

**Anàlisi de l'Estigma Associat al VIH/Sida des d'una Vessant
Psicològica**

Alba Ferreres Martí

Treball de Fi de Grau

Dirigit per la Dra. Montserrat Domènech Auqué

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2020

Resum

El Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) és una malaltia crònica, tot i que la teràpia antiretroviral (TAR) funciona impedit que el virus present a la sang es repliqui i, juntament amb l'ús de preservatiu (femení i/o masculí) estan associats a una disminució significant en el risc de transmissió del VIH (Davari *et al.* 2020; Finkelstein *et al.* 2015; Porto *et al.* 2008; Siegfried *et al.* 2011 i Hogg *et al.* 2011). D'altra banda, es considera que la malaltia del VIH/Sida pateix conductes estigmatitzants per part de la societat (Herek i Glunt, 1988). El principal objectiu d'aquest estudi és analitzar el nivell de coneixements que té la població general sobre la malaltia del VIH/Sida i observar les creences estigmatitzants cap a la mateixa a través d'una enquesta adreçada a la població general amb n=150. Els resultats que s'han obtingut reflecteixen una desinformació general sobre els aspectes bàsics de la malaltia i es corrobora que la falta de coneixements sobre aquesta dona lloc a creences errònies i processos estigmatitzants.

Paraules clau: VIH, SIDA, estigma, desinformació.

Abstract

The human immunodeficiency virus (HIV) is a chronic disease, although antiretroviral therapy helps in a way that it prevents the virus which is in the blood replicating and, along with the use of condoms (female or male), which are associated with a significant decrease in the risk of transmission of the disease (Davari *et al.* 2020; Finkelstein *et al.* 2015; Porto *et al.* 2008; Siegfried *et al.* 2011 i Hogg *et al.* 2011). On the other hand, HIV /Aids is considered to be related to stigmatizing conducts from society (Herek i Glunt, 1988). The main objective of this study is to analyze the status of knowledge of the general public has about the disease HIV/aids and to observe the stigmatized beliefs towards this using a survey towards the general population with N=150. The resulting conclusions obtained reflect a general disinformation on the general aspects of the disease and confirm that the inaccuracy and lack of knowledge about the disease gives way to false, erroneous beliefs and stigmatizing thoughts.

Key words: HIV, AIDS, stigma, disinformation

Índex

Pròleg	4
1. Aspectes introductoris del VIH/Sida.....	5
1.1 Aproximació històrica i aspectes bàsics del VIH/Sida	5
1.2 Incidència i prevalença.....	7
1.3 Vies de transmissió i pràctiques de risc.....	7
1.4 Prevenció i intervenció	11
1.5 Tractament i efectes secundaris.....	12
1.6 Estigma.....	14
1.6.1 Tipus d'estigma i components.....	15
1.6.2 Conseqüències de l'estigma	16
1.6.3 Estigma associat al VIH.....	17
1.6.4 Causes i conseqüències	17
2. Objecte d'estudi i Hipòtesis	18
3. Metodologia.....	20
3.1 Mostra	20
3.2 Instruments	21
3.3 Procediment.....	23
3.4 Anàlisi de dades	24
4. Resultats	24
5. Conclusions i Discussió	37
6. Limitacions de l'estudi	41
7. Referències.....	42
6. Annexos.....	49

Pròleg

Tradicionalment s'ha utilitzat el gènere masculí amb valor genèric, fet que té conseqüències greus per les dones d'aquest món, com ara l'exclusió, entre altres. Per això vull fer ús del femení com a genèric en la redacció d'aquest treball, per fer un ús no sexista del llenguatge i per qüestions d'igualtat i respecte. Dit això, no vull reduir el gènere únicament a lo binari ni feminitzar a ningú que no vulgui. La redacció femenina d'aquest treball és una manera de donar visibilitat a totes les formes de relació i gèneres binàries i no binàries existents i presents en aquesta societat i una bona manera de fer-ho és a través del llenguatge, ja que aquest ens permet transformar-nos i expandir-nos.

1. Aspectes introductoris del VIH/Sida

1.1 Aproximació històrica i aspectes bàsics del VIH/Sida

El Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) és un retrovirus que afecta al sistema immunitari de la persona infectada (e.g., Quarleri *et al.* 2014), d'altra banda, el Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida (Sida), és el desenvolupament de la malaltia produïda pel VIH (e.g., Salas, 2007), és a dir, un conjunt de símptomes i signes que caracteritzen una malaltia, relacionats amb el debilitament del sistema immunològic.

En una de les teories més discutides sobre l'origen de la malaltia, es planteja que la font d'infecció del VIH prové d'un tipus de ximpanzé de l'Àfrica occidental. L'ésser humà els caçava per aliment i d'aquesta manera es va poder adquirir la malaltia. La versió del virus en els ximpanzés s'anomenava Virus de la Immunodeficiència Símia (VIS) i aquesta pot haver mutat i convertir-se en VIH. La pandèmia del VIH va aparèixer a finals del segle XX (Miranda i Nápoles, 2009) i el primer informe oficial sobre sida va aparèixer el juny de 1981 (Sánchez-Yáñez i Leal Lozano, 2020). A finals dels anys setanta ja estaven presents diferents infeccions que causaven la mort de les persones, però es desconeixia l'etiologia d'aquestes. Va haver-hi pànic mundial, discriminacions i marginacions per part de moltes persones. Es va parlar oficialment de la malaltia a través de la documentació de cinc casos de joves amb orientació sexual homosexual, els quals presentaven pneumònia per *Pneumocystis carinii*¹. Maravilla i Jiménez, (2004) van associar aquestes manifestacions amb una modificació cel·lular adquirida en la qual havia una absència de limfòcits T. Del 1978 al 1981 van aparèixer diversos casos amb diferents malalties, totes amb una característica en comú; un deteriorament del sistema immunitari. A partir d'aquestes primeres referències, es van començar a presentar, als EEUU, casos d'origen similar, la qual cosa va portar a la creença de què es tractava d'una nova malaltia. Tot i que es van identificar casos entre dones, criatures i població amb una orientació sexual heterosexual, es va adoptar la creença de què l'estil de vida homosexual es relacionava directament amb la malaltia. És per aquest motiu, que la primera denominació de la malaltia va

¹ El sistema immunitari de les persones que la patien estava totalment debilitat o inclús nul, sense raó aparent.

ser: GRID (Gay-Related Immune Deficiency) (Maravilla i Jiménez, 2004). Al cap d'un temps, es van observar diagnòstics en altres grups poblacionals i es va passar a denominar la malaltia de les quatre H: homosexuals, hemofíliques, heroïnòmanes i haitianes (persones malaltes nascudes a Haití emigrades a Nova York). No va ser fins l'any 1982, quan les autoritats sanitàries d'EEUU començaren a utilitzar la terminologia de Sida per fer referència a la malaltia. Per últim, cal fer referència a l'equip descobridor de la malaltia del VIH durant els anys 80, format per la investigadora Françoise Barré-Sinoussi juntament amb Luc Montagnier (TodoSida, 2019).

El VIH és capaç de destruir les cèl·lules del sistema immune² que s'encarreguen de defendre'ns (Frutos *et al.* 2016) i, a més a més, afecta al sistema nerviós, provocant alteracions neuropsicològiques, com ara de la memòria i l'atenció (Pino-Melgarejo i Omar-Martínez, 2014). Pel que també es defineix com un virus neurotròpic, és a dir, afecta al sistema nerviós central des dels primers estadis de la malaltia, pel que moltes de les pacients poden presentar afectació neurològica i psicològica (Braghança y Palha, 2011). Un dels principals tipus de cèl·lules que defensen el nostre sistema immunitari i s'encarreguen de determinats virus són els CD4 (limfòcits tipus T) (Porto-Espinoza *et al.* 2008). El VIH afecta a aquestes cèl·lules i les utilitza per multiplicar-se, llavors les cèl·lules infectades moren, el sistema immune es debilita i poden aparèixer les malalties oportunistes³ (Quarleri *et al.* 2014). D'altra banda, el Sida és l'etapa més greu i avançada del VIH en la que la presència de malalties oportunistes o neoplàsies poden amenaçar la vida de les pacients. La condició de ser seropositiva al VIH no implica necessàriament que es tingui sida, ni que aquest, és vagi a desenvolupar (Salas, 2007). El virus està present a la sang i llavors, es formen una sèrie d'anticossos i antígens. Si la persona presenta anticossos específics al VIH, es diu que és seropositiva als anticossos del VIH i, per tant, que és portadora del VIH. Un altre terme

² Responsable de la defensa de l'organisme davant els agents patògens o antígens (virus, bacteris, fongs, paràsits o cèl·lules pròpies tumorals) i s'activa immediatament quan un agent infecciós penetra l'organisme.

³ Quan el sistema immunitari no presenta activitat, les malalties no es troben cap tipus de resistència durant la seva expansió pel cos humà i es desenvolupen certes infeccions o tipus de càncer en les que en un sistema immunitari complet no es desenvoluparien. Poden presentar-se en la fase Sida.

important a definir és la càrrega viral. Aquesta és la quantitat de virus per ml de sang. La quantificació del VIH-1 en sang és imprescindible per realitzar un bon seguiment clínic, ja que aquest és un factor predictiu sobre l'avanç de la malaltia i és un dels indicadors de l'estat del sistema immunològic, permet a les professionals de la salut fer un bon seguiment, poder prendre decisions relacionades amb el tractament i produir canvis terapèutics necessaris pel bon curs de la infecció. Segons Porto *et al.* (2008), qui presenti uns nivells alts d'ARN víric tindrà una major probabilitat de presentar o desenvolupar la patologia que qui presenti uns nivells baixos.

1.2 Incidència i prevalença

D'acord amb les taxes de morbiditat actuals, el VIH/Sida segueix sent una pandèmia amb una potencial causa de mort arreu del món; segons ONUSIDA, (2018), des dels inicis d'aquesta, 32,0 milions de persones de tot el món han mort a causa de malalties relacionades amb el sida. Pel que fa a les estadístiques mundials del VIH, 37,9 milions de persones conviuen amb VIH, de les quals 1,7 milions són menors de 15 anys. Cal afegir, però, que està disminuint el ritme de les noves infeccions per VIH, està augmentant l'accés al tractament i poc a poc es van reduint les morts relacionades amb el sida. Des del 1997, les noves infeccions per VIH s'han reduït un 40%; al 2018 es van produir 1,7 milions de noves infeccions, en comparació als 2,9 milions l'any 1997. Segons Díez *et al.* (2012), l'any 2009 es van notificar 2.262 casos nous de VIH a Espanya. Les comunitats autònomes amb més casos van ser Catalunya i Madrid i les que menys, Ceuta i Melilla.

1.3 Vies de transmissió i pràctiques de risc

Hi ha tres components imprescindibles per la transmissió del VIH (fig 1). En primer lloc, ha d'haver-hi una presència de VIH, juntament amb fluids de transmissió i, finalment, una porta d'entrada que possibiliti aquesta transmissió. Els fluids de transmissió han de tenir una capacitat de transmissió, és a dir, un número elevat de virus en sang. Si la càrrega viral

és indetectable⁴, el risc de transmissió és nul (intransmissible) ($I=I$) (Rodger *et al.* 2019). Aquesta condició s'aplica a qualsevol pràctica sexual i a qualsevol orientació sexual.

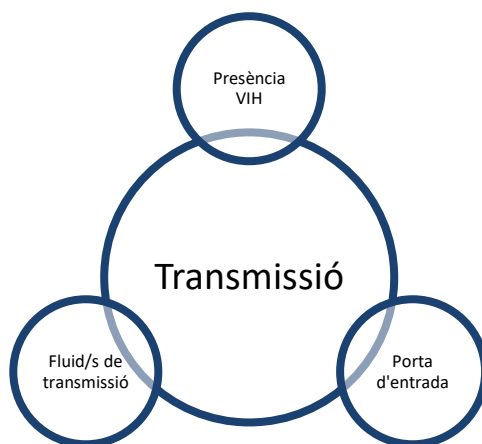


Fig 1. Components imprescindibles per la transmissió del VIH. Modificat de Rodger *et al.* (2019)

El virus es troba a la sang, als teixits, als òrgans i als següents fluids corporals: el semen, la secreció vaginal, la secreció rectal, la llet materna i la mucosa anal. Els líquids que poden transmetre el VIH són: la sang, el semen, les secrecions vaginals, les secrecions rectals, la llet materna i líquids com: cefaloraquidi, amniòtic, sinovial, peritoneu i pericàrdic. Els líquids que no poden transmetre el VIH són: saliva, llàgrimes, orina, excrements i suor. Pel que fa a les portes d'entrada, les membranes mucoses per les que entra el virus són el recte, la vagina, el penis, els ulls i la boca. Aquest també pot entrar per úlceres, esquinçaments, micro – lesions en la zona de teixit genital i per qualsevol via que condueixi directament al flux sanguini, com per exemple, les ferides a la boca, el compartiment d'agulles i material d'injecció, etc. (Patel *et al.* 2014). Existeixen tres vies de transmissió del VIH, la sexual, la sanguínia i la vertical (perinatal). A continuació (taula 1), s'exposen les principals pràctiques o exposicions amb el risc de transmissió del virus de cadascuna.

