



# EXPERIENCIAS RELACIONADAS A UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL ESTIGMA RELACIONADO AL VIH/SIDA ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA EN PUERTO RICO

**Francheska Cintrón-Bou<sup>1</sup>**

**Nelson Varas-Díaz**

**Melissa Marzán-Rodríguez**

*Centro de Investigaciones Sociales, Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico*

**Torsten B. Neilands**

*Center for AIDS Prevention Studies, University of California at San Francisco, USA*

---

## RESUMEN

Existe estigma relacionado al VIH. A las personas con VIH/SIDA-PCVS se les viola sus derechos y obstaculiza su bienestar mental/físico. Profesionales de la salud-PS son fuente de apoyo primordial, sin embargo estos/as le estigmatizan. Es útil adiestrar a PS en relación al estigma social. Implantamos la intervención para reducir el estigma relacionado al VIH/SIDA con 507 estudiantes de medicina. Resultó ser una intervención efectiva, hubo reducción en los niveles de estigma a partir de nuestra intervención y diferencias significativas con el grupo control ( $p \leq .05$ ). Generar espacios de adiestramiento para atender el estigma relacionado al VIH/SIDA es pertinente para la psicología comunitaria porque colaboramos en la reducción de actitudes estigmatizantes que afectan adversamente la prevención de nuevas infecciones, la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida.

## Palabras Clave:

Estigma, Intervención, Estudiantes de Medicina

## ABSTRACT

HIV-related stigma exists. People with HIV/AIDS have their rights violated and mental/ physical wellbeing hindered. Health professionals (HP) are a primary source of support, however these can also be sources of stigma. Therefore, it is useful to train HP on the consequences of social stigma. We implemented an intervention to reduce stigma related towards HIV/AIDS with 507 medical students. It proved to be an efficacious intervention with reduction in the levels of stigma in our intervention group and significant differences with the control group ( $p < .05$ ). Creating opportunities for training to address the stigma associated with HIV / AIDS is relevant to community psychology because we collaborate in changing attitudes that can adversely affect the prevention of new infection, adherence to antiretroviral treatment and quality of life.

## Keywords:

HIV Stigma, Intervention, Medical Students

---

<sup>1</sup> Correspondence about this article should be address to: Francheska Cintrón-Bou, Email: [cintronbou@yahoo.com](mailto:cintronbou@yahoo.com). Este estudio fue financiado por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (1R01MH080694-01 y 1K02DA035122-01A1). El contenido es un reflejo del trabajo de los autores/as y no refleja una posición oficial de NIH.

EXPERIENCES RELATED TO AN INTERVENTION TO REDUCE STIGMA RELATED TO HIV / AIDS AMONG MEDICAL STUDENTS IN PUERTO RICO

El VIH/SIDA ha impactado a las comunidades latinas y caribeñas de forma desproporcional. Puerto Rico se encuentra en la segunda región más afectada por la enfermedad a nivel mundial (UNAIDS, 2012). El país está incluido en los diez estados/territorios de los Estados Unidos con la cifra mayor de casos acumulados, tasa de incidencia y prevalencia de SIDA (Center Disease Control, 2010). En Puerto Rico se han reportado a marzo de 2014 36,358 casos de SIDA y 9,593 casos de VIH<sup>2</sup> (Departamento de Salud, 2014). Las personas con VIH/SIDA (PCVS) tienen poco apoyo social, reciben servicios de salud deficientes y continuamente son estigmatizadas (Rivera-Díaz, Varas-Díaz, Reyes-Estrada, Suro, & Coriano, 2012). La presencia y la falta de atención al estigma relacionado al VIH/SIDA (ERVS) continúan presentando obstáculos y retos para el bienestar (mental y físico) de las PCVS. Abordar estas dificultades debe hacerse con intervenciones de corte social que consideren los factores socio estructurales (por ejemplo religión y género) que podrían incidir en la estigmatización de las PCVS (Metzl, & Hansen, 2014; Varas-Díaz, et al., 2013; Varas-Díaz, et al., 2012).

### **Estigma y VIH/SIDA**

En el proceso de estigmatización están presentes los aspectos de género, cultura, sexualidad, nivel socioeconómico y educación (Marzán-Rodríguez, Cintrón-Bou, & Varas-Díaz, 2011). El VIH/SIDA se ha abordado desde un discurso moralista en el cual la religión y las normas sociales tradicionales impactan la conceptualización estigmatizante de la enfermedad (Malavé, & Varas-Díaz, 2006; Varas-Díaz, Neilands, Malavé-Rivera, & Betancourt, 2010a). Esta es una, entre muchas otras razones por lo cual las PCVS sufren discriminación, maltrato y violación de sus derechos a recibir servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003). El ERVS resulta ser una barrera para que las PCVS tengan condiciones óptimas de salud (Varas-Díaz, et al., 2013a), afecta su salud física y emocional (Li, et. al, 2007), limita que las personas acudan a realizarse la prueba de detección y a recibir servicios de salud apropiados (Aggleton, Wood & Malcolm, 2005) y la adherencia al tratamiento (Kuang, Li, Ma & Liao, 2005; Varas-Díaz, Malavé-Rivera, & Cintrón-Bou, 2008). Las actitudes negativas hacia PCVS podrían conducir hacia la depresión, baja autoestima y ansiedad (Chesney & Smith, 1999). Por otra parte, el estigma manifestado por profesionales de la salud (PS) afecta la calidad de los servicios. Es preocupante que los PS estigmaticen a PCVS debido a que son clave para un tratamiento adecuado (Li, et. al, 2007). En Puerto Rico se ha documentado la estigmatización de PCVS por parte de PS (Varas-Díaz, et al., 2010a). Los/as PS estigmatizan, entre otras razones, por falta de contacto directo con PCVS, ansiedad relacionada al tema de la muerte, miedo a la transmisión y creencias moralistas acerca de los medios de transmisión (Varas-Díaz, Serrano-García, & Toro-Alfonso, 2005). Ante esta situación, se evidencia la importancia del desarrollo de intervenciones sistematizadas e innovadoras para reducir el estigma en PS latinos/as.

