

Gabriela Anais Cumbicus Torres y May Saci Brahimí

REPRESENTACIONES Y ACTITUDES FRENTE AL VIH EN PROFESIONALES NOVELES DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Lina Cristina Casadó Marín

Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Facultad de Enfermería

CAMPUS CATALUÑA 2025-2026

ÍNDICE

.....	0
RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
3.1 Objetivo general	7
3.2 Objetivos específicos.....	8
3. MARCO TEÓRICO	8
4.1 Situación actual del VIH en España y a nivel internacional.....	8
4.2 Fisiopatogenia del VIH.....	10
4.3 Estigma y discriminación hacia las personas con VIH.	11
4.4. Formación profesional y/o académica, competencias de enfermería en VIH y salud sexual.....	13
4.5. Actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería frente al VIH.....	21
4.6. Comunicación terapéutica y enfoque psicosocial del cuidado.....	24
4.7 Confidencialidad, ética profesional y Código Deontológico.....	26
5. Metodología	27
5.1Tipo de estudio	27
5.2 Unidad de análisis	28
5.2.1 Criterios de selección	28
5.2.2 Presentación de participantes.	29
5.3 Técnicas de recogida de datos	30
5.4. Categorización y análisis	31
5.5. Aspectos éticos	32
6.Resultados y discusión	34
6.Conclusiones	53
7.Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	54
8.Referencias bibliográficas	56
9.Anexos.....	65

Anexo 1. Guión de entrevista. Elaboración propia.	65
Anexo 2. Transcripciones de entrevistas. Elaboración propia.	65
Entrevista E1	65
Entrevista E2	80
Entrevista E3	98
Entrevista E4	117
Entrevista E5	145
Entrevista E6	160
Entrevista E7	183
Entrevista E8	197
Anexo 3. Cronograma	215
Anexo 4. Documento informativo entregado a las/os participantes. Elaboración propia.	218
Anexo 5. Descripción del taller de formación profesional en respuesta al estigma y la discriminación asociado al VIH. Elaboración propia.	219

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.	28
Tabla 2. Datos personales de participantes. Elaboración propia.	29
Tabla 3. Categorización del análisis de contenido. Elaboración propia.	34

Índice de gráficas y figuras

Ilustración 2. Hoja de consentimiento informado. Adaptado de Universidad Rovira i Virgili.	222
---	-----

LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ARV: Antirretrovirales.

CD4: Linfocitos CD4+

EFyC: Enfermera Familiar y Comunitaria.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

PVIH: Personas con VIH.

TFG: Trabajo de Fin de Grado.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

VHB: Virus de la Hepatitis B.

VHC: Virus de la Hepatitis C.

RESUMEN

Introducción: A pesar de los avances biomédicos y preventivos alcanzados en relación con el VIH, persisten actitudes estigmatizantes, miedos e imaginarios sociales que influyen en la atención sanitaria y en la experiencia de las personas que viven con VIH. En este contexto, este estudio analiza las percepciones y actitudes de enfermeras y enfermeros noveles en relación con el cuidado de personas con VIH en diferentes niveles asistenciales.

Objetivo: Analizar las percepciones y las actitudes de las enfermeras y enfermeros noveles en relación con el cuidado de las personas con VIH y/o SIDA, explorando específicamente el estigma y la discriminación, la percepción de seguridad y prevención, las estrategias de comunicación terapéutica, los valores éticos y el conocimiento profesional sobre las medidas preventivas en el ámbito sanitario.

Metodología: Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas a enfermeras y enfermeros noveles. Los datos obtenidos fueron transcritos y analizados mediante el análisis de contenido temático, organizándose en categorías y subcategorías vinculadas a los objetivos del estudio.

Resultados: Las categorías identificadas en los relatos de las enfermeras y enfermeros noveles fueron: conocimiento profesional sobre el VIH, estigma y discriminación, percepción de seguridad y prevención, comunicación terapéutica y la relación paciente-profesional, confidencialidad y los valores éticos, y salud sexual. Los resultados muestran que los participantes tienden a guiarse por precauciones estándar basadas en la evidencia científica, evitando clasificar a las personas en “grupos de riesgo”. Sin embargo, identifican importantes carencias formativas en el abordaje psicosocial, la salud sexual, la gestión emocional y el conocimiento de protocolos preventivos. Asimismo, describen la persistencia de comentarios estigmatizantes, conductas de sobreprotección e incoherencias en la aplicación de medidas de prevención en algunos contextos asistenciales.

