar de una de 5 para motivar a los encuestados a indicar una actitud positiva o negativa.

Para el análisis, los puntos 1 y 2 fueron combinados para formar la categoría "actitud positiva", mientras que los puntos 3 y 4 se combinaron para formar la categoría "actitud negativa".

II. JUSTIFICACIÓN

Leyva-Moral et al., (2021) señalan que, posiblemente, el descuido de las necesidades sociológicas, psicológicas y culturales, más específicamente en el ámbito sanitario, fueron provocadas por el avance científico, al centrarse en las necesidades biológicas. A pesar de ello, la empatía fundamenta el cuidado humanizado de la profesión enfermera sin alterar el propio estilo de vida y perspectiva (Leyva-Moral et al., 2021; Ozcan et al., 2010).

En la relación enfermera-paciente, la empatía fue considerada la habilidad de mayor importancia (Ward et al., 2012). Al abarcar diferentes competencias a nivel emocional, moral, cognitivo y conductual, permite identificar las causas del sufrimiento o necesidades del paciente (Lohrmann et al., 2000; Palacios, 2011; Ubillos et al., 2003). De este modo, se visibiliza la competencia profesional de comprender esas emociones y perspectivas ajenas (Ferri et al., 2019; Leyva-Moral et al., 2021), combinada con la capacidad de transmitir esta comprensión (Ward et al., 2012). Finalmente se obtenía como resultado la satisfacción asistencial percibida por el paciente (Ferri et al., 2019; Flickinger et al., 2016).

La actitud empática hacia las PVVS, que debería ser inherente a la profesión enfermera, se debe fomentar, en primera instancia, en los estudios de Grado en Enfermería (Pickles et al., 2019). Se la considera una habilidad o comportamiento que puede ejercitarse y desarrollarse a través de la educación (Ozcan et al., 2010). Sin embargo, parece evidente que la carga asistencial y las nuevas tecnologías están ahondando en la deshumanización de los cuidados (Ward et al., 2012). Del mismo modo, reflexiones como la de Cortina, (2003) indican que es necesario complementar la ética profesional del individuo con la ética de las organizaciones institucionales, ya que ambas deben estar en simbiosis para ofertar cuidados de calidad. Asimismo, Ferri et al., (2019) sugieren que a pesar de que tanto los profesionales como los estudiantes en enfermería suelen presentar habilidades empáticas bajas o intermedias, estas pueden disminuir a lo largo de su carrera. Por ello, se requiere que en las nuevas generaciones de enfermería se implementen y evalúen diversas intervenciones docentes dirigidas a proporcionar el cambio esperado (Leyva-Moral et al., 2021; Pickles et al., 2019).

III. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

Analizar la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y académico-culturales en las actitudes hacia las PVVS en los estudiantes del Grado en Enfermería.

- **Objetivos específicos**

1. Describir la actitud de los estudiantes hacia las PVVS e identificar los resultados por los ítems.
2. Identificar la relación de los factores sociodemográficos y académico-culturales asociados a las actitudes hacia las PVVS mediante la escala EASE.
3. Determinar el grado de influencia de los factores estudiados y los resultados totales de la escala EASE.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

1. Procedimiento

Se ha realizado un estudio transversal mediante cuestionario anónimo y autoadministrado vía on-line, mediante la herramienta de formularios de Google (Google Forms®).

2. Periodo de estudio

La recogida de los cuestionarios se efectuó de forma simultánea entre las Facultades de Ciencias de la Salud del campus de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla y Facultad de Ciencias de la Salud de Jaén durante el mes de mayo, en el segundo semestre del curso académico 2019-2020. Los miembros del grupo de investigación invitaron a participar en el estudio al estudiantado con matrícula activa en cualquiera de los cuatro cursos del Grado en Enfermería. El formulario debía rellenarse de forma voluntaria y fuera del horario lectivo a través de la plataforma de apoyo a la docencia utilizada por cada centro (plataforma de aprendizaje de entorno Moodle®). Al finalizar el mes, se realizó un recordatorio para que quienes aún no hubiesen contestado la encuesta tuvieran la posibilidad de hacerlo.

3. Ámbito de estudio

Estudiantes del Grado en Enfermería de las Facultades de Ciencias de la Salud de los Campus de Ceuta, Melilla y Granada, pertenecientes a la Universidad de Granada y los de la Universidad de Jaén.

4. Población

4.1 Población diana

La población diana estuvo compuesta por el estudiantado con matrícula activa en el Grado en Enfermería en las Facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén y de la Universidad de Granada en sus tres sedes: Granada, Ceuta y Melilla.

4.2 Población de muestreo

La muestra se obtuvo mediante muestreo por conveniencia hasta alcanzar la cuota marcada, conociendo la población finita, y tomando como referencia a los y las estudiantes del Grado en Enfermería con matrícula activa en el curso 2019-2020 en las Universidades de Granada y Jaén.

4.3 Muestra

Al conocer el número exacto de la población diana, se pudo calcular el tamaño de muestra necesario para garantizar su representatividad y adecuación. Se calculó mediante la fórmula para el cálculo de tamaño de la muestra finita admitiendo un error del 7% y un nivel de confianza del 95% (Tabla 2):

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p + q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado.

N = Total de la población.

Z_{α}^2 = Nivel de confianza 1.96 al cuadrado (seguridad del 95%).

e = Margen de error (%) (en este caso 7%).

p = Probabilidad de éxito del evento estudiado (en este caso 50%).

q = $(1 - p)$ = Probabilidad de fracaso del evento estudiado (en este caso 50%).

Tabla 2: Cálculo del tamaño de la muestra finita y del nivel de confianza.

Parámetro	Insertar Valor	Nivel de confianza	Z alfa
N	461	99.7%	3
Z	1.960	99%	2.58
p	50.00%	98%	2.33
q	50%	96%	2.05
e	7.00%	95%	1.96
		90%	1.645
		80%	1.28
		50%	0.674

N = Total de la población; Z = Nivel de confianza; p = Probabilidad de éxito; $q = (1 - p)$ = Probabilidad de que fracase; e = Margen de error (%)

Fuente: Elaboración propia.

5. Variables del estudio

En el siguiente apartado se describen las variables empleadas en el estudio. Se comienza con las variables sociodemográficas (sexo al nacer, edad, estado civil y orientación sexual) y a posteriori con las variables académico-culturales (curso y religión con la que la persona encuestada se siente identificada).

5.1 Variables sociodemográficas

1) Sexo al nacer:

- 0: Hombre
- 1: Mujer

2) **Edad:** Variable cuantitativa continua.

3) **Estado civil:**

- 0: Soltero/a
- 1: En pareja
- 2: Casado/a
- 3: Divorciado/a
- 4: Viudo/a

Debido al número reducido de estudiantes en las categorías 2, 3 y 4, se optó por dicotomizar la variable estado civil y repetir los análisis de regresión logística bivariante y multivariante diferenciadas en:

- 0: Sin pareja (que incluye las categorías soltero/a, divorciado/a, viudo/a)
- 1: Con pareja (que incluye las categorías en pareja; casado/a)

4) **Orientación sexual:**

- 0: Heterosexual
- 1: Homosexual
- 2: Bisexual
- 3: Otra

Tal y como ocurrió en la variable estado civil, el número de estudiantes heterosexuales era muy superior a la suma de las otras categorías de la variable orientación sexual. Por este motivo, se codificó en forma dicotómica y se repitieron los análisis de regresión logística bivariante y multivariante. La clasificación queda de la siguiente manera:

- 0: Heterosexual
- 1: No heterosexual (homosexual, bisexual, otra)

5.2 Variables académicas-culturales

1) Universidad a la que pertenece:

- 0: Universidad de Jaén
- 1: Universidad de Granada, campus de Granada
- 2: Universidad de Granada, campus de Ceuta
- 3: Universidad de Granada, campus de Melilla

2) Curso académico al que pertenece:

- 1: 1^{er} curso
- 2: 2^o curso
- 3: 3^{er} curso
- 4: 4^o curso

Para poder establecer la influencia de pertenecer a un curso u a otro en el análisis multivariante, se crearon 3 variables *dummies* de las categorías anteriormente descritas tomando como referencia el primer curso.

3) Religión con la que se siente identificado:

- 0: Cristiana
- 1: Musulmana
- 2: Hebrea
- 3: Ateo o agnóstico

- 4: Otra

El número de estudiantes que se consideran hebreos y otra religión eran ínfimos. Es por ello por lo que se optó por dicotomizar la variable en personas con creencias religiosas y persona sin creencias religiosas para los análisis de regresión logística bivariante y multivariante se codificó de forma dicotómica en:

- 0: Con creencias religiosas
- 1: Sin creencias religiosas

6. Instrumento de medida: escala EASE

Como se ha descrito anteriormente, este formulario incluyó un primer bloque de datos sociodemográficos y académico-culturales, y un segundo bloque con el cuestionario de la escala de “Actitudes de enfermería ante el sida” (EASE) (Tomás-Sábado, 1999). El motivo de la esta estructuración en el cuestionario permite estudiar la influencia que puedan tener las variables sociodemográficas y académico-culturales en la puntuación de la escala EASE total, así como en cada uno de los ítems que conforman la escala.

Para la recogida de los datos se empleó la escala unidimensional EASE construida y validada por Tomás-Sábado, (1999) en español. Esta herramienta ha mostrado una buena validez interna para identificar las actitudes de los estudiantes de enfermería sobre el sida en España (coeficiente alfa de Cronbach = 0.779).

Según Leyva-Moral et al., (2017), que utilizaron esta misma escala, destacan que, al ser un cuestionario autoadministrado tipo Likert, los participantes podrían contestar según lo que se considera una imagen deseable, es decir, aceptada por la mayoría. No obstante, esta es una limitación común de los cuestionarios autoadministrados de este tipo (Palacios, 2011). A pesar de ello, tal y como se ha destacado en la introducción son muchos los estudios que también han medido las actitudes del estudiantado de enfermería con una escala Likert autoadministrada (Akin et al., 2013; Y. Brown et al., 1990; Froman et al., 1990;

Kelly et al., 1987; Pickles et al., 2012; Stiernborg, 1992; Synoground y Kellmer-Langan, 1991; West et al., 1996). Por ello, a pesar de estas limitaciones, se ha utilizado la escala EASE por ser la única herramienta validada en castellano y en nuestro contexto de estudio (Tomás-Sábado, 1999).

La escala EASE consta de 21 ítems (Tabla 3) con respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

La puntuación de cada ítem depende de su direccionalidad:

- Para los ítems 3, 5, 7, 8, 11, 14, 15 y 21 se puntúan de 5 a 1, siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”:
 - 5= Totalmente de acuerdo
 - 4= De acuerdo
 - 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 2= Desacuerdo
 - 1= Totalmente en desacuerdo.
- Para los ítems 1, 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20 se puntúan de 1 a 5, siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”.
 - 1= Totalmente de acuerdo
 - 2= De acuerdo

- 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4= Desacuerdo
- 5= Totalmente en desacuerdo.

La máxima puntuación de la escala es 105, que indica las actitudes más positivas, y la puntuación mínima 21, que indica las actitudes más negativas y prejuiciosas. Para cada participante se calculó el valor global de la escala mediante la suma de los valores de cada ítem. Si el valor medio total de la escala EASE se encuentra por encima de 84 puntos, tal y como sugieren Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, (2006), quienes computaron este dato de 84 como indicador de “Índice de Adherencia” de la escala original de Tomás-Sábado, (1999), se considerará una actitud positiva.

Este instrumento fue utilizado en la mayoría de los estudios tal y como fue configurado por sus autores (Tomás-Sábado, 1999; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003). Además, se recogen variables sociodemográficas: edad en años, sexo al nacer (hombre, mujer), año académico, estado civil (en pareja, sin pareja), orientación sexual (heterosexual, no heterosexual) y religión (sin creencias religiosas, con creencias religiosas).

Tabla 3: Ítems de la escala EASE.

1. El sida no afecta a las parejas heterosexuales.
2. Los fetos contagiados con el virus del sida deberían abortarse.
3. No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos.
4. No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas.
5. El sida es un problema de todos.

6. La atención continuada a un enfermo de sida es sinónimo de contagio.
7. El portador del virus del sida tiene derecho a que se guarde el secreto médico de su diagnóstico.
8. En las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del sida.
9. Los enfermos de sida deben ser aislados del resto de enfermos.
10. El seropositivo debe ser identificado como tal.
11. Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo.
12. Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de sida y portadores.
13. El sida es la mayor plaga de nuestro tiempo.
14. El enfermo de sida debe ser considerado una víctima del sistema social.
15. El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño.
16. En el hospital, un portador del virus del sida no debería compartir habitación con una persona no infectada.
17. No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida.
18. Los niños portadores del virus del sida deberían acudir a clases especiales.
19. Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores.

20. Siempre que toquemos a un enfermo de sida debemos utilizar guantes.

21. La prueba del sida debe ser voluntaria y anónima.

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

7. Análisis de datos

7.1 Estudio descriptivo

Previamente al análisis de los datos, se valoró la consistencia interna de la escala mediante la determinación del alfa de Cronbach, con un resultado satisfactorio de 0.776. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de toda la muestra mediante frecuencias absolutas y relativas y el cálculo de medidas de tendencia central (media y desviación estándar) según la naturaleza cuantitativa o cualitativa de las variables de estudio.

7.2 Estudio analítico

Se exploró la normalidad de los valores de la escala, no pudiéndose verificar la parametricidad de los mismos, por lo que para realizar la estadística inferencial se optó por un análisis no paramétrico. Los resultados se expresaron en forma de medias, desviación típica y medianas. Las diferencias en los valores de la escala según categorías de las variables sociodemográficas y las variables académico-culturales se exploraron mediante la prueba de la U de Mann-Whitney. Para las variables con más de dos categorías se empleó el estadístico H de Kruskal-Wallis. Cuando la Prueba H de Kruskal-Wallis puso de manifiesto que existían diferencias, se llevaron a cabo comparaciones múltiples *post hoc* mediante la corrección de Bonferroni. Para establecer la correlación entre la edad y la puntuación final de la escala EASE se utilizó el estadístico Rho de Spearman.

7.3 Análisis multivariante

Finalmente, la influencia de las variables sociodemográficas y de los cursos académicos sobre el valor final de la escala EASE se exploró con un modelo de regresión lineal múltiple mediante el método “introducir”, en el que se incluye el curso

académico recategorizado en tres 3 variables *dummies* teniendo como referencia el primer curso.

8. Software

A través de la herramienta de Google Forms® los datos se descargaron en un archivo Excel para su tratamiento y posterior importación al paquete estadístico IBM SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 25 para MAC®, con el que se realizó el análisis estadístico.

9. Consideraciones éticas

El estudio se ajusta a las normas de la Directiva Europea 2001/20/CE y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. El tratamiento de datos personales en la investigación en salud se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Todas las personas participantes marcaron una casilla dando su consentimiento para la participación en el estudio.

10. Conflicto de intereses

La autora de esta tesis declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

V. RESULTADOS

En esta sección se mostrarán en una primera parte las características de la muestra junto con el resultado global de la escala EASE. En una segunda parte, los resultados obtenidos por ítems de la escala EASE de la totalidad de la muestra. En una tercera los resultados obtenidos en la escala EASE según las variables definidas de la muestra y, por último, el análisis multivariante.

1. Características de la muestra de estudio

Los resultados del cálculo de tamaño de la muestra para población finita para un nivel de confianza del 95% y un error del 7% fue de un total de 325 estudiantes, no obstante, la muestra del estudio estuvo compuesta por 384. La distribución por cursos queda detallada en la Tabla 4.

Tabla 4: Cálculo del tamaño de la muestra por curso académico.

	Curso académico				Total
	1º	2º	3º	4º	
TOTAL	610	551	502	410	2073
MUESTRA NECESARIA	84	82	81	78	325
MUESTRA ACTUAL	115	104	86	79	384

A continuación, se describen las características sociodemográficas y académico-culturales de la muestra en su totalidad y la distribución según el curso académico. En la Tabla 5 se exponen las variables con todas las categorías incluidas en el cuestionario.

El 83,9% de las estudiantes encuestadas fueron mujeres. La proporción entre hombres y mujeres en todos los cursos es similar. Con respecto a la edad, el 82% era menor de 25 años y cerca del 10% mayor de 29. Los componentes de la muestra manifiestan ser en su mayoría heterosexuales (88%), el 6.8% se considera bisexual, un 5.2% homosexual y un único estudiante no se identifica con las anteriores categorías. En cuanto al estado civil, aproximadamente el 57% refiere ser soltero, 3 personas eran divorciadas (0.8%), el 4,4% estaban casadas y el 30.5% tenían pareja. Con respecto a la religión, en su mayoría se consideran cristianos (63.5%) o ateos/agnósticos (30.9%); solo el 5.5% afirma ser musulmán, además, ningún participante se identificaba con la religión hebrea o cualquier otra fe no incluida en las anteriores (Tabla 5).

Tabla 5: Características sociodemográficas y académico-culturales de la muestra por curso académico (n; %)

	Curso académico									
	1° (n=115)		2° (n=104)		3° (n=86)		4° (n=79)		TOTAL (n=384)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo al nacer										
Mujer	100	87	85	81.7	67	77.9	70	88.6	322	83.9
Hombre	15	13	19	18.3	19	22.1	9	11.4	62	16.1
Edad (años)										
<25	102	88.7	88	84.6	69	80.2	56	70.9	315	82
25-29	3	2.6	7	6.7	7	8.1	13	16.5	30	7.8
>29	10	8.7	9	8.7	10	11.6	10	12.7	39	10.2
Orientación sexual										
Heterosexual	106	92.2	94	90.4	76	88.4	61	77.2	337	87.8
Homosexual	4	3.5	2	1.9	6	7	8	10.1	20	5.2
Bisexual	4	3.5	8	7.7	4	4.7	10	12.7	26	6.8
Otra	1	0.9	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Estado civil										
Soltero/a	67	58.3	60	57.7	51	59.3	40	50.6	218	56.8
En pareja	42	36.5	38	36.5	28	32.6	9	11.4	117	30.5
Casado/a	5	4.3	4	3.8	7	8.1	1	1.3	17	4.4
Divorciado/a	1	0.9	2	1.9	0	0	0	0	3	0.8
Religión										
Cristiana	69	60	68	65.4	54	62.8	53	67.1	244	63.5
Musulmana	5	4.3	3	2.9	10	11.6	3	3.8	21	5.5
Ateo o agnóstico	41	35.7	33	31.7	22	25.6	23	29.1	119	30.9
Hebrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

n= frecuencia; %= porcentaje

Así pues, la Tabla 6 muestra la puntuación de la escala EASE por curso académico y del total de la muestra. En relación con la puntuación total obtenida 85.25 (± 9.80) puntos, lo que indica una actitud positiva en general. Las personas del primer curso de formación son quienes obtienen la puntuación más baja, no obstante, superaron el valor umbral de 84 en 0.15 puntos. El estudiantado de segundo curso es quien alcanza la puntuación más alta de los cuatro cursos.

Tabla 6: Puntuación total de la escala EASE y según el curso académico

	1° CURSO (n=115)	2° CURSO (n=104)	3° CURSO (n=86)	4° CURSO (n=79)	TOTAL (n=384)
	\bar{x} (\pm D.T.)				
EASE Total	84.15(\pm 8.33)	86.39(\pm 10.86)	85.58(\pm 8.48)	85.72(\pm 10.23)	85.25 (\pm 9.80)

\bar{x} = Media; D.T.= Desviación Típica

Tal y como se describe en el apartado material y método, debido al bajo porcentaje de algunas categorías, se procedió a dicotomizarlas. Así pues, la Tabla 7 la edad media fue de 23.12 años \pm 6.70 siendo, como era de esperar, mayor en los estudiantes de cuarto curso. El 12.2% se definió como no heterosexual, el 53.9% no tenía pareja y el 69% manifestó tener creencias religiosas.

Tabla 7: Características sociodemográficas y académico-culturales de la muestra dicotomizada y puntuación total según la escala EASE por curso académico.

	1° CURSO (n=115)	2° CURSO (n=104)	3° CURSO (n=86)	4° CURSO (n=79)	TOTAL (n=384)
	\bar{x} (\pm D.T.)				
Edad (años)	21.37(\pm 6.34)	22.79(\pm 6.46)	23.71(\pm 6.22)	25.46(\pm 7.57)	23.12(\pm 6.70)
	n (%)				
Orientación sexual					
Heterosexual	106 (92.2)	94 (90.4)	76 (88.4)	61 (77.2)	337 (87.8)
No heterosexual	9 (7.8)	10 (9.6)	10 (11.6)	18 (22.8)	47 (12.2)
Estado civil					
Sin pareja	67 (58.3)	60 (57.7)	51 (59.3)	29 (36.7)	207 (53.9)
Con pareja	48 (41.7)	44 (42.3)	35 (40.7)	50 (63.3)	177 (46.1)
Creencias religiosas					
Creyente	74 (64.3)	71 (68.3)	64 (74.4)	56 (70.9)	265 (69)
No creyente	41 (35.7)	33 (31.7)	22 (25.6)	23 (29.1)	119 (31)

\bar{x} = Media; D.T.= Desviación Típica; n= frecuencia; %= porcentaje

2. Resultados por ítems de la escala EASE

Con el objetivo de presentar los resultados obtenidos en la escala EASE con mayor claridad, las puntuaciones se exponen en dos tablas independientes según la direccionalidad de los ítems.

