

Estigma hacia personas viviendo con VIH/SIDA en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia: una reflexión útil en odontología y bioética*

Stigma to people living with HIV/AIDS in students of the Faculty of Dentistry of Universidad Nacional de Colombia: a useful reflection in dentistry and bioethics

John Harold Estrada Montoya 1

Andrés Leonardo Pantoja Neira 2

Luis Alberto Sánchez-Alfaro 3

RESUMEN

El estigma es un atributo que desacredita y arruina la identidad de los individuos. Actualmente, predominan conceptos erróneos e infundados, generadores de actitudes negativas y discriminatorias conocidas como *estigma ejercido*, el cual promueve la construcción de conceptos y significados sociales negativos creando el *estigma interiorizado*. **Objetivo:** caracterizar el estigma hacia personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) generado por estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (FON). **Materiales y métodos:** estudio mixto que arrojó datos cuantitativos e información cualitativa desde las subjetividades de los participantes. Se diseñó una encuesta con 29 preguntas relacionadas con estigma ejercido e interiorizado; se innovó utilizando la red social Facebook al aplicarla. Contó con 66 participantes. **Discusión y conclusiones:** en los estudiantes encuestados hay presencia de estigma hacia las PVVS. Es necesario intervenir para abolir la desinformación y los conceptos erróneos frente al VIH/SIDA. Se propone la bioética para gestar una sociedad justa, superar las desigualdades sociales, el estigma, la discriminación y educar en parámetros de respeto y solidaridad entre humanos.

PALABRAS CLAVE

Estigma, discriminación, bioética, VIH, SIDA.

ABSTRACT

Stigma is an attribute that discredits, and ruins the identity of individuals. Currently, predominate erroneous and unfounded concepts generating negative attitudes and discriminatory, known as exerted stigma which promotes the construction of concepts and negative social meanings creating internalized stigma. **Objective:** to characterize the stigma among people living with HIV/AIDS (PLWHA) generated by students from the Faculty of Dentistry, Universidad Nacional de Colombia (FON). **Materials and methods:** Joint study yielded quantitative data and qualitative information from the subjectivities of the participants. A survey with 29 questions related to exert and internalized stigma was designed; it is innovated using the social network Facebook to implement. It involved 66 participants. **Discussion and conclusion:** in the surveyed students is present stigma to PLWHA. Needed intervention to abolish the misinformation and misconceptions against HIV/AIDS. Is proposed the bioethics to gestate a just society, to overcome social inequalities, stigma, discrimination, and to educate in parameters of respect and solidarity between human.

KEY WORDS

Stigma, discrimination, bioethics, HIV, AIDS.

* Artículo de investigación e innovación resultado de proceso de **investigación**. Este documento es uno de los productos de la investigación realizada para optar al título de odontólogo por la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. La investigación tuvo el aval del Comité de ética y metodología de la investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

- 1 Odontólogo, Magister y PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Director de Departamento de Salud Colectiva y Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45-30 Edificio 210, Ciudad Universitaria, Bogotá D.C. Correo electrónico: jhestradam@unal.edu.co ó jhestradam@gmail.com
- 2 Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45-30 Edificio 210, Ciudad Universitaria, Bogotá D.C. Correo electrónico: alpantojan@unal.edu.co
- 3 Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Especialista y Magister en Bioética, Universidad El Bosque. Profesor, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45-30 Edificio 210, Ciudad Universitaria, Bogotá D.C. Correo electrónico: lasancheza@unal.edu.co ó luisalfaross@gmail.com

Citación sugerida

Estrada JH, Pantoja AL, Sánchez-Alfaro LA. Estigma hacia personas viviendo con VIH/SIDA en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia: una reflexión útil en odontología y bioética.. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 4(2): 59-78. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	7 de mayo de 2014
Aprobado	14 de noviembre de 2014
Publicado	30 de diciembre de 2014

Introducción

La infección por VIH se clasifica así: baja, cuando la prevalencia no excede el 5% en ningún grupo poblacional definido; concentrada, cuando la prevalencia excede el 5% en algún grupo poblacional con alto riesgo y la prevalencia no excede al 1% en la población general adulta; y generalizada, cuando el virus está establecido firmemente en la población general y la prevalencia esta sobre el 1% en mujeres embarazadas. Inicialmente la propagación del virus estuvo relacionada con los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), siendo estos los primeros en sufrir estigma y discriminación. Fenómenos maximizados por múltiples factores como: conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH, noticias irresponsables emitidas en medios de comunicación, imposibilidad de cura, prejuicios y temores personales (1–3); también relacionados con el papel hegemónico de la heterosexualidad como discurso normalizador, moralista, perpetuador de inequidades de género, afincado en diversas instituciones de orden social y cultural como la familia, la iglesia e incluso estamentos de los Estados.

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en términos de los servicios prestados, acceso a tratamientos para VIH e infecciones oportunistas, el diagnóstico adecuado y temprano de infección por VIH y acceso a la información sobre prevención. Estos profesionales deben poseer dominio sobre las consideraciones biológicas, psicológicas y sociales que acompañan a una persona infectada con VIH, ser educadores y guías para ayudar a controlar la tasa de nuevos casos y contribuir a mejorar la calidad de vida de quienes viven con VIH. En el caso de la salud oral es importante garantizar un tratamiento odontológico adecuado y oportuno para mejorar la calidad de vida de las PVVS. Sin ambages, algunos estudios plantean que profesionales y estudiantes de odontología tienen una actitud negativa respecto a atender a PVVS, que expresan actitudes estigmatizantes y juicios negativos hacia estas personas (4–7).

Es de aclarar que el estigma hacia las PVVS tiene una amplia gama de factores generadores e incluso auspiciadores, algunos de ellos mencionados previamente, los cuales están interrelacionados; sin embargo, dado el carácter inicial en este campo investigativo, este estudio estará centrado en los aspectos relacionados con la atención y convivencia con PVVS desde el escenario de la odontología.

El artículo tiene por objetivo caracterizar el estigma interiorizado y ejercido hacia PVVS en estudiantes de asignaturas básicas, preclínicas y clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (FON). Los referentes teóricos que subyacen a esta indagación fueron:

Estigmatización

El estigma es un atributo que desacredita y arruina la identidad, generando efectos indeseables en la condición humana; es una condición, estado o atributo valorado negativamente por la sociedad. La estigmatización ha sido reconocida como una influencia mayor en el tratamiento y el cuidado de personas y grupos enfermos; las manifestaciones físicas de una enfermedad en estado avanzado son consideradas indicadores de conducta inmoral y pueden marcar a alguien que *debe ser evitado*. Este problema no está separado del contexto habitado por el individuo; cuando las personas son marcadas como *diferentes*, "son reducidas de personas normales y completas, a contaminadas, descartables"; es decir, estigmatizados y discriminados (8–13).