### **Interviniendo con el estigma relacionado al VIH/SIDA**

Minimizar el ERVS es una necesidad que apremia, sin embargo se limita al contar con pocas intervenciones dirigidas a PS latinos/as (Varas-Díaz, et al, 2013a) por lo cual la intervención para reducir ERVS entre estudiantes de medicina descrita en este artículo es muy pertinente. Esta fue desarrollada considerando que el VIH es una epidemia biológica y social que afecta a las personas en el Caribe y América Latina (UNAIDS, 2012). La misma se desarrolló utilizando como base estudios previos que evidenciaban su pertinencia para trabajar con el estigma en PS (Betancourt-Díaz, Vasques-Guzzi, & Varas-Díaz, 2012; Cintrón-Bou, & Varas-Díaz, 2008; Varas-Díaz et al., 2008; Varas-Díaz, Santiago-Negrón, Neilands, Cintrón-Bou & Malavé-Rivera, 2010b). Para la intervención utilizamos los planteamientos teóricos de autores como Goffman, (1963); Link y Phelan, (2001) y Parker y Aggleton, (2002). Goffman, (1963) definió el estigma como un atributo que desacredita y deshumaniza a la persona que lo posee (en nuestra intervención lo aplicamos a las PCVS). Link y Phelan (2001) plantearon que el

---

<sup>2</sup> Los casos VIH no SIDA se reportan desde el 1ro de enero de 2003.



estigma surge cuando se hace una diferenciación de las personas y se les adjudica una etiqueta, las creencias culturales vinculan a las personas etiquetadas con estereotipos negativos y atributos indeseables, se colocan en una categoría distinta para crear la separación entre “ellos” y “nosotros”, y pierden su estatus social, siendo rechazadas, discriminadas y excluidas.

Como resultado, la persona está en desventaja cuando se trata de sus oportunidades de tener una mejor calidad de vida. Parker y Aggleton (2002), enfatizaron en las dinámicas de poder y los procesos de estigmatización, sosteniendo que la manifestación del ERVS contrasta diferencias significativas entre categorías de personas insertándolas en un sistema de poder, en el cual quienes estigmatizan ejercen control sobre aquellas personas que son estigmatizadas. Incluir los planteamientos de estos autores como base teórica para nuestra intervención tiene el objetivo de llenar el vacío de las pocas intervenciones existentes que no abordan los factores socio estructurales del estigma relacionado al VIH/SIDA (Stangl, Lloyd, Brady, Holland, & Baral, 2013). El objetivo de este artículo es describir la intervención con estudiantes de medicina para reducir estigma hacia PCVS y su evaluación mediante técnicas cuantitativas y cualitativas.

### **Método**

Implantamos la intervención para reducir ERVS con estudiantes de las cuatro escuelas de medicina de Puerto Rico. Para seleccionar a la muestra utilizamos un diseño experimental con aleatorización para constituir 22 grupos (12 intervención y 10 control). El diseño experimental con muestra aleatoria es utilizado en el campo de la salud para establecer relaciones causales en la evaluación de cambios comportamentales y de actitudes (Lewin, Glenton, & Oxman, 2009). Evaluamos la intervención mediante una escala Likert, preguntas abiertas y entrevistas cualitativas. El protocolo de la intervención fue aprobado por el Comité Institucional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación-CIPSHI de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

#### **Participantes**

La muestra total del estudio estuvo compuesta por 507 participantes (271 intervención y 236 control). Establecimos los siguientes criterios de inclusión: 1) ser estudiante de medicina y 2) cursar el segundo o tercer año de escuela de medicina. Desarrollamos estos criterios de inclusión para asegurar que los/as estudiantes hubiesen tenido alguna experiencia de servicio en sus cursos con PCVS. La mayoría de la muestra estaba compuesta por mujeres (54%). El 98% es heterosexual. La mayoría tenía un ingreso anual menor de \$10,000.