En la Tabla 8 se muestran los ítems cuyos enunciados pueden ser considerados estigmatizantes. Las puntuaciones más cercanas a “Totalmente en desacuerdo”, que obtiene un valor de 5, indican mayor concienciación del

estudiantado o actitudes positivas. El ítem de la escala que alcanza mayor puntuación media es P1 (“El sida no afecta a las parejas heterosexuales”) con 4.62 ± 1.01 donde el 83.1% de la muestra marcó “Totalmente en desacuerdo”. Y el ítem de la escala que alcanza menor puntuación media es la P10 (“El seropositivo debe ser identificado como tal”) con 3.16 ± 1.28 donde solo el 19% de la muestra marcó la opción de mayor puntuación “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 8: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE con direccionalidad de las actitudes positivas hacia “Totalmente en desacuerdo”.

Ítems	$\bar{x} \pm D.T.$	TOTALMENTE	EN	NI DE ACUERDO NI	DE	TOTALMENTE
		EN	DESACUERDO	EN DESACUERDO	ACUERDO	DE ACUERDO
		DESACUERDO				
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
P1	4.62 ± 1.01	319 (83.1)	32 (8.3)	5 (1.3)	10 (2.6)	18 (4.7)
P2	4.34 ± 0.86	217 (56.5)	92 (24)	70 (18.2)	2 (0.5)	3 (0.8)
P4	4.27 ± 0.91	199 (51.8)	112 (29.2)	57 (14.8)	13 (3.4)	3 (0.8)
P6	4.54 ± 0.78	254 (66.1)	101 (26.3)	18 (4.7)	7 (1.8)	1 (1)
P9	4.35 ± 0.91	217 (56.5)	109 (28.4)	41 (10.7)	11 (2.9)	6 (1.6)
P10	3.16 ± 1.28	73 (19)	80 (20.8)	114 (29.7)	69 (18)	48 (12.5)
P12	3.93 ± 1.07	152 (39.6)	98 (25.5)	93 (24.2)	34 (8.9)	7 (1.8)
P13	3.78 ± 1.12	136 (35.4)	90 (23.4)	110 (28.6)	37 (9.6)	11 (2.9)
P16	4.15 ± 1.00	188 (49)	100 (26)	70 (18.2)	21 (5.5)	5 (1.3)
P17	4.45 ± 0.93	253 (65.9)	80 (20.8)	32 (8.3)	10 (2.6)	9 (2.3)
P18	4.54 ± 0.84	267 (69.5)	82 (21.4)	22 (5.7)	5 (1.3)	8 (2.1)
P19	4.35 ± 0.90	219 (57)	102 (26.6)	50 (13)	8 (2.1)	5 (1.3)
P20	3.9 ± 1.33	183 (47.7)	82 (21.4)	48 (12.5)	37 (9.6)	34 (8.9)

\bar{x} = media; D.T. = Desviación Típica; n = frecuencia; % = porcentaje

Estos ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”.

En oposición a la Tabla 8, la Tabla 9 muestra los ítems cuyos enunciados describen actitudes de menor prejuicio. Las puntuaciones más cercanas a “Totalmente de acuerdo”, que obtiene un valor de 5, indican mayor concienciación del estudiantado

o actitudes positivas. El ítem de la escala que alcanzan mayor puntuación media es P11 (“Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo”) con 4.68 ± 0.87 donde el 83.9% de la muestra marcó “Totalmente de acuerdo”. Y el ítem de la escala que alcanza menor puntuación media es la P14 (“El enfermo de sida debe ser considerado una víctima del sistema social”) con 2.12 ± 1.05 , donde solo el 2.9% de la muestra marcó la opción de mayor puntuación “Totalmente de acuerdo”.

Tabla 9: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE con direccionalidad de actitudes más positivas hacia “Totalmente de acuerdo”.

Ítems	$\bar{x} \pm D.T.$	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
P3	4.05 ± 1.28	27 (7)	33 (8.6)	32 (8.3)	87 (22.7)	205 (53.4)
P5	4.2 ± 1.22	24 (6.3)	19 (4.9)	41 (10.7)	64 (16.7)	236 (61.5)
P7	4.22 ± 1.20	19 (4.9)	27 (7)	36 (9.4)	65 (16.9)	237 (61.7)
P8	3.64 ± 1.30	25 (6.5)	69 (18)	57 (14.8)	100 (26)	133 (34.6)
P11	4.68 ± 0.87	8 (2.1)	13 (3.4)	5 (1.3)	36 (9.4)	322 (83.9)
P14	2.12 ± 1.05	131 (34.1)	124 (32.3)	93 (24.2)	25 (6.5)	11 (2.9)
P15	4.44 ± 1.01	10 (2.6)	17 (4.4)	24 (6.3)	70 (18.2)	263 (68.5)
P21	3.52 ± 1.33	32 (8.3)	61 (15.9)	93 (24.2)	68 (17.7)	130 (33.9)

\bar{x} = media; D.T. = Desviación Típica; n = frecuencia; % = porcentaje

Estos ítems marcados de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

3. Resultados de las variables implicadas

A continuación, se procede a realizar un análisis más detallado de los resultados obtenidos en la escala EASE diferenciando entre las variables sociodemográficas y las académico-culturales.

Para aportar mayor claridad en la presentación de los resultados, en aquellas tablas donde aparezcan los ítems que componen la escala EASE, se han diferenciado

estos en dos colores. El blanco indica que la direccionalidad de la puntuación de actitud más positiva se dirige hacia “Totalmente en desacuerdo” (enunciados considerados discriminatorios), mientras que las señaladas en gris se dirigen hacia la de “Totalmente de acuerdo”. Independientemente del color, una mayor puntuación siempre significa una actitud más positiva.

3.1 Variables sociodemográficas:

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de cada ítem de la escala EASE a través de las medianas, valores medios, desviación típica de la puntuación final de la escala, así como el valor de U de Mann-Whitney y el valor de p según el sexo al nacer, el estado civil y la orientación sexual predefinidas.

▪ Según el sexo al nacer

Así pues, en la Tabla 10 figuran las medianas, medias aritméticas y desviación típica en la puntuación final de la escala EASE y en cada uno de los ítems según el sexo, así como el valor de U de Mann-Whitney y la significación estadística (valor de p).

Aunque no se aprecian diferencias significativas en la valoración final de la escala EASE según el sexo, las mujeres superan en puntuación a los hombres. También se observan diferencias significativas en 5 de los 21 ítem que componen la escala. En aquellos en los que se alcanza significación, exceptuando en el ítem 5 (“El sida es un problema de todos”), las puntuaciones son superiores en las mujeres, es decir, las mujeres muestran una actitud más positiva en los ítems 8 (“En las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del sida”), 14 (“El enfermo de sida debe ser considerado una víctima del sistema social”), 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”) y 17 (“No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida”).

Tabla 10: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE, según el sexo.

Ítems	Hombre N (62)			Mujer N (322)			U de Mann- Whitney	Valor de p
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.77	0.756	5	4.6	1.028	9287.5	0.184
P2	5	4.34	0.904	5	4.35	0.838	9942	0.955
P3	4	4	1.255	5	4.08	1.265	9462	0.477
P4	4	4.24	0.843	5	4.29	0.903	9523	0.53
P5	5	4.53	0.953	5	4.16	1.232	8347	0.019*
P6	5	4.48	0.62	5	4.56	0.784	8804	0.077
P7	5	4.24	1.155	5	4.23	1.183	9868.5	0.871
P8	3.5	3.27	1.257	4	3.71	1.292	7909	0.007**
P9	5	4.44	0.692	5	4.34	0.931	9933	0.945
P10	3	3.32	1.128	3	3.13	1.302	9158	0.291
P11	5	4.61	0.875	5	4.71	0.824	9089	0.081
P12	4	3.9	1.02	4	3.93	1.085	9721.5	0.732
P13	4	4.03	1.008	4	3.74	1.13	8593.5	0.07
P14	2	1.85	0.921	2	2.17	1.06	8304	0.028*
P15	5	4.23	1.093	5	4.5	0.948	8364	0.014*
P16	4	4.16	0.909	4	4.16	1.009	9770	0.775
P17	5	4.27	0.926	5	4.49	0.921	8435	0.021*
P18	5	4.37	1.028	5	4.58	0.786	9015.5	0.135
P19	4	4.19	0.884	5	4.39	0.877	8602.5	0.053
P20	4	3.69	1.301	4	3.93	1.338	8643	0.074
P21	4	3.55	1.21	4	3.52	1.345	9956.5	0.974
TOTAL	83.5	84.52	8.585	87	85.57	9.682	8836.5	0.152

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 "Totalmente de acuerdo" y 5 "Totalmente en desacuerdo". Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 "Totalmente de acuerdo" y 1 "Totalmente en desacuerdo".

▪ Según la edad

En la Tabla 11 se muestra el coeficiente de correlación de Spearman y la significación estadística (p) de la puntuación final de la escala EASE y cada uno de los ítems según la edad.

No se observa relación estadísticamente significativa entre la edad y la puntuación final de la escala EASE ($p=0.799$). Al realizar el análisis por ítems, se percibe correlación significativa positiva de intensidad leve en los ítems 2 ("Los fetos contagiados con el virus del sida deberían abortarse"), el 10 ("El seropositivo debe ser identificado como tal") y el 12 ("Deberían crearse hospitales específicos para enfermos

de sida y portadores”). La direccionalidad de las actitudes positivas en los tres ítems se produce hacia la respuesta "Totalmente en desacuerdo".

Asimismo, se halla correlación significativa negativa de intensidad leve en el ítem 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”) e ítem 20 (“Siempre que toquemos a un enfermo de sida debemos utilizar guantes”). La direccionalidad de las actitudes positivas del ítem 15 se produce hacia la respuesta "Totalmente en desacuerdo" y la del ítem 20 hacia la respuesta "Totalmente de acuerdo"

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE, según la edad.

Ítems	r	p
P1	-0.004	0.935
P2	0.147	0.004**
P3	0.023	0.654
P4	0.046	0.371
P5	0.012	0.811
P6	-0.008	0.872
P7	0.005	0.923
P8	-0.026	0.613
P9	-0.005	0.928
P10	0.149	0.003**
P11	-0.116	0.023
P12	0.102	0.045*
P13	0.089	0.082
P14	-0.011	0.837
P15	-0.182	0.001**
P16	0.012	0.82
P17	-0.021	0.677
P18	-0.016	0.757
P19	0.05	0.327
P20	-0.117	0.022*
P21	0.008	0.88
TOTAL	0.013	0.799

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

r= Correlación r de Pearson

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

▪ Según el estado civil

En la Tabla 12 al comparar según el estado civil, las personas identificadas como casadas, han sido las que han puntuado peor en la escala EASE Total y con

mayor puntuación las personas solteras, sin diferencias estadísticas significativas ($p = 0.85$). Al desglosar los ítems, solo se observan diferencias significativas en el ítem 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”) con una $p < 0.001$, donde las personas divorciadas en primer lugar, seguidas por las casadas, muestran actitudes más negativas. Tras la realización de la Prueba *post hoc* de Bonferroni (Ilustración 5) se confirma que se producen entre los grupos casados-en pareja y casados-solteros, en ambos casos con una $p = 0.000$. Una puntuación más alta indica mayor conformidad con la afirmación manifestada en este ítem.

Tabla 12: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE, según el estado civil.

Ítems	Soltero/a N (207)			En pareja N (148)			Casado/a N (25)			Divorciado/a N (4)			H de Kruskal- Wallis	Valor de p
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.65	0.98	5	4.61	0.98	5	4.44	1.23	5	5	0.00	2.10	0.55
P2	5	4.35	0.90	5	4.3	0.82	5	4.6	0.58	5	4.75	0.50	3.57	0.31
P3	5	4.01	1.34	5	4.12	1.17	5	4.24	1.17	4.5	4	1.41	0.59	0.90
P4	5	4.32	0.92	4	4.2	0.87	5	4.44	0.77	4	4	0.82	5.07	0.17
P5	5	4.26	1.20	5	4.18	1.15	5	4.2	1.50	5	4.25	1.50	2.29	0.52
P6	5	4.54	0.78	5	4.55	0.72	5	4.52	0.87	5	5	0.00	2.07	0.56
P7	5	4.19	1.20	5	4.24	1.17	5	4.56	1.00	5	4.25	1.50	2.78	0.43
P8	4	3.69	1.31	4	3.56	1.27	4	3.72	1.40	4	3.75	1.26	1.42	0.70
P9	5	4.4	0.86	5	4.29	0.92	5	4.36	1.08	4.5	4.5	0.58	1.76	0.62
P10	3	3.23	1.27	3	3.06	1.22	3	3.16	1.57	3	3	1.83	1.71	0.63
P11	5	4.69	0.86	5	4.74	0.74	5	4.6	1.00	4.5	4	1.41	3.95	0.27
P12	4	3.9	1.05	4	3.95	1.11	4	3.88	1.13	4.5	4.5	0.58	1.46	0.69
P13	4	3.81	1.12	4	3.76	1.10	4	3.8	1.23	4	3.5	1.00	0.64	0.89
P14	2	2.12	1.06	2	2.09	0.98	2	2.32	1.22	1.5	2	1.41	0.76	0.86
P15	5	4.54	0.90	5	4.45	1.04	4	3.88	0.97	4	3.75	1.26	22.05	<0.001**
P16	5	4.19	0.98	4	4.16	0.98	4	3.8	1.16	5	4.75	0.50	4.33	0.23
P17	5	4.52	0.87	5	4.39	0.95	5	4.28	1.21	5	4.75	0.50	2.39	0.50
P18	5	4.59	0.81	5	4.5	0.86	5	4.48	0.92	5	4.75	0.50	1.65	0.65
P19	5	4.41	0.81	5	4.3	0.96	4	4.24	0.97	5	4.75	0.50	1.82	0.61
P20	4	3.94	1.26	5	3.96	1.31	3	3.28	1.70	2.5	2.75	2.06	5.49	0.14
P21	4	3.48	1.30	4	3.63	1.36	3	3.28	1.28	4	3.75	1.50	2.55	0.47
TOTAL	87	85.82	9.57	87	85.03	9.16	85	84.08	11.41	86.5	85.75	8.66	0.80	0.85

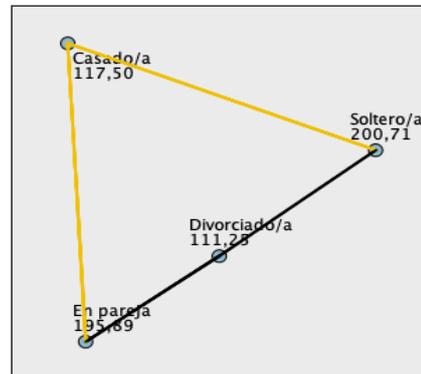
** $p < 0.01$

Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

Ilustración 5: Corrección de Bonferroni ítem 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”) según el estado civil de la muestra.

Comparaciones entre parejas de Estado civil



Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Estado civil .

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Divorciado/a-Casado/a	6,250	49,011	,128	,899	1,000
Divorciado/a-En pareja	84,635	46,116	1,835	,066	,399
Divorciado/a-Soltero/a	89,458	45,943	1,947	,052	,309
Casado/a-En pareja	78,385	19,680	3,983	,000	,000
Casado/a-Soltero/a	83,208	19,270	4,318	,000	,000
En pareja-Soltero/a	4,823	9,797	,492	,623	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05.
Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

En la Tabla 13 se muestran los resultados de la variable estado civil en forma dicotómica. No se observan diferencias significativas en el resultado final o en los ítems analizados de forma individual, tampoco en el ítem 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”), como ocurría en los anteriores resultados de esta variable.

Tabla 13: Resultados de la variable estado civil dicotomizada en con pareja y sin pareja.

Ítems	Con pareja N (177)			Sin pareja N (207)			U de Mann- Whitney	Valor de p
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.6	1.007	5	4.65	0.979	17604	0.312
P2	5	4.35	0.792	5	4.35	0.895	17847	0.626
P3	5	4.14	1.17	5	4.01	1.337	17901.5	0.673
P4	4	4.23	0.856	5	4.32	0.923	16651.5	0.092
P5	5	4.18	1.202	5	4.26	1.198	17389.5	0.326
P6	5	4.55	0.738	5	4.54	0.78	18222	0.914
P7	5	4.28	1.158	5	4.19	1.195	17547	0.413
P8	4	3.59	1.281	4	3.69	1.308	17420.5	0.39
P9	5	4.31	0.934	5	4.4	0.863	17365	0.324
P10	3	3.07	1.279	3	3.23	1.271	17007.5	0.214
P11	5	4.71	0.8	5	4.69	0.861	18277.5	0.952
P12	4	3.95	1.104	4	3.9	1.049	17607	0.49
P13	4	3.76	1.113	4	3.81	1.118	17863	0.66
P14	2	2.12	1.024	2	2.12	1.064	18169.5	0.885
P15	5	4.36	1.051	5	4.54	0.901	16620.5	0.056
P16	4	4.12	1.007	5	4.19	0.981	17556.5	0.448
P17	5	4.38	0.982	5	4.52	0.869	17066	0.168
P18	5	4.5	0.86	5	4.59	0.807	17283.5	0.237
P19	5	4.31	0.952	5	4.41	0.812	17537.5	0.418
P20	4	3.84	1.411	4	3.94	1.264	18103.5	0.832
P21	4	3.58	1.351	4	3.48	1.299	17436	0.4
TOTAL	87	84.91	9.444	87	85.82	9.57	17379.5	0.386

Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

▪ Según la orientación sexual

Tal y como se explica en la descripción de la muestra, se excluye el caso orientación sexual “otro” al tratarse de un caso único. Las personas bisexuales son las que mejor puntúan en la escala EASE Total (89.27), seguida de las homosexuales y por último de las heterosexuales, sin diferencias significativas. La prueba H de

Kruskal-Wallis alcanzan el resultado de diferencias significativas en 2 de los 21 ítems que componen la escala (Tabla 14).

Tabla 14: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE según la orientación sexual.

Ítems	Heterosexual N (337)			Homosexual N (20)			Bisexual N (26)			H de Kruskal- Wallis	Valor de p
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.62	0.99	5	4.9	0.31	5	4.46	1.30	1.04	0.60
P2	5	4.34	0.86	5	4.6	0.68	4	4.27	0.78	2.33	0.31
P3	5	4.03	1.29	4.5	4.05	1.28	5	4.58	0.76	4.62	0.10
P4	5	4.26	0.96	4	4.15	0.81	5	4.65	0.49	4.87	0.09
P5	5	4.22	1.19	5	4	1.62	5	4.35	0.89	0.01	0.10
P6	5	4.54	0.78	5	4.6	0.6	5	4.58	0.70	0.003	0.10
P7	5	4.24	1.17	5	4	1.34	5	4.31	1.16	0.76	0.67
P8	4	3.66	1.28	3	3.1	1.55	4	3.77	1.24	2.76	0.25
P9	5	4.36	0.89	5	4.45	0.69	5	4.31	1.09	0.13	0.94
P10	3	3.12	1.28	4	3.7	0.98	3	3.23	1.34	3.93	0.14
P11	5	4.7	0.82	5	4.25	1.33	5	5	0	8.34	0.015*
P12	4	3.9	1.07	5	4.2	1.06	5	4.04	1.15	2.23	0.33
P13	4	3.75	1.11	4.5	4.15	1.14	4.5	4.12	0.99	5.28	0.07
P14	2	2.07	1.03	2	2.15	0.88	2.5	2.62	1.24	5.30	0.07
P15	5	4.45	0.98	5	4.05	1.32	5	4.88	0.33	7.75	0.021*
P16	4	4.14	0.99	5	4.5	0.83	5	4.19	1.17	3.29	0.19
P17	5	4.44	0.93	5	4.55	1.00	5	4.54	0.81	0.91	0.64
P18	5	4.53	0.85	5	4.75	0.55	5	4.62	0.85	1.90	0.39
P19	5	4.32	0.90	5	4.6	0.68	5	4.62	0.64	3.97	0.14
P20	4	3.87	1.34	5	3.8	1.57	5	4.19	1.10	1.06	0.59
P21	4	3.52	1.31	3	3.1	1.52	4	3.96	1.25	4.43	0.11
TOTAL	86	85.08	9.45	85.5	85.65	9.64	91	89.27	9.91	5.20	0.07

* $p < 0.05$

Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

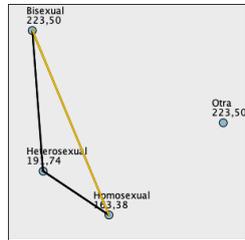
Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

En estos mismos ítems, tras la aplicación de la corrección de Bonferroni (Ilustración 6, 7), se confirma que dichas diferencias se producen entre los grupos homosexual–bisexual para los ítems 11 (“Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo”) y 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”) con una $p < 0.05$ en ambos casos ($p = 0.027$ y $p = 0.023$ respectivamente), lo que muestra una actitud más positiva del colectivo bisexual sobre el acceso al empleo y la adopción.