Conclusiones: Los resultados muestran que las enfermeras y enfermeros noveles tienden a orientar sus cuidados hacia una práctica basada en la evidencia científica, la ética profesional y la igualdad en la atención a las personas con VIH. Sin embargo, persisten carencias formativas relacionadas con el abordaje psicosocial, la salud sexual y la gestión emocional, así como, determinadas barreras institucionales y prácticas estigmatizantes presentes en algunos contextos asistenciales. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de reforzar la formación universitaria y continuada en torno al VIH desde una perspectiva

psicosocial, promoviendo la confidencialidad, los derechos de las personas con VIH y el objetivo de “cero estigma”

Palabras clave: Enfermeros/as noveles, VIH, Conocimientos, Estigma, Actitudes, Comunicación terapéutica, Confidencialidad, Ética profesional y Atención psicosocial.

ABSTRACT

Introduction: Despite the biomedical and preventive advances made in relation to HIV, stigmatizing attitudes, fears, and social stereotypes persist, influencing healthcare delivery and the experiences of people living with HIV. In this context, this study examines the perceptions and attitudes of new nurses regarding the care of people with HIV at different levels of care.

Objective: To analyze the perceptions and attitudes of new nurses regarding the care of people with HIV and/or AIDS, specifically exploring stigma and discrimination, perceptions of safety and prevention, therapeutic communication strategies, ethical values, and professional knowledge of preventive measures in the healthcare setting.

Methodology: A qualitative study based on semi-structured interviews with new nurses. The data collected were transcribed and analyzed using thematic content analysis, and organized into categories and subcategories related to the study's objectives.

Results: The categories identified in the accounts of novice nurses were: professional knowledge about HIV, stigma and discrimination, perceptions of safety and prevention, therapeutic communication and the patient-professional relationship, confidentiality and ethical values, and sexual health. The results show that participants tend to follow standard precautions based on scientific evidence, avoiding the classification of people into “risk groups.” However, they identify significant training gaps in the psychosocial approach, sexual health, emotional management, and knowledge of preventive protocols. They also describe the persistence of stigmatizing comments, overprotective behaviors, and inconsistencies in the application of preventive measures in some healthcare settings.

Conclusions: The results show that new nurses tend to base their care on evidence-based practice, professional ethics, and equality in the care of people living with HIV. However, training gaps persist regarding the psychosocial approach, sexual health, and emotional management, as well as certain institutional barriers and stigmatizing practices present in

some healthcare settings. These findings highlight the need to strengthen university and continuing education on HIV from a psychosocial perspective, promoting confidentiality, the rights of people living with HIV, and the goal of “zero stigma.”

Keywords: Newly licensed nurses, HIV, Knowledge, Stigma, Attitudes, Therapeutic communication, Confidentiality, Professional ethics, and Psychosocial care.

1. INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo, actualmente, un problema prioritario de salud pública tanto a nivel internacional como en el Estado español. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2025)

Según los informes recientes de ONUSIDA, el VIH ha pasado de ser una infección letal a una enfermedad crónica debido a la expansión del tratamiento antirretroviral, lo que ha permitido reducir de forma considerable la mortalidad y mejorar la esperanza y la calidad de vida de las personas que viven con el virus. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a)

Sin embargo, este éxito biomédico no provoca necesariamente una disminución proporcional del estigma y la discriminación, que continúan presentes en distintos ámbitos sociales e institucionales. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2025)

A nivel global, ONUSIDA ha establecido los objetivos 95-95-95 para el año 2030 (95% de personas con VIH diagnosticadas, 95% de estas en tratamiento antirretroviral y 95% con carga viral indetectable) y, más recientemente, ha propuesto un cuarto objetivo orientado a garantizar una buena calidad de vida y avanzar hacia el “cero estigma”. Este cuarto objetivo pone de manifiesto que el abordaje del VIH no puede limitarse al plano biomédico, sino que debe de integrar de forma explícita las dimensiones sociales, emocionales y éticas que condicionan la experiencia de la infección y la relación con los servicios sanitarios. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2025)

Diversos informes recientes (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b; Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a; Picón-Jaimes et al., 2025b) muestran que

muchas de las personas con VIH continúan experimentando discriminación, vulneración de la confidencialidad y trato desigual en distintos ámbitos, incluido el sanitario. En este contexto, el presente Trabajo de Fin de Grado se centra en identificar y analizar cómo las enfermeras y enfermeros noveles perciben y afrontan el cuidado de las personas con VIH en diferentes niveles asistenciales, con especial atención al estigma, la seguridad percibida, la comunicación terapéutica, la confidencialidad y los valores éticos que orientan su práctica.