#### **Descripción de la Intervención**

La intervención tuvo una duración de nueve horas divididas en tres sesiones (tres horas cada una). Las temáticas abordadas fueron: epidemiología del VIH en Puerto Rico, manifestaciones de estigma en escenarios de salud, el rol de las emociones en el estigma, estrategias para reconocer el estigma y formas no estigmatizantes de interactuar con PCVS. Cada temática fue discutida junto a las personas participantes por PS con experiencia en los temas de VIH/SIDA, estigma y factores socio estructurales. A continuación una descripción de las tres sesiones de la intervención:

*Sesión 1 - Epidemiología del VIH en Puerto Rico y factores socio estructurales-* los objetivos fueron: 1) conocer la epidemia del VIH/SIDA en Puerto Rico, 2) discutir los valores dominantes sobre las PCVS que existen en la sociedad en general, 3) cuestionar de forma crítica el uso del concepto de grupos de riesgo y fomentar el uso del concepto conductas de riesgo, 4) identificar y discutir los factores socio estructurales que afectan la salud de la persona y 5) contrastar factores socio estructurales con asuntos individuales que influyen sobre la salud y el estigma social. El formato que utilizamos para discutir el tema fue una presentación y discusión en grupo.

Realizamos el ejercicio titulado “*Conociendo la Epidemiología del VIH/SIDA*” cuyos objetivos para las personas participantes fueron: 1) conocer la distribución del VIH/SIDA en Puerto Rico, 2) discutir en pares cuáles son las conductas que llevan a las personas a estar en riesgo para la infección del VIH, 3) entender el papel del contexto en fomentar conductas de riesgo, y 4) conocer la epidemiología

descriptiva de la enfermedad en Puerto Rico. Dividimos el grupo en subgrupos de no más de 5 participantes, a cada uno le dimos un paquete similar de franjas escritas con sectores poblacionales (por ejemplo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, profesionales de la salud, bebés nacidos/as de madres VIH positivas, mujeres heterosexuales casadas, entre otros, y franjas en blanco (por si decidían incluir otras categorías poblacionales), papelotes, marcadores y cintas adhesivas. Las instrucciones impartidas fueron clasificar las franjas de mayor a menor, según entendieran la prevalencia de VIH/SIDA en Puerto Rico. Luego de clasificarlas debían pegarlas en el papelote asignado. Un integrante del grupo discutiría la organización de las franjas.

Luego el PS encargado realizó la presentación titulada “Epidemiología del VIH/SIDA: ¿Qué nos dicen los números?” Los objetivos de la presentación para las personas participantes fueron: 1) conocer la epidemiología del VIH/SIDA en Puerto Rico, 2) identificar factores socio estructurales que inciden en la epidemia del VIH/SIDA y 3) comparar factores socio estructurales de la epidemia con factores individuales. La sesión buscó contrastar visiones desinformadas y estigmatizantes sobre cómo el VIH ha impactado a la población en Puerto Rico mediante un contraste con los datos actualizados y explicaciones basadas en el papel de factores socio estructurales en la transmisión del VIH. Dicho intento buscó fomentar que las personas participantes aprendieran a conocer las condiciones sociales que fomentan el VIH y a poner menor énfasis en la criminalización de conductas individuales de sus clientes. Además, se abordaron los medios más comunes de transmisión del virus y cómo prevenirlos.

*Sesión 2 - El rol de las emociones en el estigma-* Los objetivos de esta sesión fueron: 1) conocer la definición de estigma social y ERVS, 2) reflexionar sobre el significado del cuerpo de una PCVS a la luz de la visibilidad o invisibilidad de la enfermedad y su relación con las emociones que evoca, 3) exteriorizar las emociones que causan las PCVS en la sociedad general para discutir por qué pueden generar estigma y 4) explorar emociones que causan las PCVS a estudiantes de profesiones de la salud al interactuar en escenarios clínicos. El formato que utilizamos para discutir el tema fue discusión en grupo y presentación titulada “*Las emociones e interacción con PCVS*”.

Realizamos el ejercicio *Las dificultades del sentir* cuyos objetivos fueron: a) que los/as participantes identificaran las emociones generadas por un caso clínico hipotético y b) que los/as participantes discutieran entre pares las emociones que le evocaban dichas situaciones al interactuar con PCVS. Dividimos en subgrupos a las personas participantes, entregamos los materiales (caso hipotético, fracciones, marcadores, cinta adhesiva, bolígrafos, papeles en blanco). Las instrucciones para realizar el ejercicio consistieron en leer y discutir el caso asignado, identificar las emociones que les evoca el mismo y escribirlas en un papel en blanco. Al finalizar la discusión, seleccionar las fracciones y decidir de manera grupal cuáles fueron las emociones que les evocó el ejercicio, luego ubicarlas en la figura según la intensidad (Véase figura número 1). Es decir, aquellas emociones que hayan sido más intensas tendrían pedazos más grandes. También se les dio pedazos en blanco por si deseaban añadir emociones que no aparecían en la lista de emociones (amor, tristeza, desilusión, coraje, preocupación, alegría, odio, asco, solidaridad, pena, lastima, empatía, admiración, entre otras).

Se discutió con las personas participantes: 1) la relación de las marcas corpóreas con las emociones sentidas, 2) la relación de las emociones con la estigmatización de PCVS, 3) el potencial papel negativo de la lástima, 4) el manejo de las emociones (restricción/manipulación), 5) el uso o manifestación de las emociones en el escenario de trabajo y 6) la empatía como emoción principal que debe existir al trabajar en los casos de las PCVS. Luego la persona encargada de la discusión generó, junto con las personas participantes, una definición de estigma social, resaltando el papel de las emociones negativas en dicho proceso. Buscamos que las personas participantes conocieran la definición de estigma social y el ERVS, identificaran eventos de estigma en sus escenarios clínicos y reconocieran el papel de las emociones negativas en el estigma durante la interacción con PCVS.