Ilustración 6: Corrección de Bonferroni ítem 11 ("Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo") según orientación sexual

Ilustración 7: Corrección de Bonferroni ítem 15 ("El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño") según orientación sexual

Comparaciones entre parejas de Orientación sexual

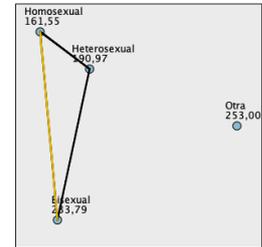


Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Orientación sexual.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Homosexual-Heterosexual	28,370	16,347	1,735	,083	,496
Homosexual-Bisexual	-60,125	21,126	-2,846	,004	,027
Homosexual-Otra	-60,125	72,783	-,826	,409	1,000
Heterosexual-Bisexual	-31,755	14,457	-2,196	,028	,168
Heterosexual-Otra	-31,755	71,134	-,446	,655	1,000
Bisexual-Otra	,000	72,382	,000	1,000	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Comparaciones entre parejas de Orientación sexual



Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Orientación sexual.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Homosexual-Heterosexual	29,422	20,946	1,405	,160	,961
Homosexual-Bisexual	-72,238	27,069	-2,669	,008	,046
Homosexual-Otra	-91,450	93,259	-,981	,327	1,000
Heterosexual-Bisexual	-42,817	18,525	-2,311	,021	,125
Heterosexual-Otra	-62,028	91,146	-,681	,496	1,000
Bisexual-Otra	-19,212	92,745	-,207	,836	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

En la Tabla 15 se muestran los resultados dicotomizados de la orientación sexual. Aunque en el resultado de la escala EASE Total no se encuentran diferencias significativas, dentro de los ítems son estadísticamente significativos 3 de los 21.

En los ítems 13 ("El sida es la mayor plaga de nuestro tiempo") y 19 ("Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores") la actitud más positiva y, por lo tanto, con mayor puntuación vendría marcada por "Totalmente en desacuerdo"; en el ítem 14 ("El enfermo de sida debe ser considerado una víctima del sistema social") donde la actitud con puntuación más positiva viene indicada con "Totalmente de acuerdo". Los tres resultados estadísticamente significativos coinciden con la puntuación más baja de las personas identificadas como heterosexuales.

Tabla 15: Resultados de la variable orientación sexual dicotomizada en heterosexual y no heterosexual.

Ítems	Heterosexual N (337)			No heterosexual N (47)			U de Mann-Whitney	Valor de p
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.62	0.99	5	4.66	1006	7740.5	0.7
P2	5	4.34	0.862	5	4.4	0.742	7806.5	0.859
P3	5	4.03	1287	5	4.36	1031	6831	0.095
P4	5	4.26	0.915	5	4.4	0.712	7521.5	0.541
P5	5	4.22	1193	5	4.21	1.25	7902.5	0.978
P6	5	4.54	0.775	5	4.6	0.648	7836	0.888
P7	5	4.24	1172	5	4.19	1227	7834	0.89
P8	4	3.66	1281	4	3.49	1397	7425.5	0.473
P9	5	4.36	0.892	5	4.34	0.939	7845	0.907
P10	3	3.12	1.28	4	3.47	1213	6734.5	0.088
P11	5	4.7	0.819	5	4.68	0.935	7665	0.577
P12	4	3.9	1.07	5	4.09	1.1	7063	0.207
P13	4	3.75	1109	4	4.06	1131	6545.5	0.044*
P14	2	2.07	1027	2	2.45	1119	6402	0.026*
P15	5	4.45	0.978	5	4.53	0.975	7404.5	0.378
P16	4	4.14	0.986	5	4.3	1041	6990	0.159
P17	5	4.44	0.931	5	4.55	0.88	7337	0.33
P18	5	4.53	0.845	5	4.68	0.726	7098	0.154
P19	5	4.32	0.903	5	4.62	0.644	6593	0.037*
P20	4	3.87	1336	5	4.04	1318	7263	0.326
P21	4	3.52	1312	4	3.57	1.41	7656.5	0.703
TOTAL	86	85.08	9448	90	87.7	9747	6627	0.07

*p<=0.05

Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

3.2 Variables académico-culturales

A continuación, se procede a realizar el análisis de las respuestas según el curso académico y la creencia religiosa. En la Tabla 15 y 16 quedan expresadas las medianas, puntuaciones medias, desviación típica, el valor de H de Kruskal-Wallis y el grado de significación estadística (p) en la puntuación de la escala EASE Total y en cada uno de los ítems que la componen.

- **Según curso académico**

Al comparar las puntuaciones obtenidas en la escala EASE Total, se obtuvo significación estadística ($p = 0.041$). El curso que mayor puntuación obtuvo fueron los de segundo y el de menor, los de primero. Respecto a las preguntas planteadas en la escala, se encuentran diferencias significativas entre los cursos académicos en 4 de los 21 ítems que la componen, concretamente en el ítem 2 (“Los fetos contagiados con el virus del sida deberían abortarse”), 3 (“No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos”), 4 (“No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas”) y 16 (“En el hospital, un portador del virus del sida no debería compartir habitación con una persona no infectada”) (Tabla 16).

Tabla 16: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE, según curso académico.

Ítems	1º CURSO (n=115)	2º CURSO (n=104)	3º CURSO (n=86)	4º CURSO (n=79)	H de Kruskal-Wallis	Valor de p
	$\bar{x} \pm D.T.$	$\bar{x} \pm D.T.$	$\bar{x} \pm D.T.$	$\bar{x} \pm D.T.$		
P1	4.61 ± 0.99	4.61 ± 0.99	4.62 ± 1.04	4.68 ± 0.96	0.76	0.86
P2	4.11 ± 0.83	4.34 ± 0.95	4.58 ± 0.77	4.46 ± 0.73	21.48	<0.001**
P3	3.87 ± 1.33	4.34 ± 1.09	4.05 ± 1.24	4.03 ± 1.36	8.69	0.034*
P4	4.07 ± 0.95	4.31 ± 0.87	4.43 ± 0.83	4.38 ± 0.85	10.85	0.013*
P5	4.37 ± 1.06	4.14 ± 1.35	4.06 ± 1.27	4.28 ± 1.09	3.04	0.39
P6	4.57 ± 0.64	4.62 ± 0.77	4.47 ± 0.84	4.52 ± 0.83	2.68	0.44
P7	4.43 ± 1.04	4.19 ± 1.22	4.01 ± 1.27	4.25 ± 1.17	6.9	0.08
P8	3.57 ± 1.27	3.67 ± 1.3	3.6 ± 1.37	3.75 ± 1.25	1.03	0.80
P9	4.29 ± 0.91	4.42 ± 0.9	4.45 ± 0.76	4.25 ± 1.01	3.09	0.38
P10	2.97 ± 1.22	3.19 ± 1.34	3.2 ± 1.26	3.35 ± 1.26	5.21	0.16
P11	4.71 ± 0.69	4.67 ± 0.98	4.7 ± 0.84	4.7 ± 0.82	1.61	0.66
P12	3.8 ± 1.05	4 ± 1.08	3.91 ± 1.04	4.01 ± 1.15	3.95	0.27
P13	3.62 ± 1.11	3.78 ± 1.12	4.03 ± 1.02	3.78 ± 1.17	6.99	0.07
P14	2.03 ± 1.1	2.12 ± 1.14	2.21 ± 1	2.15 ± 1.05	2.33	0.51
P15	4.5 ± 0.86	4.43 ± 1.03	4.44 ± 1.08	4.43 ± 0.96	0.73	0.87
P16	4 ± 0.98	4.36 ± 0.94	4.19 ± 1	4.1 ± 1.03	9.57	0.023*
P17	4.38 ± 0.94	4.58 ± 0.87	4.47 ± 0.93	4.38 ± 0.97	4.44	0.22
P18	4.57 ± 0.65	4.66 ± 0.71	4.49 ± 1.02	4.44 ± 0.98	3.39	0.34
P19	4.23 ± 0.95	4.38 ± 0.89	4.4 ± 0.77	4.47 ± 0.88	4.39	0.22
P20	4 ± 1.3	3.94 ± 1.34	3.86 ± 1.31	3.71 ± 1.4	2.75	0.43
P21	3.45 ± 1.28	3.64 ± 1.32	3.43 ± 1.39	3.59 ± 1.32	1.96	0.58
TOTAL	84.15 ± 8.33	86.39 ± 10.86	85.58 ± 8.48	85.72 ± 10.23	8.27	0.041*

\bar{x} = media; D.T. = Desviación Típica; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 "Totalmente de acuerdo" y 5 "Totalmente en desacuerdo". Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 "Totalmente de acuerdo" y 1 "Totalmente en desacuerdo".

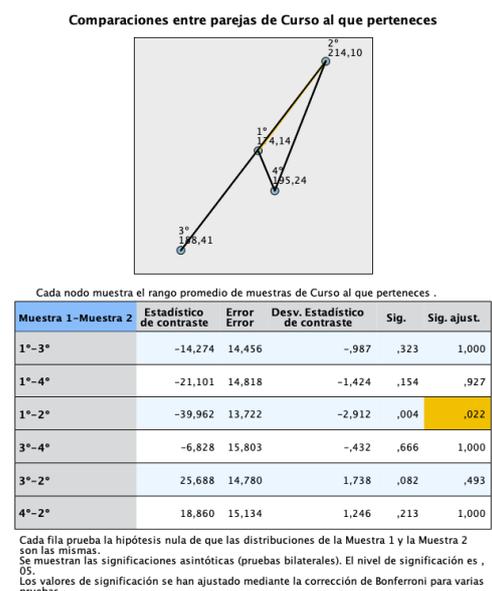
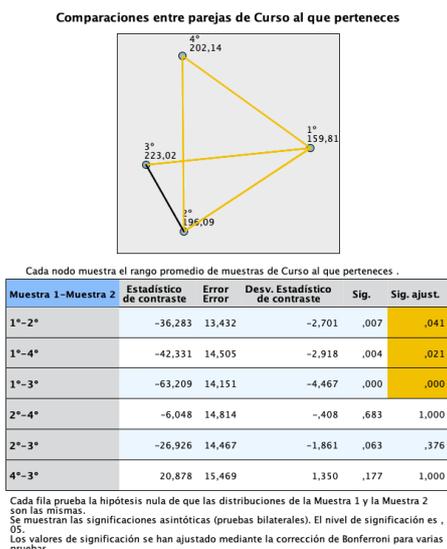
Se encuentra significación estadística tras la corrección de Bonferroni (Ilustración 8) de la puntuación EASE Total entre los cursos académicos de primero y segundo ($p=0.030$). Al analizarlo más exhaustivamente, en el ítem 2 se encuentran diferencias entre el primer curso y segundo ($p=0.041$), entre primer y tercer curso ($p=0.000$) y entre primer y cuarto curso ($p=0.021$). En el ítem 3 es entre el primer y

segundo curso ($p=0.022$); en el ítem 4 entre primer y tercer curso ($p=0.018$), y en el ítem 16 entre primer y segundo curso ($p=0.014$). En todos los casos la puntuación del primer curso es inferior a las obtenidas en cursos posteriores.

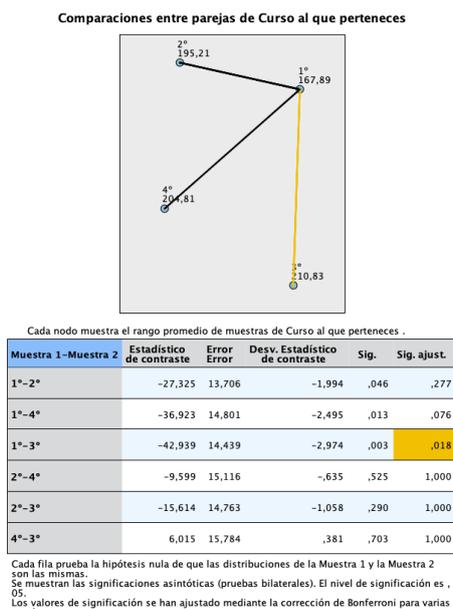
Ilustración 8: Corrección de Bonferroni de los ítems significativos según el curso académico.

Ítem 2: Los fetos contagiados con el virus del sida deberían abortarse.

Ítem 3: No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos.

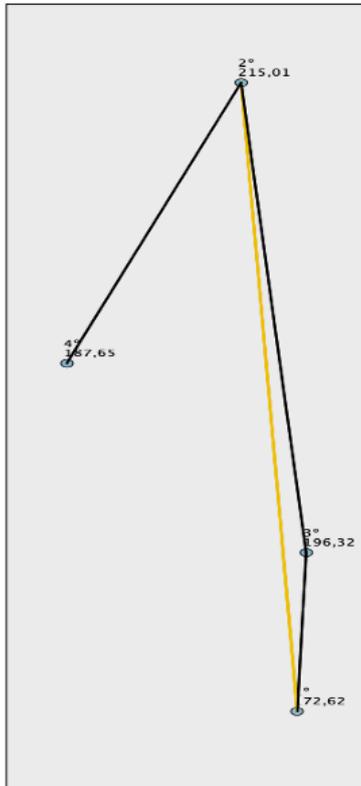


Ítem 4: No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas.



Ítem 16: En el hospital, un portador del virus del sida no debería compartir habitación con una persona no infectada.

Comparaciones entre parejas de Curso al que perteneces



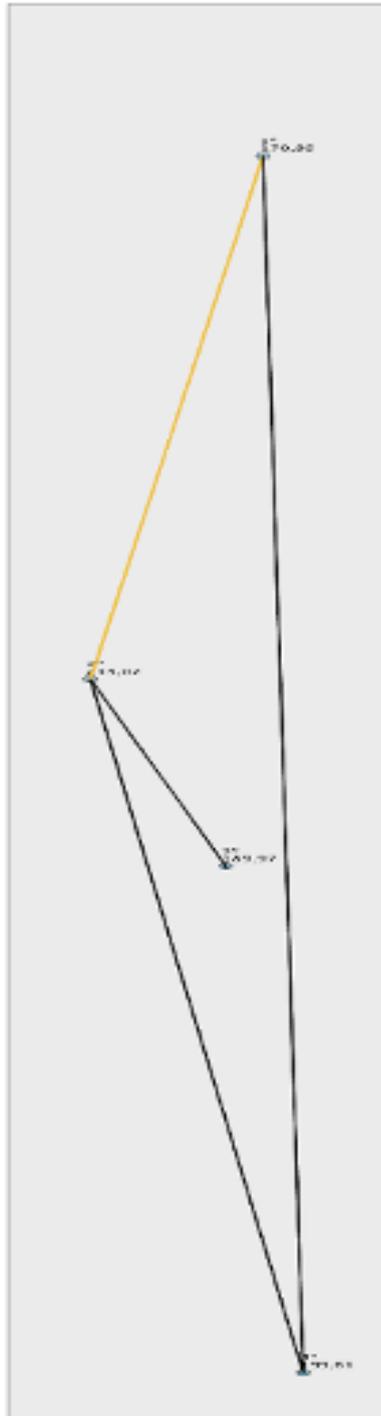
Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Curso al que perteneces .

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
1°-4°	-15,024	15,031	-1,000	,318	1,000
1°-3°	-23,698	14,664	-1,616	,106	,636
1°-2°	-42,388	13,919	-3,045	,002	,014
4°-3°	8,674	16,030	,541	,588	1,000
4°-2°	27,364	15,351	1,783	,075	,448
3°-2°	18,690	14,992	1,247	,213	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

EASE Total:

Comparaciones entre parejas de Curso al que perteneces



Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Curso al que perteneces .

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
1°-3°	-19,013	15,813	-1,202	,229	1,000
1°-4°	-28,662	16,209	-1,768	,077	,462
1°-2°	-42,067	15,009	-2,803	,005	,030
3°-4°	-9,649	17,286	-,558	,577	1,000
3°-2°	23,054	16,167	1,426	,154	,923
4°-2°	13,405	16,554	,810	,418	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias comparaciones.

▪ **Según creencia religiosa**

En la Tabla 17 el análisis de H de Kruskal-Wallis muestra que, en la puntuación final de la escala EASE existen diferencias significativas ($p=0.001$). Con respecto a la puntuación final, los que manifiestan ser ateos o agnósticos muestran una mayor puntuación, lo que significa mejores actitudes positivas, seguidos por quienes profesan fe cristiana y, por último, la islámica. Tras la aplicación de la corrección de Bonferroni (Ilustración 9), en sus resultados de la escala EASE Total, se confirman las diferencias estadísticamente significativas entre quienes profesan la religión islámica con respecto a la cristiana ($p=0.006$), así como entre las personas musulmanas y agnósticas o ateas ($p=0.001$).

Además, de manera más detallada con respecto a las preguntas planteadas en la escala EASE, en 7 de los 21 ítems se encuentran diferencias significativas. Esto ocurre en el ítem 3 (“No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos”) y en el 5 (“El sida es un problema de todos”) (Tabla 17). En la Corrección de Bonferroni (Ilustración 9) se observa que la diferencia se establece entre las respuestas del colectivo musulmán y el agnóstico o ateo, con una $p=0.007$ en el ítem 3 y $p=0.030$ en el ítem 5. En ambas la categorización agnóstico o ateo obtuvo las puntuaciones de actitud más positivas.

También son significativos los ítems 11 (acceso a la educación y al empleo con VIH) y 15 (no considerar como impedimento el VIH para poder adoptar un niño) (Tabla 17). En ambos, las puntuaciones de mayor a menor actitud positiva corresponden al colectivo cristiano, seguido del agnóstico o ateo y el musulmán. Mediante la Corrección de Bonferroni (Ilustración 9), se detallan las diferencias significativas encontradas por categorías. En el ítem 11 se establece entre la categoría de musulmán con agnóstico o ateo ($p=0.001$) y musulmán con cristiana ($p=0.000$); y en el ítem 15 entre la cristiana con la atea-agnóstica ($p=0.19$).

Para finalizar, los últimos ítems significativos en la Tabla 17 son el ítem 12 (creación de hospitales específicos para PVVS), 17 (“No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida”) y 19 (“Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores”). En

estas tres ocasiones se muestran con puntuaciones más altas las respuestas de quienes se consideran agnósticos o ateos. Seguidamente, mientras que en la Corrección de Bonferroni (Ilustración 9) los ítems 12 y 19 presentan diferencias entre las categorías cristiana con agnóstico o ateo ($p= 0.019$ para ambos) en el 17 se establece entre musulmana con cristiana ($p=0.006$) y musulmana con agnóstica o atea ($p=0.000$).

Tabla 17: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE según la religión.

Ítems	Cristiana N (244)			Musulmana N (21)			Ateo o agnóstico N (119)			H de Kruskal- Wallis	Valor de P
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.62	0.97	5	4.62	1.07	5	4.63	1.03	0.44	0.80
P2	5	4.4	0.84	5	4.38	0.87	4	4.24	0.86	3.33	0.19
P3	5	4.03	1.29	3	3.24	1.55	5	4.29	1.08	9.78	0.008**
P4	4.5	4.29	0.83	4	3.9	1.09	5	4.32	0.97	3.85	0.15
P5	5	4.23	1.18	4	3.52	1.57	5	4.32	1.13	6.67	0.036*
P6	5	4.51	0.79	4	4.38	0.67	5	4.65	0.70	5.47	0.07
P7	5	4.3	1.16	5	3.95	1.32	5	4.16	1.19	2.39	0.30
P8	4	3.59	1.28	4	3.14	1.68	4	3.83	1.22	4.51	0.11
P9	5	4.38	0.89	5	4.24	1.04	5	4.32	0.89	0.96	0.62
P10	3	3.09	1.29	3	3.1	1.00	3	3.31	1.28	2.37	0.31
P11	5	4.77	0.69	5	4.1	1.30	5	4.66	0.95	9.27	0.01**
P12	4	3.84	1.09	4	3.57	1.36	4	4.14	0.95	7.03	0.03*
P13	4	3.7	1.10	4	4.14	1.01	4	3.91	1.14	5.58	0.06
P14	2	2.14	1.08	2	2.1	0.77	2	2.08	1.02	0.27	0.88
P15	5	4.53	0.87	4	3.71	1.15	5	4.44	1.10	14.92	0.001**
P16	4	4.1	1.02	4	4	1.10	5	4.31	0.91	3.88	0.14
P17	5	4.39	0.91	5	4.48	0.93	5	4.57	0.95	7.45	0.024*
P18	5	4.53	0.81	5	4.14	1.42	5	4.66	0.72	3.79	0.15
P19	5	4.29	0.90	4	4	1.27	5	4.56	0.70	9.34	0.009**
P20	4	3.87	1.34	4	3.67	1.53	5	3.97	1.30	0.83	0.66
P21	4	3.52	1.30	3	2.95	1.56	4	3.66	1.31	4.29	0.12
TOTAL	86.5	85.13	9.15	79	79.33	7.34	90	87.03	10.14	17.11	<0.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

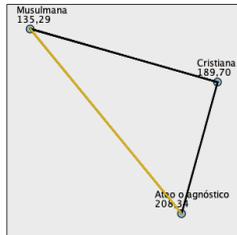
Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”. Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 “Totalmente de acuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”.