A nivel personal y profesional en el ámbito sanitario, esta investigación nace desde nuestra preocupación como futuras enfermeras por revisar críticamente las propias actitudes, cuestionar posibles prejuicios de uno mismo y contribuir a una práctica asistencial más reflexiva, empática y humanizada.

Desde el punto de vista científico, estudios recientes sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios, (Daniela Rojas Castro et al., 2025b; Picón-Jaimes et al., 2026b) señalan un desequilibrio entre una formación sólida en aspectos biomédicos del VIH y una preparación más limitada en dimensiones psicosociales, salud sexual, diversidad y abordaje del estigma. Por ello, nuestro objetivo en este estudio es profundizar en las percepciones y actitudes de la enfermería novel respecto a los cuidados en personas con VIH, ya que esto aporta información cualitativa relevante para comprender cómo se traducen estos vacíos formativos en la práctica cotidiana y qué factores influyen en la aplicación de cuidados basados en la evidencia y en los derechos humanos.

En el plano social, nuestro estudio dialoga con los objetivos 95-95-95 y el cuarto objetivo de ONUSIDA orientado al “cero estigma”, al explorar cómo las prácticas de enfermería pueden contribuir a reducir barreras de acceso, mejorar la experiencia de atención y fortalecer la confianza de las personas con VIH en el sistema sanitario.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo perciben las/os enfermeras/os noveles el cuidado de las personas que viven con VIH en los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario?

3.1 Objetivo general

- Analizar las percepciones y las actitudes de los profesionales noveles con relación al cuidado de las personas con VIH y/o SIDA.

3.2 Objetivos específicos

- Explorar las percepciones y actitudes de profesionales noveles con relación al estigma y la discriminación en el cuidado de personas con VIH.
- Identificar las estrategias de comunicación terapéutica utilizados por los profesionales de enfermería noveles durante los cuidados en personas con VIH.
- Identificar actitudes y/o conductas relacionadas con el estigma que surgen durante el cuidado de enfermería en personas con VIH.
- Explorar la relevancia de los valores éticos en el cuidado de enfermería en personas con VIH.
- Interpretar las percepciones de los enfermeros noveles respecto a su conocimiento profesional en las medidas de prevención relacionadas al VIH.

3. MARCO TEÓRICO

4.1 Situación actual del VIH en España y a nivel internacional

Tal y como recoge ONUSIDA en sus últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida (ONUSIDA, 2025) en 2024 había 40,8 millones de personas viviendo con VIH a nivel mundial y se registraron 1,3 millones de nuevas infecciones, un 61% menos que en el pico de la epidemia en 1996. Estos datos permiten dimensionar la carga global de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Desde la perspectiva global, (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a) los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA sintetizan la meta de diagnosticar, tratar y alcanzar la supresión virológica en la gran mayoría de las personas con VIH, a la vez que se incorpora un cuarto objetivo relacionado con la calidad de vida y con la necesidad de avanzar hacia el “cero estigma”. Esto refleja que el impacto del VIH no solo se asocia con el ámbito biomédico, sino que incluye dimensiones sociales, psicológicas y de valores éticos y/o derechos humanos.

Con respecto a la situación epidemiológica en España, (Dirección General De Salud Pública Y Equidad En Salud Y los distintos Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica, 2025) se estima que viven entre 130.000 y 170.000 personas con VIH, lo que supone una tasa cercana a 7,4 casos por 100.000 habitantes, con una tendencia general descendente en los últimos años. Sin embargo, en torno al 51% de los nuevos diagnósticos son tardíos y más de la mitad se producen en personas cuyo país de origen no es España.

Seguidamente, según el informe del estudio “Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España”, (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024c) como actuación gubernamental para la demanda social frente a la discriminación de las personas con VIH (PVIH), el Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Consumo presentó una iniciativa, en 2018, denominada “el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH”.