Figura 1. Ejercicio Las dificultades del sentir

*Sesión 3- Interacción médico-paciente ante el estigma.* Los objetivos de esta sesión fueron: 1) reflexionar en relación al rol de el/la profesional como fuente de estigma social en la interacción médico-paciente, 2) reflexionar en relación al contexto social que fomenta el estigma hacia el VIH/SIDA en Puerto Rico, 3) conocer cómo la posición de poder de profesional de medicina puede fomentar manifestaciones de estigma y 4) desarrollar destrezas para la interacción no-estigmatizante. El formato que utilizamos para discutir el tema fue presentación titulada “*Interacción médico-paciente*” cuyos objetivos para las personas participantes fueron: a) aplicar el concepto de estigma en situaciones clínicas (por ejemplo, cómo eventos estigmatizantes impactan adherencia al tratamiento) y b) conocer y analizar críticamente el contexto social en Puerto Rico que puede generar estigma hacia el VIH/SIDA. La meta fue discutir eventos estigmatizantes dentro de un contexto clínico, reconocer el contexto social en que se vive con VIH/SIDA en Puerto Rico, formas en que se regula la interacción médico-paciente, el rol de los medios de comunicación y la política pública en la estigmatización del VIH/SIDA. Además, de vital importancia fue el desarrollo de destrezas para la interacción no estigmatizante con PCVS.

#### **Instrumentos**

**Hoja Consentimiento Informado** - Utilizamos una hoja de consentimiento informado para comunicar a las personas participantes lo siguiente: a) la naturaleza voluntaria del estudio, b) la posibilidad de no contestar preguntas que le incomodaran, c) su derecho a retirarse del estudio si lo deseaba en cualquier momento sin penalidad, d) incentivo económico a pagarle y e) beneficios y riesgos de su participación.

**Hoja contacto** - Mediante la hoja contacto obtuvimos la información (nombre, dirección postal, dirección electrónica y número de teléfono) que facilitó comunicarnos con las personas participantes y enviarle por correo postal el incentivo económico financiado por los Institutos Nacionales de Estados Unidos, según aprobado por el CIPSHI.

**Cuestionario de datos socio-demográficos** – Mediante este cuestionario recopilamos la información demográfica necesaria para describir a las personas participantes. El mismo constó de preguntas cerradas que evaluaban variables como: género, edad, orientación sexual, estado civil, zona de residencia, ingreso mensual y grupo religioso con el cual se identificaba.

**Cuestionario auto-administrable sobre estigma y VIH/SIDA.** Utilizamos la Escala sobre Estigma relacionado con el VIH/SIDA para Profesionales de la Salud (Varas-Díaz & Neilands, 2009). El cuestionario se compone de 44 reactivos relacionados a las siguientes dimensiones: a) miedo a la infección, b) emociones relacionadas con el VIH/SIDA, c) evidencia corpórea del VIH, d) características personales que fomentan la infección del VIH, e) PCVS como vectores de infección, f) necesidad de controlar a la PCVS, g) responsabilidad por la infección, h) PCVS obligadas a revelar estatus de infección con VIH, i) derechos de las PCVS, j) falta de productividad, j) cercanía a la muerte y k) factores socio estructurales. Los valores de alphas de Cronbach de las subescalas del instrumento variaron de 0.62 a 0.85, siendo confiabilidades satisfactorias.

Hoja de evaluación- La misma constaba de dos partes: la primera era una tabla con nueve premisas para la evaluación general del taller. La misma incluía una escala Likert de 1 al 5 donde el 1 implicaba estar completamente de acuerdo, 2 parcialmente de acuerdo, 3 neutral, 4 parcialmente en desacuerdo y el 5 totalmente en desacuerdo. La segunda parte de la hoja de evaluación incluía cuatro preguntas abiertas sobre el taller.

Guía de entrevista semi estructurada- La guía fue utilizada para la evaluación cualitativa de los talleres al finalizar el seguimiento de las personas participantes. Ésta comprendía de 5 ejes temáticos: 1) evaluación del taller; 2) conocimiento sobre VIH; 3) definición del estigma social; 4) auto eficacia y manejo del estigma y 5) factores socio estructurales.