Ilustración 9: Corrección de Bonferroni según la religión que profesan.

Ítem 3: No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos.

Ítem 5: El sida es un problema de todos.

Comparaciones entre parejas de Religión

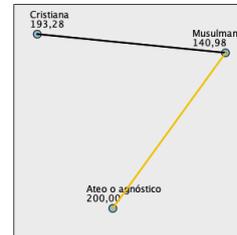


Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	54,411	23,061	2,359	,018	,055
Musulmana-Ateo o agnóstico	-73,059	24,002	-3,044	,002	,007
Cristiana-Ateo o agnóstico	-18,648	11,338	-1,645	,100	,300

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es .05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Comparaciones entre parejas de Religión



Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

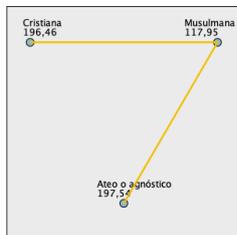
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	52,302	22,029	2,374	,018	,053
Musulmana-Ateo o agnóstico	-59,020	22,928	-2,574	,010	,030
Cristiana-Ateo o agnóstico	-6,717	10,831	-,620	,535	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es .05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Ítem 11: Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo.

Ítem 12: Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de sida y portadores.

Comparaciones entre parejas de Religión



Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	78,507	20,697	3,793	,000	,000
Musulmana-Ateo o agnóstico	-79,585	21,542	-3,695	,000	,001
Cristiana-Ateo o agnóstico	-1,079	10,176	-,106	,916	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es .05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Comparaciones entre parejas de Religión



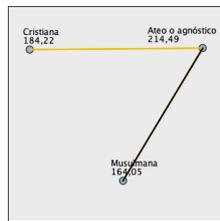
Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Cristiana-Musulmana	-7,149	21,185	-,337	,736	1,000
Cristiana-Ateo o agnóstico	-28,415	10,416	-2,728	,006	,019
Musulmana-Ateo o agnóstico	-21,266	22,049	-,965	,335	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es .05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Ítem 15: El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño.

Comparaciones entre parejas de Religión



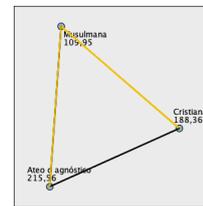
Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	20,176	22,486	,897	,370	1,000
Musulmana-Ateo o agnóstico	-50,444	23,403	-2,155	,031	,093
Cristiana-Ateo o agnóstico	-30,268	11,055	-2,738	,006	,019

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Ítem 17: No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida.

Comparaciones entre parejas de Religión



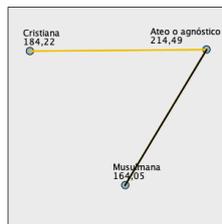
Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	78,406	25,225	3,108	,002	,006
Musulmana-Ateo o agnóstico	-105,606	26,254	-4,023	,000	,000
Cristiana-Ateo o agnóstico	-27,200	12,402	-2,193	,028	,085

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Ítem 19: Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores.

Comparaciones entre parejas de Religión



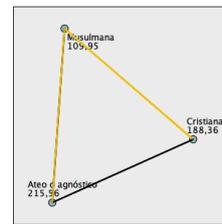
Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	20,176	22,486	,897	,370	1,000
Musulmana-Ateo o agnóstico	-50,444	23,403	-2,155	,031	,093
Cristiana-Ateo o agnóstico	-30,268	11,055	-2,738	,006	,019

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

EASE Total.

Comparaciones entre parejas de Religión



Cada nodo muestra el rango promedio de muestras de Religión.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de contraste	Error Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. ajust.
Musulmana-Cristiana	78,406	25,225	3,108	,002	,006
Musulmana-Ateo o agnóstico	-105,606	26,254	-4,023	,000	,000
Cristiana-Ateo o agnóstico	-27,200	12,402	-2,193	,028	,085

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es ,05. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

En la Tabla 18 cuando se dicotomiza la variable creencias religiosas en creyente y no creyente, además de en la puntuación final ($p = 0.006$), se observan diferencias significativas en 4 de los 21 ítem que componen la escala. El ítem 3 hace referencia al uso de lugares públicos por PVVIH, el ítem 12 a la creación de unidades específicas para las PVVS, el ítem 17 a trabajar con una PVVIH y el 19 a evitar el contacto con los pacientes con VIH/sida. En todos ellos, las personas identificadas como no creyentes son quienes obtienen mayores puntuaciones en todos los casos.

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala EASE dicotomizada en creyente y no creyente.

Ítems	CREYENTE N (265)			NO CREYENTE N (119)			U de Mann- Whitney	Valor de p
	Me	\bar{x}	D.T.	Me	\bar{x}	D.T.		
P1	5	4.62	0.97	5	4.63	1.03	15409.5	0.57
P2	5	4.4	0.84	4	4.24	0.86	14127.5	0.07
P3	5	3.97	1.32	5	4.29	1.08	13882	0.04*
P4	4	4.26	0.86	5	4.32	0.97	14655	0.23
P5	5	4.18	1.23	5	4.32	1.13	14875.5	0.31
P6	5	4.5	0.78	5	4.65	0.67	14223.5	0.07
P7	5	4.27	1.17	5	4.16	1.19	14788.5	0.26
P8	4	3.56	1.32	4	3.83	1.22	13988.5	0.07
P9	5	4.37	0.9	5	4.32	0.89	15079	0.44
P10	3	3.09	1.27	3	3.31	1.28	14258	0.12
P11	5	4.71	0.77	5	4.66	0.95	15746.5	0.97
P12	4	3.82	1.11	4	4.14	0.95	13325.5	0.011*
P13	4	3.74	1.1	4	3.91	1.14	14270	0.12
P14	2	2.14	1.06	2	2.08	1.02	15295.5	0.62
P15	5	4.46	0.92	5	4.44	1.102	15168	0.47
P16	4	4.09	1.02	5	4.31	0.91	13959.5	0.05
P17	5	4.4	0.91	5	4.57	0.95	13480.5	0.007**
P18	5	4.5	0.88	5	4.66	0.72	14329.5	0.08
P19	5	4.27	0.94	5	4.56	0.70	13150.5	0.003**
P20	4	3.86	1.35	5	3.97	1.30	15005	0.42
P21	3	3.47	1.33	4	3.66	1.31	14528.5	0.20
TOTAL	85	84.67	9.14	90	87.03	10.14	13023.5	0.006**

*p<=0.05; **p<=0.01

Me= Mediana; \bar{x} = media; D.T.= Desviación Típica

Los ítems de color blanco se puntúan de 1 a 5 siendo 1 "Totalmente de acuerdo" y 5 "Totalmente en desacuerdo". Los ítems de color gris se puntúan de 5 a 1 siendo 5 "Totalmente de acuerdo" y 1 "Totalmente en desacuerdo".

4. Resultados del análisis multivariante

Se procede a presentar los resultados del análisis multivariante realizado mediante regresión lineal múltiple en el que se incluye el curso académico recategorizado en tres variables *dummies* teniendo como referencia el primer curso. En el modelo de regresión lineal múltiple se observa que, al ajustar por todas las variables, solo las creencias religiosas mantienen una asociación con los valores de la escala ($p= 0.045$). El estudiantado no creyente obtiene una puntuación de 2.15 superior a la alcanzada por el estudiantado que se identificó como creyente (Tabla 19).

Tabla 19: Modelo de regresión lineal múltiple para la escala EASE.

	B	p
Edad	-0.029	0.704
Sexo		
Hombre	<i>Ref</i>	
Mujer	1.63	0.228
Pareja		
Con pareja	<i>Ref</i>	
Sin pareja	0.54	0.595
Orientación sexual		
Heterosexual	<i>Ref</i>	
No Heterosexual	2.12	0.171
Creencias religiosas		
Creyente	<i>Ref</i>	
No creyente	2.15	0.045
Curso académico		
Primero	<i>Ref</i>	
Segundo	2.42	0.060
Tercero	1.78	0.194
Cuarto	1.60	0.269

β = Coeficiente beta; p = Test Independiente

VI. DISCUSIÓN

El desarrollo de este apartado de discusión seguirá el mismo orden que el planteado en el apartado de los objetivos.

Tal y como se delimitó en el apartado metodológico, la población de estudio incluyó al estudiantado de los campus del Grado en Enfermería de Granada, Ceuta, Melilla y Jaén. La validez externa de esta muestra es consistente en tanto que se superó el tamaño muestral necesario, con 59 personas, para obtener la representación y significación marcadas en la metodología. La inclusión de participantes en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla ha favorecido, sin duda, que la muestra analizada represente la multiculturalidad de la población española (Sagnella, 2020). En este sentido, ninguno de los estudios sobre las actitudes medidas con la escala EASE realizadas en España en población universitaria, han incluido estas ciudades en su muestra (Fernández-Donaire et al., 2006; Leyva-Moral et al., 2017; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Tomás Sábado y Aradilla Herrero, 1999, 2003, 2006). Las características de la muestra son similares a las de otros estudios, donde la mayoría del estudiantado de enfermería es mujer (García-Bañón et al., 2004).

Las actitudes hacia PVVS por parte de los participantes fueron relativamente positivas o favorables al encontrarse el valor medio total de la escala EASE por encima de 84 puntos, tal y como sugieren Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, (2006) en su estudio al computar el Índice de Adherencia de la escala EASE (Tomás-Sábado, 1999). Este resultado moderadamente positivo coincide con los hallazgos en diversos estudios con el mismo diseño (Álvarez-Vera et al., 2008; Leyva-Moral et al., 2017; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003, 2006). A pesar de que prevalece el respeto ante el contagio, estas puntuaciones reforzarían la idea de que la profesión de enfermería vela por la protección y el cuidado hacia los demás, lo que genera entre los futuros profesionales actitudes positivas frente a una infección como es la del VIH, o una enfermedad como el sida (Leyva-Moral et al., 2017).

Posteriormente, se procede a valorar la influencia de los factores sociodemográficos y académico-culturales asociados a las actitudes hacia las PVVS mediante la escala EASE de la muestra estudiada.

Las pruebas de análisis estadístico se han elegido según el número de observaciones y la naturaleza de la respuesta. Para ello se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov cuya conclusión fue no poder demostrar la distribución normal. Si bien es cierto que las pruebas paramétricas pueden funcionar bien con distribuciones asimétricas y no normales, que es exactamente el caso que nos ocupa, se decidió llevar a cabo pruebas no paramétricas para un mayor rigor con los resultados de la prueba de normalidad. Así pues, las diferencias en los valores de la escala según las variables sociodemográficas y académico-culturales se exploraron con la U de Mann-Whitney para las variables de dos categorías; y con la prueba de H de Kruskal-Wallis para las variables de más de dos categorías donde se realizaron las comparaciones múltiples *post hoc* mediante la corrección de Bonferroni para determinar la significación estadística.

- **Sexo al nacer**

Al valorar la puntuación total de la escala EASE según sexo al nacer marcado por el “Índice de Adherencia” en 84 puntos (Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006), las mujeres, aunque sin significación estadística, mostraron 1.05 puntos más que la de los hombres, lo cual las determinó con una actitud más positiva. Por el contrario, los hombres superaron esta puntuación de actitudes positivas mínima en 0.52 puntos (Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006). La influencia del sexo ha sido estudiada con anterioridad. Ejemplo de ellos son los estudios Álvarez-Vera et al., (2008) con la escala EASE, o el realizado por Özakgül et al., (2014), pero con la escala AAS, también en estudiantes de enfermería. En ambos casos, las mujeres presentaron actitudes más positivas, llegándose a alcanzar la significación estadística.

Estas diferencias se hacen más plausibles al observar los ítems de manera individual en nuestra muestra. Los hombres tienen una actitud más positiva en las afirmaciones de índole general, mientras que las mujeres muestran actitudes menos prejuiciosas en afirmaciones específicas. Ejemplo de ello es el ítem 5 (“El sida es un

problema de todos”), que se trata de un enunciado genérico y con el que los hombres ofrecen un mayor acuerdo. Sin embargo, cuando se abordan cuestiones más específicas como la adopción de hijos (ítem 15), trabajar con personas contagiadas (ítem 17) o cuestiones relacionadas con la transmisión del virus (ítem 8), son las mujeres las que muestran una actitud más tolerante.

No se ha encontrado ningún artículo que sustente estos resultados en estudios similares. Sin embargo, para tratar de comprender la puntuación superior de estos ítems, se recurre a autores que indicaron que el estigma social difiere en función del género. Estos aludieron que las mujeres muestran una empatía más positiva y están más dispuestas a la integración de personas excluidas por su situación de salud, tal y como ocurre en el caso de la enfermedad mental (Ewalds-Kvist et al., 2012; Ochoa et al., 2016). Dado que las patologías mentales al igual que el VIH/Sida se encuentran dentro de los problemas de salud más estigmatizados en la sociedad, se cree que este comportamiento, por parte de las mujeres, se pueda extrapolar por ende hacia las PVVS. Por otro lado, diversos autores indican que, por el simple hecho de ser mujer, se las asocia a percibir mejor las emociones y a gestionar mejor el apoyo emocional como parte de un constructo cultural. Dichas “características femeninas” se relacionan con lo que la sociedad espera de las mujeres y de cómo ellas mismas puedan sentir que deben comportarse (Boyle et al., 2009; Fields et al., 2011; Hsiao et al., 2013; Montanari et al., 2015).

Así pues, estos resultados fueron los que motivaron la inclusión de la variable sexo en el análisis multivariante (desarrollado más adelante), a pesar de no alcanzar una significación estadística en la puntuación final.

- **Edad**

En la puntuación de la escala EASE Total según la edad, no se muestran resultados significativos. La edad media de la muestra de estudio fue de 23.12 (± 6.70) similar a la de otros estudios que han utilizado esta misma escala en estudiantes de enfermería (Álvarez-Vera et al., 2008; Fernández-Donaire et al., 2006; Leyva-Moral et al., 2017; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Tomás Sábado y Aradilla Herrero, 2003, 2006). Este resultado puede ser explicado por las generaciones que

ocupan nuestra muestra. En su mayoría, nacieron después de 1995, año a partir del cual la mortalidad a causa del sida y sus complicaciones comenzó su descenso en España. Consideramos que este hecho podría hacer que no sean conocedores de la gran repercusión que tuvo la infección por el VIH y el desarrollo de la enfermedad del sida, con las elevadas tasas de mortandad previas al TAR, tanto en el sistema social como en las propias PVVS. Por ello, nos atrevemos a decir que los participantes en este estudio no tienen una verdadera conciencia de lo que el VIH puede ocasionar en un país desarrollado como es España.

Sin embargo, hubo diferencias significativas en 5 de los 21 ítems que componen la escala EASE. Los resultados mostraron que, al aumentar la edad del estudiantado, las actitudes fueron más positivas en los ítems 2 (aborto de los fetos con VIH), en el 10 (la identificación de la PVVIH) y en el 12 (hospitales específicos para las PVVS). Es decir, que se direccionaron hacia la máxima puntuación de la escala EASE, la cual era “Totalmente en desacuerdo”. Por el contrario, las personas que presentaron mayor edad obtuvieron peores calificaciones en los ítems 15 y 20. El primero va dirigido entender el VIH como una infección que no debe ser contemplada como un impedimento para la adopción. La calificación mínima del ítem 15 se dirige hacia “Totalmente en desacuerdo” lo que indica que, en nuestros resultados, los de mayor edad tienden a pensar que ser portador del VIH sí que debería ser un impedimento para la adopción. Asimismo, en el ítem 20, orientado hacia la necesidad del uso de guantes siempre que se toque a una PVSida, la puntuación mínima se direcciona hacia el “Totalmente de acuerdo”, coincidiendo esta tendencia con los de mayor edad.

Es de suponer que los estudiantes más jóvenes de los correspondientes cursos van a coincidir, por lo general, con los matriculados en los primeros años académicos. De este modo, induce a pensar que la profundización en las materias y adquisición de conocimientos, al avanzar la edad y, por tanto, el curso académico, aportará una actitud más positiva en estos ítems relativos a la realización de cuidados en enfermería en las PVVS (Stiernborg, 1992), tal y como ocurre en los ítems 2, 10 y 12.

Por otro lado, los ítems 10, 12 y 20 se podrían catalogar en una descripción de la enfermedad o del problema de salud del paciente (Antomás y Huarte del Barrio,

2011) como medida de autoprotección ante el VIH/sida en los profesionales sanitarios. Aunque se considera una enfermedad de declaración obligatoria en España para datos epidemiológicos, se debe mantener la confidencialidad de la historia clínica del paciente, inclusive entre los profesionales que no les brinden una atención directa (Leyva et al., 2017). Este es el denominado secreto profesional en el que viene implícito el secreto natural, el cual estipula un pacto tácito que se establece con la sociedad al asumir la profesión sanitaria y salvaguardar el respeto a la intimidad (Fernández-Lamelas et al., 2008).

No obstante, es destacable el resultado del ítem 20, ya que contradice lo expuesto anteriormente en relación con el avance del conocimiento con la edad. Al indicar el enunciado “Siempre que toquemos a un enfermo de sida debemos utilizar guantes” podría generar controversia en el entendimiento. Por un lado, una vez se desarrolla la enfermedad, el sistema inmunológico de la PVVS se encuentra debilitado y son más vulnerables a las enfermedades oportunistas (Iribarren et al., 2016). El hecho de utilizar los guantes como barrera de protección para evitar el contagio hacia el paciente inmunodeprimido, indicaría una buena praxis. Pero si la causa que propicia el uso de guantes es para la autoprotección por miedo al contagio, sería considerada como un comportamiento de actitud negativa, ya que solo sería necesario en el caso de manipulación de fluidos, secreciones o sangre de dicho paciente o PVVS.

Por último, los ítems 2 y 15 se van a englobar en lo referente a la ampliación del núcleo familiar. Pese a que los de más edad tendieron hacia una actitud más positiva contra el aborto de los fetos con VIH, en cuanto a que una PVVIH adopte, ocurrió lo contrario. Posiblemente, por el conocimiento que se tenga del TAR en embarazadas y el de PPE en los bebés, los estudiantes de mayor edad sepan que puede controlarse la carga viral del recién nacido. Sin embargo, el hecho de mostrarse menos favorables en la adopción, indica otras posibles influencias ideológicas o socioculturales propias de la persona que interfieren en dicha dicotomía. Si la persona tiene una buena adherencia al TAR, no tiene por qué verse afectada su salud y calidad de vida para cuestionar la capacidad de adopción (Clínica Legal de la Universidad de Alcalá, 2022).

- **Estado civil**

De acuerdo con los resultados de la puntuación media de la escala EASE según las categorías de la variable estado civil, no hay significación estadística. Todas se encuentran por encima de 85 puntos a excepción de las personas casadas, que rozan el “Índice de Adherencia” marcado en 84, correspondiente a la actitud positiva, con 84.08 puntos, lo que indica una actitud moderadamente favorable de este colectivo (Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006).

Al analizarlas por ítems, el único con significación estadística fue el ítem 15 (“Ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”). Las personas en el orden de divorciadas y después casadas se pronuncian más reticentes sobre la idoneidad de las personas con VIH para la adopción que el resto de las categorías estudiadas en esta variable. No obstante, no se han encontrado otros estudios que sustenten estos resultados. Una posible explicación podría ser que ambos grupos, divorciados y casados, estén influenciados por el concepto de familia tradicional (modelo nuclear, heterosexual, descendencia biológica), pero pueden ser otros muchos factores como el miedo y el desconocimiento que envuelve al VIH, lo que promueva actitudes negativas hacia la adopción. No obstante, la representatividad de este grupo de divorciados y casados en la muestra es pequeña como para poder generalizar estos resultados.