En salud el estigma se define como un proceso social caracterizado por exclusión, rechazo, culpa o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación razonable de un juzgamiento social adverso sobre una persona o grupo; es un "prejuicio, desprestigio, discriminación dirigida a las personas que se percibe tienen VIH/SIDA y los individuos, grupos y comunidades con las que están asociadas". Las desfiguraciones o marcas de una enfermedad estigmatizan "debido a que rompen las convenciones culturales sobre lo aceptable en apariencia y comportamiento". (5,13-20). El VIH/SIDA es una enfermedad altamente estigmatizante, percibida como fatal y en estados avanzados alcanza condiciones visibles como las lesiones púrpura-azuladas debidas al Sarcoma de Kaposi. El estigma por VIH/SIDA como proceso multidimensional está relacionado con creencias culturales hegemónicas que vinculan a las personas etiquetadas a características indeseables o estereotipos negativos y pérdida de estatus social (13,18, 20-26).

El proceso de estigmatización comienza con la respuesta negativa de la comunidad hacia las PVVS. Eventualmente esta persona "espera estas reacciones, anticipándose, incluso, a su ocurrencia". Estas creencias socialmente construidas hacen sentir a las PVVS que pertenecen a un grupo anormal, esto se conoce como *Estigma Interiorizado o Percibido*. Este estigma influye en el comportamiento de las PVVS de manera adversa, desarrollando síntomas depresivos, alcoholismo, intención de suicidio, disminución de la búsqueda de grupos de apoyo (19,21,27-30).

La discriminación, como consecuencia de la estigmatización, se ejerce "cuando hay ausencia de una justificación objetiva, una distinción es hecha en contra de una persona, resultando en un trato injusto basado en la pertenencia (o sospecha de pertenencia) a determinado grupo" y origina el *Estigma Ejercido o Promulgado*, caracterizado por el miedo a infectarse, a la muerte y las repercusiones físicas y psicológicas acarreadas por el VIH. La falta de educación sobre VIH, que resulta en información y conceptos erróneos sobre sus vías de transmisión, contribuye al estigma y la discriminación, que a su vez son detonantes y perpetuadores de la propagación de la epidemia. Además existe otro tipo de estigma denominado "multinivel", presente principalmente en grupos marginalizados caracterizados por aislarse socialmente (18,21,28,30-35).

El estigma se basa en lo "diferente" y es aplicado en la sociedad utilizando reglas y sanciones que resultan en algo parecido a una "identidad estropeada" para la persona. El estigma, entendido como un atributo negativo, es tallado en las personas quienes, en virtud de su diferencia, entienden que son valorados negativamente. En términos emocionales, la literatura plantea que quienes sufren estigma creen que "se merecen su enfermedad, actúan con evasión y marginación, y soportan las políticas coercitivas que vulneran sus derechos humanos". Según análisis sociológicos, estigma y discriminación "concentran patrones de dominio y opresión, vistos como expresión de la lucha por el poder y el privilegio". Este enfoque ayuda entender estos conceptos como procesos sociales desde las nociones poder y dominación (4,24,36,37).

Las nociones de *violencia simbólica* y *hegemonía* resaltan las funciones de la estigmatización en relación al establecimiento del orden social y el control, también los efectos incapacitantes en el cuerpo y la mente de quienes son estigmatizados. Para Bourdieu, el poder se erige en el corazón de la vida social y es usado para legitimar las inequidades de reputación dentro de la estructura social. La estigmatización hace parte de luchas por el poder al interior de la vida social y se despliega para legitimar el estatus dominante de unos sobre otros, incrementando la polarización entre ricos y pobres, sanos y enfermos (24,38-40).

Estigma en las PVVS

Un efecto ampliamente reportado en la literatura como producto directo del estigma es la disminución en la adherencia a la terapia antirretroviral (ARV). Dlamini sugiere, en su estudio, que aquellas PVVS que reportan fallas en el régimen de medicación ARV presentan síntomas, se notan enfermos y pueden experimentar un aumento en la estigmatización percibida e interiorizada. Genberg, en África (Tanzania, Soweto, Zimbabwe y Vulindlela) identificó los niveles más altos de actitudes negativas en los países con menor prevalencia de VIH y los niveles más altos de discriminación percibida en países con menor apoyo y cuidados disponibles para PVVS (2,6,13,15,19,28,34,41-43).

Existe una relación negativa entre *estigma interiorizado* y calidad de vida. Cuando un individuo interioriza el estigma, se niega a sí mismo(a) el soporte económico y social, se hace más sensible al rechazo y la estigmatización, evita buscar atención en salud debido al miedo y la discriminación percibida por parte del personal de salud. Emlert, encontró que las mujeres con VIH/SIDA tenían altos niveles de distanciamiento, culpa y discriminación en comparación con los hombres y, notaban antipatía y vacilación ante sus preocupaciones, en el personal de salud, primariamente los médicos. Las características o atributos del género marcan una diferencia en la manera como los hombres y las mujeres experimentan el estigma (6,13,20,33,44).

Algunas investigaciones reportan rechazos al momento de buscar tratamientos odontológicos y médicos o reacciones fuertes al revelar el seroestado. Existe otro evento denominado *negación*, donde la infección por VIH es enmascarada por personal de la salud, esta se genera cuando un paciente tiene dudas sobre su seroestado y al consultar al profesional, este no encuentra ningún signo y lo persuade de no realizarse la prueba diagnóstica. Los profesionales en salud pueden ejercer un papel importante al identificar a pacientes en franca mejoría debido a la implementación del régimen ARV y encaminarlos a llevar prácticas sexuales protegidas, ayudarlos a llevar una vida digna, a ganar control sobre la enfermedad, a mantener arriba la autoestima y otros que puedan ayudarlas a generar una nueva y positiva identidad social, rehusando los aspectos negativos presentes al interiorizar el estigma (19,30,33,42,45-47).

Afrontamiento del estigma por VIH/SIDA

Los programas de movilización comunitaria son necesarios para desafiar las inequidades existentes de clase, género, raza y sexualidad, alterar relaciones de poder y estimular el cambio social. Estas intervenciones deben tener en cuenta lo colectivo, lo individual y trabajar en: a) proteger la privacidad de las PVVS; b) prevenir la discriminación contra las PVVS; c) promover la salud reduciendo el estigma por VIH/SIDA; y d) contrarrestar la desinformación y los miedos infundados, y aumentar la empatía con las PVVS. La educación cobra importancia como la mayor estrategia para responder a la pandemia del VIH/SIDA, como lo expresó Rudolph Maziya "la educación es, seguramente, la llave para cualquier problema social magno, y el SIDA no es la excepción". La educación favorece que los individuos liberen su potencial y capacidades, que las comunidades generen cambios positivos en su calidad de vida, y que las sociedades mejoren su competitividad económica. La educación en VIH/SIDA provee a los jóvenes conocimientos, valores, actitudes y control para demorar el primer acercamiento sexual y evitar comportamientos riesgosos, erradicar la discriminación y cambiar las actitudes negativas frente a las PVVS (41,45,48-50).