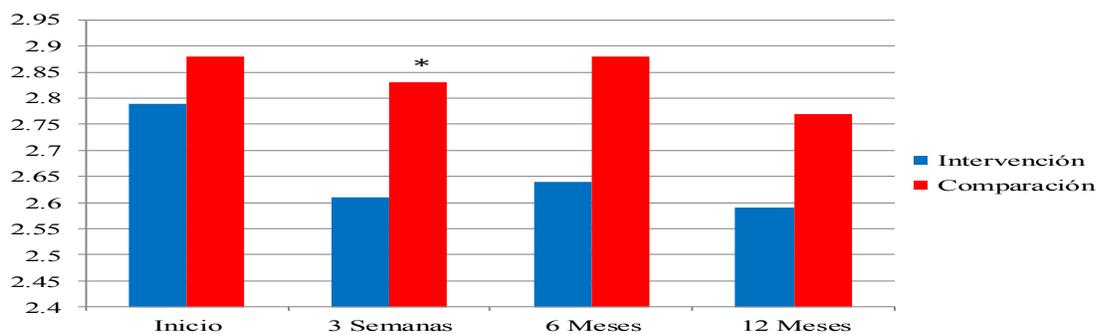
### **Procedimiento**

El equipo de investigación coordinó con personal clave de las escuelas de medicina presentaciones en horarios universales (en los cuales se agrupaban los/as estudiantes) para describir el protocolo de la investigación e invitarles a participar de forma voluntaria en la intervención. Aclaramos que el personal clave de las escuelas de medicina fungía como enlace para el reclutamiento pero que su participación en la intervención no alteraría su rol como estudiantes en los cursos. Las personas interesadas en participar anotaron su información de contacto en una tabla repartida, lo cual facilitó comunicarles posteriormente las fechas separadas para realizar las sesiones de la intervención. Las reuniones se calendarizaron a la conveniencia de las personas participantes. La participación fue voluntaria y confidencial. Las personas participantes de ambos grupos (intervención y control) completaron pruebas cuantitativas autoadministradas antes de su participación en los talleres, inmediatamente después y de seguimiento longitudinal a seis y 12 meses. Integrantes del equipo investigativo tenían la tarea de contactar a las personas participantes vía teléfono y por mensaje a través de correo electrónico para avisarles que le tocaba completar el cuestionario de los seis y 12 meses. En la prueba se midieron sus opiniones en torno al VIH/SIDA.

También, completaron un cuestionario sobre datos personales para poder describirles y una hoja de evaluación del taller. Los/as 507 participantes tuvieron la oportunidad de evaluar los talleres a través de una hoja de evaluación. La intervención fue sometida a una evaluación de proceso e impacto (4 puntos de medición en un periodo de 12 meses). Además, una vez completado el año de seguimiento el estadístico seleccionó a los/as participantes que cambiaron más y a los que cambiaron menos sus actitudes estigmatizantes del grupo de intervención. Fueron invitados/as para participar de una entrevista cualitativa semi-estructurada para evaluar los talleres que habían recibido. Participaron 20 estudiantes (11 mujeres y 9 hombres). La entrevista duraba aproximadamente 30 minutos y se hicieron por cita previa en persona o a través de comunicación telefónica. Para motivos de análisis las entrevistas fueron grabadas y transcritas (Marzán-Rodríguez & Varas-Díaz, 2012).

### **Resultados**

El 86% de las personas participantes completo las tres sesiones de la intervención. El 92% completó el cuestionario al terminar las sesiones de la intervención, 85% completó el cuestionario a los seis meses. El 76% de la muestra completo el cuestionario de los 12 meses. Los resultados reflejan reducción en los niveles de estigma en nuestra intervención y diferencias significativas con el grupo control ( $p \leq .05$ ). Estas diferencias se mantuvieron por un periodo de 12 meses documentando así la eficacia de la intervención. Como se puede observar en la figura 2, al inicio no existía diferencia en niveles de estigma entre los grupos de control e intervención. Cabe resaltar que el grupo control no tuvo diferencia significativa entre los promedios de la prueba de estigma en la pre prueba y el cuestionario de los 12 meses.



	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N
Comparación	2.88	234	2.83	219	2.8	197	2.77	179
Intervención	2.79	269	2.61	241	2.64	225	2.59	206
t (df)	-1.82 (501.5)		-4.83 (494)		-3.22 (487)		-3.74 (473)	
p	.25		<.0001		.0055		.0002	

Figura 2. Medias y diferencias en puntuaciones de estigma hacia el VIH

Componente de evaluación- La intervención fue evaluada por la mayoría de las personas participantes de los talleres. Los/as participantes evaluaron el taller con la calificación de 1 y 2, lo que significa que estaban totalmente de acuerdo o parcialmente de acuerdo con las áreas que cubriría el taller. En cuanto a la evaluación que hicimos a través de las cuatro preguntas incluidas en la hoja de evaluación las personas participantes expresaron:

**En general, ¿Cómo evaluarías el taller?**

*“Lo evaluó de una manera muy positiva ya que me ayuda a entender mucho mejor el tema del HIV y de cómo puedo aplicar lo aprendido a mi practica en el hospital”*

*“Fue de beneficio para mi aprendizaje. En general el taller explica diferentes aspectos en la vida de estos pacientes. Los datos estaban bien actualizados”*

*“Es información importante y relevante para la medicina. Ahora estoy mucho más consciente e informada sobre el virus y puedo atender mejor a los pacientes”*

*“Fue de mucha importancia ya que alguna de la información que tenía era errónea. Fue una experiencia enriquecedora y dinámica para exponer mis ideas. Una excelente iniciativa para educar a profesionales de la salud”*

**¿Cómo te sientes sobre el estigma relacionado al VIH/SIDA luego de este taller?**

*“Hay muchas falsas creencias aun cuando pensamos que lo sabemos todo. Definitivamente hay que educar al pueblo y a los profesionales de la salud”*

*“Me siento mente más abierta para poder trabajar con estos pacientes. Me siento mucho más preparada sobre el tema y de cómo debo interactuar con un paciente que tenga HIV para brindarle prevención secundaria”*

**¿Necesitas más adiestramiento sobre el tema del VIH?, si contestaste sí, ¿Qué áreas debería incluir este futuro adiestramiento?**