⁴ La quantitat de virus a la sang és tant baixa que no es pot detectar a través d'una prova viral. És considera una càrrega viral indetectable quan es manté així amb un mínim de 6 mesos després d'haver obtingut els resultats indetectables per primer cop.

Taula 1. Estimació del risc de transmissió de VIH segons el tipus d'exposició per cada 10.000 exposicions

Exposició	Risc (sobre 10.000)
Transfusió sanguínia	9.250
Perinatal	2.260
Penetració anal receptiva	138
Compartir xeringues per injectar-se	63
Penetració anal insertiva	11
Penetració vaginal receptiva	8
Penetració vaginal insertiva	4
Sexe oral receptiu	Molt baix
Sexe oral insertiu	Molt baix

Nota. Modificat de Patel *et al.* (2014)

En la via sexual, hi ha diferents factors que influeixen en la transmissió del virus com serien la inefectivitat de la persona portadora, la susceptibilitat de la persona no seropositiva, la conducta sexual, factors del propi virus i el tractament (Calderón i Toro, 2011). Tanmateix, no totes les pràctiques sexuals tenen el mateix risc; la penetració anal o vaginal comporten un risc elevat, mentre que les pràctiques de sexe oral amb els òrgans genitals comporten un risc més baix. Cal afegir, que l'existència d'altres infeccions de transmissió sexual (co-infeccions) facilita el contagi per VIH, ja que poden haver-hi lesions en les mucoses, etc., com per exemple la sífilis (Sarigül *et al.* 2019) o la hepatitis B (Maponga *et al.* 2020). Cal tenir en compte que el risc d'infecció per VIH és superior en la penetració anal que en la vaginal. En totes les relacions sexuals que comportin penetració, és més elevada la probabilitat d'infecció per la persona receptiva que per la persona insertiva. D'altra banda, quan una persona té la menstruació, el risc d'infecció augmenta per la presència de sang durant la pràctica. Pel que fa a les diferents pràctiques sexuals, en la taula 2 s'exposen les pràctiques de més a menys risc de transmissió, tenint en compte que en cap d'elles s'utilitza protecció de barrera.

Taula 2. Grau de risc de transmissió per VIH segons la pràctica sexual

Grau de risc	Pràctica sexual
Risc alt	Penetració anal receptiva Penetració vaginal receptiva Penetració anal insertiva Penetració vaginal insertiva
Risc baix	Fel·lació amb ejaculació a la boca Cunnilingus Fel·lació sense ejaculació a la boca Anilingus Compartir joguines sexuals Pràctiques BDSM Fisting
Risc nul	Petons (de boca a boca) Masturbació mútua Carícies i massatges Petonejar o llepar el cos Practica amb excrements Pluja daurada

Nota. Elaboració pròpia

Segons Davari *et al.* (2020), el tractament d'antiretrovirals, juntament amb l'ús de preservatiu (femení i/o masculí) estan associats a una disminució significativament en el risc de transmissió de VIH, tant en població homosexual com en població heterosexual. Pel que fa a la transmissió via sanguínia, el mètode més comú en el que una persona seropositiva pot infectar a una persona no seropositiva és el compartiment de material per injectar-se substàncies via intravenosa (xeringues) (Puro *et al.* 2001). Pel que fa a la via vertical (taula 3), es pot produir durant l'embaràs (dins l'úter), durant el part o després del part durant la lactància materna (Siegfried *et al.* 2011), tanmateix, segons l'estudi de Connor *et al.* (1994), l'administració d'un tipus de medicament antiretroviral (zidovudina) a una mare, durant l'embaràs i el part, i a la criatura, durant les primeres sis setmanes de vida, redueix, aproximadament, dos terços el risc de transmissió de VIH via materno-infantil.

Taula 3. Percentatge de risc de transmissió segons el tipus de transmissió

Tipus de transmissió	Risc de transmissió (%)
Combinació úter - durant el part	17,6%
Lactància materna	14%
A l'úter	7,7%

Nota. Modificat de Dunn *et al.* 1992 i Simonon *et al.* 1994, citat a John i Kreiss, (1996)

1.4 Prevenció i intervenció

La prevenció de la malaltia és igual o més important que la intervenció (Morales *et al.* 2019). És imprescindible que les institucions en els àmbits de salut, sociologia i psicologia posin a disposició instruments i dissenys multidisciplinaris de programes que vagin orientats a la prevenció de la malaltia i a una millora de qualitat de vida per les pacients que conviuen dia a dia amb aquesta. Segons l'estudi de Piña i Robles, (2005), el coneixement sobre les diferents conductes de les persones i les circumstàncies en les quals realitzen aquestes conductes, són el punt de partida per derivar programes i estratègies de prevenció de noves infeccions per VIH. Hi ha diverses accions per posar en marxa la prevenció del VIH, com per exemple, la difusió de campanyes informatives que promoguin conductes sexuals sense risc i informació sobre mètodes preventius, incrementar programes educatius sobre conductes sexuals saludables, realitzar xerrades i tallers per apropar la informació i possibilitar canvis conductuals, ficar èmfasi als col·lectius més vulnerables i els grups de risc, a part de la població general, a l'hora de realitzar campanyes o donar informació i material. En tota campanya és important avaluar l'eficàcia d'aquesta per veure l'efecte que ha tingut en la població i valorar possibles futures campanyes o estratègies mitjançant enquestes (Cintrón-Bou *et al.* 2016). S'han de promoure estils interactius saludables i ajudar a desenvolupar conductes per la prevenció del VIH/Sida, tals com: saber què és, com es transmet i quines mesures preventives existeixen actualment. La salut sexual i les eines psicològiques són imprescindibles per comprendre els

factors que influeixen en els comportaments i les conseqüències d'aquests (Díez *et al.* 2012).

1.5 Tractament i efectes secundaris

El VIH/Sida és una malaltia crònica, però els avenços científics han fet possible un tractament que ajuda a portar una vida molt més llarga i sana. La combinació de medicaments que s'utilitzen per tractar la malaltia s'anomena teràpia antiretroviral (TAR) (Finkelstein *et al.* 2015; Porto-Espinoza *et al.* 2008 i Siegfried *et al.* 2011) i com indica Hogg *et al.* (2008) aquesta es va introduir per primer cop a la societat l'any 1996. La principal funció dels medicaments contra el VIH és impedir que el virus present a la sang es repliqui; si s'evita que aquest es reproduïxi, la concentració de càrrega viral disminuirà i, al tenir menys concentració de VIH al cos, el sistema immunitari té més possibilitats de recuperar-se i produir més limfòcits CD4 (Porto-Espinoza *et al.* 2008). El tractament d'antiretrovirals pot fer que la càrrega viral es redueixi a nivells indetectables i, gràcies als estudis PARTNER ⁵ (Rodger *et al.* 2019), s'ha demostrat que (I=I)⁶. D'acord amb Siegfried *et al.* (2011), la combinació de medicaments antiretrovirals ha demostrat ser la mesura més efectiva per la reducció de transmissió via materno-infantil en un 1 – 2 %. A més a més, el tractament augmenta les taxes de supervivència d'aquestes pacients, per exemple, segons l'estudi de Ray *et al.* (2010), la iniciació en una combinació de teràpia antiretroviral redueix un 50% la incidència de mortalitat en infectades de VIH. Un 5% de persones que fan el tractament augmenten a 5 anys més de vida que les persones que no fan el tractament. Tanmateix, en els països més pobres no sempre està disponible el tractament i les taxes de mortalitat varien segons les característiques de les pacients. Per exemple, segons Hogg *et al.* (2008), les pacients seropositives que es van infectar de VIH via injeccions de droga intravenosa (sanguínia), juntament amb les que van iniciar el tractament antiretroviral amb nivells molt baixos de cèl·lules CD4, tenen menys esperança de vida.

⁵ Estudi observacional internacional dut a terme en 75 centres diferents de 14 països d'Europa per determinar el risc de transmissió del VIH quan la càrrega viral és indetectable.

⁶ La càrrega viral indetectable és igual a risc de transmissió sexual zero, és a dir, el virus passa a ser intransmissible.

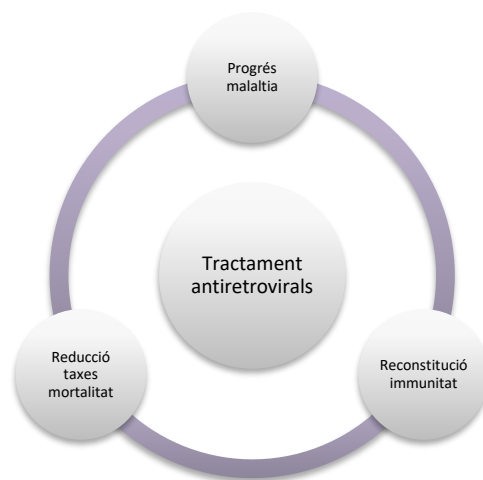


Fig 2. Efectes positius del tractament amb antiretrovirals. Modificat de Finkelstein *et al.* (2015).

El tractament pot conduir a una sèrie de desordres que augmenten amb la edat, com ara trastorns gastrointestinals i metabòlics (Lagathu et al, 2019; Finkelstein et al. (2015) i Connor *et al.* (1994), com per exemple, l'augment del teixit adipós, la resistència d'insulina, que consisteix en la disminució de l'efecte de la insulina (entrada de glucosa a les cèl·lules del cos) en els seus principals destins com són el fetge, el teixit adipós i els músculs, quan es presenta una secreció d'insulina defectuosa es pot desenvolupar diabetes tipus 2, Lagathu et al. (2019) confirma l'associació d'aquesta amb algunes teràpies antiretrovirals i parla de la presència de la lipodistròfia⁷, la qual pot causar problemes cardiovasculars i també pot dificultar l'adherència al tractament, ja que quan les pacients pateixen els primers efectes secundaris volen deixar-lo (Cortés i Santos, 2019). Els síndromes més comuns de lipodistròfia que poden presentar les persones seropositives són la lipoatròfia⁸ i la lipohipertròfia⁹. Finkelstein *et al.* (2015) indica que segons la duració i el tipus de tractament, aquestes dificultats poden veure's incrementades.

⁷ Redistribució o creixement anormal del greix del nostre cos, com ara la pèrdua o l'augment de greix, o també una combinació d'ambdues.

⁸ Pèrdua de greix en diferents parts del cos, particularment, de la cara (lipoatrofia facial).

⁹ Acumulació de greix a l'abdomen, a la zona dorsocervical i als pits.

1.6 Estigma

En aquest treball, s'abordarà l'estigma en base al treball del sociòleg Ervin Goffman (Goffman, 1968). El terme estigma té els seus orígens en l'època grega i es va crear per fer referència a marques corporals com talls o cremades, que indicaven que la persona era esclava, criminal o traïdora (corrupta, deshonrada i a qui, en llocs públics, s'havia d'evitar). Per Goffman (1968), l'estigma es defineix com un atribut amb intencions desacreditadores cap a la persona a qui va dirigit. Stafford i Scott (1986) citat a (Link i Phelan, 2001) van proposar que l'estigma és una característica d'una persona que és contrària a una norma¹⁰ que forma part d'una unitat social. Ells defineixen l'estigma com una co-ocurrència dels següents components: etiqueta, estereotípia, separació, pèrdua d'estatus i discriminació i, indiquen que perquè es produeixi una conducta estigmatitzant, s'ha d'exercir una conducta de poder (fig 3). Crocker, (1998) citat a (Major i O'Brien, 2005), deia que les persones estigmatitzades posseeixen (o es creu que posseeixen) algun atribut o característica que transmet una identitat social que és desacreditadora per elles en un context social en particular. Jones *et al.* (1984) citat a (Link i Phelan, 2001) va utilitzar la definició d'estigma de Goffman per relacionar els atributs que deia Goffman amb certes característiques indesitjables, anomenades estereotípies. Akbari i Safari (2020) també fan referència a la forta relació entre estigma i estereotips. Si s'analitzen les diferents definicions sobre el terme estigma, totes tenen en comú les característiques desacreditadores o estereotips i la diferència a la norma o a un context social en concret. I Morone, (1997), fa referència a una línia divisòria entre "nosaltres" i "ells"¹¹

¹⁰ Creença general compartida de què una persona s'ha de comportar d'una certa manera en un moment determinat

¹¹ "Ells" són una amenaça per "nosaltres" perquè són immorals, mandrosos i depredadors. (Morone,1997 citat a Link i Phelan, 2001)

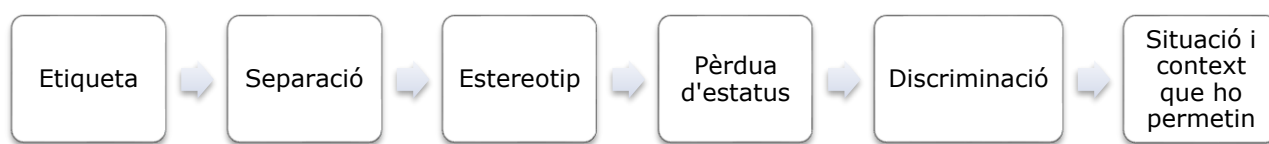


Fig 3. Components necessaris i interrelacionats que donen lloc a l'estigma. Modificat de Link i Phelan, (2001).