Los movimientos sociales, desde un enfoque y bases bioéticas, dirigidos hacia la protección de los derechos humanos y la salud pueden construir resistencia al estigma, cambiando estructuralmente el contexto donde las personas y comunidades enfrentan el VIH/SIDA. Las estrategias de intervención desde la movilización comunitaria y el cambio social deben ser concebidas en conjunto con las intervenciones estructurales o ambientales enfocadas en la transformación del contexto. Tanto desde lo comunitario, como en lo educativo, un abordaje basado en los derechos humanos y principios bioéticos como la justicia social y distributiva, la solidaridad, la no estigmatización, la no discriminación y el respeto a la diversidad y el pluralismo, puede favorecer la erradicación del estigma y la discriminación hacia las PVVS (26,32,33,47,51-58).

Materiales y métodos

Estudio de tipo mixto; cuantitativamente se obtuvieron datos y porcentajes relacionados con el estigma ejercido e interiorizado, cualitativamente se permitió expresar abiertamente posturas y subjetividades relacionadas con el tema central de la investigación. Se diseñó una encuesta basada en el piloto publicado en Working report, measuring HIV stigma: results of a field test in Tanzania, USAID. Las preguntas más relevantes y apropiadas fueron traducidas de tal manera que fueran claras y entendibles, sin dar pistas sobre el estigma en las PVVS. Se decidió innovar en la aplicación de la encuesta utilizando la red social Facebook.

La aplicación utilizada cuenta con 4 opciones: 1) Descripción: espacio donde se describió la encuesta, configuraron las opciones de seguridad, colocó el consentimiento informado y la información de contacto de los investigadores. 2) Preguntas: espacio para crear y modificar las preguntas. Se formularon cinco tipos de pregunta: selección múltiple con única respuesta, selección múltiple con varias respuestas, lista desplegable, cuadro de texto una línea, cuadro de texto caja de comentarios. Las preguntas tipo selección múltiple y lista desplegable nos dieron la opción de añadir una cantidad ilimitada de respuestas. 3) Compartir: etiqueta que nos permitió colocar en varios espacios de la red social un link válido para acceder al formulario. Resultados: espacio en el cual la aplicación muestra la información recolectada.

Se plantearon 29 preguntas, divididas en dos grupos: relacionadas con estigma ejercido (preguntas 1,2,5,6-13,16,17,19,21,24-28) y con estigma interiorizado (preguntas 3,4,14,15,18,20,22,29). Se creó un grupo denominado "UNidosfrentealVIH" de carácter privado, al que lograron añadirse 379 miembros. La población participante fueron estudiantes activos de asignaturas básicas, preclínicas y clínicas en la FOUN.

Resultados

Componente demográfico

El n fue 66 estudiantes. 30% del sexo masculino y 70% femenino, sus edades oscilaron entre 18 y 26 años, el 32% de ellos tenía 23 años, el 17% 24 años, quienes tenían 21 y 22 años de edad se corresponden cada uno con el 13% de los participantes, el 10% tenían 20 años, el 5% 25 años y los jóvenes de 18, 19 y 26 años representaron cada uno un 3%. De acuerdo con el semestre, la

mayoría de los participantes cursaba el último año de la carrera. IX semestre 23% y X semestre el 30% (tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de participantes agrupados por semestre

Semestre que cursa (en caso que este cursando materias de varios semestres, especifique aquel del que más carga académica está recibiendo) 66 respuestas		
I	1 voto	2%
II	0 voto	0%
III	6 votos	9%
IV	4 votos	6%
V	4 votos	6%
VI	6 votos	9%
VII	6 votos	9%
VIII	4 votos	6%
IX	15 votos	23%
X	20 votos	30%

Fuente: aplicación red social Facebook

Estigma ejercido

El 97% de los participantes estuvo en desacuerdo con la afirmación "el VIH es un castigo de Dios", de igual forma el 95% no acordó con la proposición "las personas infectadas con VIH deberían sentir vergüenza". Respecto considerar a un grupo o subgrupo poblacional con mayor probabilidad de infectarse con VIH/SIDA, los participantes tuvieron diversas respuestas; sin embargo, prevaleció la alusión a: homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas "promiscúas", en una menor medida se hizo mención a trabajadores de la salud, militares, mujeres casadas, personas que se hacen tatuajes y personas que han recibido transfusiones de sangre. En dos casos llama la atención la alusión a personas sin acceso a la educación básica o universitaria, o el afirmar que no hay un grupo específico.

A la pregunta por la responsabilidad de infectarse o no, el 85% afirmó que la persona es responsable de infectarse con VIH al tener relaciones sexuales sin protección, el 14% que no hay responsabilidad. El método de protección aludido principalmente fue el uso del condón. Dentro de las justificativas para estar de acuerdo con la responsabilidad individual se encontraron:

Porque es una acto de autocuidado y es necesario saber con quién se está teniendo las relaciones sexuales.

Es responsabilidad de cada quien hacerse cargo de su cuerpo y decisiones.

La cantidad de información que se maneja en este momento es suficiente para saber que una persona responsable debe protegerse con condón si no tiene una pareja estable.

En cuanto a la creencia que los HSH son los principales responsables de la epidemia de VIH/SIDA, el 11% está de acuerdo y el 89% en desacuerdo. Además, el 11% se sentiría inseguro de tocar la ropa o las pertenencias de una persona infectada con VIH, mientras que el 89% estaría lo haría con seguridad. El 97% estaría dispuesto a brindar cuidados a un pariente cercano infectado con VIH, el 3% no lo haría. En cuanto al ejercicio profesional y brindar servicios de odontología a una persona infectada por VIH/SIDA, el 76% estaría dispuesto a hacerlo, mientras que el 24% no. Al preguntar por la necesidad de brindar atención a pacientes infectadas con VIH/SIDA en instalaciones diferentes a las destinadas para atender a pacientes no infectados, el 18% estuvo de acuerdo y el 82% no argumentado:

Esa sería una forma de discriminación y se violarían derechos

Desde que se manejen protocolos de bioseguridad adecuadamente no sería necesario brindar la atención en instalaciones diferentes.

No hay razón para eso ya que constituiría una discriminación, sin embargo si es necesario adoptar medidas o cuidados especiales.

Porque estas personas tiene derecho a ser tratados igual que lo demás.