Este documento comprende información que puede orientar en el desarrollo de las políticas y acciones frente a la discriminación, con el objetivo de promocionar la igualdad de trato y de oportunidades de las personas con VIH, de trabajar en favor de la aceptación social y de disminuir el impacto del estigma en las PVIH. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a; Plan Nacional sobre el Sida et al., 2018) Por otro lado, con relación a conseguir las metas 95-95-95, según la Estrategia Mundial contra el SIDA 2026-2031 de ONUSIDA, depende de una combinación de factores programáticos, sociales, económicos y tecnológicos. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2026)

En el aspecto programático, se propone integrar las pruebas y el tratamiento del VIH con otros servicios como la salud sexual y reproductiva, la tuberculosis y la salud mental, fortalecer la prestación de servicios diferenciados adaptados a las necesidades de poblaciones específicas (como niños, adolescentes y poblaciones clave) y potenciar el liderazgo comunitario, institucionalizando que las organizaciones comunitarias asuman una parte significativa de los servicios de apoyo a pruebas y tratamiento. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2026)

Desde la dimensión legal y económica, la estrategia subraya la importancia de reducir el estigma y la discriminación hasta niveles mínimos, reformar las leyes punitivas que criminalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH y avanzar hacia marcos normativos que protejan a las personas con VIH y así como promover la igualdad de género y abordar la violencia y las normas de género dañinas. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2026)

En el ámbito económico, se plantea aumentar la movilización de recursos nacionales, disminuir costos y garantizar precios equitativos para pruebas diagnósticas y medicamentos, así como eliminar los gastos de bolsillo asociados a servicios esenciales para evitar el abandono del tratamiento. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2026)

Por otro lado, en el eje tecnológico se destaca la necesidad de ampliar el acceso a innovaciones médicas, como los antirretrovirales de acción prolongada y los autotest de VIH, y de aprovechar la salud digital y la inteligencia artificial para mejorar el modelado epidemiológico, la gestión de suministros y la prestación de servicios virtuales, apoyado en sistemas de datos robustos y, con apoyo de sistemas de información cifrados, garantizando la confidencialidad y la privacidad de los grupos estigmatizados por la infección por VIH/DISA. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2026)

Actualmente, el TAR (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2026) se considera un éxito en el ámbito de la investigación biomédica, pero aún faltan avances psicosociales, ya que aún tienen que tolerar las percepciones y actitudes erróneas e irracionales con respecto a la infección por VIH, en diferentes ámbitos sociales.

4.2 Fisiopatogenia del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca y destruye principalmente a los linfocitos CD4 (un tipo de glóbulo blancos del sistema inmunitario), las cuales se encargan de combatir contra infecciones víricas, bacterianas y fúngicas, igual que en ciertas clases de cáncer. (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025)

A continuación, el VIH se puede transmitir a través de la vía parenteral, de los fluidos de los órganos sexuales (el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales), los fluidos rectales, así como durante el periodo perinatal (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025). Específicamente, en la vía parenteral, puede producirse al compartir material inyectable de drogas o tatuajes, por pinchazos accidentales con material contaminado con sangre o mediante el uso compartido de objetos personales que puedan contener restos de sangre, como navajas o cepillos de dientes. (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025)

Asimismo, en la vía sexual, el riesgo se asocia sobre todo a las relaciones vaginales y anales, y en menor medida a determinadas prácticas de sexo oral, mientras que en la vía perinatal la transmisión puede ocurrir cuando el bebé se expone durante el embarazo, el parto o lactancia. (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025). Por otro lado, las personas que reciben el TAR toman a diario una combinación de antirretrovirales contra el VIH mediante comprimidos (diario) o vía inyectable de acción prolongada (cada 2 semana o 6 meses). (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025)

A todas las personas con el VIH se les recomienda iniciar lo antes posible el TAR para evitar el aumento de la carga viral del VIH, pero, es erróneo pensar que es un tratamiento curativo, ya que su finalidad terapéutica es ralentizar la evolución fisiopatológica del VIH mediante la reducción de la carga viral a una concentración que no se pueda detectar (carga indetectable), y, en consecuencia, que las personas con VIH tengan una mejor calidad de vida y haya un menor riesgo de padecer SIDA y/o infecciones oportunistas. (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025)

Por lo tanto, según organismos y campañas de salud pública a nivel nacional e internacional, (Implementing and Scaling Up U=U Undetectable = Untransmittable A Resource Guide Implementing and Scaling up Undetectable = Untransmittable (U=U): A Resource Guide. 1st Ed., 2024; ViiV Healthcare, 2018) resumen el tratamiento como prevención a través del mensaje I=I / U=U: indetectable=intransmisible, afirmando que las personas con VIH que tienen una buena adherencia al tratamiento antirretroviral contra el VIH, es decir, llevan al menos 6 meses con carga indetectable y la mantienen, no transmiten el virus por vía sexual.