1.6.1 Tipus d'estigma i components

Segons Goffman,(1968), hi ha tres tipus d'estigma. En primer lloc, l'estigma relacionat amb l'aparença física, tals com deformacions físiques o aparença inusual. En segon lloc, l'estigma associat amb el que es considera, deficiències de personalitat, com per exemple, malalties mentals, persones que han estat o estan a la presó, persones addictes a substàncies i persones portadores o que pateixen infeccions de transmissió sexual (ITS). Per últim, l'estigma associat a la ètnia, la raça, la religió o la nacionalitat. Major i O'Brien, (2005), fan referència a quatre mecanismes que comporta l'estigma i que afecten a la persona estigmatitzada; en primer lloc, el tracte negatiu i la discriminació directa cap a la persona; com van indicar Link i Phelan, (2001), l'estigmatització comporta una discriminació cap a la persona, i, aquesta, segons Major i O'brien, (2005), afecta directament a l'estatus social, al benestar psicològic i la salut física de la persona qui la pateix. En segon lloc, es troben els processos de confirmació d'expectatives, aquest mecanisme fa referència a l'efecte que té l'estigma en les expectatives i les profecies autocomplertes Jussim et al. (2000) citat a (Major i T'O'brien, 2005). Merton, (1948) va definir la profecia autocomplerta com una definició falsa (predicció) d'una situació que evoca a un nou comportament i aquest fa que la falsa concepció inicial esdevingui veritable, com per exemple, l'efecte pigmalí de Rosenthal i Jacobson, (1968). Aquestes profecies autorealitzades poden evocar a problemes socials. En aquest cas, els estereotips i les expectatives negatives que reben les persones estigmatitzades pot portar-les a comportar-se de la mateixa manera, és a dir, a actuar confirmant les percepcions que té la societat d'elles mateixes. I això, pot afectar directament a les cognicions, sentiments i actituds de les persones que ho pateixen Major i O'Brien,

(2005). El tercer component és l'activació automàtica dels comportaments estereotipats, és a dir, quan automàticament es duen a terme processos d'estigmatització cap a certa persona pel simple fet de formar part d'un grup concret o comportar-se d'una determinada manera i, per últim, el component dels processos d'amenaça d'identitat, és a dir, els processos estigmatitzants poden conduir a una amenaça per la identitat social de la persona Major i O'Brien, (2005), aquesta definició coincideix amb les conclusions de l'estudi de Steele i Aronson, (1995), on s'afirma que si existeix un estereotip negatiu sobre un grup (determinada identitat social), en situacions en les que l'estereotip es pugui aplicar, es corre el risc de què aquest es confirmi com una autocaracterització d'aquesta identitat.



Fig4. Camps on se situen els tres tipus d'estigma. Modificat de Goffman, (1968).

1.6.2 Conseqüències de l'estigma

Les conductes estigmatitzants es presenten en diferents àmbits de la vida diària, per exemple, Fitzgerald-Husek et al. (2017), fa referència a les treballadores sexuals com un col·lectiu afectat per l'estigma, d'altra banda, Brouwers, (2020), afirma que existeix un estigma cap a les malalties mentals i aquest afecta significativament a l'atur d'aquestes persones. També s'ha demostrat està present en certes identitats sexuals, com per exemple, Jaclyn et al. (2016), afirmen que existeix un estigma cap a la població transgènere i aquest és una amenaça per a la salut d'aquestes persones, ja que indueix a l'estrès. Pel que fa a les altres múltiples conseqüències que produeix l'estigma cap a la persona que el pateix, Major i O'Brien, (2005), se centren en tres repercussions importants que

produeix l'estigma. La primera, l'autoestima. Twenge i Crocker, (2002) (citats a Major i T'O'Brien, 2005), afirmen que els nivells d'autoestima de grups estigmatitzats disminueixen quan són discriminats per part de grups considerats dominants. Aquesta afirmació coincideix amb la de l'estudi de Harrell, (2000), en el qual es fa referència als efectes del racisme i l'estigma i com aquests influeixen en l'autoestima i l'autoeficàcia. En segon lloc, afirmen que membres que pertanyen a un grup estigmatitzant presenten diferències significatives en comparació als grups no estigmatitzats. I per últim, la repercussió de l'estigma en la salut. (Link i Phelan, 2001).

1.6.3 Estigma associat al VIH

Tenint en compte les dades exposades anteriorment sobre la malaltia i l'estigma, es considera que el VIH/Sida, actualment, és una malaltia que pateix conductes estigmatitzants per part de la societat (Pérez et al. 2016, Farago et al. 2018, Hoyos-Hernández et al. 2019, Cintrón-Bou et al, 2016, Varas-Díaz et al. 2013 i Marzán-Rodríguez i Varas-Díaz, 2006), i, per tant, la malaltia és motiu d'estigmatització cap a les persones que viuen amb ella i tot plegat, comporta una barrera cap als serveis sanitaris (Varas-Díaz et al. 2013) i cap a la salut física, psicològica i comportamental de les persones que viuen amb VIH/Sida Jacobi et al. (2020). Els atributs discriminants associats a les persones que viuen amb el virus (PVVS¹²) han sigut denominats com *AIDS-related stigma* o estigma relacionat al SIDA (Herek i Glunt, 1988).

1.6.4 Causes i conseqüències

Segons Herek i Glunt, (1988), la noció de la malaltia i la combinació de la condició amb altres estigmes pre-existents juguen un paper fonamental en el procés d'estigmatització del VIH/Sida. Ells exposen les següents causes d'estigmatització:

- És una condició incurable i progressiva
- S'entén que les persones afectades són responsables de la seva condició degut a les pràctiques de risc

¹² Persones que viuen amb VIH/Sida.

- La condició física de les persones en les etapes més avançades del síndrome afecta negativament a la interacció social.



Fig5. Components i procés d'estigmatització. Modificat de Marzán-Rodríguez i Varas-Díaz, (2006).

Pel que fa a les conseqüències psicològiques, comportamentals i en la salut que comporta l'estigma cap a les PVVS (Jacobi et al. 2020), segons Chesney i Smith, (1999), el suport social es pot veure afectat per l'estigma cap al VIH i, com a conseqüència, es pot presentar una vulnerabilitat psicològica que intervé en la salut mental. Estudis com els de Marzán-Rodríguez i Varas-Díaz (2006); Varas-Díaz *et al.* (2013) i Akbari i Safari (2020) coincideixen amb aquesta afirmació. Les actituds negatives resultants de l'estigmatització cap a les persones amb VIH podrien conduir cap a estats depressius, baixa autoestima, ansietat (Chesney i Smith, 1999; Cintrón-Bou *et al.* 2016 i Flores *et al.* 2006) i estrès (Leary i Schreindorfer, 1999), sent els trastorns d'ansietat i depressius, els quadres més freqüents (Ballester, 2005).

2. Objecte d'estudi i Hipòtesis

El principal objectiu del present estudi és analitzar el nivell de coneixements que té la població general sobre la malaltia del VIH/Sida i observar les creences estigmatitzants cap a la mateixa.

Els objectius específics per incidir en els aspectes més importants són:

1. Analitzar si existeix una relació entre la desinformació de la malaltia del VIH/Sida i les creences estigmatitzants, tot relacionant-ho amb les variables sociodemogràfiques d'edat i gènere, amb el fet de conèixer a algú diagnosticat i amb les fonts d'informació sobre salut sexual.

2. Poder veure si les principals fonts d'informació sobre salut tenen relació amb l'ús de protecció en les diferents pràctiques sexuals
3. Conèixer les diferents emocions que relaciona la població general amb la malaltia VIH/Sida i veure si hi ha relació entre les diferents emocions i el nivell d'informació que tenen.

Les hipòtesis referents als objectius anteriors són:

1. Existeix una desinformació cap a la malaltia del VIH/Sida i aquesta fa possible les conductes estigmatitzants i les creences errònies sobre aquesta.
2. La població més jove estan més informades sobre la malaltia i hi ha diferències de gènere.
3. Conèixer a algú amb un diagnòstic de VIH/Sida permet tenir més coneixements sobre la malaltia i menys estigma cap a ella i les persones seropositives.
4. En general hi ha un bon nivell de coneixements sobre els mètodes anticonceptius existents però no sobre els mètodes que protegeixen del VIH.
5. Hi ha diferències de gènere respecte la predisposició a certes conductes, sent el gènere femení el que té més predisposició.
6. Existeix diferència entre el nivell de coneixements i les diferents fonts d'informació sobre salut sexual, tenint més coneixements les persones que reben informació des de l'àmbit sanitari.
7. Les persones que reben informació provinent de comunitats científiques utilitzaran més protecció.
8. Les emocions de caràcter negatiu estan relacionades amb un baix nivell d'informació.

3. Metodologia

3.1 Mostra

Un total de N=150 persones han participat al present estudi. La condició per participar a l'enquesta ha sigut la majoria d'edat. En la Taula 4 es mostren les dades sociodemogràfiques de les participants. N=149 subjectes han acceptat participar a l'estudi i 1 ha respost amb negativa. Pel que fa a l'edat, ha hagut una persona menor de 18 anys, el que deixa a l'estudi amb N=148 participants per poder analitzar les dades corresponents. Un 27,3% de les participants tenien una edat entre 18 i 24 anys, seguit d'un 22% que tenien entre 25 i 31 anys, el 15,3% més de 32 anys, el 14% se situen entre l'edat de 39 a 45 anys, el 10% de 46 a 52 i el 9,3% de 53 a 59 anys. La majoria de les participants (66,7%) tenien un nivell alt d'estudis; això les situa cursant un grau universitari, màsters i doctorats. Pel que fa a la identitat de gènere, el 69,3% de les participants s'identificaven amb cís-gènere femení, seguit d'un 24,7% que s'identificaven amb cís-gènere masculí, el 4% han preferit no fer referència a la seva identitat i el 1,3% no estaven segures de la seva identitat de gènere. Al salari rebut a final de mes han fet referència N=131 participants, ja que l'espai de resposta era opcional, sent el 30,7% entre 1001 i 1500€ rebuts a final de mes, seguit d'un 17,3% que reben entre 500 i 1000€ a final de mes. Pel que fa al país de residència, el 96,7% són a Espanya, seguit d'un 1,3% de França, un 0,7% d'Anglaterra i un 0,7% de Lituània.

Taula 4. Freqüència i percentatge dades sociodemogràfiques

Variable	Freqüència	%
Participació (N=149)		
Sí	149	99,3%
No	1	0,7%
Edat (N=149)		
Menys de 18	1	0,7%
De 18 a 24	41	27,3%
De 25 a 31	33	22%
De 32 a 38	15	10%
De 39 a 45	22	14%
De 46 a 52	14	9,3%
Més de 52	23	15,3%
Nivell d'estudis (N=149)		
Nivell alt	100	66,7%
Nivell mitjà	38	25,3%
Nivell baix	11	7,3%
Gènere (N=149)		
Cisgènere femení	104	69,3%
Cisgènere masculí	37	24,7%
No estic segura	2	1,3%
Prefereixo no contestar	6	4%
Salari (N=131)		
Menys de 500	25	16,7%
Entre 500 i 1000	26	17,3%
Entre 1001 i 1500	46	30,7%
Entre 1501 i 2000	21	14%
Més de 2000	13	8,7%
País residència (N=149)		
Espanya	145	96,7%
França	2	1,3%
Anglaterra	1	0,7%
Lituania	1	0,7%

3.2 Instruments

L'enquesta s'ha dissenyat través del *Google Forms*. Aquesta s'ha realitzat en dos idiomes, català i castellà, i té un total de 46 ítems. L'estructura de l'enquesta es divideix en una presentació inicial informativa, 5 àrees

generals i un acabament on es deixa un espai per opinions personals i/o comentaris.