Al plantearse si consultaría a un médico u odontólogo que viva con VIH, el 56% asistiría a la consulta, el 44% no. Al saber que uno de los pacientes que llega a su consulta está infectado con VIH, el 38% no tomaría medidas especiales de precaución para brindar sus servicios mientras que el 62% las tomaría, afirmando:

Uso de guantes doble y especial cuidado con los objetos corta-punzantes y en contacto con sangre

Es necesario conocer el estado general del paciente, solicitaría exámenes complementarios y reporte médico de la situación actual y de la medicación

Hasta que no tenga un examen con sus respectivos resultados, no lo atendería; pero si es una urgencia tomaría las precauciones que bioseguridad normales.

Frente a sentirse cómodo al trabajar con un(a) colega infectado(a) con VIH, el 76% respondió afirmativamente y el 24% en forma negativa. Respecto de sentir incomodidad por hecho de conocer que un(a) amigo(a) está infectado con VIH, el 9% estuvo de acuerdo y el 91% estaría cómodo. A la pregunta si a un(a) estudiante de la Facultad, infectado(a) con VIH se debería permitir seguir recibiendo clases hasta obtener su título de odontólogo, el 98%, centrados en la no discriminación y el derecho a la educación, estuvo de acuerdo y el 2% en desacuerdo. A la pregunta ¿cree usted que el género (masculino, femenino, transexual) influye en la manera en que la sociedad actual percibe y trata a las PVVS?, el 17% respondió en forma negativa mientras que el 83% estuvo de acuerdo y argumentaron:

Porque históricamente el VIH/SIDA está relacionado con los homosexuales.

Es más común asociar por ejemplo al transexual con la enfermedad.

Porque vivimos en una sociedad acostumbrada a rechazar todo lo que es diferente, en el caso de los transexuales.

La mayoría de personas piensa que ser transexual u homosexual son los principales culpables de la epidemia.

Respecto de la sensación al atender a un paciente infectado con VIH pero no desea revelar su estado durante la consulta, los planteamientos de los participantes fueron variados y en algunos casos contrapuestos:

Pues la verdad me molestaría mucho

Comprensión, respeto, tolerancia

Que no está siendo honesto con sí mismo, pero pensaría primero en que siente temor a revelar su estado por falta de confianza conmigo como profesional.

Que tendría que enviarlo a un curso de promoción sobre el VIH para que entienda que al estar infectado con VIH tiene los mismos derechos y que también tiene deberes.

Mal, porque es deber de los pacientes comentar algo que puede afectarme si sucede algún accidente.

Sobre los pacientes a quienes recomendarían realizarse una prueba presuntiva de infección por VIH antes de iniciar cualquier tratamiento, los resultados apuntan a trabajador(es) sexuales, pacientes con transfusiones de sangre y usuarios de drogas intravenosas (tabla 2).

Tabla 2. Recomendación de prueba presuntiva de VIH a pacientes.

¿A qué tipo de paciente le recomendaría realizarse una prueba presuntiva de infección por VIH antes de iniciar cualquier tratamiento? 315 respuestas		
Homosexuales	1 voto	11%
Usuarios de drogas intravenosas	0 voto	18%
Deportistas	6 votos	3%
Hombres casados	4 votos	6%
Mujeres casadas	4 votos	5%
Trabajadoras sexuales	6 votos	19%
Pacientes con historial de transfusiones de sangre	6 votos	18%
Pacientes con transplante de órganos	4 votos	13%
Pacientes que viven en zonas rurales	15 votos	3%
Afroamericanos	20 votos	3%

Fuente: aplicación red social Facebook

Frente a ¿qué debe hacer una persona infectada con VIH?, el 2% afirmó "debería mantenerlo en secreto", el 91% "debería revelar su estado al personal de salud que lo atiende", y el 8% "su estado de salud debería ser conocido por toda la comunidad". El 17% de los participantes revelaría el estado de un paciente infectado con VIH a otros colegas mientras que el 83% no lo haría bajo la premisa de mantener la confidencialidad, respetar la privacidad, por ética profesional o por presupuestos bioéticos:

La bioética ordena la confidencialidad que existe entre el odontólogo y sus pacientes, ningún asunto debe ser discutido con colegas sin previa autorización del paciente (consentimiento informado).

Finalmente el 26% de los participantes estarían dispuestos a establecer una relación de pareja con una persona infectada con VIH que le atraiga mucho; sin embargo, el 74% no estaría dispuesto.

Estigma interiorizado

En su mayoría, los participantes, en caso de ser diagnosticados con VIH, estarían dispuestos a informar a su pareja, al personal de salud y a la familia (tabla 3). El 5% de los participantes se sentiría avergonzado si alguien de su familia estuviera infectado con VIH, mientras que el 95% no sentiría vergüenza.

Tabla 3. Preferencias para revelar el estado de infección por VIH.

Si usted fuera diagnosticado con VIH, estaría dispuesto a revelar su estado a (escoja las opciones que crea necesarias) 244 respuestas		
Nadie	2 voto	1%
Su familia	56 voto	23%
Su pareja	60 votos	25%
Sus amigos	17 votos	7%
Personal de salud (médico, enfermera, odontólogo)	61 votos	25%
Empleador, jefe	13 votos	5%
Su amigo más cercano	35 votos	14%

Fuente: aplicación red social Facebook

El 52% de los participantes consideró que realizar una cirugía o sutura a una PVVS representa un riesgo real de infección durante el ejercicio profesional, el 38% que es riesgoso colocar anestesia a estos pacientes. Tocar la saliva (5%) o realizar un examen intraoral a un paciente infectado con VIH (5%) fueron prácticas consideradas riesgosas por algunos participantes. El 41% cree que la gente tomaría una actitud negativa frente a ellos por el hecho de brindar atención a PVVS, el 59% piensa que esto no ocurriría. El 23% de los participantes identifican a las personas con VIH/SIDA como temerosas, nerviosas, muy reservadas acerca de su salud y el 22% como personas que sufren discriminación (ver tabla 4).

Tabla 4. Frases con las que identifican a una PVVS

Por favor escoja aquellas frases de la siguiente lista con las que usted identificaría a una persona infectada con VIH/SIDA 219 respuestas		
Frágiles, estado de salud deteriorado	34 voto	16%
Aislados por miedo a ser descubiertos	42 voto	19%
No tienen ninguna marca o característica física	19 votos	9%
Sufren discriminación	49 votos	22%
Desempleados / condicionados en su trabajo	17 votos	8%
Plenamente aceptados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	1 voto	0%
Personas sin familia / que perdieron a su familia	5 votos	2%
Temerosos, nerviosos, muy reservados acerca de su salud	50 votos	23%
Seguros de sí mismos	0 voto	0%
Personas con buenos ingresos económicos	2 votos	1%

Fuente: aplicación red social Facebook

El 33% de los participantes creen necesarios procedimientos especiales para la desinfección y esterilización del instrumental odontológico utilizado en pacientes infectados con VIH, el 67% no. Ante la situación de ser diagnosticado con VIH existen diversos temores, expresados por algunos participantes así:

La muerte precoz y la discriminación que a la que tendría que ser sometida.