Asimismo, desde una perspectiva de la reproducción biológica del ítem 15, cada vez la procreación toma más protagonismo en torno a la economía, la cultura y la política para que prevalezcan los derechos y privilegios de los menores (Tovar, 1998). Por ello, la teoría del parentesco permite tratar con perspectiva las ambigüedades y contradicciones acaecidos en los cambios estructurales de la familia tradicional en los últimos años (Olivarría, 2002). Algunos ejemplos de ello son el divorcio, la monoparentalidad, la fecundación *in vitro*, la maternidad subrogada, las parejas de hecho, las uniones civiles y los matrimonios entre personas del mismo sexo, que se van reconociendo cada vez más a nivel internacional (Valdivia-Sánchez, 2008). La adopción es otro claro ejemplo que se encuentra instaurado dentro de las nuevas estructuras familiares (Marre, 2010).

Un punto clave a destacar es que tener el VIH en España no puede contemplarse como un argumento que limite el acceso a la adopción de menores, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales que establezca la legislación vigente. Una de las cláusulas alude al certificado de idoneidad, que debe ser cumplimentado por la administración pública competente. En ella aparece el siguiente requisito hacia los que van a adoptar, que atañe a la “ausencia de enfermedades y/o discapacidades físicas o psíquicas que por sus características o evolución perjudiquen o puedan perjudicar el desarrollo integral de un/a menor” dentro del Art. 9.5 del Código Civil español (Pacto Social VIH, 2022). En este caso, las PVVIH temen ser rechazadas al revelar su serología. Sin embargo, si la carga viral es indetectable porque presentan una buena adherencia al TAR, el dato del VIH sería irrelevante, ya que su esperanza de vida no se vería comprometida (Clínica Legal de la Universidad de Alcalá, 2022). Es probable que, en caso de desconocimiento de este dato en la muestra, pueda repercutir en los resultados obtenidos, principalmente del resultado del ítem 15 de la escala EASE en las personas casadas y divorciadas, así como en la corrección de Bonferroni que muestra la diferencia significativa entre casado/a-en pareja y casado/a-soltero/a.

Por otro lado, al hacer dicotómica la variable (con pareja/sin pareja), no se observan diferencias estadísticamente significativas. Esta causa puede deberse a que la distribución de la muestra de personas casadas y las de en pareja (grupo no tan tradicional), haga que al incluirlas en la dicotómica de “con pareja”, desaparezca la diferencia.

- **Orientación sexual**

Los resultados obtenidos de la puntuación de la escala EASE Total según la orientación sexual y al dicotomizar la misma, no han sido estadísticamente significativos ($p=0.07$ para ambos casos). Estos resultados indican que la muestra analizada mantiene una actitud igualmente de positiva en las distintas categorías de la variable, es decir, que la orientación sexual no infiere en la actitud hacia las PVVS, a pesar de lo que evidencian otros estudios (Arias-Colmenero et al., 2020; Greene, 2007; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003).

En nuestros hallazgos, al analizar específicamente cada uno de los ítems, encontramos diferencias entre los grupos homosexual-bisexual, cuyas actitudes son más favorables. Al comparar los tres grupos (heterosexual, homosexual y bisexual) se encontraron significación estadística en 2 de los ítems. En el ítem 11 (“Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo”) y en el 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”) muestran una actitud más positiva el colectivo bisexual, mientras que el homosexual es el más bajo de los tres. En la corrección de Bonferroni hubo significación entre los grupos homosexual-bisexual en el ítem 11 ($p = 0.027$) y el ítem 15 ($p = 0.046$). Sin embargo, este resultado debe tomarse con cautela al contar con tan pocos casos y sin haber encontrado otros estudios que confirmen estos resultados.

Para intentar comprender dichos resultados, se retoma la teoría de Goffman (1963), en la que ejemplificó con la homosexualidad uno de los tres tipos de estigmas, al que denominó defecto de carácter individual, para explicar las jerarquías de poder dentro de la sociedad. Al considerarlo como un grupo vulnerable dentro del ámbito del desarrollo del estigma, podría verse manifestada por el propio autoestigma que denominaron Pryor y Reeder (2011). Además, el VIH/sida ha estado fuertemente relacionado con los hombres homosexuales y a los HSH, al asociarse la causa de infección de los primeros casos con las prácticas sexuales de riesgo en dichos colectivos (Arias-Colmenero et al., 2020; de Cock et al., 2021; Greene, 2007; Zajac, 2018). Es decir, que estas personas homosexuales pueden experimentar un estigma sentido (anticipación de la propia discriminación) y un estigma interiorizado (con la aceptación de esos estereotipos negativos en los que internalizan sus propias creencias y afectos negativos vinculados a la propia condición estigmatizada) (Bos et al., 2013; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2018; Pryor y Reeder, 2011). Por lo tanto, quizás esta sea la causa de la calificación en la escala EASE Total (85.65) y de los ítems destacados con actitudes menos positivas por parte de las personas homosexuales de la muestra estudiada.

Así pues, debido al reducido número de personas homosexuales y bisexuales se optó por transformar la variable en dicotómica (heterosexuales y no

heterosexuales), ya que las personas bisexuales también se encuentran dentro de grupo vulnerable de estigmatización (González-Rivera y Pabellón-Lebrón, 2018). Al repetir el análisis en esta nueva forma de clasificación, dichas diferencias dejaron de producirse y las personas identificadas como no heterosexuales obtuvieron en la escala EASE Total una calificación media de 87.7 puntos, mucho más superior que la de las personas heterosexuales (85.08), como apuntaban otros estudios (Arias-Colmenero et al., 2020; Greene, 2007; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003).

De manera más específica, se obtuvo significación estadística en 3 de los 21 ítems. En el ítem 13 (“El sida es la mayor plaga de nuestro tiempo”) y en el 19 (“Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores”), la máxima puntuación era marcar “Totalmente en desacuerdo”. En ellas, las personas heterosexuales presentaron actitudes menos positivas, es decir, tendían hacia el “Totalmente de acuerdo”. En este análisis es posible que se manifieste que las personas no heterosexuales, al pertenecer a un grupo estigmatizado como es el colectivo LGTBIAQ+ (González-Rivera y Pabellón-Lebrón, 2018), empaticen más con las PVVS y por ello tengan actitudes más positivas.

Y en el ítem 14 (“El enfermo de sida debe ser considerado una víctima del sistema social”) la máxima puntuación se dirigía hacia “Totalmente de acuerdo”. Sin embargo, ha sido la puntuación más baja en ambos grupos y muestra, por lo tanto, una actitud negativa. Quizás esto se deba a no haber comprendido bien el significado del ítem, ya que las PVVS, desgraciadamente, sí que se encuentran en exclusión social debido a las actitudes estigmatizantes según explicaron Parker y Aggleton, (2003). Estas se propiciaban por las tergiversaciones y desinformación a cerca de los modos de contraer el VIH o el riesgo de infección a través del contacto social cotidiano (Akin et al., 2013; Brown et al., 1990; Ceylan y Koç, 2021; Leasure et al., 1996; Suominen et al., 2009). En cualquier caso, sería adecuado poder plantear las preguntas ampliando el número de personas que se identifican como bisexuales para aclarar dichos aspectos.

- **Curso académico**

Según el curso académico, se han encontrado diferencias en los valores de la escala EASE Total ($p=0.041$). La puntuación media del primer curso ha sido inferior a la obtenida en los cursos superiores (84.15 puntos) y la que presenta actitudes más positivas es la de segundo curso (86.39 puntos). Este resultado coincide con el publicado por Leyva-Moral et al., (2017), donde el porcentaje más bajo de actitudes positivas se observó igualmente entre el estudiantado de primer año.

En un estudio similar con la misma escala, Álvarez-Vera et al., (2008), formuló la hipótesis de que el estudiantado de primer año, al no poseer el mismo aprendizaje que el de los cursos superiores y no haber realizado prácticas clínicas, podrían dirigirse hacia una actitud más desfavorable ante el VIH/sida. Finalmente, sus resultados rechazaron dicha hipótesis al mostrar que el estudiantado de segundo año, el cual había iniciado las prácticas clínicas durante un mes, obtuvo la peor puntuación de los tres cursos que componían su muestra.

En nuestra muestra, las prácticas externas comienzan en tercero, siendo la de Jaén la única que las desarrolla en el segundo curso. Sin embargo, dada la situación de la pandemia por la covid-19, todas se vieron suspendidas en marzo de 2020. No obstante, los resultados estadísticamente significativos, según el curso académico, muestran que las diferencias, en el valor de la escala EASE Total en la corrección de Bonferroni, se han encontrado entre primero y segundo ($p=0.030$), no así en los cursos superiores respecto a primero. Este hallazgo contradice las hipótesis planteadas en estudios previos sobre el aumento de las actitudes favorables a medida que lo hace el nivel académico (Snowden, 1997; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003; West et al., 1998), ya que los de segundo curso fueron los que obtuvieron resultados de actitudes más positivas (86.39) al compararlas con las de tercero (85.58) y cuarto (85.72).

En el desglose de los ítems de la escala EASE por curso académico, se encontraron cuatro ítems con significación estadística. En el ítem 2 y en el 4, referentes al aborto de los fetos contagiados y evitar que las mujeres seropositivas queden embarazadas, respectivamente. Los de menor puntuación fueron los de

primer curso, seguidos de los de segundo, tercero y cuarto. En ambos ítems se aprecia que, en el progreso de los cursos, las actitudes en esta temática son más positivas. Posteriormente, en el análisis de Bonferroni, se corrobora que destacan diferencias significativas en el ítem 2, donde el estudiantado de primer curso reporta una puntuación de actitud más baja, es decir, que están a favor de que se aborte, en comparación con el estudiantado de los cursos superiores. Y de forma similar, en el ítem 4, el estudiantado de primero puntúan peor en comparación con el de tercer curso.

Podría hipotetizarse que la formación académica estaría influyendo en estos ítems que miden las actitudes en lo que se refiere al conocimiento, por ejemplo, del avance del TAR entre otras. De esta manera, si se realiza un análisis de los planes de estudio cursados por el estudiantado de la muestra, se comprueba que asignaturas como "Transculturalidad, Género y Salud" (Universidad de Granada), "Género y Cuidados en Salud" (Universidad de Jaén), los contenidos de "Salud Sexual y Reproductiva", y la asignatura de "Farmacología", están ubicados entre primer y segundo curso; por lo tanto, los contenidos de estas asignaturas pueden estar influyendo en las actitudes del estudiantado.

Los otros dos ítems de la escala EASE significativos fueron los ítems 3 ("No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos"), y el 16 ("En el hospital, un portador del virus del sida no debería compartir habitación con una persona no infectada"). El orden de menor puntuación a mayor es el de primer curso, luego cuarto, tercero y finalmente segundo. Sorprende este resultado al encontrarse el de curso superior por debajo de tercero y, que sea el de segundo el de actitud más positiva.

En la corrección de Bonferroni son significativos el ítem 3 y el 16 donde el estudiantado de primero muestra una actitud más negativa que los de segundo. Se retoma lo que apuntó Álvarez-Vera et al., (2008) en sus resultados, el estudiantado que no ha comenzado las prácticas clínicas, puede manifestar mayor desconocimiento de las vías de transmisión y aumentar su nivel de miedo. Sin embargo, en nuestra muestra, los de primero de todas las facultades al igual que los de segundo, a excepción de los de segundo de Jaén, no han tenido contacto alguno con las prácticas

clínicas en el momento de cumplimentar el cuestionario, a diferencia de los de tercero y cuarto. Esto suscitó a hacer un análisis por campus, pero dado el tamaño muestral y por centro se descartó.

También está documentado que el aumento de conocimiento es por sí solo insuficiente para cambiar las creencias o actitudes de las personas ante problemas especialmente sensibles a nivel social y con una alta carga ideológica, como pueden ser la infección por VIH y el desarrollo del sida (Damrosch et al., 1990; Fernández-Donaire et al., 2006; Palacios, 2011; Young y Garvin, 1990). Además, el contacto con pacientes reales que se produce en los cursos superiores mediante las prácticas clínicas podría aumentar el miedo al contagio entre el estudiantado, obstaculizando así el avance hacia unos mayores grados de tolerancia de la enfermedad (Fernández-Donaire et al., 2006; Green y Platt, 1997).

Sin embargo, al comenzar la pandemia, se produjo la suspensión de la actividad académica, incluidas las prácticas externas. Este hecho afectó el desarrollo normal de las mismas, por lo que se decidió no incluir dicha variable.

- **Creencia religiosa**

Reyes-Estrada et al., (2016) defendieron en su estudio que factores como la religión subyacen al estigma y, por tanto, debe ser considerada como una variable de estudio que pueda influir en las actitudes hacia las PVVS. Mientras que por un lado la creencia religiosa mejora las habilidades del cuidado espiritual en los profesionales de enfermería e, incluso, la aceptación de la nueva situación de vivir con VIH/sida en las PVVS (Reyes-Estrada et al., 2016; Zou et al., 2009), por otro lado, puede potenciar actitudes negativas surgidas de la idea de un acto inmoral que se aleja de las normas religiosas que rigen esa comunidad (Arévalo Mora y Ávila Mira, 2012; Campillay y Monárdez, 2019; Ceylan y Koç, 2021; Reyes-Estrada et al., 2016; Zou et al., 2009).

Leyva-Moral et al., (2017) señalaron que, al tener en cuenta la variable religión, es necesario que haya varias creencias religiosas representadas. Este estudio ha permitido analizar las actitudes hacia las PVVS entre el estudiantado de enfermería que se identifica como cristiana y musulmana, gracias al contexto multicultural de dos

de los campus de la Universidad de Granada, además de las personas ateas o agnósticas.

La puntuación de la escala EASE Total ha sido estadísticamente significativa al comparar la creencia cristiana, musulmana y atea o agnóstica ($p < 0.001$), siendo la religión musulmana la que mostró una actitud más negativa, al registrarse una puntuación inferior a 80. Al desglosarla por ítems, se halló que los estadísticamente significativos fueron 7 de los 21. El ítem número 3 (“No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos”), el ítem 5 (“El sida es un problema de todos”), el ítem 11 (“Ser portador del virus del sida no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo”), el ítem 12 (“Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de sida y portadores”), el ítem 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para poder adoptar un niño”), el ítem 17 (“No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida”) y el ítem 19 (“Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores”).

En todos ellos, los que mostraron peor puntuación, es decir, actitudes más negativas, han sido los identificados con la religión musulmana, a excepción del ítem 17, que fueron los de religión cristiana. Mientras que los identificados como ateos o agnósticos presentaron las actitudes más positivas en todas ellas, menos en el ítem 15, que superaron la puntuación en actitud positiva los de religión cristiana.

Para poder dar una explicación a estos resultados, se deben tener en cuenta las características que presentan estas creencias religiosas. En el ámbito musulmán, la religión ofrece dignidad y cortesía a todas las personas, a la par que la ley consta de medidas de castigo para quienes tengan actos ilícitos, como ocurre con las relaciones sexuales asociadas a comportamientos de riesgo que conlleven a contraer alguna enfermedad (Arévalo Mora y Ávila Mira, 2012). De este modo, la interpretación que hacen de una enfermedad sexual, como es el caso de la infección por el VIH, se la vincula a conductas desordenadas o a una violación de las normas sociales islámicas como son la homosexualidad, los HSH, las relaciones extramatrimoniales (como símbolo de promiscuidad) y el consumo de drogas (Arévalo Mora y Ávila Mira, 2012; Waluyo et al., 2015).

En la corrección de Bonferroni en el ítem 3 (uso de restaurantes y bares públicos por PVVIH) y en el ítem 5 (“El sida es un problema de todos”) son significativos al comparar los resultados de las personas de religión musulmana con las personas ateas o agnósticas ($p=0.007$ y $p=0.030$, respectivamente). Del mismo modo, en el ítem 11 (acceso a la educación y al empleo de una PVVIH) y en el 17 (trabajar con una PVVIH), los de religión musulmana en comparación con las personas de religión cristiana ($p=0.000$) y los de religión musulmana con las ateas o agnósticas ($p=0.001$), presentan peores puntuaciones las personas con creencias musulmanas. Los ítems 3, 11 y 17, indican una posible carencia sobre el conocimiento de la transmisión del virus. Pero cabe destacar el ítem 5, porque tiende a interpretar que los de religión musulmana no se sienten expuestos al posible contagio y, que esta, solo les podría ocurrir a aquellas personas que se salgan de la norma social establecida por su comunidad. Así pues, quizás el arraigo que posea la persona musulmana encuestada a esta interpretación de los estatutos de su religión pueda dar, en cierto sentido, una explicación a los resultados de esta significación de actitudes negativas hacia las PVVS en estos ítems.

Por otro lado, los identificados con la religión cristiana obtuvieron una puntuación en la EASE Total de 85.13, es decir, una actitud positiva. Desde la perspectiva católica, entre sus pilares se encuentran el bien al prójimo y necesitado, la relación sexual monógama, heterosexual, dentro del matrimonio, y con fines exclusivamente reproductivos; por lo tanto, la infección por VIH se vincula con un “castigo divino”, por transgredir las normas establecidas en relación con la vida sexual generada por conductas consideradas como promiscuas (Arévalo Mora y Ávila Mira, 2012; Reyes-Estrada et al., 2016). De hecho, las autoridades de la iglesia católica recomiendan como mejor estrategia de prevención del VIH/sida la abstinencia frente al uso del preservativo (Arévalo Mora y Ávila Mira, 2012).

En los resultados de la corrección de Bonferroni entre las personas de religión cristiana con las personas ateas o agnósticas muestran significación estadística en los ítems 12 (“Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de sida y portadores”), 15 (“El ser portador del virus del sida no debería ser impedimento para adoptar un niño”) y 19 (“Como medida de precaución debemos evitar el contacto con

los enfermos de sida y portadores”). Esto significa que los que profesan la religión cristiana presentan peores actitudes hacia esos ítems. Todos ellos muestran que prevalece un desconocimiento o desinformación, al igual que en los de religión musulmana, hacia el modo de contraer el VIH.

Identificarse como persona atea o agnóstica ha sido la categoría analizada que ha mostrado asociación con mejores actitudes hacia el VIH/sida (EASE Total de 87.03 puntos) con respecto a las otras creencias religiosas (cristiana con 85.13 y musulmana con 79.33). Igualmente, al dicotomizar la variable religión en creyente y no creyente, se obtuvo diferencia significativa en la escala EASE Total ($p=0.006$) y específicamente en varios ítems. En el ítem 3 (“No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes y bares públicos”), en el ítem 12 (“Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de sida y portadores”), en el 17 (“No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida”) y en el 19 (“Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de sida y portadores”). En todos ellos, quienes se identificaron como creyentes de alguna religión se mostraron con actitudes más negativas que los no creyentes, tal y como ocurría en el estudio de Leyva et al., (2017), también con la escala EASE.

Ya que no existe una explicación concluyente de cómo pueden influir las creencias o no creencias religiosas a título personal en las actitudes hacia las PVVS, para una mayor comprensión se retoma la idea de Goffman, (1963). En ella se afirma que el estigma representa una relación de poder jerárquico que, en el ámbito religioso que nos ocupa, se establecería entre las PVVS (dominadas) y las que no viven con ello (dominantes) dentro de dicha comunidad religiosa. Es decir, que el VIH/sida es una enfermedad *non grata* para el resto de la sociedad (Arroyo-Ruiz, 2014).

- **Influencia de los factores sociodemográficos y académico-culturales**

Uno de los análisis multivariantes más utilizados en el campo de la salud son los modelos de regresión lineal múltiple (Sagaró-del-Campo y Zamora-Matamoros, 2020). Mediante esta prueba es posible alcanzar las siguientes metas: explorar un

posible grupo de variables explicativas, construir un índice pronóstico para predecir un resultado, controlar efectos de variables de confusión mediante ajuste estadístico y detectar y valorar efectos de interacción entre dos o más variables explicativas (Álvarez-Cáceres, 1995). De este modo, para “valorar la influencia de los factores sociodemográficos y académico-culturales asociados a las actitudes hacia las PVVS y determinar la magnitud de asociación entre los factores estudiados y los resultados de la escala EASE obtenidos, se optó por una regresión lineal múltiple en la que se incluyeron las variables edad, sexo, pareja, orientación sexual, creencias religiosas y curso académico. Dado que el curso académico no pudo dicotimizarse, se crearon 3 variables *dummies* tomando como referencia el primer curso.