- La presentació de l'enquesta consta del títol "*Aproximació a l'estigma i la discriminació associats al VIH/Sida*" amb la descripció "*Aquest estudi té com a objectiu l'aproximació a l'estigma i la discriminació presents cap a les persones seropositives. Es pretén donar visibilitat a l'estigmatització de la malaltia amb la intenció d'oferir una nova mirada cap a la mateixa, així com també prendre consciència de la desinformació i les creences errònies respecte al VIH/Sida.*

Les següents preguntes estan relacionades amb els coneixements sobre la malaltia, les possibles conductes i/o pensaments que poden interferir en l'estigmatització de la mateixa, així com també es fa referència a diversos comportaments, pràctiques sexuals, mesures anticonceptives, etc. S'informa que en totes les preguntes considerades de caire personal i/o privat haurà la possibilitat de deixar-les en blanc, si així es desitja.

Dit això, us animo a què col·laboreu a la següent enquesta; la participació és totalment voluntària i anònima. Les dades d'aquest estudi seran recollides i, posteriorment, s'analitzaran estadísticament sempre respectant la confidencialitat i la protecció de les mateixes."

Posteriorment es troba la pregunta que fa referència a la participació d'acord amb les condicions esmentades anteriorment.

- Pel que fa a les 5 àrees posteriors en les que es divideix l'enquesta, en primer lloc, es troben les dades sociodemogràfiques de les participants, sent aquestes l'edat, el nivell d'estudis, la identitat de gènere, la situació laboral (abans de la situació COVID-19), el salari brut rebut a final de mes (abans de la situació COVID-19), el país d'origen i el país de residència.
- En segon lloc, hi ha un seguit de qüestions on es valoren els coneixements generals sobre la malaltia del VIH/Sida, tals com, la definició de la malaltia, les vies de transmissió, la diferència entre VIH i Sida, la cronicitat de la malaltia, les diferents pràctiques de risc, els mètodes anticonceptius i si coneixen alguna persona diagnosticada amb VIH.

- La tercera àrea tracta sobre les creences errònies i els possibles mites sobre la malaltia que fan possible l'estigma d'aquesta, on es pregunta sobre la predisposició amb certes conductes (compartir vàter, plat, mantenir relacions sexuals,...) amb una persona seropositiva, sobre l' àmbit laboral i decisions personals relacionades hipotèticament amb la malaltia.
- A la següent àrea s'agrupen els ítems tipus Likert valorades de gens a molt, on es fa referència a les diferents emocions (alegria, fàstic, fòbia, pena, por i admiració) associades a la malaltia, les diferents emocions (estrès, ansietat, depressió, vergonya, conductes d'aïllament, resiliència, culpa i soledat) relacionades amb l'estigma, el risc d'infecció present en els diferents col·lectius i les diferents fonts d'informació sobre salut sexual per part de les participants.
- I per últim, té cabuda l'àrea de pràctiques sexuals i mètodes anticonceptius utilitzats per les participants de l'enquesta, la freqüència d'ús de protecció o no protecció en les diferents pràctiques sexuals (amb penetració, amb contacte amb secreció vaginal i sexe oral), valorades de sempre a mai amb les opcions de "*no mantinc relacions sexuals*". Val a dir, que en totes les preguntes i àrees considerades de caire personal s'ha donat l'opció de deixar-les en blanc i s'ha informat del tipus de preguntes i condicions al principi de l'enquesta.

Pel que fa al tipus d'ítems, amb el total de 46 ítems, 6 d'aquests són preguntes que fan referència a les dades sociodemogràfiques de les participants, on s'inclouen diverses opcions per seleccionar-ne una i preguntes obertes (com les de país d'origen i de residència), 33 són preguntes que inclouen ítems binaris, tals com *sí* o *no* o *d'acord* i *desacord* i *no ho sé*, altres són amb varies opcions de resposta i una única correcta i d'altres són de selecció múltiple. Les 13 restants són ítems tipus Likert, algunes en escala lineal i d'altres en una quadrícula de diverses opcions.

3.3 Procediment

L'enquesta s'ha adreçat a la població general i s'ha administrat a través de xarxes socials com Whatsapp, Facebook i correu electrònic. Aquesta ha

estat oberta a la participació durant 15 dies, del 20 d'abril al 4 de maig. Les instruccions per la participació ha sigut el següent missatge *"Aquesta és una enquesta d'un estudi realitzat per un Treball de Final de Grau de Psicologia de la Universitat Rovira i Virgili. Aquest estudi i la present enquesta tracta sobre la malaltia del VIH/Sida i l'estigmatització i la discriminació presents cap a la mateixa. S'agraeix la participació per poder realitzar el treball. Aquesta va destinada a la població general, pel que pot ser realitzada per tothom qui vulgui i s'agraeix la difusió d'aquesta. Tota la informació necessària per la resolució de l'enquesta la trobareu en el següent enllaç."*

3.4 Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades de la informació obtinguda mitjançant l'enquesta s'ha dut a terme a través del programa estadístic SPSS. S'ha generat un anàlisi de freqüències de les variables més importants, així com l'anàlisi dels descriptius de les variables més bàsics. S'han utilitzat els estadístics Anova, T-Student, Xi Quadrat i Correlació de Pearson per l'anàlisi de les diferents variables quantitatives i qualitatives.

4. Resultats

Pel que fa als resultats de l'estudi i en referència al primer objectiu plantejat, la taula 5 mostra els estadístics descriptius sobre la mitjana de coneixements que tenen les participants sobre la malaltia segons les preguntes que s'han realitzat a l'enquesta per valorar el nivell de coneixements. Es pot observar que la mitjana de coneixements sobre el VIH segons l'enquesta, sent el valor més baix obtingut un 1 i el valor més alt un 7, és de 5,39 sobre 10. Amb la mitjana de coneixements de les participants sobre la malaltia, s'ha procedit a investigar el primer objectiu sobre la relació entre la desinformació i les creences que fan possible l'estigma amb les diferents variables exposades, mitjançant proves T Student per cada variable que valora les creences estigmatitzants i la mitjana de coneixements. En la taula 6 s'observa cada creença amb la mitjana de coneixements, la desviació típica, i la T Student corresponents, amb la seva significació. S'observa que existeixen diferències estadísticament significatives en la mitjana de coneixements sobre el VIH en funció de si la participant està disposada a compartir el seu plat amb una

persona seropositiva amb una ($p=,006$). Per tant, això corrobora la primera hipòtesis de l'estudi; les persones que sí que compartien plat tenen una mitjana de coneixements més alta. Pel que fa a la variable de si els importaria tenir una companya de feina seropositiva, no hi ha significació estadística, però s'observa que les tres participants que han respost que sí que els importaria, tenen un nivell de coneixements més baix (4,33) en comparació a les que han respost amb negativa (5,45). En quan a mantenir relacions sexuals esporàdiques i estables amb una persona seropositiva, s'observa que les que sí que en mantindrien tenen un nivell de coneixements més alt, tot i que aquestes diferències no són significatives estadísticament. Tot i això, les diferències són majors en la variable relacions sexuals estables que en esporàdiques. Per últim, s'observen diferències estadísticament significatives en la mitjana de coneixements i la disposició a compartir vàter amb una persona seropositiva ($p=,002$), sent la mitjana de coneixements de les persones que sí que compartirien vàter més alta de les que no ho farien.

Taula 5. Estadístics descriptius del nivell de coneixements sobre el VIH/Sida segons l'enquesta

	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació Típica	Variança
Total Coneixements	148	1	7	5,39	1,383	1,912

Taula 6. Estadístics descriptius amb T Student per nivell de coneixements i estigma

		N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	T Student	gl	p
Compartir plat	Sí	99	5,76	1,187	2,809	110	,006
	No	13	4,77	1,235			
Importància companya feina	Sí	3	4,33	1,528	-1,418	139	,158
	No	138	5,45	1,346			
Relacions sexuals esporàdiques	Sí	47	5,45	1,558	,442	119	,659
	No	74	5,34	1,150			
Relacions sexuals estables	Sí	102	5,54	1,318	2,027	124	,045
	No	24	4,92	1,501			
Compartir vàter	Sí	132	5,51	1,334	-3,189	146	,002
	No	16	4,38	1,408			

En quan a la variable que fa referència al risc d'infecció que creuen que tenen els diferents col·lectius indicats al qüestionari, s'ha realitzat una correlació de Pearson per observar la relació lineal entre la mitjana d'informació sobre la malaltia i el risc dels diferents col·lectius percebut (taula 7). S'han obtingut correlacions estadísticament significatives entre el nivell d'informació i el risc d'infecció percebut dels diferents col·lectius, excepte en el cas de les consumidores per via intravenosa i de les persones heterosexuales sense protecció. Predominen les correlacions inverses, és a dir, a més informació, menys risc percebut. L'associació més forta es troba en les persones homosexuals amb protecció i en les persones transgènere amb protecció, ja que, les persones que tenen més informació saben que sense protecció hi ha més risc.

Taula 7. Correlació Pearson coneixements sobre VIH i risc d'infecció percebut en els diferents col·lectius

		Homosexual protecció	Homosexual sense protecció	Heterosexual amb protecció	Heterosexual sense protecció	Transgènere amb protecció	Cisgènere amb protecció	Consum via intravenosa
Coneixements VIH	Correlació Pearson	-,351**	,187*	-,307**	,159	-,299**	-,225**	-,046
	P	,000	,023	,000	,054	,000	,006	,582
	N	148	148	148	148	148	148	148

Pel que fa a les diferents creences estigmatitzants en relació al nivell de coneixements, s'ha realitzat una correlació de Pearson (taula 8), en aquesta s'observa una correlació inversa entre la creença de què una persona promíscua té més probabilitat d'infectar-se que una persona no promíscua i el nivell de coneixements ($p=,003$), és a dir, a més nivell de coneixements menys creença de què les persones promíscues tenen més probabilitats d'infectar-se. També existeix una correlació inversa entre la premissa "si té VIH, s'ho ha buscat" i el nivell de coneixements ($p=,023$), a més informació, menys creença estigmatitzant, en canvi, no hi ha cap relació significativa entre la informació i la creença de què en alguns casos les persones consumidores via intravenosa no poden evitar el seu estat.

Taula 8. Correlació Pearson coneixements sobre VIH i creences estigmatitzants

		Prob. Infecció promíscua	Evitació estat consumidores	"Si té VIH, s'ho ha buscat".
Coneixements VIH	Correlació Pearson	-,239**	-,043	-,186*
	P	,003	,605	,023
	N	148	148	148

Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, s'han analitzat les variables edat i nivell de coneixements a través de l'estadístic Anova sense obtenir diferències significatives entre els grups (taula 9), en quan a la variable identitat de gènere, tampoc s'han obtingut diferències significatives

mitjançant la T Student (taula 10). Tanmateix, s'observa que la mitjana més alta de coneixements se situa en l'edat de 32 a 38 anys i les persones cisgènere femení tenen més nivell de coneixements que les persones cisgènere masculí.

Taula 9. Estadístics descriptius amb Anova per grups d'edat i nivell de coneixements

		N	Mitjana aritmètica	Desviació típica	Anova	gl	p
Entre grups	De 18 a 24 anys	41	5,17	1,395	1,030	5	,402
	De 25 a 31 anys	33	5,33	1,190			
	De 32 a 38 anys	14	5,86	1,748			
	De 39 a 45 anys	22	5,68	1,393			
	De 46 a 52 anys	14	5,00	1,617			
	Més de 52 anys	23	5,57	1,199			

Taula 10. T Student per gènere i coneixements

	N	Mitjana aritmètica	Desviació Típica	T Student	gl	p
Cisgènere Femení	103	5,49	1,335	,823	138	,412
Cisgènere Masculí	37	5,27	1,446	,792	59,438	,432

S'ha analitzat si el fet de conèixer a algú diagnosticat de VIH/Sida té algun efecte sobre el nivell de coneixements. En la taula 11 s'observa una diferència en les mitjanes d'acord amb la T Student, essent superior la de

les persones que sí que coneixen a algú. Les persones que coneixen a algú diagnosticat de VIH/Sida, tenen més nivell de coneixements que les que no ($p=,003$). En canvi, la proximitat que tinguin les participants amb la persona que coneguin (família, amiat, coneguda, ...) no té diferències estadísticament significatives en el nivell de coneixements obtinguts. Per veure la relació entre el fet de conèixer a algú i les creences estigmatitzants, s'ha utilitzat l'estadístic Xi Quadrat (taula 12), observant-se, només, una correlació estadísticament significativa entre el fet de conèixer a algú i la predisposició a mantenir relacions sexuals esporàdiques amb una persona seropositiva. Les persones que no coneixen a ningú diagnosticat de VIH tenen més tendència a dir que no a les relacions sexuals esporàdiques amb persones seropositives, tanmateix, tot i no ser significatiu, s'observa una diferència entre les variables relacions sexuals esporàdiques i estables, sent aquestes últimes més preferents generalment que les esporàdiques.