El rechazo por parte de mi pareja y por parte de la sociedad, porque sé que mi familia y mis amigos me apoyarían.

El rechazo por parte de familia y amigos.

Que no tuviera acceso al tratamiento retroviral a tiempo y la enfermedad pudiera avanzar rápido disminuyendo mi expectativa de vida.

La discriminación y el no logro de mis proyectos futuros.

El 52% ha escuchado hablar del estigma y su relación con enfermedades crónicas como el VIH y entiende sus repercusiones, el 26% ha escuchado sobre él pero no lo entiende y el 23% nunca había escuchado hablar sobre estigma y su relación con el VIH/SIDA. En el caso hipotético de estar infectado con VIH, los participantes no revelarían su estado por factores como "miedo a ser evitado" (17%), "miedo a ser aislado del resto de la sociedad" (17%), "miedo a ser maltratado física o verbalmente" (14%) (ver tabla 5).

Tabla 5. Factores para no revelar la infección con VIH

¿En caso de estar infectado con VIH, cuáles de los siguientes factores lo llevarían a no revelar su estado? Escoja las que crea necesarias 289 respuestas		
Miedo a perder su pareja	31 votos	11%
Miedo a ser evitado	49 votos	17%
Miedo a ser maltratado física o verbalmente	19 votos	14%
Miedo a morir	39 votos	13%
Miedo a no recibir atención médica	28 votos	10%
Miedo a ser sacado de su hogar	10 votos	3%
La gente pensaría que soy inmoral	11 votos	4%
La gente pensaría que soy gay	6 votos	2%
La gente pensaría que soy promiscuo	4 votos	7%
Miedo a ser rechazado por mi comunidad religiosa	4 voto	1%
Miedo a ser aislado del resto de la sociedad	49 votos	17%

Fuente: aplicación red social Facebook

Discusión

Aspectos demográficos

La participación mayoritaria del público femenino podría estar asociado a dos variables: la primera, que en la FOUN haya una proporción mayor de estudiantes mujeres respecto a los hombres, y la segunda estaría ligada al papel histórico como protectora de la salud.

Respecto al semestre cursado por los participantes, se nota un alto valor de participación de los semestres superiores (noveno y décimo semestre). La respuesta fue baja para los semestres del 1 al 8, y sobre todo para el segundo semestre, del que no se obtuvieron datos. Se hace necesario, en un estudio futuro, profundizar más en estos estudiantes, ya que se puede recolectar mucha información valiosa que conduzca a aplicar medidas correctivas respecto a prejuicios, desinformación o temores infundados, para que en un futuro sean profesionales íntegros y éticos que brinden su servicio a cualquier tipo de paciente, independientemente de estar o no infectado con VIH (9).

Estigma ejercido

Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas que permiten percibir el estigma ejercido fueron las relacionadas con: ir a consulta con un profesional de la salud que vive con VIH (no, 44%); usar medidas especiales al atender a un paciente infectado con VIH (si, 62%); la influencia del género en la forma como la sociedad percibe y trata a las PVVS (si, 83%); y establecer una relación formal con una persona que revela estar infectada con VIH (en desacuerdo, 74%). Es interesante ver cómo, con las dos primeras preguntas, se pueden analizar distintas tendencias unidas al ejercicio odontológico: una relacionada a la manera como se ve al paciente y la otra, desde el punto de vista de un paciente.

Si bien todos los odontólogos tienen derecho a ejercer, la mayoría de los encuestados no consultaría a un profesional infectado con VIH; sin embargo, no se indagó sobre argumentos al respecto. El hecho de estar infectado no implica un desempeño más alto o bajo, el VIH no merma de ninguna forma las capacidades intelectuales, y todo depende de la formación académica, la *moral* y el *ethos* del profesional. Entrar en contacto con PVVS ha sido ampliamente identificado como un factor protector que ayuda a combatir al estigma, por medio del compartimiento de experiencias, de conocimientos y sobretodo de sensibilización de personas que nunca han tenido un encuentro con alguien infectado con VIH/SIDA.

En cuanto a las medidas de protección, los estudiantes harían uso de doble guante, mayor precaución al momento de manipular elementos corto punzantes, limpiar y esterilizar con más esmero la unidad y el instrumental, uso de instrumental exclusivo para ese paciente, solicitud de exámenes clínicos (recuento de CD4), eliminación inmediata de desechos. En la literatura se pueden identificar prácticas similares a las encontradas en este estudio, incluso se describen procedimientos algo peligrosos, como el no uso de autoclaves en la esterilización de instrumental debido al costo (7,8).

La estigmatización por género se evidenció como la barrera más importante. No formar una relación de pareja con una persona que indica estar infectada con VIH es un descubrimiento en cuanto al estigma ejercido evidenciado en la investigación. Esta tendencia demuestra la gran disminución del valor de una persona en nuestra sociedad, que funciona mediante el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales (51,52).

El derecho a la educación surgió como principal factor a momento de permitir a un estudiante infectado con VIH terminar su carrera. Esto puede contraponerse con los hallazgos en la pregunta sobre la asistencia a consulta, o no, con un profesional seropositivo, cuyos resultados mostraron una actitud negativa y estigmatizante.

Aunque bajo, las preguntas referentes al VIH como un castigo de Dios y a la vergüenza que siente una persona o un pariente infectado reflejan estigma ejercido. Algunos moralismos o fundamentalismos endilgan el VIH y su transmisión a los homosexuales y las prácticas homoeróticas, que son catalogadas, en muchos casos, como inaceptables e incluso aberrantes; para este tipo de posturas, ser una PVVS es asimilado como un castigo, algo merecido que debería dar vergüenza. Estos planteamientos instituyen y perpetúan el ejercicio estigmatizador, desconocen principios éticos y bioéticos básicos como la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, la solidaridad, la no estigmatización, la no discriminación y el respeto a la diversidad y el pluralismo, entre otros, para finalmente constituir un panorama de injusticia social y discriminación (58).

Es bueno aclarar que, aunque en bajos porcentajes, algunas personas alrededor del mundo han sido infectadas por causas no relacionadas con prácticas homosexuales (transfusiones de sangre infectada, accidentes de bioseguridad) (52).