La edad media de la muestra en este estudio es similar a la descrita en estudios similares (Álvarez-Vera et al., 2008; Fernández Donaire et al., 2006; Leyva-Moral et al., 2017; Pérez y García-Pérez, 2014; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003, 2006). Si bien esta variable no se ha asociado con las actitudes hacia el VIH/sida, se observa una tendencia de a mayor curso, las actitudes son moderadamente más positivas al compararlas con las de primero. No obstante, al cotejar los resultados del Coeficiente beta (β) de cada curso, tomando como referencia el de primero, se aprecia que los de segundo suman 2.42 puntos más que estos, los de tercero 1.78 y los de cuarto 1.60. A pesar de discrepar con los resultados de otras investigaciones, los cuales sí confirmaron la asociación estadísticamente significativa de a mayor curso, actitudes más negativas (Conejeros-Vallejos et al., 2010; Fernández et al., 2004; Leyva-Moral et al., 2017; Rovira-Veciana et al., 2004), podemos observar que la puntuación de las actitudes positivas (Coeficiente β) difieren en mayor grado con los de segundo y en menor grado con los de cuarto. Este hecho fue decisivo para incluir el curso académico en el análisis multivariante, al no querer dejar de incluir una posible variable explicativa. Del mismo modo, y debido a la gran relación que existe entre la edad y el curso académico, también se incluyó esta variable. Los resultados obtenidos mostraron la misma tendencia, sin embargo, no se alcanzó la significación estadística para ninguna de ellas.

En el modelo de regresión lineal múltiple se observa que, al ajustar por todas las variables, solo las creencias religiosas tienen significación estadística con los valores de la escala, cotejando que el estudiantado no creyente es quien aumentan su calificación en 2.15 puntos más con respecto a la persona creyente ($p= 0.045$). Este hallazgo coincide con el de Leyva et al., (2017) que también dicotomizaron en “con creencias religiosas” y “sin creencias religiosas” en estudiantado de enfermería. En este estudio se observaron diferencias significativas en los ítems que calificaron como dimensión social en las personas identificadas como “sin creencias religiosas”.

En este sentido, Parker y Aggleton, (2003) plantean que la religión promueve valores dentro de la sociedad que fomentan la discriminación y estigmatización al visibilizar las diferencias entre las personas dentro de la propia comunidad (Reyes-Estrada et al., 2016). En línea con esta idea, diversos estudios en los que los profesionales de enfermería reportaron que profesaban alguna religión (Korhonen et al., 2012; Varas-Díaz et al., 2010, 2012; Waluyo et al., 2015), o estudiantado que consideraron que la religión tenía un importante rol en sus vidas (Leyva et al., 2017), o personas que pensaban firmemente que la etiología de la enfermedad se debía a un castigo divino (Parsons, 2022; Zou et al., 2009), mostraron actitudes más estigmatizantes ante sus pacientes con VIH en todos los casos (Korhonen et al., 2012; Leyva-Moral y Feijoo-Cid, 2017; Waluyo et al., 2015; Zou et al., 2009).

Las creencias religiosas y su relación con el estigma hacia el VIH/sida forman parte de los componentes culturales que pueden estar asociados al propio estigma, prejuicio o discriminación hacia las PVVS e, incluso, con otros grupos vulnerables de marginalidad (Bos et al., 2013; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2018; Pryor y Reeder, 2011). Según la diferenciación de Pryor y Reeder (2011), entre las manifestaciones donde se desarrolla el estigma, se podría incluir la institución religiosa dentro del *estigma estructural o institucional*, ya que actúa como una fuerza sociopolítica que repercute en las reacciones sociales y psicológicas hacia las personas en este caso estigmatizadas, con VIH/sida (Bos et al., 2013; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2018; Pryor y Reeder, 2011).

No obstante, las organizaciones basadas en la fe pueden servir como estrategia para erradicar la discriminación y los estigmas ante el VIH/sida en su comunidad

religiosa (Bluthenthal et al., 2012). De este modo, según diversos autores, si estas se llegaran a implicar en las estrategias para acabar con la discriminación del VIH/sida, podrían repercutir positivamente en la integración en la sociedad así como en una buena adherencia al TAR de las propias PVVS, y mejorar su apoyo social y calidad de vida (Emlet et al., 2011; Florom-Smith y De Santis, 2012; Liboro et al., 2021).

VII. LIMITACIONES

Tras analizar los resultados de esta tesis doctoral, como limitaciones de este estudio se identifican las siguientes:

En cuanto a la direccionalidad de los ítems, se coincide con Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, (2006) y Leyva-Moral et al., (2017) quienes indicaron que la manera en la que están redactados algunos de ellos puede denotar problemas de comprensión y ambigüedad, lo que podría afectar a la consistencia interna de la escala. Mientras que el coeficiente alfa de Cronbach que se obtuvo en la original fue de 0.779 (Tomás-Sábado, 1999), en este estudio fue de 0.776. Por el contrario, las muestras de Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, (2006) y Leyva-Moral et al., (2017), no reflejaron este dato en sus estudios, lo que otorga menos solidez a la hipótesis de dicha imprecisión en la redacción de algunos ítems. Sin embargo, algunos ítems han mostrado un resultado inverso a lo esperado. Es decir, se espera que ante aseveraciones formuladas en positivo aumente el grado de acuerdo, y ante los formulados en sentido negativo lo haga el grado de desacuerdo. Esta circunstancia se produce en los ítems 14 y 10. En el ítem 14 (“El enfermo de sida debe ser considerado una víctima del sistema social”), la máxima puntuación esperada se dirigía hacia “Totalmente de acuerdo”. Sin embargo, el 66.4% del estudiantado opinaron estar en “Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo”. En el ítem 10 (“El seropositivo debe ser identificado como tal”), ocurrió lo contrario a lo esperado, de manera que el 30% declaró estar “De acuerdo o Totalmente de acuerdo”. Las puntuaciones obtenidas pueden deberse a lo que indicaron Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, (2006) y Leyva-Moral et al., (2017).

Leyva-Moral et al., (2017) postulan, además, que el cuestionario puede haber quedado descontextualizado. Lo cierto es que la realidad de la infección por VIH en el siglo XXI, al menos, en el contexto occidental, es en la actualidad un proceso crónico, y la prevalencia de sida en el contexto español/europeo es baja en relación con la prevalencia del VIH (Centro nacional de Epidemiología, 2021; de Cock et al., 2021; GeSIDA, 2021; ONUSIDA, 2022).

Todas las investigaciones llevadas a cabo con anterioridad que han utilizado la escala EASE han medido, de la misma manera, únicamente las actitudes con la misma escala EASE (Leyva-Moral et al., 2017; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto,

2006; Tomás-Sábado, 1999; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003, 2006). Sin embargo, resultaría interesante incorporar al análisis de las actitudes (escala EASE) la evaluación de conocimientos del estudiantado sobre el VIH/sida, dado que existe vinculación entre las interpretaciones denominadas déficits de conocimientos y los resultados de dicha actitud hacia las PVVS (Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Leyva-Moral et al., 2017).

Varias investigaciones a lo largo del tiempo han corroborado que el miedo al contagio, las conductas de evitación y la homofobia repercuten en las actitudes frente a las PVVS (Arias-Colmenero et al., 2020; de Cock et al., 2021; Greene, 2007; West et al., 1996; Zajac, 2018). Por ello, en relación con la manera de contagiarse, otras investigaciones compararon las actitudes que pueden presentar los estudiantes según el mecanismo de transmisión por el que la PVVS ha contraído el VIH (Akin et al., 2013; Brown et al., 1990; Ceylan y Koç, 2021; Leasure et al., 1996; Suominen et al., 2009). Sin embargo, en este estudio, al igual que en los similares que han utilizado esta escala EASE (Álvarez-Vera et al., 2008; Fernández-Donaire et al., 2006; Leyva-Moral et al., 2017; Serrano-Gallardo y Giménez-Maroto, 2006; Tomás-Sábado y Aradilla Herrero, 2003, 2006), no se han comparado las actitudes según la manera de cómo se contrajo, ya que el objetivo fue estudiar las variables que podían inferir en las actitudes hacia el VIH/sida y las PVVS, independientemente. Pero es cierto que sería pertinente profundizar en ello.

Por el contrario, la mayoría de los estudios no miden la variable religión. La evidencia científica adolece de incorporar el análisis del factor cultural de la religión como un elemento que pueda influir en las actitudes hacia las PVVS (Brown y Adeagbo, 2021; Leyva-Moral et al., 2017; Lohrmann et al., 2000; Mythili et al., 2015; Uwakwe, 2000; West et al., 1996). En esta tesis, al encontrar significación estadística en la variable de creencia religiosa, se enfatiza en la importancia de profundizar en cómo puede influir en la direccionalidad de las actitudes hacia las PVVS.

Otro punto por resaltar es la mencionada interrupción de las prácticas externas, ya que no se efectuaron con normalidad. Se planteó dicotomizar el curso académico en “con prácticas” y “sin prácticas” para analizar cómo podrían repercutir en las

actitudes. No obstante, se prefirió aplazar este análisis para futuros estudios, al recapacitar sobre esta situación excepcional y su repercusión en los resultados.

En la variable orientación sexual, las personas identificadas como heterosexuales ocupaban la mayor parte de la muestra, en comparación con el colectivo homosexual y bisexual. Aunque se dicotomizó para disipar esta diferencia, los resultados de los ítems significativos con las tres categorías plantean interpretaciones susceptibles de discrepancias con la realidad. Por ello es necesario ampliar la muestra del colectivo LGTBIAQ+.

VIII. CONCLUSIONES

Tras analizar la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y académico-culturales en las actitudes hacia las PVVS en el estudiantado del Grado en Enfermería a través de la escala EASE de esta muestra, se extraen las siguientes conclusiones:

- El tamaño muestral necesario ha sido superado con 59 estudiantes más de lo requerido y la consistencia interna de la escala EASE evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ha sido de 0.776.
- Por lo general el estudiantado del Grado en Enfermería presenta actitudes positivas ante las PVVS según indica el valor medio total de la escala EASE.
- Las mujeres muestran una actitud más positiva o favorable en los ítems referentes al miedo a contagiarse al realizar actividades cotidianas y laborales con una PVVIH. También consideran que las PVVIH son víctimas de los estigmas del sistema social, así como que tener el VIH no es un impedimento para adoptar a menores. No obstante, los hombres tienen una actitud más positiva al considerar el VIH/sida como un problema de todos.
- La edad no repercute en la actitud hacia las PVVS. No obstante, los ítems que hacían referencia a abortar los fetos portadores de VIH, identificar a las PVVIH y hacer hospitales específicos para las PVVS, los de mayor edad mostraron actitudes más positivas al orientar sus respuestas a no estar de acuerdo con estos enunciados. Por el contrario, en los ítems relacionados con el impedimento de la adopción por parte de las PVVIH y el uso siempre de guantes al tocar a una PVVIH, los de mayor edad mostraron actitudes más negativas al tender las respuestas a “Totalmente de acuerdo”.
- Según el estado civil, las personas divorciadas, seguidas de las casadas son más reticentes a que las PVVS adopten a menores. Asimismo, las personas identificadas como casadas frente a las parejas y las de casadas frente a las solteras, también expresaron mayor reticencia ante la adopción por parte de las PVVS.

- Según el curso académico, el estudiantado de primero presenta actitudes moderadamente positivas hacia las PVVS, mientras que el de segundo curso muestra la puntuación de actitud más positiva.
- Según la creencia religiosa, por lo general, quienes se identifican con la religión musulmana muestran actitudes más negativas hacia las PVVS y las personas ateas o agnósticas presentan actitudes más positivas.
- En el modelo de regresión lineal múltiple se observa que, al ajustar todas las variables, solo las creencias religiosas mantienen una asociación con los valores de la escala. El estudiantado no creyente es quien presenta actitudes más favorables hacia el VIH/sida, superando en 2.15 puntos a las personas con creencia religiosa.

IX. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Son varias las líneas de investigación que se quisieran ampliar en un futuro en relación con la influencia que puedan tener las variables estudiadas en las actitudes hacia las PVVS.

- Actualizar la escala EASE con un lenguaje más inclusivo, en el contexto del siglo XXI y validarla con el permiso de sus autores.
- Estudiar en profundidad la orientación sexual, ampliando la muestra de personas homosexuales y bisexuales. Sobre todo, desde la perspectiva del autoestigma, y cómo esta puede influir en las actitudes hacia las PVVS. Así como la influencia de las creencias religiosas, tratando de ampliar hacia otras religiones que no se han podido incluir en este estudio.
- Al igual que hicieron otros estudios, diferenciar cómo influye el motivo de contagio del VIH en las actitudes hacia el VIH/sida.
- Realizar una investigación donde se aplique una intervención formativa con el estudiantado de enfermería con el objetivo de esclarecer en qué medida puede influir el conocimiento acerca del VIH/sida en las actitudes (positivas y negativas), así como, mejorar las actitudes hacia las PVVS.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akansel, N., Aydin, N., Özdemir, A., y Töre, O. (2012). Effects of Planned HIV/AIDS Education on Attitudes towards AIDS in Beginning Level Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), 56–65.
<https://doi.org/10.1.1.1082.4786>
- Akin, S., Mendi, B., Mendi, O., y Durna, Z. (2013). Turkish nursing students' knowledge of and attitudes towards patients with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23–24), 3361–3371. <https://doi.org/10.1111/jocn.12378>
- Algarin, A. B., Zhou, Z., Cook, C. L., Cook, R. L., y Ibañez, G. E. (2019). Age, Sex, Race, Ethnicity, Sexual Orientation: Intersectionality of marginalized-group identities and enacted HIV-related stigma among people living with HIV in Florida Angel. *AIDS Behaviour*, 23(11), 2992–3001.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02629-y>
- Allport, Gordon W. (1971). *La naturaleza del prejuicio* (E. U. de B. Aires (ed.)).
- Allport, Gordon Wallis. (1933). Attitudes. In *In Handbook of social psychology* (pp. 798–844). C. Murchison. <https://doi.org/10.1080/00379818409514251>
- Álvarez-Cáceres, R. (1995). *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS: aplicación a las ciencias de la salud*. (Ediciones).
- Álvarez-Vera, M., Guillem-París, C., y Navarro-Pereira, R. (2008). Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería. *Agora Enfermería*, 12, 13.
<https://doi.org/10.4321/s1575-18132003000200004>
- Antomás, J., y Huarte del Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 73–82. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272011000100008>
- Antonín-Martín, M., y Tomás-Sábado, J. (2004). La escala de actitud ante la inmigración para enfermería. *Enfermería Científica*, 262, 77–82.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=830160>

Arévalo Mora, L., y Ávila Mira, S. P. (2012). Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA: revisión literaria. *Revista Med*, 20(1), 52.

<https://doi.org/10.18359/rmed.1212>

Argelich Ibañez, R., y Juan-Serra, N. (2018). Cribado del virus de la inmunodeficiencia humana : ¿es apropiado en los servicios? *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(3), 2018.

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.10.023>

Arias-Colmenero, T., Pérez-Morente, M. Á., Ramos-Morcillo, A. J., Capilla-Díaz, C., Ruzafa-Martínez, M., y Hueso-Montoro, C. (2020). Experiences and attitudes of people with HIV/AIDS: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2).

<https://doi.org/10.3390/ijerph17020639>

Arroyo-Ruiz, L. M. (2014). Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/Sida. *Revista Multidisciplinar Del Sida*, 1(2), 25–41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5040941>

Atav, A. S., Sendir, M., Darling, R., y Acaroglu, R. (2015). Turkish and American Undergraduate Students' Attitudes Toward HIV/AIDS Patients: A Comparative Study. *Nursing Forum*, 50(2), 116–124. <https://doi.org/10.1111/nuf.12059>

Baena-Pérez, D., Calvente-Pérez, M. del R., y Díaz-Sánchez, M. (2015).

Homosexualidad, ¿qué actitud tienen los universitarios al respecto? *Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 2, 130–137.

https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil_wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

Bluthenthal, R. N., Palar, K., Mendel, P., Kanouse, D. E., Corbin, D. E., y Ptikin-Derose, K. (2012). Attitudes and beliefs related to HIV/AIDS in urban religious

- congregations: Barriers and opportunities for HIV-related interventions. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1520–1527.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.020>.
- Boakye, D. S., y Mavhandu-Mudzusi, A. H. (2019). Nurses knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV and AIDS in Kumasi, Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11(May), 100147.
<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.05.001>
- Bogart, L. M., Cowgill, B. O., Kennedy, D., Ryan, G., Murphy, D. A., Elijah, J., y Schuster, M. A. (2008). HIV-related stigma among people with HIV and their families: A qualitative analysis. *AIDS and Behavior*, 12(2), 244–254.
<https://doi.org/10.1007/s10461-007-9231-x>
- Bonacaro, A., Stroumpouki, T., Stavropoulou, A., Triglia, C., Vizilio, E., Papageorgiou, D., y Rubbi, I. (2022). Nursing students' attitudes on caring for people living with HIV/AIDS. A European Multicentre Study. *Acta Biomedica*, 93(2). <https://doi.org/10.23750/abm.v93iS2.12999>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., y Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Boyle, M., Williams, B., Brown, T., Molloy, L., McKenna, L., Molloy, A., y Lewis, B. (2009). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *The International Journal of Medical Education*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02035.x>
- Brown, M. J., y Adeagbo, O. (2021). HIV and Aging: Double Stigma. *Current Epidemiology Reports*, 8(2), 72–78. <https://doi.org/10.1007/s40471-021-00265-6>
- Brown, Y., Calder, B., y Rae, D. (1990). The effect of knowledge on nursing students' attitudes toward individuals with AIDS. *The Journal of Nursing Education*, 29(8), 367–372. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19901001-10>
- Bustamante-Salamanca, M. (2010). *Viviendo con VIH muriendo con SIDA*.

<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3379>

Caillods, F., Kelly, M. J., y Tournier, B. (2009). *Note d'orientation de l'IIEPE VIH et sida: Quels enjeux, quelles approches pour le système éducatif?* (UNESCO-IIEP (ed.)). Éducation, VIH & Sida.

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000180406_fre

Campillay, M. C., y Monárdez, M. M. (2019). Stigma and discrimination in people with HIV/AIDS, an ethical challenge for health professionals. *Revista de Bioética y Derecho*, 47, 93–107.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008

Cartwright, F., y Biddiss, M. (2005). *Grandes pestes de la Historia*.

Cejudo-Cortés, C. M. A., Corchuelo-Fernández, C., y Tirado-Morueta, R. (2018). Uso de la teoría de las representaciones sociales para comprender las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1–11. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100428

Centro Nacional de Epidemiología. (2020). Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España, 2019. *Sistema de Información Sobre Nuevos Diagnósticos de VIH Registro Nacional de Casos De Sida. Plan Nacional Sobre El Sida.*, 1–42.

https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf

Centro Nacional de Epidemiología. (2021). Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2020: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. In *Plan Nacional sobre el Sida-DG de Salud Pública-Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII* (pp. 1–27).