Taula 11. Prova T Student per les variables conèixer a algú i nivell de coneixements

	Conèixer a algú amb VIH	N	Mitjana aritmètica	Desviació Típica	T Student	gl	p
Total Coneixements	Sí	36	5,97	1,230	-3,008	146	0,003
	No	112	5,20	1,381			

Taula 12. Xi Quadat per les variables conèixer a algú i creences estigmatitzants

		Conèixer algú amb VIH		Xi quadrat	gl	P
		Sí	No			
Compartir plat	Sí	30	69	1,253	1	,263
	No	2	11			
Importància companya feina	Sí	2	1	2,876	1	,090
	No	33	105			
Relacions sexuals esporàdiques	Sí	20	27	9,047	1	,003
	No	13	61			
Relacions sexuals estables	Sí	29	73	,114	1	,806
	No	6	18			
Compartir vàter	Sí	33	99	,303	1	,762
	No	3	13			

La taula 13 mostra els estadístics descriptius sobre els coneixements sobre els diferents mètodes anticonceptius, essent el preservatiu masculí el més conegut, seguit de la pastilla anticonceptiva i pel que fa a l'objectiu i la taula 14 ens indica els coneixements sobre els diferents mètodes anticonceptius que protegeixen del VIH/Sida, essent la puntuació més alta pel preservatiu masculí (93,3%), seguida del preservatiu femení (60%), i algunes participants han indicat el diafragma (1,3%), la pastilla anticonceptiva (0,7%), el DIU (0,7%) i l'anell vaginal (2%) com a barreres protectores del VIH.

Taula 13. Estadístics descriptius coneixements mètodes anticonceptius

	N	Mitjana aritmètica	Desviació Típica
Preservatiu Femení	147	0,35	0,478
Preservatiu Masculí	148	0,57	0,496
Diafragma	17	0,16	0,371
Pastilla	148	0,56	0,498
Anticonceptiva			
Anell Vaginal	148	0,36	0,483
DIU	146	0,48	0,501
Pegat Contraceptiu	146	0,26	0,440
Cap	145	0,43	0,496
Totes	145	0,01	0,083

Taula 14. Estadístics descriptius mètodes de protecció VIH/Sida

	N	Mitjana aritmètica	Desviació Típica
Preservatiu Femení	146	0,62	0,488
Preservatiu Masculí	146	0,95	0,199
Diafragma	146	,01	,117
Pastilla	146	,01	,083
Anticonceptiva			
Anell Vaginal	146	,02	,142
DIU	146	,01	,083
Pegat Contraceptiu	146	,00	,000
Totes	146	,01	,083

En relació a la predisposició de les participants a mantenir relacions sexuals esporàdiques i/o estables amb una persona seropositiva i la identitat de gènere d'aquestes, s'ha utilitzat l'estadístic Xi Quadrat per veure si hi ha correlació entre les dues variables i, com mostra la taula 15, no hi ha diferències de gènere significatives.

Taula 15. Xi Quadrat per les variables gènere i mantenir relacions sexuals amb persona seropositiva

	Rel. Sexuals esporàdiques		Rel. Sexuals estables		Xi quadrat	gl	P
	Sí	No	Sí	No			
Cisgènere Femení	27	54	73	12	2,816	1	,093
Cisgènere Masculí	17	17	26	9	2,309	1	,129

Respecte les fonts d'informació sobre salut sexual, s'ha utilitzat l'estadístic de correlació de Pearson per veure la relació lineal entre aquestes i el nivell de coneixements de les participants segons l'enquesta. En la taula 16 es mostren els estadístics descriptius i la correlació corresponent, sent la font d'informació més utilitzada per interès propi (internet i xarxes socials), seguida de les amistats i la menys utilitzada la família. També s'observa una relació directa entre el total de coneixements sobre la malaltia i rebre la informació a través de l'àmbit sanitari ($r_{xy}=0,217^{**}; p<0,1$), tot i això, la relació és força baixa. Pel que fa a l'àmbit educatiu, també hi ha una relació directa entre el nivell de coneixements i aquest ($r_{xy}=0,228^{**}; p<0,1$). No s'observen relacions entre obtenir informació per part de la família i/o amistats i el nivell de coneixements de les participants, en canvi, hi ha una correlació estadísticament significativa entre rebre informació a través d'Internet o xarxes socials i el nivell de coneixements ($r_{xy}=0,258^{**}; p<0,1$).

Taula 16. Estadístics descriptius i Correlació Pearson fonts d'informació salut sexual i coneixements sobre VIH.

		Àmbit Sanitari	Àmbit educatiu	Família	Amistats	Interès propi
	N	148	148	148	148	148
Coneixements VIH	Mitjana Aritmètica	2,47	2,77	2,32	2,99	3,74
	Desviació Típica	1,226	1,125	1,132	1,146	1,004
	Correlació Pearson	,217**	,228**	,067	,135	,258**
	p	,008	,005	,416	,102	,002

La taula 17 mostra la freqüència de l'ús de protecció de mètode barrera (preservatiu femení i/o masculí) en les diferents practiques sexuals de les participants. S'observa que el 32,7% de les participants, han mantingut relacions sexuals sense protecció en els últims tres mesos. En quan a la pràctica sexual amb penetració, un 26,7% indica no utilitzar protecció mai, en canvi, un 24,7% indica utilitzar-ne sempre. En les relacions sexuals amb contacte amb secreció vaginal, el 25,3% no utilitzen protecció i un 13,3% indica utilitzar-ne sempre. Per últim, en la pràctica de sexe oral, el 68,7% de les participants indiquen no utilitzar protecció. Pel que fa al segon objectiu, en la taula 18 es presenten les correlacions corresponents a l'ús de protecció i les fonts d'informació sobre salut sexual. S'observa una correlació inversa significativa en la variable obtenir informació sobre salut sexual a través d'amistats i utilitzar protecció en les relacions sexuals amb penetració, és a dir, segons la significació ($r_{xy} = -,201^*$), les persones que reben informació sobre salut sexual a través d'amistats no utilitzen protecció en la pràctica sexual amb penetració.

Taula 17. Estadístics descriptius ús protecció relacions sexuals

		N	Freqüència	%
Protecció últims 3 mesos	Sempre	118	49	32,7%
	Gairebé sempre		11	7,3%
	A Vegades		12	8,0%
	Poques vegades		14	9,3%
	Mai		32	21,3%
Protecció relacions sexuals penetració	Sempre	137	37	24,7%
	Gairebé sempre		33	22,0%
	A Vegades		13	8,7%
	Poques vegades		14	9,3%
	Mai		40	26,7%
Protecció relacions sexuals secreció vaginal	Sempre	85	20	13,3%
	Gairebé sempre		13	8,7%
	A Vegades		7	4,7%
	Poques vegades		7	4,7%
	Mai		38	25,3%
Protecció sexe oral	Sempre	130	4	2,7%
	Gairebé sempre		4	2,7%
	A Vegades		7	4,7%
	Poques vegades		12	8,0%
	Mai		103	68,7%

Taula 18. Correlació Pearson font d'informació salut sexual i ús de protecció pràctiques sexuals

		Protecció Rel. Sexuals penetració	Protecció rel. sexuals secreció vaginal	Protecció pràctica sexe oral
Àmbit sanitari	Correlació de Pearson	,116	,180	,137
	p	,177	,099	,121
	N	137	85	130
Àmbit educatiu	Correlació de Pearson	-,059	,005	,067
	p	,497	,961	,448
	N	137	85	130
Família	Correlació de Pearson	-,043	-,078	,023
	p	,615	,476	,792
	N	137	85	130
Amistats	Correlació de Pearson	-,201*	-,113	-,098
	p	,018	,303	,267
	N	137	85	130
Interés propi (Internet, xarxes socials,...)	Correlació de Pearson	,003	,022	-,010
	p	,971	,839	,906
	N	137	85	130

Per conèixer les diferents emocions que relaciona la població amb la malaltia del VIH/Sida, s'han utilitzat els estadístics descriptius de mitjana aritmètica i desviació típica (taula 19), i s'observa que amb un mínim de 1 i un màxim de 5 de puntuació, la emoció que més senten és la de pena, seguida de por, admiració, fòbia, fàstic i, per últim, l'alegria. Per veure si hi ha diferències entre aquestes emocions i el nivell d'informació que tenen segons l'enquesta (tercer objectiu), s'ha utilitzat la Correlació de Pearson (taula 20). S'observa una correlació directa molt baixa ($r_{xy} = ,166^*$) entre sentir admiració davant una persona amb VIH i el nivell de coneixements.

És a dir, quan més coneixements es té sobre la malaltia, més admiració se sent.

Taula 19. Descriptius emocions VIH

	N	Mínim	Màxim	Mitjana aritmètica	Desviació Típica
Alegria	148	1	5	1,74	,963
Fàstic	148	1	5	1,80	1,060
Fòbia	148	1	5	2,16	1,159
Pena	148	1	5	3,02	1,059
Por	148	1	5	2,80	1,182
Admiració	148	1	5	2,50	1,291

Taula 20. Correlació Pearson emocions i coneixements VIH

		Alegria	Fàstic	Fòbia	Pena	Por	Admiració
Nivell coneixements VIH	Correlació de Pearson	,065	-,129	-,046	-,066	-,112	,166*
	P	,436	,118	,578	,427	,177	,044
	N	148	148	148	148	148	148

Per últim, en la taula 21 es mostren els estadístics descriptius sobre les emocions que la població general creu que senten les persones diagnosticades amb VIH. Sent les que més l'ansietat i la vergonya amb una $\bar{X}$ de 4,01, seguides de la depressió amb una $\bar{X}$ =3,92, estrès $\bar{X}$ = 3,86, conductes d'aïllament amb $\bar{X}$ =3,78, soledat $\bar{X}$ = 3,68, culpa amb $\bar{X}$ =3,62 i per últim resiliència amb $\bar{X}$ =3,39.