Respecto a las creencias de los encuestados en relación con los grupos sociales que tienen la mayor prevalencia de infectados, aunque repetidamente se leen las palabras *homosexuales*, *promiscuos*, *gay*, *drogadictos* y *prostitución*, concordando con los hallazgos de la literatura y generando estigma ejercido, hay respuestas que tienen en cuenta grupos tales como *bebés de madres infectadas con VIH*, *Fuerzas militares*, *personas que se hacen tatuajes*, *personas con falta de educación básica primaria y bachillerato*, que no han sido explorados por la literatura, y que valdría la pena correlacionar con las condiciones que ayudan a percibir a estos grupos y no otros ampliamente estudiados, como

los Afroamericanos, los latinos, etc. Las menciones al *personal de salud, los jóvenes y las mujeres casadas*, dan a entender que se percibe riesgo y vulnerabilidad sobre todo en los dos últimos grupos, esto se correlaciona con las actuales tendencias de la pandemia (29).

Frente a la responsabilidad de la infección por el virus, la mayoría habla del cuidado como algo personal, esto puede explicarse gracias a la corriente que ha primado en la salud pública, de promoción y prevención, desde la cual se responsabiliza a los individuos por el estado de su salud. Esta lógica hace su aparición en la década de los 80 con el informe Lalonde, que vincula a la enfermedad con los estilos de vida de los individuos (29).

Tocar las pertenencias de una PVVS no significa un riesgo para la gran mayoría de los encuestados (89%); sin embargo, para un pequeño grupo (11%) esto aún genera desconfianza, demostrando que existen conceptos erróneos sobre medios de transmisión o miedos infundados. Es preocupante ver que aún existan percepciones que no tienen fundamento o sustento válido, pero aumentan el estigma ejercido hacia las PVVS (52).

Que un 97% de los encuestados estuvo de acuerdo con brindar cuidado a un pariente cercano infectado con VIH demuestra buena voluntad frente a las PVVS. Recordemos que el apoyo constituye un pilar importante para un manejo más efectivo (aunque no definitivo) de los síntomas, mejor adherencia a un régimen ARV y, mayor posibilidad de buscar y pertenecer a grupos de soporte, con lo cual aumenta la calidad de vida. Sin ambages, al cuestionar sobre el tipo de cuidado a proveer, se encontró que llevar a chequeos médicos y administrar medicamentos fueron las opciones más escogidas. El grado de compromiso necesario y las opciones fueron inversamente proporcional.

Respecto a la disposición de brindar atención a pacientes infectados con VIH, aunque no hubo respuestas negativas, un 24% de los encuestados refirió no estar seguro de hacerlo; esto puede conllevar a vulnerar principios bioéticos como la justicia distributiva, la no maleficencia y la beneficencia. Estos principios fundacionales para la bioética en el campo de la salud promueven, en su orden: eliminar las barreras de acceso y el trato igualitario; la excelencia en las profesiones sanitarias y la atención en salud; y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Ante la inseguridad de brindar atención a un paciente con VIH, habrá que reforzar los principios bioéticos mencionados y al mismo tiempo instaurar medidas preventivas y correctivas frente al estigma, tales como la implementación de contenidos curriculares transversales en toda la carrera o cursos cortos al inicio o finalización de cada semestre, y no sólo limitarse a la información sobre lesiones orales en el paciente seropositivo, marginando las múltiples variables sociales, culturales y económicas de la pandemia, restando importancia a la atención integral de las PVVS; sería una oportunidad para disminuir el estigma en las dos formas indagadas (7).

Atender a pacientes infectados con VIH en instalaciones diferentes resultó ser una opción válida sólo para un 12% de los encuestados, debido a temores diversos. Los pacientes infectados con VIH tienen las mismas e incluso, mayores necesidades de tratamiento odontológico, y realizar la consulta en instalaciones diferentes aumentaría los índices de estigma (tanto ejercido como interiorizado), ya que podrían ser identificados por otras personas al frecuentar instalaciones exclusivas para PVVS, causando consecuencias negativas como el desinterés por buscar tratamiento médico. Una actitud como esta es un ejemplo claro de vulneración al principio de justicia y el ideal de eliminar las barreras de acceso y el trato igualitario para todos los pacientes.

Sobre los sentimientos de los estudiantes frente a un paciente que no quiere revelar su seroestado, se encontraron dos tipos de respuestas: una positiva con actitudes como comprensión, respeto, tolerancia, responsabilidad y necesidad de brindar apoyo, entendimiento; y otras negativas, como molestia, impotencia, deshonestidad, desconfianza, ansiedad, miedo, incomodidad, irresponsabilidad, rabia, frustración. Es necesario entender que para una PVVS es difícil revelar su seroestado a cualquier persona, y tal como lo relatan los estudiantes, es necesario ganarse la confianza del paciente, generar un ambiente de trabajo ideal en donde el respeto siempre esté presente, así como el mantenimiento de las barreras de bioseguridad.

El 91% de los estudiantes estuvo de acuerdo con que los pacientes deben revelar su seroestado a sus proveedores de servicios de salud. Este hallazgo es muy importante para el desarrollo de la historia clínica del paciente y es claro que se debe suministrar más información al respecto, como el tiempo de infección, medicamentos que consume, etc., con el fin de poder ofrecer atención integral y de calidad, además de convertirse en parte del apoyo social tan necesario para que las PVVS mejoren su calidad de vida. Pero conocer esta información puede resultar nocivo al utilizarla inadecuadamente; se ha reportado estigmatización y discriminación por parte del personal de la salud, que sugiere a sus colegas tener cuidado con el paciente debido al seroestado o incluso rehusar la atención.

El 17% de los encuestados estuvo de acuerdo en revelar la información a sus colegas, siendo ésta una práctica prohibida según el marco legal vigente en Colombia considerándolo una violación a la privacidad del paciente; esto realza la importancia de las reflexiones bioéticas respecto de los ordenamientos legales, que son muy importantes, pero lo es mucho más la apropiación de elementos y reflexiones sobre la trascendencia del respeto por los pacientes como sujetos, a quienes debemos tratar con tomando en cuenta su dignidad, promover su bienestar y calidad de vida, tratar sin discriminación y brindarles igualdad de oportunidades; estos principios bioéticos orientadores de la práctica profesional trascienden el ámbito legal, para promover la excelencia profesional y a autorreflexión, lo cual podría disminuir el estigma ejercido e interiorizado.

Estigma interiorizado

Sobre una posible actitud negativa generada por otras personas si durante el ejercicio profesional prestaran servicios a PVVS, se obtuvo un 41% de respuestas positivas, lo que demuestra que hay una construcción colectiva que estigmatiza de manera interiorizada tanto a las personas infectadas como a aquellas que les brindan sus servicios. Este tipo de estigma tiene como característica principal el hecho de entablar percepciones erróneas que pueden o no llegar a ser verdad en la vida real, pero que igualmente influyen de manera negativa, en este caso, a los futuros profesionales de la salud (52).