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_WEB.pdf

Ceylan, E., y Koç, A. (2021). Effect of peer education model on nursing students'

- knowledge and attitudes towards HIV/AIDS. *Nurse Education Today*, 99, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104808>
- Çimen, S., Bahar, Z., Öztürk, C., y M., B. (2005). A validity and reliability study of the AIDS attitude scale. *Journal of Zonguldak University Health School*, 1, 1–11.
- Clínica Legal de la Universidad de Alcalá. (2022). *La idoneidad de las personas con VIH para la adopción de menores*. <https://pactosocialvih.es/comite-coordinador/clinica-legal-uah/>
- Cohn, S. K., y Weaver, L. T. (2006). The Black Death and AIDS: CCR5-Δ32 in genetics and history. *Journal of the Association of Physicians*, 99(8), 497–503.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcl076>
- Conejeros-Vallejos, I., Emig-Sánchez, H., Ferrer-Lagunas, L., Cabieses-Valdés, B., y Acosta, R. C. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/Sida. *Investigación y Educación En Enfermera*, 28, 345–354.
- Cortina, A. (2003). Conferencia: Ética en las instituciones de salud. *Universidad Del Desarrollo. Centro de Bioética.*, 1–12. https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/conferencia_adela_cortina.pdf
- Crawford, T. N., Silverstein, S., Spaulding, T., Cheribin, D., Murray, T., Rivera, J., y Wilcher, K. (2022). Exploring the Impact of Experiences with Everyday and Major Discrimination and HIV - Related Stigma on Engagement in HIV Care Among Older African Americans Living with HIV. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01373-9>
- Damrosch, S., Abbey, S., Warner, A., y Guy, S. (1990). Critical care nurses' attitudes toward, concerns about, and knowledge of the acquired immunodeficiency syndrome. *Heart Lung*, 19, 395–400.
- de Cock, K. M., Jaffe, H. W., y Curran, J. W. (2021). Reflections on 40 years of AIDS. *Emerging Infectious Diseases*, 27(6), 1553–1560.
<https://doi.org/10.3201/eid2706.210284>

- del Amo, J., y Pérez-Molina, J. A. (2018). Introducción. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(Supl 1), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30238-6](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30238-6)
- del Romero, J., García-Pérez, J. N., y Espasa-Soley, M. (2019). Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(2), 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.11.008>
- Diesel, H., Ercole, P., y Taliaferro, D. (2013). Knowledge and perceptions of HIV/AIDS among Cameroonian nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 36. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2012-0036>
- Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. (2014). Recomendaciones en personas sin sospecha de infección por VIH o SIDA. *Guía de Recomendaciones Para El Diagnóstico Precoz Del VIH En El Ámbito Sanitario*, 28–32. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Jumbe, V. C., Ricotta, E., Berthe, S., Koenker, H., Harvey, S. A., Mathanga, D. P., Fellowship, T., Jones, C. O. H., Wasunna, B., Sudoi, R., Githinji, S., y Snow, R. W. (2013). Stigma and Racial/Ethnic HIV Disparities: Moving Toward Resilience. *American Psychologist*, 68(4), 225–236. <https://doi.org/10.1037/a0032705>
- Earnshaw, V. A., y Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Emler, C. A. (2007). Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: A mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), 740–752. <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0010>

- Emler, C. A., Tozay, S., y Raveis, V. H. (2011). "I'm not going to die from the AIDS": Resilience in aging with HIV disease. *Gerontologist*, 51(1), 101–111. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq060>
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., y Sierra, J. C. (2014). Validation of an HIV and other sexually transmitted infections knowledge scale in an adolescent population. *Atencion Primaria*, 46(10), 558–564. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>
- European Union. (2005). *Los biólogos relacionan la inmunidad de los europeos al VIH con las plagas de la Edad Media*. <https://cordis.europa.eu/article/id/23498-biologists-link-hiv-immunity-in-europeans-to-middle-age-plagues/es>
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., y Lützén, K. (2012). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(5), 360–368. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.748827>
- Fauci, A. S., y Laune, H. C. (2020). Four Decades of HIV/AIDS — Much Accomplished, Much to Do. *The New England Journal of Medicine*, 383, 1–4. [nejm.org](https://www.nejm.org)
- Fauk, N. K., Hawke, K., Mwanri, L., y Ward, P. R. (2021). Stigma and discrimination towards people living with hiv in the context of families, communities, and healthcare settings: A qualitative study in indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105424>
- Fernández-Donaire, L., Fernández-Narváez, P., y Tomás-Sábado, J. (2006). Modificación de actitudes ante el Sida en estudiantes de enfermería: Resultados de una experiencia pedagógica. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 9(2), 84–90. <https://doi.org/10.33588/fem.92.99>
- Fernández-Lamelas, M. A., Álvarez-Rodríguez, T., Ramiro-Fernández, J. M., y Martínez de Santiago, S. (2008). El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. *Cuadernos de Bioética*, XIX(1), 59–66.

<https://www.redalyc.org/pdf/875/87506504.pdf>

- Fernández, S., Rodríguez-Vázquez, B., y Pérttega-Díaz, S. (2004). Attitudes of nursing and auxiliary hospital staff toward HIV infection and AIDS in Spain . *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15, 62–69.
- Ferri, P., Rovesti, S., Padula, M. S., D'Amico, R., y Di Lorenzo, R. (2019). Effect of expert-patient teaching on empathy in nursing students: A randomized controlled trial. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 457–467.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S208427>
- Field, N., Tanton, C., Mercer, C. H., Nicholson, S., Soldan, K., Beddows, S., Ison, C., Johnson, A. M., y Sonnenberg, P. (2012). Testing for sexually transmitted infections in a population-based sexual health survey: Development of an acceptable ethical approach. *Journal of Medical Ethics*, 38(6), 380–382.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100068>
- Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., y Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider - Student version. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 287–293.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2011.566648>
- Flickinger, T. E., Somnath, S., Roter, D., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Eggly, S., Moore, R. D., y Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient- clinician communication behaviors and higher medication self- efficacy in HIV care. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 220–226.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.001.Clinician>
- Florum-Smith, A. L., y De Santis, J. P. (2012). Exploring the Concept of HIV-Related Stigma. *Nursing Forum*, 47(3), 153–165. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00235.x>
- Frain, J. A. (2017). Preparing every nurse to become an HIV nurse. *Nurse Education Today*, 48, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.005>

- Froman, R. D., y Owen, S. V. (1997). Further Validation of the AIDS Attitude Scale. *Research in Nursing and Health*, 20(2), 161–167.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199704\)20:2<161::AID-NUR8>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2<161::AID-NUR8>3.0.CO;2-I)
- Froman, R. D., Owen, S. V., y Daisy, C. (1990). Development of a measure of attitudes toward persons with AIDS. *Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), 149–152.
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., de Benito, E., Poveda, A., Rohlfs, I., y Sampedro, E. (2018). Social dimensión of HIV and state response. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(Supl 1), 10–14. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30240-4](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30240-4)
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Laguia, A., Molero, F., Toledo, J., Arrillaga, A., y Jaén, Á. (2017). Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish population: A cross-sectional national survey. *BMC Public Health*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4148-4>
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Safreed-Harmon, K., Pastor de la Cal, M., Laguia, A., Nanche, D., y Lazarus, J. V. (2021). Development of a Clinic Screening Tool to Identify Burdensome Health-Related Issues Affecting People Living With HIV in Spain. *Frontiers in Psychology*, 12(June), 1–16.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.681058>
- García-Bañón, A. M., Sainz-Otero, A., y Botella-Rodriguez, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45–48.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200009&script=sci_abstract
- García, F., Álvarez, M., Bernal, C., Chueca, N., y Guillot, V. (2011). Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(4), 297–307. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.12.006>

- Gargallo-Bernad, C., Sangrós-González, F. J., Arazo-Garcés, P., Martínez-Álvarez, R., Malo-Aznar, C., Gargallo-Bernad, A., Ballester-Luna, A., Cabrero-Pascual, L. E., Gil-Orna, P., Abadía-Gallego, V. J., Torres-Peña, I., y Ordiz-Suárez, H. (2019). Missed opportunities in the diagnosis of human immunodeficiency virus infection in the Region of Aragon. Late diagnosis importance. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(2), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.03.007>
- GeSIDA-semFYC. (2022). *Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria*. GESIDA-SemFYC. <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/02/manejo-compartido-del-paciente-con-infeccion-por-vih.pdf>
- GeSIDA. (2021). *No bajemos la guardia*. Boletín Digital GeSIDA; Edición Especial XII Congreso Nacional GeSIDA (Día 3º).
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. In *Englewood Cliffs: Prentice-Hall*.
- Gol-Montserrat, J., del Llano, J., del Amo, J., Campbell, C., Navarro, G., Segura, F., Suárez, I., Teira, R., Brañas, F., Serrano-Villar, S., Moreno, S., Morillo, R., Fernández, E., Marco, M., Blanch, J., Castaño, M., Pujol, F., Fuster, M., Sebastián-Hernández, J., ... Elizondo, N. (2018). VIH España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. *Revista De Salud Pública*, 92, 1–9. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100305
- Goldberg, D. S. (2017). Pain, objectivity and history: Understanding pain stigma. *Medical Humanities*, 43(4), 238–243. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011133>
- Gómez-Ayerbe, C., Martínez-Sanz, J., Muriel, A., Elías, P. P., Moreno, A., Barea, R., Polo, L., Cano, A., Uranga, A., Santos, C., Casado, J. L., Quereda, C., Robledillo, G., Díaz-De Santiago, A., Vivancos, M. J., Dronda, F., Navas, E.,

- Moreno, S., y Pérez Elías, M. J. (2019). Impact of a structured HIV testing program in a hospital emergency department and a primary care center. *PLoS ONE*, 14(8), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220375>
- González-Pérez, C., Durán-Morales, T., Casals-Blet, I., Lugones-Botell, M., y Castro-Rojas, T. (2009). Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el tratamiento del paciente con VIH/SIDA. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 105–112. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300012
- González-Rivera, J. A. G.-R. A., y Pabellón-Lebrón, S. (2018). Desarrollo y validación de un instrumento para medir discriminación percibida en la comunidad LGBT. *Revista Evaluar*, 18(2), 59–74. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n2.20809>
- González del Castillo, J., Burillo-Putze, G., Cabello, A., Curran, A., Jaloud Saavedra, E., Malchair, P., Marchena, M. J., Miró, Ò., Pizarro, A., Sotomayor, C., Candel, F. J., y Moreno, S. (2020). Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento. *Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 32(6), 416–426.
- Green, G., y Platt, S. (1997). Fear and loathing in health care settings reported by people with HIV. *Sociology of Health and Illness*, 19(1), 70–92. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00016.x>
- Greene, W. C. (2007). A history of AIDS: Looking back to see ahead. *European Journal of Immunology*, 37(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1002/eji.200737441>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., y Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hernández-Requejo, D., Franco-Lacato, A. O., Iglesias-Pérez, E., Calderón-

- Sandubete, E., y de Armas-Rodríguez, Y. (2021). Polimorfismo genético del correceptor CCR5 en pacientes cubanos VIH/sida de la tercera edad. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 40(4), e1166.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=155201893&lang=pt-br&site=ehost-live>
- HIV.gov. (2020). *What Are HIV and AIDS?* <http://tips4pc.com/articles/computer-troubleshooting/viruses.htm>
- Hsiao, C. Y., Tsai, Y. F., y Kao, Y. C. (2013). Psychometric properties of a Chinese version of the Jefferson Scale of Empathy-Health Profession Students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 866–873.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12024>
- Hummel, S., Schmidt, D., Kremeyer, B., Herrmann, B., y Oppermann, M. (2005). Detection of the CCR5-Δ32 HIV resistance gene in Bronze Age skeletons. *Genes and Immunity*, 6(4), 371–374. <https://doi.org/10.1038/sj.gene.6364172>
- Iribarren, J. A., Rubio, R., Aguirrebengoa, K., Arribas, J. R., Baraia-Etxaburu, J., Gutiérrez, F., Lopez Bernaldo de Quirós, J. C., Losa, J. E., Miró, J. M., Moreno, S., Pérez Molina, J., Podzamczar, D., Pulido, F., Riera, M., Rivero, A., Sanz Moreno, J., Amador, C., Antela, A., Arazo, P., ... Von Wichmann, M. A. (2016). Prevention and treatment of opportunistic infections and other coinfections in HIV-infected patients: May 2015. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(8), 516–518. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.004>
- Jackson-Best, F., y Edwards, N. (2018). Stigma and intersectionality: A systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health*, 18(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5861-3>
- Kamen, C., Vorasarun, C., Canning, T., Kienitz, E., Weiss, C., Flores, S., Etter, D., Lee, S., y Gore-Felton, C. (2016). The Impact of Stigma and Social Support on Development of Post-traumatic Growth Among Persons Living with HIV. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(2), 126–134.

<https://doi.org/10.1007/s10880-015-9447-2>

- Kelly, J. A., St Lawrence, J. S., Smith, S., Hood, H. V., y Cook, D. J. (1987). Stigmatization of AIDS patients by physicians. *American Journal of Public Health*, 77(7), 789–791. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.7.789>
- Korhonen, T., Kylmä, J., Houtsonen, J., Välimäki, M., y Suominen, T. (2012). University students' knowledge of, and attitudes towards, HIV and AIDS, homosexuality and sexual risk behaviour: A questionnaire survey in two Finnish universities. *Journal of Biosocial Science*, 44(6), 661–675. <https://doi.org/10.1017/S0021932012000338>
- Leasure, R., Hawkins, L. A., y Merrill, A. (1996). Stigma: Baccalaureate Nursing Students' Attitudes Toward Persons Living with AIDS. *Journal of Nursing Education*, 35(5), 234–236. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19960501-11>
- Leyva-Moral, J. M., y Feijoo-Cid, M. (2017). Participants' safety versus confidentiality: A case study of HIV research. *Nursing Ethics*, 24(3), 376–380. <https://doi.org/10.1177/0969733016669865>
- Leyva-Moral, J. M., Gómez-Ibáñez, R., San Rafael, S., Guevara-Vásquez, G., y Aguayo-González, M. (2021). Nursing students' satisfaction with narrative photography as a method to develop empathy towards people with HIV: A mixed-design study. *Nurse Education Today*, 96, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104646>
- Leyva-Moral, J. M., Terradas-Robledo, R., Feijoo-Cid, M., de Dios-Sánchez, R., Mestres-Camps, L., Lluva-Castaño, A., y Comas-Serrano, M. (2017). Attitudes to HIV and AIDS among students and faculty in a School of Nursing in Barcelona (Spain): a cross-sectional survey. *Collegian*, 24(6), 593–601. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.006>
- Liboro, R. M., Bell, S., Ranuschio, B., Barnes, L., Despres, J., Sedere, A., Puno, T., y Shuper, P. A. (2021). Barriers and facilitators to promoting resilience to HIV/AIDS: A qualitative study on the lived experiences of HIV-positive, racial and

- ethnic minority, middle-aged and older men who have sex with men from Ontario, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18158084>
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Reviews*, 27(Lewis 1998), 363–385.
- Llinares-Pellicer, M. C., y Lloret-Botonat, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 62, 115–133. http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_69.pdf
- Lohrmann, C., Välimäki, M., Suominen, T., Muinonen, U., Dassen, T., y Peate, I. (2000). German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: Two decades after the first AIDS cases. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 696–703. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01326.x>
- Maina, G., Sutankayo, L., Chorney, R., y Caine, V. (2014). Living with and teaching about HIV: Engaging nursing students through body mapping. *Nurse Education Today*, 34(4), 643–647. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.004>
- Marks, G., Crepaz, N., y Janssen, R. S. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *Aids*, 20(10), 1447–1450. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000233579.79714.8d>
- Marre, D. (2010). Adopción familiar : una visión antropológica. In L. L. Félix (Ed.), *Adopción hoy. Nuevos desafíos, nuevas estrategias*. (pp. 139–173).
- Martí-Solé, M. del C., Alonso-Espadalé, R. M., y Constant-Aubert, A. (1995). *NTP 447: actuación frente a un accidente con riesgo biológico*. (p. 4). INST. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../ntp_447.pdf
- Mena, S. Q., y Montañez, W. C. (2021). Syndemics framework as an approach to explain the interaction between public health problems. *Scientia Medica*, 31(1). <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.38309>

- Mendenhall, E., Kohrt, B. A., Norris, S. A., Ndetei, D., y Prabhakaran, D. (2017). Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *The Lancet*, 389(10072), 951–963. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6)
- Miró, Ò., Miró, E., García-Lamberechts, E. J., Villamor, A., y González del Castillo, J. (2021). Detección de pacientes con infección desconocida por VIH en los servicios de urgencias españoles : actitud actual y predisposición y dificultades percibidas para implementar acciones de mejora. *Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 33 (4), 254–264.
- Mitchell, K. M., Lépine, A., Terris-Prestholt, F., Torpey, K., Khamofu, H., Folayan, M. O., Musa, J., Anenih, J., Sagay, A. S., Alhassan, E., Idoko, J., y Vickerman, P. (2015). Modelling the impact and cost-effectiveness of combination prevention amongst HIV serodiscordant couples in Nigeria. *Aids*, 29(15), 2035–2044. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000798>
- Mominur Rahman, M., Islam, F., Saidur Rahaman, M., Sultana, N. A., Fahim, N. F., y Ahmed, M. (2021). Studies on the prevalence of HIV/AIDS in Bangladesh including other developing countries. *Advances in Traditional Medicine*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s13596-021-00610-6>
- Montanari, P., Petrucci, C., Russo, S., Murray, I., Dimonte, V., y Lancia, L. (2015). Psychometric properties of the Jefferson Scale of Empathy-Health Professional Student's version: An Italian validation study with nursing students. *Nursing and Health Sciences*, 17, 483–491. <https://doi.org/10.1111/nhs.12221>
- Moreno, S., Berenguer, J., Fuster-RuizdeApodaca, M. J., y García Ontiveros, M. (2018). Early diagnosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(Supl 1), 35–39. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30245-3](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30245-3)
- Moscovici, S. (1990). The origin of social representations: A response to Michael. *New Ideas in Psychology*, 8(3), 383–388. [https://doi.org/10.1016/0732-118X\(94\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0732-118X(94)90025-6)

- MSSI. (2018). *Profilaxis Preexposición al VIH en España - Documento de consenso*. Plan Nacional Sobre El Sida-Grupo de Expertos PrEP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf
- Murphy, D. A. (2008). HIV-Positive Mothers' Disclosure of their Serostatus to their Young Children: A Review. *Clin Child Psychol Psychitric*, 23(1), 105–122.
- Mythili, D., Gandhi, S., Thirumoorthy, A., y Vijayalakshmi, P. (2015). Effect of Unconcept Mapping in Improving Nursing Students' Knowledge and Attitudes Related to Care of HIV/AIDS Patients. *The Nursing Journal of India*, 279–281.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00620.x>
- O'Leary, A., Jemmott, J. B., Stevens, R., Rutledge, S. E., y Icard, L. D. (2014). Optimism and Education Buffer the Effects of Syndemic Conditions on HIV Status Among African American Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 18(11), 2080–2088. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0708-0>
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D., y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150–157.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
- Olivarría, M. E. (2002). De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día. *Alteridades*, 12(4), 99–116.
- OMS. (2021). *VIH/sida*. Organización Mundial de La Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OMS. (2022). *Infección por VIH. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

- ONUSIDA. (2015). Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Acción acelerada para acabar con el sida. In *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*. (ONUSIDA). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
- ONUSIDA. (2020a). *Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH*. Programa Conjunto de Las Naciones Unidas Sobre El VIH/Sida. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance>
- ONUSIDA. (2020b). *Monitoreo Global del SIDA 2021*. Programa Conjunto de Las Naciones Unidas Sobre El VIH/Sida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
- ONUSIDA. (2021a). *ENFRENTANDO LAS DESIGUALDADES Lecciones para la respuesta a pandemias de 40 años de la respuesta al sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
- ONUSIDA. (2021b). *Estrategia Mundial Contra El Sida 2021-2026. Acabar Con Las Desigualdades. Acabar Con El Sida*. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/es/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- ONUSIDA. (2021c). *Hoja informativa 2021. Estadísticas mundiales sobre el VIH*. ONUSIDA. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- ONUSIDA. (2022). *El Sida en Cifras*. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/es>
- Özakgöl, A. A., Şendir, M., Atav, A. S., y Kiziltan, B. (2014). Attitudes towards HIV/AIDS patients and empathic tendencies: A study of Turkish undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 34(6), 929–933. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.018>
- Ozcan, C. T., Oflaz, F., y Sutcu Cicek, H. (2010). Empathy: The effects of

- undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*, 57(4), 493–499. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00832.x>
- Pacto Social VIH. (2022). *Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH*. Clínica Legal Universidad de Alcalá.
<https://pactosocialvih.es/comite-coordinador/clinica-legal-uah/>
- Palacios, M. S. (2011). Actitudes: estructura y funciones. In M. Moya & R. Rodríguez-Bailón (Eds.), *Fundamentos de Psicología Social* (Pirámide, pp. 245–266).
- Parker, R., y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Parsons, S. (2022). Fear of Punishment in Another World: a Follow-Up Examination of the Religious Beliefs About HIV/AIDS—A Decade of Progress? *Journal of Religion and Health*, 61(4), 3350–3362. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00962-z>
- Pérez, N., y García-Pérez, G. G. (2014). Conocimientos y actitudes de los estudiantes de enfermería para el abordaje de las personas VIH/SIDA seropositivas. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(2), 7–18.
<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/194/203>
- Phelan, J. C., Link, B. G., y Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Picazo, L., Docavo, M. L., Salgado Pérez, L., y Martín-Sánchez, F. J. (2018). Test de despistaje de VIH en los servicios de urgencias: ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿quién? *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(3), 203–204.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.10.003>
- Pickles, D., King, L., y Belan, I. (2009). Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: Thematic literature review. *Journal of Advanced*

- Nursing*, 65(11), 2262–2273. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05128.x>
- Pickles, D., King, L., y Belan, I. (2012). Undergraduate nursing student's attitudes towards caring for people with HIV/AIDS. *Nurse Education Today*, 32(1), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.008>
- Pickles, D., King, L., y de Lacey, S. (2017). Culturally construed beliefs and perceptions of nursing students and the stigma impacting on people living with AIDS: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 49, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.008>
- Pickles, D., Lacey, S. de, y King, L. (2019). Conflict between nursing student's personal beliefs and professional nursing values. *Nursing Ethics*, 26(4), 1087–1100. <https://doi.org/10.1177/0969733017738132>
- Poiesz, B. ernar. J., Ruscetti, F. W., Gazdar, A. F., Bunn, P. A., Minna, J. D., y Gallo, R. C. (1980). Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 77(12), 7415–7419. <https://doi.org/10.1073/pnas.77.12.7415>
- Pryor, J. B., y Reeder, G. (2011). HIV-related stigma. *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: Manifestations, Treatment and Epidemiology*, 790–806. https://www.researchgate.net/publication/302944473_HIV-related_stigma
- Pulerwitz, J., Michaelis, A., Weiss, E., Brown, L., y Mahendra, V. (2010). Reducing HIV-related stigma: Lessons learned from horizons research and programs. *Public Health Reports*, 125(2), 272–281. <https://doi.org/10.1177/003335491012500218>
- Purdie-Vaughns, V., y Eibach, R. P. (2008). Intersectional invisibility: The distinctive advantages and disadvantages of multiple subordinate-group identities. *Sex Roles*, 59(5–6), 377–391. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9424-4>
- Relf, M. V., Laverriere, K., Devlin, C., y Salerno, T. (2009). Ethical beliefs related to HIV and AIDS among nursing students in South Africa and the United States: A