Taula 21. Estadístics descriptius emocions que creuen que sent una persona amb estigma

	N	Mínim	Máxim	Mitjana Aritmètica	Desviació Típica
Estrés	148	1	5	3,86	,791
Ansietat	148	1	5	4,01	,812
Depressió	148	1	5	3,92	,861
Vergonya	148	1	5	4,01	,948
Conductes d'aïllament	148	1	5	3,78	,864
Resiliència	148	1	5	3,39	,987
Culpa	148	1	5	3,62	,999
Soledat	148	1	5	3,68	,935

5. Conclusions i Discussió

En l'estudi es demostra la presència d'una desinformació general sobre els aspectes bàsics de la malaltia, tals com les diferents vies de transmissió, els mètodes anticonceptius que protegeixen del virus i la diferència entre VIH i SIDA, entre altres. Mitjançant el present estudi, es corrobora que la falta de coneixements sobre la malaltia, afavoreixen i donen lloc a creences errònies i processos estigmatitzants cap a la mateixa, tal i com suggereix Thornicroft *et al.* (2007), l'estigmatització és un procés resultant d'un inadequat o insuficient coneixement sobre alguna cosa. Com per exemple, la disposició a compartir el plat i/o el vàter amb una persona seropositiva. S'afirma, també, que la creença de què un col·lectiu o un tret específic tenen més o menys risc d'infecció que un altre, és errònia i forma part de l'estigma pròpiament dit; l'estudi demostra que, en general, quan més informada s'està sobre la malaltia, aquesta creença disminueix, tot sabent que el risc d'infecció no depèn d'un col·lectiu concret, sinó de les pràctiques de risc i la prevenció de les mateixes. Per exemple, la creença de què una persona

promíscua té més possibilitats d'infectar-se que una persona no promíscua, és errònia; com bé afirmen Calderón i Toro, (2011), en la via sexual els factors que influeixen en la transmissió del virus són l'efectivitat o ineffectivitat de la persona portadora, la susceptibilitat de la persona no seropositiva, la conducta sexual, els factors del propi virus i el tractament, en cap moment es parla d'alguna característica específica de la persona, això també coincideix amb l'estudi de Hudgens *et al.* (2002), en el qual s'afirma que no té res a veure en si la persona és promíscua o no, o manté sexe esporàdic o no, sinó que la freqüència de risc ve associada amb les mesures preventives necessàries, a més a més, com bé afirmen Rodger *et al.* (2019), el risc de transmissió per la pràctica sexual és zero quan la càrrega viral és indetectable. De totes maneres, s'ha observat a través de l'enquesta, una tendència a puntuar un risc més alt d'infecció cap a les persones consumidores per via intravenosa, tot i que això no s'ha pogut demostrar a través d'aquest estudi, pot ser que aquest risc percebut sigui degut a que la supervivència de les persones amb addiccions diagnosticades de VIH és menor (Hogg *et al.* 2008) i, això, pot ser causat per l'estil de vida, la pobresa, l'exclusió i, fins i tot, l'estigma. D'altra banda, Akbari i Safari, (2020), fan referència a la forta relació entre l'estigma i els estereotips, i aquesta relació també la reflecteixen els autors Herek i Glunt, (1988), quan afirmen que la noció de la malaltia i la combinació d'altres estigmes pre-existents, en aquest cas, el tipus de col·lectiu, juguen un paper fonamental en el procés d'estigmatització del VIH/Sida. En quan a l'absència de diferències d'edat o gènere en la informació sobre la malaltia pot donar a pensar que el VIH no és suficientment visible davant la població general i no hi ha informació suficient sobre aquest, ja que, independentment de l'edat i el gènere, en la societat aquesta malaltia segueix sent un tabú. D'altra banda, s'afirma la tercera hipòtesis de l'estudi, tot demostrant que les persones que tenen alguna relació amb una persona seropositiva tenen més informació sobre la malaltia i, per tant, menys estigma cap a la mateixa. D'aquesta manera, podem reflexionar sobre l'educació de la malaltia, no només en l'àmbit de les relacions interpersonals i la proximitat d'aquestes, sinó de manera àmplia i multidimensional, fent una crida a la importància de la qualitat d'informació sobre aspectes importants d'una malaltia, tant per les persones diagnosticades com per la

societat en general, posant èmfasi a la població més jove perquè sigui conscient de les pràctiques de risc i les seves conseqüències. Pel que a fa a les diferents pràctiques sexuals amb persones seropositives, el risc de transmissió és independent del tipus de pràctica sexual (esporàdica i/o estable), la importància la tenen els coneixements sobre les vies de transmissió i els mètodes anticonceptius de barrera, mostrant-se en el present estudi que les persones que no coneixen a ningú diagnosticat de VIH i, per tant, tenen menys informació sobre la malaltia, presenten una tendència més elevada a mostrar una negativa en les pràctiques sexuals esporàdiques, però no a les estables. Tanmateix, segueixen havent més mètodes anticonceptius per gènere femení que per gènere masculí, però, tot i així, hi ha més informació sobre el preservatiu masculí que sobre els altres mètodes anticonceptius femenins, però dins d'aquests, hi ha més coneixements sobre la pastilla anticonceptiva femenina que sobre el preservatiu femení, tot i que aquest últim és un mètode de barrera pel contagi del virus i la majoria de les participants ho saben, per tant, es podria reflexionar sobre el fet d'anteposar el plaer o les necessitats sexuals a la salut sexual i investigar sobre la informació i educació en salut sexual present en la societat, aquestes dades coincideixen amb l'estudi de Piña i Robles, (2005), en el qual s'afirma que l'ús de preservatiu, actualment, és per mesures anticonceptives i no per la prevenció d'una infecció sexual com la del VIH. D'altra banda, en el present estudi es demostra que la principal font d'informació sobre salut sexual entre les participants és Internet o xarxes socials, tanmateix, segons l'estudi, les participants que obtenen informació des d'aquest àmbit mostren un alt nivell de coneixements sobre la malaltia segons l'enquesta presentada. L'àmbit on menys han rebut informació sobre salut sexual les participants és la família, tot demostrant que la sexualitat i tot el que aquesta comporta, segueixen sent un tema tabú en la nostra societat i en les relacions familiars i això, pot alimentar a l'estigma de la malaltia, ja que, com fan referència Herek i Glunt, (1988), aquesta no només és una malaltia incurable i progressiva fins al moment, sinó que també comporta que les pràctiques de risc siguin, majoritàriament, les sexuals, tema que també segueix sent un tabú en la societat actual, i, a més a més, la condició física de les persones en les etapes més avançades del síndrome provoca una afectació negativa en la interacció social, que

com bé diu Goffman, (1968), un tipus d'estigma té a veure amb l'aparença física de la persona. També es demostra que si la informació prové de l'àmbit sanitari i/o educatiu, el nivell de coneixements és més alt tot i ser, aquests, mínimament utilitzats per part de les participants. La majoria de les participants que han mantingut relacions sexuals en els últims tres mesos ho han fet sense mètode anticonceptiu de barrera (preservatiu femení i/o masculí) i moltes d'aquestes han accentuat que el motiu d'això era la condició de la seva relació sentimental (parella estable, casada i/o exclusiva), la intenció d'embaràs, i l'esterilització i/o els implants hormonals. Per tant, aquestes dades coincideixen amb l'afirmació anterior sobre l'anteposició de les mesures anticonceptives davant la prevenció d'una malaltia de transmissió sexual. I pel que fa a les pràctiques de sexe oral, la majoria de participants no utilitzen protecció. No es pot concloure a través d'aquest estudi que això sigui degut a una falta d'informació sobre les vies de transmissió, però pot ser un bon indicatiu per investigar sobre el tema. Tanmateix, sí que es conclou que les persones que s'informen sobre salut sexual a través d'amistats, no utilitzen protecció a la pràctica sexual amb penetració, és a dir, la font d'informació influeix en l'ús de mètodes de barrera en les diferents pràctiques sexuals. Pel que fa a l'extens i complex àmbit de les emocions, la pena és l'emoció que més es desperta davant la malaltia del VIH en les participants del present estudi, i la que menys, per contrapartida, l'alegria. En la nostra cultura, una malaltia denota sofriment, dolor, pèrdua i, generalment, negativitat. Un diagnòstic pot ser difícil d'afrontar, i si, a més a més, li sumes que la visió general del voltant és negativa, això pot donar lloc a una conducta negativa per una mateixa davant la malaltia, i a més a més, pot contribuir a fer possible processos estigmatitzants inconscients. Tot i això, hi ha graus de diferència entre l'emoció de pena i les emocions de por, fòbia i fàstic (per ordre de puntuació entre les participants), aquestes últimes denoten un tipus de rebuig que cap persona d'aquest món, malalta o no malalta, hauria de rebre per part de la societat i tot i així, actualment, segueixen presents. D'altra banda, l'estudi demostra que sentir admiració davant la malaltia del VIH té una correlació directa en la informació del VIH per part de la participant. A més sa més, s'ha pogut observar mitjançant l'estudi que les emocions que la població general creu que sent una persona que pateix estigma són,

majoritàriament, l'ansietat, la vergonya, la depressió i l'estrès, curiosament, això coincideix amb diferents estudis (Chesney i Smith, 1999; Cinrón-Bou *et al.* 2016, Flores *et al.* 2006, Leary i Schreindorfer, 1998 i Ballester, 2005), en els quals s'afirma que les actituds negatives resultants de l'estigmatització cap a les persones amb VIH podrien conduir cap a estats depressius, baixa autoestima, ansietat i estrès, sent els trastorns d'ansietat i depressius, els quadres més freqüents. Per últim, i pel que fa a la prevenció i canvi de mirada cap a la malaltia, és important desaprendre i reeducar en el marc de les malalties i, sobretot, en les malalties de transmissió sexual com és el VIH. Des d'aquí es fa una crida al desenvolupament de programes de prevenció destinats a la població general per donar consciència sobre la problemàtica i poder actuar adequadament, ja que, com bé diuen Piña i Robles, (2005), el coneixement sobre les diferents conductes de les persones i les circumstàncies en les quals realitzen aquestes conductes, són el punt de partida per derivar programes estratègics de prevenció de noves infeccions per VIH. Per reduir el risc de contagi, hem d'estar molt ben informades sobre les vies de transmissió, i no només depenen de nosaltres les accions, sinó de la desinformació, el sistema sanitari, l'educatiu, el polític i el farmacèutic. S'ha de posar a l'abast de tothom la prevenció, no només de certs grups, de ser així, la cadena seria continua i infinita. Coincidint amb Varas-Díaz *et al.* (2013), els quals afirmen que la salut sexual i les eines psicològiques són imprescindibles per comprendre els factors que influeixen en els comportaments i les conseqüències d'aquests.

6. Limitacions de l'estudi

Pel que fa a les limitacions del present estudi, cal remarcar que la situació excepcional que estem vivint ja ha sigut tot un repte i una limitació pel bon desenvolupament d'aquesta investigació. L'estudi que, inicialment es volia dur a terme no s'ha pogut realitzar degut al confinament i les conseqüències d'aquest, pel que els objectius inicials de l'estudi que eren demostrar com se sent una persona diagnosticada de VIH/Sida que pateix estigma en primera línia, no s'han pogut dur a terme ja que el col·lectiu del qual es parla, normalment, té pocs recursos i no s'ha pogut procedir a realitzar entrevistes telemàtiques. Llevat d'això, la via per la qual s'ha obtingut la

informació, com es l'enquesta a través del Google Forms, ha sigut una limitació pel present estudi, ja que no s'obté la informació ni la qualitat d'aquesta necessàries pel bon desenvolupament del treball, com s'obtindrien, per exemple, si es realitzés a través d'alguna entrevista o intervenció presencials. D'altra banda, la mostra de participants ha sigut petita perquè surtin dades estadísticament significatives, en general. I, a més a més, les dades poden estar esbiaixades, ja que les participants formen part del cercle social del què formo part.

7. Referències

- Akbari, H., & Safari, S. (2020). Conditions of experienced stigma in people living with HIV in Iran: a qualitative comparative analysis. *Sociology of Health and Illness*, XX(Xx), 1–17. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13077>
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la Psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53–69. <https://doi.org/10.5944/rppc.10.1.3989>
- Bragança, M., & Palha, A. (2011). Trastornos neurocognitivos asociados con la infección por el VIH. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(6), 374–383.
- Brouwers, E. P. M. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: Position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Calderón, G. J. L. & Toro, Z. D. H. (2011) HIV/AIDS transmission dynamics modeling and preventive control. *Revista de Educación Matemática*, 1(3).
- 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. <https://doi.org/10.1177/00027649921954822>
- Cintrón-Bou, F., Varas-Díaz, N., Marzán-Rodríguez, M. & Neilands, B. T. (2016). Experiences related to an intervention to reduce stigma related to

HIV/AIDS among medical students in puerto rico. HHS Public Access. *Interam J Psychol.* 50(1). 137-148.

Connor, M. E., Sperling, S. R., Gelber, R., Kiselev, P., Scott, G., O'Sullivan, J. M., VanDyke, R., Bey, M., Shearer, W., Jacobson, L. R., Jimenez, E., O'Neil, E., Bazin, B., Delfraissy, J-F., Culnane, M., Coombs, R., Elkins, M., Moye, J., Stratton, P. & Balsley, J. (1994). Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *The New England Journal of Medicine*, 330(3), 153–158.

Cortés, V., & Santos, J. L. (2019). Clinical presentation and treatment of primary lipodystrophies. *Revista Medica de Chile*, 147(11), 1449–1457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019001101449>

Davari, M., Giwa, H. B., Nabizade, A., Taheri, F., & Giwa, A. (2020). Antiretroviral therapy and the risk of sexual transmission of HIV: a systematic review and meta-analysis. *HIV Medicine*, (January 2008), 1–9. <https://doi.org/10.1111/hiv.12841>

Díez, M., Oliva, J., Sánchez, F., Vives, N., Cevallos, C., & Izquierdo, A. (2012). Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.023>

Farago, D., Triantafilo, J., Martí, M., Perry, N., Quiñones, P., & Di Silvestre, C. (2018). VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(1), 21. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51017>

Finkelstein, J. L., Gala, P., Rochford, R., Glesby, M. J., & Mehta, S. (2015). HIV/AIDS and lipodystrophy: Implications for clinical management in resource-limited settings. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1). <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19033>

Fitzgerald-Husek, A., Van Wert, M. J., Ewing, W. F., Grosso, A. L., Holland, C. E., Katterl, R., Rosman, L., Agarwal, A., & Baral, S. D. (2017). Measuring stigma affecting sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM):

A systematic review. *PLoS ONE*, 12(11), 1–21.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188393>

Flores, E., Borda, M., & San Gregorio, P. A. (2006). Sida y Exclusión Social: Alteraciones Emocionales. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(1). 37-49.