Al hacer suponer al estudiante que estaba infectado con el VIH e indagar sobre la persona a quien revelaría tal noticia, los mayores resultados fueron para "personal de salud", "pareja" y "familia", concordando con los reportes de la literatura científica donde se ha planteado que los grupos más cercanos y allegados, generan la mayor confianza y pueden significar soporte, ayuda y cuidado para las PVVS (17,28). Sentir vergüenza por tener un familiar infectado con VIH resulto ser positivo para un 5% de los encuestados, esto revela que el estigma no sólo toca a la persona infectada, también se difunde y alcanza a quienes conforman el núcleo familiar y su cohesión (17,52).

Frente a la representación de un riesgo real de infectarse con VIH en una situación clínica, las dos opciones más escogidas fueron colocar anestesia (38%) y realizar una cirugía o sutura a un paciente (52%), se puede inferir que esto está relacionado al uso de objetos corto punzantes y a la sangre del paciente, seguidas con un 5% las opciones de tocar la saliva y realizar un examen intraoral. Aunque en bajo porcentaje, estas dos últimas opciones no ofrecen ningún tipo de riesgo para el operador, esto hace suponer que falta consolidar conceptos teóricos para erradicar estas creencias o posturas reveladoras del estigma interiorizado (7).

En cuanto a las características más asociadas a las PVVS resaltan las opciones que no fueron o casi no fueron tenidas en cuenta: ser plenamente aceptados en instituciones prestadoras de servicios de salud, personas con buenos ingresos económicos y seguros de sí mismos; esto se podría explicar gracias a los múltiples problemas que a diario encaran las PVVS, quienes al verse limitadas socialmente pierden sus empleos, deben conseguir recursos para mantener su régimen ARV y en la gran mayoría de ocasiones, en países como Colombia, no reciben afiliación al sistema de salud debido al alto costo económico que suponen.

Los principales temores de los encuestados, en caso de ser diagnosticados, fueron: no adherirse adecuadamente al tratamiento, las consecuencias físicas, el dolor, la muerte, el rechazo, la discriminación, no poder realizar el proyecto de vida, los hijos, la familia, no poder cumplir los sueños, haber infectado a más personas, no recibir atención médica, no poder ejercer la profesión. Estos hallazgos se podrían vincular con las respuestas a la pregunta sobre los principales factores que los llevarían a no revelar su estado; ser evitado y aislado de la sociedad presentan los mayores porcentajes, seguidos por el maltrato, perder a la pareja, a morir y a no recibir atención médica (53,54).

Finalmente se puede inferir que los estudiantes tienen conceptos preconcebidos generadores de estigma interiorizado, por tanto si alguno de ello(a)s se infecta en un futuro, corre el riesgo de sufrir todos los efectos negativos mencionados, que contemplan el aislamiento, la ruptura de la red social de soporte, no adherencia a terapia ARV y el rápido deterioro de su salud.

Conclusiones

El estigma, tanto interiorizado como ejercido, relacionado al VIH/SIDA, está presente en los estudiantes encuestados, esto puede generar conductas negativas, discriminatorias y estigmatizantes hacia las PVVS. Se percibe que este tipo de conductas en los estudiantes de asignaturas básicas, preclínicas y clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia obedece a desinformación, prejuicios o temores infundados respecto de VIH y de las personas infectadas con este virus. El estigma, la discriminación y el aislamiento generado a las PVVS empeoran su calidad de vida, dificultan la búsqueda de tratamiento y vulneran sus derechos humanos.

Es necesario intervenir en la formación académica tanto en los semestres básicos como en los de pre-clínica y clínica para abolir la desinformación y los conceptos erróneos; implementar estrategias de promoción y prevención frente al VIH; y sensibilizar sobre la importancia de la no discriminación y la no estigmatización a las PVVS.

Se hace imperativo fortalecer la formación de un *ethos*, en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, encaminado a: eliminar las barreras de acceso y ofrecer un trato igualitario (justicia en salud); la excelencia en las profesiones sanitarias y la

atención en salud (no maleficencia); y mejorar la calidad de vida de los pacientes (beneficencia); y de esta manera puedan acercarse a la atención de PVVS sin prejuicios o algún tipo de estigma frente a ellas.

La discriminación, la estigmatización y las injusticias sociales relacionadas con el VIH/SIDA son temas de gran importancia en las discusiones bioéticas, puesto que suponen transgresión a los derechos humanos, deterioran la calidad de vida y vulneran la dignidad humana de las PVVS. La bioética como discurso incluyente y nueva ética del siglo XXI, podrá ayudar a gestar una sociedad justa, incluyente, que supere las desigualdades sociales, pero ante todo educada en parámetros de respeto y solidaridad entre humanos (55–59).

Referencias bibliográficas

1. **UNAIDS, WHO.** *A history of the HIV/AIDS epidemic with.* New York: United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs; 2003.
2. **Dlamini P, Wantland D, Makoae L.** HIV Stigma and missed medications in HIV-positive people in five African countries. *AIDS Patient Care STDS* 2009; 23(5): 377–87.
3. **Aggleton P, Wood K, Malcolm A.** *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH.* Nueva York: Escuela de Salud Pública de Mailman, Ciencias sociomédicas; 2005.
4. **Irigoyen M, Zepeda M, López-Cámara V.** Factors associated with Mexico City dentists' willingness to treat AIDS/HIV-positive patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1998; 86(2): 169–74.
5. **Acosta de Velásquez B, Pérez-Then E, Mueses H, et al.** Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. *Acta Bioethica* 2011; 17(2): 265–72.
6. **Norr K, Ferrer L, Cianelli R, et al.** Peer Group Intervention for HIV Prevention among Health Workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2012; 23(1): 73–86.
7. **Chirwa M, Greef M, Kohi T, et al.** HIV Stigma and Nurse Job Satisfaction in Five African Counties. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009; 20(1): 14–21.
8. **Goffman E.** *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity.* Michigan: Prentice-Hall; Universidad de Michigan; 1963.
9. **Herek, GM.** An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologist* 1988; 43: 886–891.
10. **Vance R, Denham S.** HIV/AIDS related stigma: Delivering appropriate nursing care. *Teaching and Learning in Nursing* 2008; 3(2): 59–66.