*“Honestamente, no puedo señalar un área en particular pero mientras más podamos saber sobre personas que tengan condiciones como ésta la cual encontraremos en el futuro mejor es para mí ya que me va a ayudar a brindarle el mejor cuidado”*

*“Siempre es bueno seguir aprendiendo sobre un tema tan evolutivo, sobre una enfermedad de la cual no se ha encontrado cura aún que puede verse de distintas maneras, tanto aspectos biológicos como sociales, en particular el discrimen”*

**¿Tienes alguna recomendación o comentario relacionado a la intervención?**

*“Llevar el taller a todas las escuelas de medicina, a los congresos anuales de VIH a los cuales van los médicos a obtener educación continua. Adiestrar y fortalecer también a la población con VIH. Hacer vínculos con el gobierno para que estos talleres sean incluidos también en escuelas, universidades, comunidades, etc. Hacer campaña publicitaria para erradicar la imagen de los pacientes como monstruos y se muestre esta realidad desde otra perspectiva”*

Las personas participantes de las entrevistas cualitativas comentaron:

Entrevistadora: ¿Qué te parecieron los talleres?, ¿Cuál es tu opinión general de ellos?

*“Pues, el taller fue bueno, en el sentido que trajeron **temas que pocas veces se discuten** y que son necesarios y principalmente entre nosotros que estamos trabajando todo el tiempo con pacientes y entre ellos está la población con HIV.”* (Participante 07-49, M).

Entrevistadora: ¿Los talleres han sido útiles para tu adiestramiento en medicina?

*“Claro, sí. Porque al tomarlos tengo otra perspectiva y los pacientes que atendí después de ellos obviamente he ido **más enfocada...**”* (Participante 06-48, F)

Entrevistadora: ¿Cómo te ayudó este taller, en tu adiestramiento como futuro médico?

*“Pues en la escuela de medicina nos cubren la patofisiología, todo lo científico, de lo que es el HIV y como la persona se deteriora. Pero entonces, esto del aspecto emocional y de tu manejar al paciente y como te relacionas con el paciente pues eso no te lo enseñan. Y quizás este **taller pues, tú sabes, nos ayudó a llenar ese hoyo que tenemos en nuestra educación.**”* (Participante 04-16, M)

Entrevistadora: ¿Qué te parecieron los talleres?, ¿Cuál es tu opinión general de ellos?

*“En verdad fueron muy buenos. **Aprendí cosas que no sabía, me ayudó a repasar cosas que sabía y había olvidado.** En verdad fue muy bueno, en general tocaron todos los aspectos del VIH SIDA.”* (Participante 09-47, M)

## Discusión

Si entendemos las consecuencias del estigma en la salud de las PCVS estaremos más dispuestos/as a desarrollar posturas críticas ante el problema. Es importante generar espacios para trabajar con la estigmatización de las PCVS considerando que las actitudes estigmatizantes afectan adversamente los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones, disminuyen la adherencia de los/as pacientes a los programas



de tratamiento antirretroviral y a las visitas médicas rutinarias (Herek, Capitanio, & Widaman, 2002; Macintyre, Brown, & Sosler, 2001; Whetten, Reif, Whetten, & Murphy-McMillan, 2008). Implantar programas de educación que reduzcan el estigma es necesario (Jiménez, Castro, Santiago, Montalvo, & Toro, 2013) y deben estar basados en evidencia científica (Uribe, & Orcasita, 2011). Su contenido debe abordar las creencias culturales y moralistas que perpetúan la estigmatización (Betancourt, Guzzi, & Varas-Díaz 2012). Una mirada a la evaluación de la intervención nos devela lo alentador que es contar con una estrategia de acción para la reducción del estigma social en el campo de la salud que puede utilizarse para adiestrar consistentemente a PS.

Nuestro norte es incorporar la intervención en currículos de enseñanza para adiestrar a PS, reconociendo que los escenarios clínicos han sido identificados como uno de los lugares de mayor importancia para reducir el ERVS (Andrein & Chien, 2008). Se debe abordar la epidemia del VIH/SIDA priorizando el estigma como un asunto socio estructural (Metzl, & Hansen, 2014; Rivera-Díaz, Varas-Díaz, Reyes-Estrada, Suro, & Coriano, 2012). Es útil el diálogo en relación a las emociones que evocan cuando se trabaja con PCVS (Marzán-Rodríguez, & Varas-Díaz, 2006) el manejo de los factores socio estructurales (Marzán-Rodríguez, Cintrón-Bou, & Varas-Díaz, 2011) e incluir la *Internet*, las redes sociales y los social-media como vías para educar y reducir el estigma (Betancourt-Díaz & Reyes-Estrada, 2014).

Reconocemos que la intervención es un esfuerzo que responde a la necesidad de: 1) atender el ERVS y 2) disminuir los daños ocasionados por visiones y percepciones que estigmatizan a las PCVS en escenarios de salud. Reducirlo en los PS es considerado como una prioridad para mejorar los servicios a las PCVS (Brown, Macintyre & Trujillo, 2003; Varas-Díaz, et al., 2010a). Una persona que se siente estigmatizada o piensa que será estigmatizada por PS, los cuales en ocasiones son su única fuente de apoyo, estará menos dispuesta a hacerse la prueba de VIH y en menor probabilidad de recibir los cuidados y servicios óptimos de salud (Davies, Washington, & Bindman, 2002; Valdiserri, 2002; Varas-Díaz et al., 2005). El temor que siente una persona a ser estigmatizada está relacionado a comportamientos sexuales riesgosos y a fracasos en la adherencia a servicios/tratamientos de VIH (Preston et al., 2004; Schuster et al., 2005).