Frutos, C., Aquino, N., Amado, D., Ferreira, M., & Díaz Reissner, C. (2016). Quality of Life in Patient with HIV in the Medical Clinic, Central Hospital-Institute of Social Welfare Paraguay-2015. *Revista Del Instituto de Medicina Tropical*, 11(1), 10–21. <https://doi.org/10.18004/imt/201611110-21>

Goffman, E. (1968). Estigma. La identidad deteriorada. *Amorrortu editores*.

Harrell, S. P. (2000). A multidimensional conceptualization of racism-related stress: Implications for the well-being of people of color. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 42–57. <https://doi.org/10.1037/h0087722>

Herek, G. M., & Glunt, E. K. (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologist*, 43(11), 886-891.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.11.886>

Herek, G. M.; Glunt, E. K. An epidemic of stigma (1988). *Public reactions to AIDS. American Psychologist*;43:886–891. [PubMed: 3063145]

Hogg, R., Lima, V., Sterne, A. C. J., Grabar, S., Battegay, M., Bonarek, M., Monforte, D. A., Esteve, A., Gill, J. M., Harris, R., Justice, A., Hayden, A., Lampe, F., Mocroft, A., Mugavero, J. M., Staszewsky, S., Wasmuth, J-C., Sighem, A., Kitahata, M., ... May, M. (2008). Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *The Lancet*, 372(9635), 293–299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61113-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61113-7)

Hoyos-Hernández, A. P., Mazo, S. P. J., Pineda, O.T. L., Gallego, V. L. A., Ceballos, G. M. & Muñoz, O. T. (2019). Social representations associated with HIV/AIDS in Colombian university students. *Saude e Sociedade*. 28(2), 227-238.

Hudgens, M. G., Longini, I. M., Vanichseni, S., Hu, D. J., Kitayaporn, D., Mock, P. A., Halloran, M. E., Satten, G. A., Choopanya, K., & Mastro, T. D. (2002). Subtype-specific transmission probabilities for human immunodeficiency virus type 1 among injecting drug users in Bangkok, Thailand. *American Journal of Epidemiology*, 155(2), 159–168. <https://doi.org/10.1093/aje/155.2.159>

Jaclyn M. White Hughto, M., Sari L. Reisner, ScD, A., & John E. Pachankis, P. (2016). Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions. *Social Science and Medicine*, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.

Jacobi, C. A., Atanga, P. N., Bin, L. K., Fru, A. J. C., Eppel, G., Mbome, V. N., Etonde, H. E. M., Bogner, J. R., & Malfertheiner, P. (2020). “My Friend with HIV Remains a Friend”: HIV/AIDS Stigma Reduction through Education in Secondary Schools—A Pilot Project in Buea, Cameroon. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 19, 1–7. <https://doi.org/10.1177/2325958219900713>

John, G. C., & Kreiss, J. (1996). Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Epidemiologic Reviews*, 18(2), 149–157. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a017922>

Lagathu, C., Béréziat, V., Gorwood, J., Fellahi, S., Bastard, J. P., Vigouroux, C., Boccara, F., & Capeau, J. (2019). Metabolic complications affecting adipose tissue, lipid and glucose metabolism associated with HIV antiretroviral treatment. *Expert Opinion on Drug Safety*, 18(9), 829–840. <https://doi.org/10.1080/14740338.2019.1644317>

Leary, M., & Schreindorfer, L. (1999). The stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing salt in the wound. In V. Derlega & A. Barber (Eds.) *HIV and social interaction*. 12-29

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Onceptualizing tigma. *Annu. Rev. Sociol*, 27(Lewis 1998), 363–385.

Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393–421.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>

Maponga, G. T., McNaughton, L.A., Van Schalkwyk, M., Hugo, S., Nwankwo, C., Taljaard, J., Mokaya, J., Smith, A.D., Vuuren, C., Goedhals, D., Gabriel, S., Andersson, I. M., Preiser, W., Rensburg, C. & Matthews, C. P. (2020). Treatment advantage in HBV/HIV coinfection compared to HBV monoinfection in a South African cohort. *Journal of Infection*, 4 (6).
<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.037>

Maravilla, C. E. i Jiménez, V. A. (2004). El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 130-133.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200003&lng=es&tlng=es.

Marzán-Rodríguez, M. & Varas-Díaz, N. (2006). Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/Sida. *Forum Qual Soc Res*.7(4)..

Merton, K. R. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.

Miranda Gómez, O., & Nápoles Pérez, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3–4), 63–72.

Morales, S. C., Montoya, A. L., Ruíz, M. J. M. & Sánchez, C. R. M. (2019). Profesionales para la promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo en México. *Inebria Latina*. 5(2).

Morone, A. J. (1997). Enemies of the People: The Moral Dimension to Public Health. *J Health Polit Policy Law*. 22(4): 993-1020.
<https://doi.org/10.1215/03616878-22-4-993>

ONUSIDA (2018).

Patel, P., Borkowf, B. C., Brooks, T. J., Lasry, A., Lansky, A. & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. HHS Public Access. *Psychology & Behaviour*, 176(1). 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>

Pérez, R. G., Reyes, R. G., Villanueva, L. V., Torres, T. J. G., Díaz, B. E., Varas-Díaz, N. & Villaruel, A. (2016). Estigma Y Vih / Sida Entre Padres / Madres Y Adolescentes Puertorriqueños. *Revista Puertorriquena de Psicología*, 27(1), 134-145.

Piña, A. J & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base a un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 10(1). 71-83.

Pino-Melgarejo, M., & Omar-Martínez, E. (2014). Cognición y VIH. Algunas consideraciones. *Santiago*, 0(135), 664-674. Retrieved from <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/55/51>

Porto-Espinoza, L., Moronta, R., Cuadra-Sánchez, C., Callejas-Valero, D., Costa-León, L., Monsalve-Castillo, F., ... Estévez, J. (2008). Carga viral en pacientes pediátricos VIH positivos con terapia antirretroviral. *Revista Medica de Chile*, 136(8), 1021-1026. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872008000800009>

Puro, V., Carli, G., Scognamiglio, P., Porcasi, R., & Ippolito, G. (2001). Risk of HIV and Other Blood-Borne Infections in the Cardiac Setting. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 946(1), 291-309. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb03918.x>

Quarleri, J., Kijak, G. & Salomón, H. (2014). Virus de la Inmunodeficiencia Humana Tipo 1 (HIV-), 1.

Ray, M., Logan, R., Sterne, A. C. J., Hernández-Díaz, S., Robins, M. J., Sabin, C., Bansil, L., Sighem, A., Wolf, F., Costagliola, D., Lanoy, E., Bucher, C. H., Wyl, V., Esteve, A., Casabona, J., Amo, J., Moreno, S., Justice, A., Goulet, ... Herán, A. M. The HIV-CAUSAL Collaboration. (2010). The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected

individuals. *Aids*, 24(1), 123–137.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283324283>.

Rodger, A. J., Cambiano, V., Phillips, A. N., Bruun, T., Raben, D., Lundgren, J., ... Janeiro, N. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393(10189), 2428–2438.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupil's Intellectual Development*.

Salas, A. L. (2007). Infección por virus de la inmunodeficiencia humana y gestación. *Progresos En Obstetricia y Ginecologia*, 50(8), 508–518.
[https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73221-1](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73221-1)

Sánchez-Yáñez, J. M., & Leal Lozano, L. (2020). El Sida: la pandemia más devastadora de la historia. *Revista de Divulgación Científica de La Secretaria de Difusión Cultura y Extensión Universitaria Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo, Morelia, Mich, México*.
https://www.researchgate.net/publication/340262450_El_Sida_la_pandemia_mas_devastadora_de_la_historia

Sarıgül, F., Sayan, M., İnan, D., Deveci, A., Ceran, N., Çelen, M. K., ... Büyüktuna, S. A. (2019). Current status of HIV/AIDS-syphilis co-infections: A retrospective multicentre study. *Central European Journal of Public Health*, 27(3), 223–228. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5467>

Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. (2011). Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD003510.

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.797>

Thornicroft G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 3, 190:192.

TodoSida, (2019).

Varas-Díaz, N., Neilands, B. T., Cintrón-Bou, F., Marzán-Rodríguez, M., Santos-Figueroa, A., Santiago-Negrón, S., Marques, D. & Rodríguez-Madera, S. (2013). 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(2).

6. Annexos

Aproximació a l'estigma i la discriminació associats al VIH/Sida

Enquesta d'un estudi realitzat per un Treball de Final de Grau de Psicologia de la Universitat Rovira i Virgili.

1. Idioma de l'enquesta

- a. Català
- b. Castellà

Aquest estudi té com a objectiu l'aproximació a l'estigma i la discriminació presents cap a les persones seropositives. Es pretén donar visibilitat a l'estigmatització de la malaltia amb la intenció d'oferir una nova mirada cap a la mateixa, així com també prendre consciència de la desinformació i les creences errònies respecte al VIH/Sida.

Les següents preguntes estan relacionades amb els coneixements sobre la malaltia, les possibles conductes i/o pensaments que poden interferir en l'estigmatització de la mateixa, així com també es fa referència a diversos comportaments, pràctiques sexuals, mesures anticonceptives, etc. S'informa que en totes les preguntes considerades de caire personal i/o privat haurà la possibilitat de deixar-les en blanc, si així es desitja.

Dit això, us animo a què col·laboreu a la següent enquesta; la participació és totalment voluntària i anònima. Les dades d'aquest estudi seran recollides i, posteriorment, s'analitzaran estadísticament sempre respectant la confidencialitat i la protecció de les mateixes.

2. Accepta participar en aquest estudi d'acord amb les condicions esmentades anteriorment?

- a. Sí
- b. No

Dades sociodemogràfiques

3. Edat

- a. Menys de 18 anys
- b. De 18 anys a 24 anys
- c. De 25 anys a 31 anys
- d. De 32 anys a 38 anys
- e. De 39 anys a 45 anys
- f. De 46 anys a 52 anys
- g. Més de 52 anys

4. Nivell d'estudis actuals

En cas de no estar estudiant actualment, indicar nivell d'estudis finalitzats.

- a. Sense estudis
- b. Educació Secundària Obligatòria (ESO)
- c. Batxillerat
- d. Formació professional Cicle Mitjà
- e. Formació professional Cicle Superior
- f. Grau Universitari
- g. Màster Universitari
- h. Doctorat
- i. Altres:

5. Identitat de gènere

Cisgènere: individus que s'identifiquen amb el gènere amb què han nascut. Transgènere: individus que s'identifiquen amb un gènere diferent de l'assignat al néixer. No binari: individus que la seva identitat de gènere no és únicament binària (femenina o masculina).

- a. Cisgènere Femení
 - b. Cisgènere Masculí
 - c. Transgènere Femení
 - d. Transgènere Masculí
 - e. No binari
 - f. No estic segura
 - g. Prefereixo no fer referència a la meva identitat de gènere
 - h. Altres
6. Situació laboral abans de la situació COVID-19
- a. Treballo
 - b. Estic a l'atur
 - c. Estudianta
 - d. Estudio i treballo
 - e. Jubilada
 - f. Altres
7. Salari brut rebut a final de mes abans de la situació COVID-19
- a. Menys de 500 €/mes
 - b. De 500 a 1000 €/mes
 - c. De 1001 a 1500€/mes
 - d. De 1501 a 2000 €/mes
 - e. Més de 2000 €/mes
8. País d'origen
9. País de residència

Coneixements sobre VIH/Sida

1. Coneix actualment algun cas d'afectació pel Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH)?
- a. Sí
 - b. No
- 1.1 Per part de qui coneix un cas d'afectació per VIH?
- a. Familiar
 - b. Jo mateixa
 - c. Amistat
 - d. Coneguda

- e. Prefereixo no contestar
- f. Altres

Marqui només una opció en les següents preguntes, excepte les que demanin el contrari. En aquest qüestionari no es pretén evaluar si les respostes són correctes o incorrectes, sinó si existeix una desinformació i com aquesta pot afectar al col·lectiu i a l'estigma d'aquest. S'agreu la total sinceritat.