Sin una buena adherencia al TAR, (Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU., 2025) el VIH puede progresivamente destruir el sistema inmunitario hasta llegar a su última fase denominada síndrome de insuficiencia humana adquirida, en la que aumenta significativamente las probabilidades de contraer infecciones como hepatitis, tuberculosis y otras infecciones por transmisión sexual.

4.3 Estigma y discriminación hacia las personas con VIH.

El estigma relacionado con el VIH continúa siendo un problema prioritario de salud pública, incluso en contexto donde se han logrado importantes avances terapéuticos. (Stangl et al., 2019) Además, el informe “el estigma relacionado con el VIH en entornos sanitarios europeos” (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024a) muestra que el estigma en servicios sanitarios europeos sigue siendo una barrera importante para el acceso a la atención de calidad, pese a los avances médicos, y destaca la necesidad de intervenciones para eliminarlo. Actualmente, el estigma se entiende como un fenómeno complejo que incluye factores sociales, institucionales e interpersonales, y que puede expresarse a través de trato desigual, prejuicios, exclusión, pérdida de estatus o vulneración de derechos. Stangl et al., (2019)

En el caso del VIH la literatura reciente diferencia entre estigma anticipado, estigma interiorizado y estigma experimentado, dimensiones que ayudan a comprender por qué muchas personas no sólo sufren discriminación directa, sino que también viven con el miedo al rechazo o modifican su conducta para evitar ser juzgadas. Esto puede derivar en ocultación del diagnóstico, evitación de determinados espacios asistenciales o dificultades para establecer relaciones terapéuticas de confianza con los profesionales sanitarios. (Picón-Jaimes et al., 2025a)

En España, la evidencia actual (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b; Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024b), muestra que el estigma hacia las personas con VIH persiste en distintos ámbitos, incluido el sanitario. El informe “Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España” señala que siguen existiendo situaciones de discriminación y vulneración de derechos en distintos ámbitos de su vida, incluido el acceso a servicios sanitarios y sociales. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024b). Mientras que estudios más recientes sobre el estigma en el contexto sanitario, (Picón-Jaimes et al., 2025a) informan que el estigma anticipado y el estigma vivido continúan presentes en los servicios de salud, lo que significa que las personas con VIH aún sufren experiencias de trato desigual y actitudes estigmatizantes.

El entorno asistencial tiene un papel especialmente relevante, ya que el estigma en sanidad puede afectar al acceso a los cuidados, a la continuidad asistencial y a la confianza en los profesionales. Esta idea se refleja en el informe de resultados del estudio “El estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario en España” (Daniela Rojas Castro et al., 2025a). Por otro lado, el informe especial del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) sobre “el estigma relacionado con el VIH en el entorno sanitario” advierte que en los servicios sanitarios todavía persiste la desinformación y las conductas estigmatizantes, como comentarios negativos, actitudes de evitación hacia personas con VIH o la divulgación no consentida del estado serológico. (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b)

En la misma dirección una síntesis cualitativa reciente describe que la discriminación ejercida por profesionales sanitarios puede manifestarse mediante evitación del contacto físico, uso excesivo de medidas de barrera, retrasos en la atención o vulneraciones de la confidencialidad Aziz et al., (2023). En el contexto español, según el artículo científico “Self-perceived stigma in people living with HIV in Spain: a mixed-methods study” esta cuestión sigue siendo clínica y éticamente relevante, ya que muchas personas con VIH siguen percibiendo comportamientos discriminatorios en el ámbito sanitario, como trato impersonal,

miedo injustificado por parte de algunos profesionales o uso exagerado de barreras de protección. (Picón-Jaimes et al., 2025a)

Asimismo, una encuesta nacional reciente mostró que alrededor de una cuarta parte de las personas con VIH describió haber experimentado estigmatización en el entorno sanitario, y que esta experiencia se asociaba con peor calidad de vida relacionada con la salud. Fuster-RuizdeApodaca et al., (2024)