La psicología comunitaria tiene el compromiso de trabajar en la empresa de salud contribuyendo a que PCVS tengan interacciones positivas con PS y no se le viole sus derechos ni estigmatice. Los esfuerzos que realizamos desde una mirada comunitaria aportan a transformar las sociedades cuando predominan la colaboración, participación y existe solidaridad (Resto, Torres-López, Serrano-García, 2006). Son valiosos nuestros esfuerzos cuando pretendemos colaborar en la lucha para garantizar los derechos humanos si se pretende contar con sociedades democráticas y justas (Carrión, 2010). Moviéndonos hacia una sociedad en la cual las PCVS puedan convivir sin obstáculos para tener una ciudadanía plena validamos que la acción prometedora es adiestrar a los PS. Contamos con la primera intervención para reducir ERVS con estudiantes de medicina en Puerto Rico evaluada mediante este tipo de diseño; la misma está disponible para ejecutar esa acción. Reconocemos que el estigma es un reto para el desarrollo de esfuerzos cónsonos con un modelo de salud pública, pero es vital su abordaje. El desarrollo de políticas públicas adecuadas para el manejo del ERVS debe fundamentarse en factores socio estructurales (educación, género, cultura, sexualidad, pobreza, religión) que interfieren con la calidad de vida de las PCVS (Metzl, & Hansen, 2014; Roldán, 2007). Un paso firme para colaborar con este reto es la incorporación de la intervención para reducir el ERVS en los currículos de enseñanza de las profesiones de la salud, incluyendo a la psicología. Concluimos que la intervención es útil para modificar conductas estigmatizantes. Queda evidenciado en las recomendaciones de las personas participantes de la intervención:

*“Encuentro que es un taller muy importante y que se debe dar a todos los profesionales de salud: enfermera, paramédico, médico, etc. También se debe tomar en cuenta que se oriente a la sociedad y tratar de cambiar esa percepción negativa que inevitablemente se tiene”*

## Referencias

- Aggleton, P., Wood, K., & Malcolm, A. (2005). *HIV - related stigma, discrimination and human rights violations case studies of successful programmes*. Recuperado de [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf)
- Andrein, A., & Chien, L.Y. (2008). Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(11), 897-906.
- Betancourt-Díaz, E., & Reyes-Estrada, M. (enero-abril 2014). Estigma electrónico y VIH/SIDA en Puerto Rico: El caso de Taina. *Salud y Sociedad*, 5(1), 010-020.
- Betancourt-Díaz, E., Vasques-Guzzi, A., & Varas-Díaz, N. (2012). Experiencias de hombres puertorriqueños ante el estigma relacionado con el VIH/SIDA. *The Qualitative Report*, 17(6) 1-15.
- Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Education & Prevention*, 15(1), 49-69. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/general/slides/general.ppt#>
- Carrión, L. (2010). Ciudadanía y justicia social en tiempos de desigualdad: Vínculos con la política social. En J. Benítez y A. Santiago (Eds.) *Ciudadanía y exclusión en Puerto Rico* (pp. 49-59). Editorial Tal Cual: San Juan, Puerto Rico.
- Center for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS surveillance report, 2010*. 22(14), 1-39. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/report>. Published March 2012.
- Cintrón-Bou, F., & Varas-Díaz, N. (2008). *Sutileza y estigma relacionado al VIH/SIDA entre profesionales de la salud. Estigma y salud en Puerto Rico: Consecuencias detrimenales de lo alterno*. San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Chesney, M. A., & Smith, A. W. (1999). Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1162-1174.
- Davies, H. T. O., Washington, A. E., & Bindman, A. B. (2002). Health care report cards: Implications for vulnerable patient groups and the organizations providing them care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(3), 379-399.
- Departamento de Salud. (2014). *Puerto Rico AIDS surveillance summary cumulative AIDS cases diagnosed al 31 de marzo de 2014*.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371-377.
- Jiménez, J., Castro, E., Santiago, L., Montalvo, A., & Toro, M. (2013). Comunidad y academia: Construyendo una intervención para reducir el estigma sentido en personas con VIH. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24, 1-17.
- Kuang, W., Li, J., Ma, Y., & Liao, J. (2005). Survey on psychologic status and quality of life for HIV infected people or AIDS patients. *Journal of Sichuan University*, 36(1): 97-100.
- Lewin, S., Glenton, C., & Oxman, A. (2009). Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ*, 339 (101), b3496
- Li, L., Lin, C., Wu, Z., Rotheram-Borus, M.J., Detels, R., & Jia M. (2007) Stigmatization and shame: Consequences of caring for HIV/AIDS patients in China. *AIDS Care*, 19(2), 258-63.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Reviews of Sociology*, 27, 363-385
- Macintyre, K., Brown, L., & Sosler, S. (2001). It's not what you know, but who you knew: Examining the relationship between behavior change and AIDS mortality in Africa. *AIDS Education and Prevention*, 13(2), 160-174.