2. Quin nivell de coneixements creu que té sobre el VIH/Sida?

- a. Molt baix
- b. Baix
- c. Mitjà
- d. Alt
- e. Molt alt

3. El Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) és:

- a. Un bacteri
- b. Un tipus de medicament
- c. Un retrovirus que afecta al sistema immunitari
- d. Cap és correcta

4. El Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) és:

- a. El mateix que el VIH
- b. La infecció pel VIH en el seu estat més avançat
- c. Una malaltia que evoluciona cap a VIH
- d. Totes són correctes

5. El VIH es transmet directament per:

- a. Saliva
- b. Relacions sexuals amb protecció
- c. Llet materna
- d. Totes són correctes

6. El VIH és una malaltia crònica

- a. Vertader
- b. Fals
- c. No ho sé

7. Quants mecanismes de transmissió té el VIH?

- a. Té tres mecanismes; via sexual, via sanguínia i via materno - infantil/transmissió vertical (embaràs, part i llet materna)
 - b. Té quatre mecanismes; via sexual, via sanguínia, a través de la saliva i a través dels insectes.
 - c. Té cinc mecanismes; via sexual, via sanguínia, via materno-infantil / transmissió vertical, a través de la saliva i a través de l'aire.
 - d. No ho sé
8. La pràctica de sexe oral sense protecció té risc d'infecció de VIH?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
9. La practica de sexe vaginal sense protecció té risc d'infecció de VIH?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
10. Beure del mateix got que una persona seropositiva té risc d'infecció de VIH?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No ho sé
 - d. Altres
11. Fer-li petons a una persona seropositiva té risc d'infecció de VIH?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No ho sé
 - d. Altres
12. En la masturbació hi ha risc d'infecció de VIH?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No ho sé
 - d. Altres
13. Té coneixements sobre els mètodes anticonceptius existents?
- a. Sí
 - b. No

c. Alguns

14. Quin/s dels següents mètodes anticonceptius coneix?

Marqui més d'una opció si s'escau.

- a. Preservatiu femení
- b. Preservatiu masculí
- c. Diafragma
- d. Pastilla anticonceptiva
- e. Anell vaginal
- f. Dispositiu intrauterí (DIU)
- g. Totes
- h. Cap de les anteriors

15. Quin/s dels mètodes anticonceptius esmentats anteriorment protegeixen del VIH/Sida?

- a. Preservatiu femení
- b. Preservatiu masculí
- c. Diafragma
- d. Pastilla anticonceptiva
- e. Anell vaginal
- f. Dispositiu intrauterí (DIU)
- g. Totes
- h. Cap de les anteriors
- i. No ho sé

Creences sobre el VIH/Sida

16. Compartiria menjar del mateix plat amb una persona coneguda (NO seropositiva), de manera puntual (provar un plat, anar a fer tapes, ...)?

- a. Sí
- b. No

16.1 Compartiria menjar del mateix plat amb una persona coneguda seropositiva, de manera puntual (provar un plat, anar a fer tapes, ...)?

- a. Sí
- b. No
- c. No ho sé

17. Li importaria tenir una companya de feina seropositiva?
- a. Sí que m'importaria
 - b. No m'importaria
 - c. No ho sé/ No contesta
18. Creu que una persona amb VIH ha de comunicar a l'empresa on treballa el seu estat seropositiu?
- a. Sí
 - b. No
19. Creu que una persona amb VIH té l'obligació / responsabilitat de comunicar a la parella sexual estable el seu estat seropositiu?
- a. Sí
 - b. No
20. Creu que una persona amb VIH té l'obligació / responsabilitat de comunicar en una relació sexual espontània el seu estat seropositiu?
- a. Sí
 - b. No
21. Si tingués VIH, li comunicaria a la seva família més propera?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No ho sé / No contesta
22. Si tingués VIH, li comunicaria a la seva família extensa?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No ho sé / No contesta
23. Mantindria relacions sexuals esporàdiques amb una persona seropositiva? *S'entén relació sexual per qualsevol acte sexual amb les mesures preventives adequades i/o necessàries.*
- a. Sí
 - b. No
 - c. Prefereixo no contestar
24. Mantindria relacions sexuals estables (parella estable) amb una persona seropositiva?
- S'entén relació sexual per qualsevol acte sexual amb les mesures preventives adequades i/o necessàries.*
- a. Sí

- b. No
 - c. Prefereixo no contestar
25. Utilitzaria el mateix vàter que una persona seropositiva?
- a. Sí
 - b. No
26. VIH/Sida és una malaltia que, en alguns casos, es pot evitar.
- a. Vertader
 - b. Fals
 - c. Altres
27. Una persona que consumeix droga, via intravenosa, hagués pogut evitar el seu estat seropositiu
- a. Totalment desacord
 - b. Desacord
 - c. Neutre
 - d. D'acord
 - e. Totalment d'acord
28. En alguns casos, les persones consumidores de droga, via intravenosa, no poden evitar el seu estat seropositiu (falta de recursos, pobresa, discriminació, addicció, entorn poc favorable,...).
- a. Totalment desacord
 - b. Desacord
 - c. Neutre
 - d. D'acord
 - e. Totalment d'acord
29. El context social influeix / pot influir en l'estat emocional i/o cognitiu de la persona seropositiva
- a. Vertader
 - b. Fals
 - c. No ho sé
30. Creu que hi ha una estigmatització envers el VIH/Sida?
- Estigmatització: procés pel qual algú, una conducta, una ideta, etc., és definit com a anormal o desviat per part d'un grup amb poder, a fi de fomentar-ne el rebuig social.*
- a. Sí
 - b. No

31. Creu que l'estigmatització cap al VIH/Sida redueix la inclusió social d'aquestes pacients?

- a. Sí
- b. No

Escala de valors

Si es realitza l'enquesta través d'un mòbil, en algunes de les preguntes d'aquesta secció s'haurà de posar el dispositiu en posició horitzontal per poder visualitzar-les de manera completa.

32. En quin grau (de gens a molt), creu que es manifesten les següents emocions en una persona seropositiva que pateix estigma?

Resiliència: capacitat que té una persona per superar circumstàncies traumàtiques.

- a. Estrès
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- b. Ansietat
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- c. Depressió
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- d. Vergonya
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica

- iv. Bastant
- v. Molt
- e. Conductes d'aïllament
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- f. Resiliència
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- g. Culpa
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- h. Soledat
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt

33. Valori de gens a molt, el risc d'infecció que creu que presenten els següents col·lectius:

- a. Persones amb orientació sexual homosexual que utilitzen protecció
 - i. Gens
 - ii. Una mica
 - iii. Neutre
 - iv. Bastant

- v. Molt
- b. Persones amb orientació sexual homosexual que NO utilitzen protecció
 - i. Gens
 - ii. Una mica
 - iii. Neutre
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- c. Persones amb orientació sexual heterosexual que utilitzen protecció
 - i. Gens
 - ii. Una mica
 - iii. Neutre
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- d. Persones amb orientació sexual heterosexual que NO utilitzen protecció
 - i. Gens
 - ii. Una mica
 - iii. Neutre
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- e. Persones amb identitat de gènere transexual que utilitzen protecció
 - i. Gens
 - ii. Una mica
 - iii. Neutre
 - iv. Bastant
 - v. Molt
- f. Persones amb identitat de gènere cisgènere que utilitzen protecció
 - i. Gens
 - ii. Una mica
 - iii. Neutre
 - iv. Bastant

v. Molt

g. Persones que consumeixen drogues per via intravenosa

i. Gens

ii. Una mica

iii. Neutre

iv. Bastant

v. Molt

34. Davant la malaltia del VIH, com sent les següents emocions? Valori de gens a molt.

a. Alegria

i. Gens

ii. Poc

iii. Una mica

iv. Bastant

v. Molt

b. Fàstic

i. Gens

ii. Poc

iii. Una mica

iv. Bastant

v. Molt

c. Fòbia

i. Gens

ii. Poc

iii. Una mica

iv. Bastant

v. Molt

d. Pena

i. Gens

ii. Poc

iii. Una mica

iv. Bastant

v. Molt

e. Por

i. Gens

- ii. Poc
- iii. Una mica
- iv. Bastant
- v. Molt
- f. Admiració
 - i. Gens
 - ii. Poc
 - iii. Una mica
 - iv. Bastant
 - v. Molt

35. Valori la següent frase de l'1 al 5: "*Si té VIH és perquè s'ho ha buscat / s'ho mereix.*"

- a. Totalment desacord
- b. Desacord
- c. Neutre
- d. D'acord
- e. Totalment d'acord

36. Si tingués VIH, li comunicaria a la parella sexual estable?

- a. Totalment desacord
- b. Desacord
- c. Neutre
- d. D'acord
- e. Totalment d'acord

37. Una persona promíscua té més possibilitats d'infectar-se de VIH que una persona no promíscua. (Ambdues utilitzen preservatiu durant les relacions sexuals).

Promíscua: persona que canvia de parella sexual amb freqüència.

- a. Totalment desacord
- b. Desacord
- c. Neutre
- d. D'acord
- e. Totalment d'acord

38. He rebut informació sobre salut sexual en:

- a. Àmbit sanitari
 - a. Gens

- b. Poca
 - c. Una mica
 - d. Bastanta
 - e. Molta
- b. Àmbit educatiu
 - a. Gens
 - b. Poca
 - c. Una mica
 - d. Bastanta
 - e. Molta
- c. Família
 - a. Gens
 - b. Poca
 - c. Una mica
 - d. Bastanta
 - e. Molta
- d. Amistats
 - a. Gens
 - b. Poca
 - c. Una mica
 - d. Bastanta
 - e. Molta
- e. Per interès propi (Internet, experiències, ...)
 - a. Gens
 - b. Poca
 - c. Una mica
 - d. Bastanta
 - e. Molta

Pràctiques sexuals i protecció

Les següents preguntes poden ser considerades de caire personal i/o privat, ja que fan referència a comportaments i pràctiques sexuals específiques. La participació és totalment voluntària i anònima, tanmateix, són dades importants per la realització d'aquest estudi.

"Protecció" en les següents preguntes es refereix a mètode anticonceptiu de barrera que protegeix de totes les infeccions de transmissió sexual (ITS), és a dir, preservatiu femení i/o masculí, únicament.

Llegiu atentament les preguntes i TOTES les opcions de resposta.

39. Durant els últims tres mesos, ha mantingut relacions sexuals sense protecció?

Exceptuant la masturbació

- a. Sempre
- b. Gairebé sempre
- c. A vegades
- d. Poques vegades
- e. Mai
- f. No he mantingut relacions sexuals en els últims tres mesos
- g. No mantinc relacions sexuals

40. Quan manté relacions sexuals amb penetració, utilitza protecció?

- a. Sempre
- b. Gairebé sempre
- c. A vegades
- d. Poques vegades
- e. Mai
- f. No mantinc relacions sexuals amb penetració
- g. No mantinc relacions sexuals

41. Quan manté relacions sexuals amb contacte amb secreció vaginal, utilitza protecció?

En cas de NO mantenir relacions sexuals en contacte amb secreció vaginal (amb dones), marqui la penúltima resposta. En cas de mantenir relacions sexuals en contacte amb secreció vaginal (amb dones), marqui la freqüència en què utilitza protecció (preservatiu femení i/o masculí).

- a. Sempre
- b. Gairebé sempre
- c. A vegades
- d. Poques vegades
- e. Mai
- f. No mantinc relacions sexuals en contacte amb secreció vaginal

g. No mantinc relacions sexuals

42. Quan practica sexe oral, utilitza protecció?

- a. Sempre
- b. Gairebé sempre
- c. A vegades
- d. Poques vegades
- e. Mai
- f. No practico sexe oral

Informació sobre salut sexual i VIH/Sida

43. Li agradaria tenir més informació sobre salut sexual?

- a. Totalment desacord
- b. Desacord
- c. Neutre
- d. D'acord
- e. Totalment d'acord

44. Li agradaria tenir més informació sobre VIH/Sida?

- a. Totalment desacord
- b. Desacord
- c. Neutre
- d. D'acord
- e. Totalment d'acord

45. S'ha sentit còmoda durant la realització de l'enquesta?

- a. Gens
- b. Una mica
- c. Normal
- d. Bastant
- e. Molt

Observacions i/o comentaris

Espai per poder escriure i/o expressar qualsevol tipus de dubte, aportació, aclariment, inquietud o comentari sobre el qüestionari.

Gràcies pel seu temps.