- cross-sectional analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1448–1456. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.001>
- Rengel Morales, D. (2005). La construcción social del “otro”. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de Antropología*, 21(25), 1–15. <https://doi.org/10.30827/digibug.7197>
- Reyes-Estrada, M., Varas-Díaz, N., y Martínez-Sarson, M. T. (2016). Religion and HIV/AIDS Stigma: Considerations for the Nursing Profession. *The New School Psychology Bulletin*, 12(1), 48–55.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26858806><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4744372>
- Reyes-Rodríguez, L. (2007). La Teoría De Acción Razonada : Implicaciones Para El Estudio De Las Actitudes. *Investigación Educativa*, 7, 66–77.
- Rodríguez-Muñoz, J., y Moreno, S. (2019). Strategies for the cure of HIV infection. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(4), 265–273.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.01.007>
- Rovira-Veciana, M. D., Uriz-Solá, E., Rodríguez-Suárez, C., y Vila-Córcoles, A. (2004). Comportamiento y actitud de los profesionales de enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH positivos. *Enfermería Clínica*, 3, 135–141.
- Sagaró-del-Campo, N. M., y Zamora-Matamoros, L. (2020). Técnicas estadísticas multivariadas para el estudio de la causalidad en Medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 24(2), 1–14.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000200287
- Sagnella, A. (2020). En los pliegues del Mediterráneo: Ceuta y Melilla. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnográfica*, 5(2), 31–49.
<https://doi.org/10.29112/RUAE.v5.n2.2>
- Sánchez-Álvarez, C., Acevedo-Mejía, J. J., y González-Vélez, M. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la

- Inmunodeficiencia Humana. *Revista CES Salud Pública*, 3(1), 28–37.
https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2135/1438
- Sánchez-Yáñez, J. M., y Leal-Lozano, L. (2004). El Sida: la pandemia más devastadora de la historia. *Revista de Divulgación de La Secretaria de Difusión Cultura y Extensión Universitaria*, 39, 5–9.
https://www.researchgate.net/publication/340262450_El_Sida_la_pandemia_mas_devastadora_de_la_historia
- Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health and Illness*, 31(3), 441–455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>
- Serrano-Gallardo, M. P., y Giménez-Maroto, A. M. (2006). Actitud ante el sida de los estudiantes de enfermería de la Escuela Puerta de Hierro (Universidad Autónoma de Madrid). *Enfermería Clínica*, 16(1), 11–18.
[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71172-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71172-X)
- Shaaban, A. N., y Martins, M. R. O. (2019). The Importance of Improving the Quality of Care Among HIV/AIDS Hospitalizations in Portugal. *Frontiers in Public Health*, 7(September), 1–4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00266>
- Sharma, A. (2017). Syndemics: health in context. *Lancet*, 389(10072), 881.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30640-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30640-2)
- Singer, M. (2000). A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of Aids: Conceptualizing the Sava Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 28(1), 13–24.
- Snowden, L. (1997). An investigation into whether nursing students alter their attitudes and knowledge levels regarding HIV infection and AIDS following a 3-year programme leading to registration as a qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1167–1174. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251167.x>
- Solloch, U. V., Lang, K., Lange, V., Böhme, I., Schmidt, A. H., y Sauter, J. (2017). Frequencies of gene variant CCR5-Δ32 in 87 countries based on next-

- generation sequencing of 1.3 million individuals sampled from 3 national DKMS donor centers. *Human Immunology*, 78(11–12), 710–717.
<https://doi.org/10.1016/j.humimm.2017.10.001>
- Soriano, V., Ramos, J. M., Barreiro, P., y Fernandez-Montero, J. V. (2018). AIDS clinical research in Spain—large HIV population, geniality of doctors, and missing opportunities. *Viruses*, 10(6). <https://doi.org/10.3390/v10060293>
- Stiernborg, M. (1992). Knowledge about, and attitudes to, HIV/AIDS among students in a Sydney nursing college. *Nurse Education Today*, 12(3), 207–214.
[https://doi.org/10.1016/0260-6917\(92\)90063-T](https://doi.org/10.1016/0260-6917(92)90063-T)
- Suominen, T., Koponen, N., Staniuliene, V., Istomina, N., Aro, I., Kisper-Hint, I. R., Vänskä, M. L., y Välimäki, M. (2009). Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 282–289. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00620.x>
- Synoground, S. G., y Kellmer-Langan, D. M. (1991). Nursing students attitudes toward AIDS: implications for education. *Nurse Education Today*, 11(3), 200–206. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90060-N](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90060-N)
- Tomás-Sábado, J. (1999). Actitud de enfermería ante el sida. Construcción de una escala de Likert. *Enfermería Clínica*, 9(6), 223–237.
https://www.academia.edu/18413063/Actitud_de_enfermeria_ante_el_sida._Construccion_de_una_escala_de_Likert
- Tomás-Sábado, J., y Aradilla Herrero, A. (2003). Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería: ¿Cuál es el papel de la formación académica? *Educación Médica*, 6(2), 87–92. <https://doi.org/10.4321/s1575-18132003000200004>
- Tomás-Sábado, J., y Aradilla Herrero, A. (2006). Actitud ante el SIDA en enfermería: un análisis de las diferencias entre estudiantes y profesionales. *Ágora De Enfermería*, 10, 956–959.
- Tovar, P. (1998). Procreación o adopción: Encrucijadas entre el género, el poder y el

- parentesco. *Revista Colombiana de Antropología*, 34, 93–123.
- Tsai, A. C., y Venkataramani, A. S. (2016). Syndemics and health disparities: a methodological note. *AIDS & Behaviour*, 20(2), 423–430.
<https://doi.org/10.1007/s10461-015-1260-2>.Syndemics
- Ubillos, S., Mayordono, S., y Páez, D. (2003). Actitudes: Definición Y Medición Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. *Psicología Social, Cultura y Educación*, 301–326.
<https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- UNAIDS. (2020a). *Seizing the moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics*. GLOBAL AIDS UPDATE. <https://doi.org/10.2307/j.ctt7svxh.14>
- UNAIDS. (2020b). *UNAIDS DATA 2020*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- Uwakwe, C. B. U. (2000). Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: Impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 416–424. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01492.x>
- Valdivia-Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue Du REDIF*, 1, 15–22.
- Van Der Graaf, R., Reis, A., y Godfrey-Faussett, P. (2021). Revised UNAIDS/WHO Ethical Guidance for HIV Prevention Trials. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 325(17), 1719–1720.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.0258>
- Varas-Díaz, N., Marqués-Reyes, D. J., Rodríguez-Madera, S., Burgos-Pérez, O., y Martínez-Taboas, A. (2012). La religión como problema en Puerto Rico. *Análisis*, 13(1), 161–162. <https://doi.org/10.54114/revanlisis.v13i1.12257>

- Varas-Díaz, N., Neilands, T. B., Malavé-Rivera, S., y Betancourt, E. (2010). Religion and HIV/AIDS stigma: Implications for health professionals in Puerto Rico. *Global Public Health*, 5(3), 295–312.
<https://doi.org/10.1080/17441690903436581>.Religion
- Velo-Higueras, C., Cuéllar-Flores, I., Sainz-Costa, T., Navarro-Gómez, M. L., García-Navarro, C., Fernández-McPhee, C., Ramírez, A., Bisbal, O., Blazquez-Gamero, D., Ramos-Amador, J. T., Valencia-Ortega, E., y González-Tomé, M. I. (2019). Young adults and HIV. Awareness and risk behaviour of a group living in Spain. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(3), 176–182.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.05.015>
- Verplanken, B., y Orbell, S. (2022). Attitudes , Habits and Behavior Change. *Annual Review of Psychology*, 73, 327–352.
- Vorasane, S., Jimba, M., Kikuchi, K., Yasuoka, J., Nanishi, K., Durham, J., y Sychareun, V. (2017). An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2068-8>
- Wagner, A. C., Hart, T. A., McShane, K. E., Margolese, S., y Girard, T. A. (2014). Health Care Provider Attitudes and Beliefs About People Living with HIV: Initial Validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS and Behavior*, 18(12), 2397–2408. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0834-8>
- Waluyo, A., Culbert, G. J., Levy, J., y Norr, K. (2015). Understanding HIV-related stigma among Indonesian nurses Agung. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 69–80.
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.001>.Understanding
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., y Hojat, M. (2012). The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*, 28(1), 34–40.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.10.007>

- Wei, X., y Nielsen, R. (2019). CCR5- Δ 32 is deleterious in the homozygous state in humans. *Nature Medicine*, 25, 909–910. <https://doi.org/10.1038/s41591-019-0459-6>
- West, A. M., Davis-Lagrow, P., Leasure, R., y Allen, P. (1998). Low versus high prevalence of AIDS: Effect on nursing students' attitudes and knowledge. *AIDS Patient Care and STDs*, 12(1), 51–60. <https://doi.org/10.1089/apc.1998.12.51>
- West, A. M., Leasure, R., Allen, P., y LaGrow, P. (1996). Attitudes of baccalaureate nursing students toward persons with acquired immunodeficiency syndrome according to mode of human immunodeficiency virus transmission. *Journal of Professional Nursing*, 12(4), 225–232. [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(96\)80097-4](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(96)80097-4)
- Young, D. M., y Garvin, B. J. (1990). Nurses' knowledge and attitudes and AIDS patients' perception of confirmation: A pilot study. *Applied Nursing Research*, 3, 105–111. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80125-9](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80125-9)
- Zajac, V. (2018). Evolutionary view of the AIDS process. *Journal of International Medical Research*, 46(10), 4032–4038. <https://doi.org/10.1177/0300060518786919>
- Zou, J., Yamanaka, Y., John, M., Watt, M., Ostermann, J., y Thielman, N. (2009). Religion and HIV in Tanzania: Influence of religious beliefs on HIV stigma, disclosure, and treatment attitudes. *BMC Public Health*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-75>

ANEXOS

Anexo A: AIDS Attitude Scale (AAS) desarrollada por Kelly et al., (1987):

Prejudicial Evaluation Scale Items:

Escala Likert de 7 puntos donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”

1. Mark is responsible for his illness.
2. Mark deserves sympathy and understanding.
3. Mark deserves what has happened to him.
4. Mark's illness has been traumatic for him.
5. Mark has a lot of pain and suffering.
6. Mark is dangerous to other people.
7. Mark deserves the best medical care possible.
8. Mark deserves to die.
9. The world would be better off without Mark.
10. Suicide might be the best solution for Mark.
1. Mark should be quarantined so he doesn't expose others.
12. Mark deserves to lose his job.

Social Interaction Scale Items:

Escala Likert de 7 puntos donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”.

1. If you met Mark, would you be willing to strike up a conversation with him?
2. Would you attend a party where Mark was present?

3. Would you attend a party where Mark was preparing food?
4. Would you be willing to work in the same office with Mark?
5. If you were a friend of Mark's, would you be willing to continue the friendship at this time?
6. Mark's lease is up in two months. If you were his landlord, would you renew his lease?
7. Would you allow your children to visit Mark in his home?

Ejemplos de los ítems del IEI:

Para esos 24 adjetivos, se calificaron usando escalas bipolares de 7 puntos (desde 1 = extremadamente cálido a 7 = extremadamente frío) con dirección de puntuación contrabalanceada para controlar la distorsión del conjunto de respuestas.

Assertive, appropriate, tactful, offensive, thoughtful, educated, intelligent, truthful, warm, and kind.

Anexo B: AAS desarrollada por Froman et al., (1990):

A continuación, se muestran los 21 ítems con una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 6 “Totalmente de acuerdo”. Está compuesta a su vez por dos subescalas: Avoidance o Evitación = (A) con 12 ítems y Empathy o Empatía = (E) con 9 ítems.

Los que tienen * indican que son de puntuación inversa.

1. Most people with AIDS have only themselves to blame. (A)
2. Most people with AIDS deserve what they get*. (E)
3. Patients who are HIV positive should be put in rooms with other people. (A)
4. If I were assigned a patient with AIDS, I would worry about putting my family and friends at risk of contracting the disease. (A)
5. Young children should be removed from the home if one of the parents is HIV positive. (A)
6. I think patients with AIDS have the right to the same quality of care as other patients. (E)
7. It is especially important to work with patients with AIDS in a caring manner. (E)
8. I think people who are IV drug abusers deserve to get AIDS. (A)
9. I think women who give birth to babies who are HIV positive should be prosecuted for child abuse. (A)
10. Homosexuality should be illegal. (A)
11. I feel more sympathetic toward people who get AIDS from blood transfusions than those who get it from IV drug abuse. (A)
12. A homosexual patient's partner should be accorded the same respect and courtesy as the partner of a heterosexual patient. (E)

13. Patients with AIDS should be treated with the same respect as any other patient. (E)
14. If I found out that a friend of mine was homosexual, I would not maintain the friendship. (E)
15. I worried about getting AIDS from social contact with someone. (A)
16. I'm sympathetic toward the misery that people with AIDS experience. (E)
17. I would like to do something to make life easier for people with AIDS. (E)
18. I would do everything I could to give the best possible care to an AIDS patient. (E)
19. Children or people who get AIDS from a blood transfusion are more deserving of treatment than those who get it from IV drug abuse. (A)
20. I would be worried about children getting AIDS if I knew that one of the school teachers was a homosexual. (A)
21. I have little sympathy for people who get AIDS from sexual promiscuity. (A)

Anexo C: La AAS de Bliwise et al.,(1991) encontrada en el estudio de Atav et al., (2015):

Es una escala Likert de seis puntos que va desde “Muy en desacuerdo” = 1 hasta “Muy de acuerdo” = 6. El (*) indica que está codificado a la inversa.

La AAS tiene un total de 15 ítems divididas en tres subescalas. De este modo se obtiene una puntuación total, así como tres puntuaciones de subescala:

5 Del total de la escala, el rango va de 15 a 90. Las actitudes más positivas fueron las puntuaciones medias de 15 y las más negativas fueron las de 90.

6 Las puntuaciones posibles de las subescalas son:

6.2 Fear of Contagion = 5 a 30 puntos,

6.3 Professional Resistance = 6 a 36 puntos

6.4 Negative Emotions = 4 a 24 puntos.

Las puntuaciones más altas en la AAS y sus subescalas indican actitudes más negativas hacia los pacientes con VIH/SIDA.

Fear of Contagion

1. I would not want my child to go to school with a child with HIV/AIDS.
2. AIDS makes my job a high-risk occupation.
3. I would be willing to eat in a restaurant where I knew the chef had HIV/AIDS. *
4. Despite all I know about how HIV/AIDS is transmitted, I am still afraid of catching it.
5. Even were I to follow strict infection control measures, it is likely I would become infected with HIV if I worked with HIV+/AIDS patients over a long period of time.

Professional Resistance

1. Given a choice, I would prefer not to work with HIV+/ AIDS patients.
2. I would prefer to refer patients with HIV/AIDS to my professional colleagues.

3. It is best to train a few specialists who would be responsible for the treatment of HIV+/AIDs patients.
4. I would consider changing my professional specialty, however interesting, if it became necessary to work with HIV+/AIDS patients.
5. I would rather work with a better class of people than HIV+/AIDS patients.
6. I don't want persons at higher risk for HIV/AIDS, such as IV drug users and homosexuals, as patients.

Negative Emotions

1. I often have tender, concerned feelings for people with HIV/AIDS. *
2. I feel angry about the risk of HIV/AIDS that homosexuals have imposed on the straight community.
3. I sometimes find it hard to be sympathetic toward HIV+/ AIDS patients.
4. I would feel resentful if HIV+/AIDS patients accounted for a significant part of my caseload.

Anexo C.1: AAS de Akansel et al., (2012) adaptada de la de Bliwise et al.,(1991) encontrada en el estudio de Atav et al., (2015):

La manera de corrección es exactamente igual que la descrita en el Anexo C.

Los ítems segundo y octavo se calificaron al revés.

Contagion Subscale

1. I would not want my child to go to school with a child with AIDS.
2. I would be willing to eat in a restaurant where I know the chef has AIDS. *
3. AIDS makes my job a high risk occupation.
4. Despite all I know about how AIDS is transmitted. I'm still afraid f catching it.
5. Even following strict infection control measure, it is likely that I would become infected with HIV, if I were working with AIDS patients over a long period time.

Negative Emotions Subscale

6. I would feel resentful if AIDS patients accounted for a significant part of my caseload.
7. I feel angry about the risk of AIDS which homosexuals have imposed on the straight community.
8. I often have tender, concerned feelings for people with AIDS. *
9. I sometimes find it hard to be sympathetic to AIDS patient.

Professional Resistance Subscale

10. Given a choice. I would prefer not to work with AIDS patients.
11. It is best to train a few specialists who would be responsible for the treatment of AIDS patients.

12. I would prefer to refer persons with AIDS to my Professional colleagues.

13. I would consider changing my professional specialty/position if it became necessary to work with AIDS patients

14. I would rather work with a better class of people than AIDS patients.

15. I don't want those at higher risk for AIDS such as IV drug users and homosexuals, as patients.

Anexo D: HIV/AIDS Attitude Questionnaire de Akin et al., (2013):

Está constituida por 10 ítems y se mide mediante una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1= "Totalmente en desacuerdo" y 5= "Totalmente de acuerdo". Los ítems 2 y 3 se puntuaron de forma inversa.

El rango de puntuación varía de 50 (actitudes más positivas) a la mínima de 10 puntos (con las actitudes más negativas).

1. All patients have the right to receive safe and high quality health care.
2. I would prefer not to work with AIDS patients.
3. I like to help people with AIDS and HIV positive.
4. People with AIDS and HIV positive deserve respect and dignity like other people.
5. Poor prognosis in people with AIDS makes me feel sad.
6. Health care providers should always provide good service to HIV positive and AIDS patients.
7. I feel very sad for children infected with HIV.
8. My family is concerned when I care for people with HIV and AIDS.
9. In order to minimise the risk of transmission through infected blood transfusions, I believe that nurses have crucial responsibilities in blood transfusion process to ensure blood safety.
10. HIV positive patients who contaminate the environment or cannot maintain appropriate hygiene should be placed in private rooms.

Anexo E: Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería (EASE) (Tomás-Sábado, 1999)

Escala tipo Likert de 21 ítems con cinco opciones de respuesta con bidireccionalidad. Para los ítems 3, 5, 7, 8, 11, 14, 15, y 21 la direccionalidad será 5= “de acuerdo” a 1= “desacuerdo” y para los ítems 1, 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20 será 1= “de acuerdo” a 5= “desacuerdo”.

La puntuación máxima será 105 lo que indica las actitudes más positivas y la mínima será 21, con las actitudes más negativas.

1. El SIDA no afecta a las parejas heterosexuales.
2. Los fetos contagiados con el virus del SIDA deberían abortarse.
3. No existe ningún peligro en el hecho de que los portadores del virus del SIDA utilicen restaurantes y bares públicos.
4. No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas.
5. El SIDA es un problema de todos.
6. La atención continuada a un enfermo de SIDA es sinónimo de contagio.
7. El portador del virus del SIDA tiene derecho a que se guarde el secreto médico de su diagnóstico.
8. En las actividades cotidianas no hay ningún riesgo de transmisión del virus del SIDA.
9. Los enfermos de SIDA deben ser aislados del resto de enfermos.
10. El paciente VIH positivo debe ser identificado como tal.
11. Ser portador del virus del SIDA no debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo.
12. Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de SIDA y portadores.
13. El SIDA es la mayor plaga de nuestro tiempo.

14. El enfermo de SIDA debe ser considerado una víctima del sistema social.
15. El ser portador del virus del SIDA no debería ser impedimento para poder adoptar un niño.
16. En el hospital, un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada.
17. No me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del SIDA.
18. Los niños portadores del virus del SIDA deberían acudir a clases especiales.
19. Como medida de precaución debemos evitar el contacto con los enfermos de SIDA y portadores.
20. Siempre que toquemos a un enfermo de SIDA debemos utilizar guantes.
21. La prueba del SIDA debe ser voluntaria y anónima.