- Malavé, S., & Varas-Díaz, N. (2006). Regulando la enfermedad a través de la definición y la restricción: Profesionales de la salud hablan sobre el VIH/SIDA. *Ciencias de la Conducta*, 21(1), 61–96.
- Marzán-Rodríguez, M., Cintrón-Bou, F., & Varas-Díaz, N. (2011). Más que responsabilidad individual: Factores socio estructurales y el estigma relacionado al VIH/SIDA. [Edición especial Psicología Comunitaria, Sociedad Interamericana de Psicología]. *Revista Investigaciones en Psicología*, 16(1), 83-94.
- Marzán-Rodríguez, M., & Varas-Díaz, N. (2006). Las dificultades de sentir: El rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. *FORUM: Qualitative Social Research*, 7(4), Artículo 2. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832313/>
- Marzán-Rodríguez, M., & Varas-Díaz, N. (2012 octubre). *Definición y manejo de estigma hacia el VIH/SIDA post intervención*. Ponencia presentada en el V Congreso Iberoamericano de análisis Cualitativo en Salud. Lisboa, Portugal.
- Metzl, J., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine* 103, 126-133.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*. Recuperado de [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Stigma-s-Definicion\\_del\\_problema.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Stigma-s-Definicion_del_problema.pdf).
- Parker, R., & Aggleton, P. (2002). *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action*. Rio de Janeiro, Brasil: Brazilian Interdisciplinary AIDS Association – ABIA.
- Preston, D. B., D'Augelli, A. R., Kassab, C. D., Cain, R. E., Schulze, F. W., & Starks, M. T. (2004). The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 291.
- Resto, J., Torres-López, L. & Serrano-García, I. (2006) La Psicología social-comunitaria en Puerto Rico: treinta años de trayectoria. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 17, 421-460.
- Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Reyes-Estrada, M., Suro, B., & Coriano, D. (2012). Factores socioestructurales y el estigma hacia el VIH/SIDA: Un examen desde las experiencias de puertorriqueños/as con VIH/SIDA. *Revista Salud y Sociedad*, 3(2).
- Roldán, I. (2007). AIDS stigma in the Puerto Rican community: An expression of the other stigma phenomenon in Puerto Rican culture. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(1), 1-8.
- Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., & Kanouse, D. E. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 807-813.
- Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L., Holland, C., & Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 16(3Suppl2), 18734.
- UNAIDS (2012). *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Recuperado de: [http://www.unaids.org/GlobalReport/Epi\\_slides.htm](http://www.unaids.org/GlobalReport/Epi_slides.htm)
- Uribe, A. F., & Orcasita, L. T. (2011). *Evaluation of the health professionals' knowledge, attitudes, susceptibilities and self-effectiveness related to HIV/AIDS*. *Avances en Enfermería*, 29(2): 271-284.
- Valdiserri, R. O. (2002). HIV/AIDS Stigma: An impediment to public health. *American Journal of Public Health*, 92(3), 341-342.
- Varas-Díaz, N., Malavé-Rivera, S., & Cintrón-Bou, F. (2008). AIDS stigma combinations in a sample of Puerto Rican health professionals: qualitative and quantitative evidence. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 27(2), 147-157.
- Varas-Díaz, N., Neilands, T., Cintrón-Bou, F., Marzán-Rodríguez, M., Santos-Figueroa, A., Santiago-Negrón, S., Marques, D., & Rodríguez-Madera, S. (2013a). Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: The SPACES project. *Journal of the International AIDS Society*, 16(Suppl 2), 18670.

- Varas-Díaz, N., Neilands, T.B., Cintrón-Bou, F., Santos-Figueroa, A., Marzán-Rodríguez, M., & Marques, D. (2013b). Religion and HIV/AIDS Stigma in Puerto Rico: A Cultural Challenge for Training Future Physicians. *Journal of International Association of Providers of AIDS Care*, 12(2). Disponible en <http://jia.sagepub.com/content/early/2013/02/20/2325957412472935>
- Varas-Díaz, N., Neilands, T., Cintrón-Bou, F., Santos-Figueroa, A., Rodríguez-Madera, S., & Santiago-Negrón, S. (2012). The role of gender on HIV/AIDS stigma among medical students in Puerto Rico: Implications for training and service delivery. *PRHSJ*, 31(4), 1-3.
- Varas-Díaz, N. & Neilands, T. (2009). Development and validation of a culturally appropriate HIV/AIDS Stigma Scale for Puerto Rican health professionals in training. *AIDS Care*, 1(10), 1259-1270.
- Varas-Díaz, N., Neilands, T., Malavé-Rivera, S. & Betancourt, E. (2010a). Religion and HIV stigma: Implications for health professionals in Puerto Rico. *Global Public Health*, 19(1), 09-118.
- Varas-Díaz, N., Santiago-Negrón, S., Neilands, T., Cintrón-Bou, F., & Malavé-Rivera, S. (2010b). Stigmatization of illicit drug use among Puerto Rican health professionals in training. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 29(2), 118-125.
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 15(2), 169-187.
- Whetten, K., Reif, S., Whetten, R., & Murphy-Mcmillan, L. K. (2008). Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: Implications for effective care. *Psychosom. Med. Psychosomatic Medicine*, 70(5), 531-538.

Received: 10/08/2014  
Accepted: 06/08/2016