11. [Infante C, Zarco Á, Cuadra S, et al.](#) El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México* 2006; 48(2): 141–150.
12. [Holzemer W, Human S, Arudo J, et al.](#) Exploring HIV Stigma and Quality of Life for Persons Living with HIV infection. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2009; 20(3): 161–8.
13. [Colbert A, Kim K, Sereika S, et al.](#) An examination of the relationships among Gender, Health Status; Social Support and HIV-related Stigma. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2010; 21(4): 302–13.
14. [Weiss M, Ramakrishna J, Somma D.](#) Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine* 2006; 11(3): 277–287.
15. [Genberg B, Hlavka Z, Konda K, et al.](#) A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: Negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Social science and medicine* 2009; 68(12): 2279–87.
16. [Kleinman A.](#) *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition.* Basic Books, Perseus Books Group; 1988.
17. [Simbayi L, Kalichman S, Strebel A, et al.](#) Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social science and medicine* 2007; 64(9):1823–31.
18. [Mahajan A, Sayles J, Patel V, et al.](#) Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS* 2008; 22 Suppl 2: S67–79.
19. [Duffy L.](#) Suffering, shame and silence: The stigma of HIV/AIDS. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2005; 16(1): 13–20.
20. [Greef M, Uys L, Wantland D, et al.](#) Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five African countries: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47(4): 475–86.
21. [Lee R, Kochman A, Sikkema K.](#) Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior* 2002; 6(4): 309–10.
22. [Holzemer WL, Uys LR, Chirwa ML, et al.](#) Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Care* 2007; 19(8): 1002–12.
23. [Link BG, Phelan JC.](#) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001; 27: 363–385.
24. [Parker R, Aggleton P.](#) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science and medicine* 2003; 57(1): 13–24.

25. Dowshen N, Binns H, Garofalo R. Experiences of HIV-related stigma among young men who have sex with men. *AIDS patient care and standards* 2009; 23(5): 371–6.
26. Li L, Wu Z, Wu S, *et al.* Impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Families, Systems and Health* 2008; 26(4): 431–442.
27. Sayles J, Wong M, Kinsler J, *et al.* The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of general internal medicine* 2004; 24(10): 1101–8.
28. Anderson M, Elam G, Gerver S, *et al.* HIV/AIDS-related stigma and discrimination: Accounts of HIV-positive Caribbean people in the United Kingdom. *Social science and medicine*. 2008; 67 (5), 790–8.
29. Mak W, Cheung R, Law R, *et al.* Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. *Social science and medicine* 2007; 64(8): 1549–59.
30. Block RG. Is it just me? Experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS and social services* 2009; 8: 1–19.
31. Rojas Castro D, Le Gall JM, Andreo C, *et al.* Stigma, discrimination, and sexual (dis)satisfaction among people living with HIV: results from the "AIDES et toi" survey. *AIDS care* 2010; 22(8): 961–9.
32. Clark H, Lindner G, Armistead L, *et al.* Stigma, Disclosure, and Psychological functioning among HIV-infected and non-infected African-American women. *Women and Health* 2003; 38(4): 57–71.
33. Thomas BE, Rehman F, Suryanarayanan D, *et al.* How stigmatizing is Stigma in the life of people living with HIV: a study on HIV positive individuals from Chennai; South India. *AIDS care* 2005; 17(7): 795–801.
34. Makoae L, Portillo C, Uys L, *et al.* The impact of taking or not taking ARVs on HIV stigma as reported by persons living with HIV infection in five African countries. *AIDS care* 2009; 21(11): 1357–62.
35. Radcliffe J, Doty N, Hawkins L, *et al.* Stigma and sexual health risk in HIV-positive African American young men who have sex with men. *AIDS patient care and standards* 2010; 24(8): 493–9.
36. Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991–1999. *American Journal of Public Health* 2002; 92(3): 371–377.
37. Marshall G. *Oxford Dictionary of Sociology*. Oxford University Press; 1998.
38. Gramsci A. Algunos temas sobre la cuestión meridional. *Palimpsestvs* 2008; (6): 236–245.

39. Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.
40. Vega R. La "sociedad del conocimiento": una falacia comercial del capitalismo contemporáneo. *Revista Herramienta* 2007; (35).
41. Tanney M, Naar-King S, MacDonnel K. Depression and Stigma in high-risk youth living with HIV: a multi-site study. *Journal of pediatric health care* 2012; 26(4): 300-5.
42. Agnarson A, Masanja H, Ekström A, et al. Challenges to ART scale-up in a rural district in Tanzania: stigma and distrust among Tanzanian health care workers, people living with HIV and community members. *Tropical medicine and International health* 2010; 15(9): 1000-7.
43. Admassu A. Coping with the challenges of AIDS: the experience of persons living with HIV/AIDS in Addis Ababa. *Northeast African Studies* 2000; 7(2): 81-100.
44. Li L, Lee S, Thammawijaya P, et al. Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS care* 2009; 21(8): 1007-13.
45. Li L, Liang LJ, Wu Z, et al. Individual attitudes and perceived social norms: reports on HIV/AIDS-related stigma among service providers in China. *International Journal of psychology* 2009; 44(6): 443-50.
46. Visser M, Makin J, Lehobye K. Stigmatizing attitudes of the community towards people living with HIV/AIDS. *Journal of community and applied social psychology* 2006; 16.
47. Goudge J, Ngoma B, Manderson L, et al. Stigma, identity and resistance among people living with HIV in South Africa. *Journal of social aspects of HIV/AIDS* 2009; 6(3): 94-104.
48. Darrow W, Montanea J, Gladwin H. AIDS-related stigma among black and hispanic young adults. *AIDS behavior* 2009; 13(6): 1178-88.
49. Kanduza A. Tackling HIV/AIDS and related stigma in Swaziland through education. *Eastern Africa Social Science Research Review* 2003; 19(2): 75-87.
50. Estrada-Montoya JH. Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA. *Gerencia y políticas en Salud* 2009; 8(16): 72-90.
51. Estrada-Montoya JH. La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable. *Gerencia y políticas en salud* 2009; 8(17): 106-122.
52. Kang E, Rapkin B, Remien R, et al. Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific islanders living with HIV illness. *AIDS and Behavior* 2005; 9(2): 145-54.

53. **Stein J.** HIV/AIDS stigma: the latest dirty secret. *African journal of AIDS research* 2003; 2(2): 95–101.
54. **Rao D, Angell BLC, Corrigan P.** Stigma in the workplace: Employer attitudes about people with HIV in Beijing, Hong Kong and Chicago. *Social science and medicine* 2008; 67(10): 1541–9.
55. **Estrada-Montoya JH, Sánchez-Alfaro, LA.** Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave bioética. *Revista Colombiana de Bioética* 2011; 6(1): 37–61.
56. **Aristizábal C.** Panorama actual de la infección por VIH y del Sida. En: Autores varios. *Seis miradas sobre la bioética clínica*. Colección Bios y Ethos No. 14. Bogotá: Universidad el Bosque; 2001: 15–48.
57. **Carvajal I.** Notas y trazos de una bioética que habita otros nichos. *Revista Colombiana de Bioética* 2010; 5(1): 100–120.
58. **UNESCO.** Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. Octubre de 2005. [Consultado febrero de 2013]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>.
59. **León F.** Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Bioética* 2010; 5(1): 85–99.