Todo ello permite afirmar que el estigma asociado al VIH no debe interpretarse como un problema del pasado, sino como un fenómeno existente que sigue influyendo en la experiencia de enfermedad y en la relación con el servicio sanitario. Por consiguiente, la literatura actual insiste en la necesidad de reforzar en conocimientos actualizados sobre VIH, derechos humanos, confidencialidad y comunicación libre de prejuicios en los profesionales sanitarios, con el fin de garantizar cuidados más seguros, dignos y centrados en la persona. (Fuster-RuizdeApodaca et al., 2024)

4.4. Formación profesional y/o académica, competencias de enfermería en VIH y salud sexual

Anteriormente, abarcamos el tema del estigma entre las personas diagnosticadas con VIH, que persiste como una barrera estructural y cultural del sistema de salud. Según el informe especial de resultados del estudio sobre “El estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario en España”,(Daniela Rojas Castro et al., 2025a) se incluyeron a 1.167 profesionales sanitarios/as españoles/as, dentro de una muestra europea de 18.430 participantes procedentes de 54 países europeos, para llevar a cabo una encuesta exploratoria con el objetivo de evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas del personal sanitario hacia las personas con VIH.

En el caso de España, según el informe sobre el estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario (Daniela Rojas Castro et al., 2025a), la muestra española refleja la diversidad de entornos en los que se presta atención sanitaria en España, los cuales incluyen: hospitales, centros de atención primaria, servicios comunitarios, clínicas privadas y otras instalaciones. Además, presenta una amplia diversidad de perfiles del ámbito sanitario, incluyendo tanto personal clínico como no clínico. La mayoría de los/las participantes pertenece al equipo de enfermería (26%) o medicina (45%).

El conocimiento sobre el VIH y conceptos clave como “indetectable es igual a intrasmisible” (I=I, U=U en inglés), la profilaxis post-exposición (PEP) y la profilaxis pre-exposición (PrEP) varió significativamente entre los diferentes roles profesionales y tipos de centros de salud. El 69% de las personas encuestadas carecía de conocimientos sólidos sobre la transmisión y prevención del VIH. También, el personal médico mostró el mayor conocimiento, y aquellas personas que habían atendido a más personas con VIH tendían a tener un conocimiento sustancialmente mayor. Daniela Rojas Castro et al. (2025a)

Con respecto a los conocimientos sólidos sobre la transmisión y prevención del VIH, según el artículo de estudios mixtos titulado “conocimientos, actitudes y estigma hacia las personas que viven con el VIH”, Picón-Jaimes et al. (2026) refleja que los profesionales sanitarios en España demuestran un alto nivel de conocimiento sobre la transmisión y el tratamiento del VIH, pero más de la mitad afirma tener una formación insuficiente y sentirse poco preparados para atender a las personas que viven con el VIH.

De acuerdo con este estudio, solo un 58% declaró que recibieron formación específica sobre el control de infecciones en el contexto del VIH, lo cual puede limitar la capacidad del personal para distinguir entre precauciones estándar y medidas innecesarias motivadas por percepciones erróneas de riesgo. Por otro lado, solo un 33% de las personas encuestadas ha recibido formación explícita sobre estigma y discriminación hacia personas que viven con VIH, este resultado refleja una carencia estructural en los programas formativos en lo que respecta a competencias respecto a las actitudes y la relación terapéutica, y, además, en temas de equidad, diversidad e inclusión, un 41% declaró haber recibido formación profesional. (Picón-Jaimes et al., 2026a)

Según el informe especial de los resultados (Daniela Rojas Castro et al., 2025a) de la encuesta exploratoria dirigida a profesionales de la salud en Europa y Asia Central que se realizó en 2023, se concluyó que es necesario desarrollar intervenciones educativas específicas y multidimensionales que no se limiten únicamente a actualizar contenidos técnicos, sino que incluyan también la revisión de actitudes, emociones y percepciones de riesgo en relación con el VIH.

De las 18.430 personas de 54 países que participaron en la encuesta global, en el estado español la muestra de personas que respondió fue de 1.167. Un aspecto para resaltar en los resultados de los participantes españoles es que se identifica una persistencia de creencias erróneas sobre la transmisión, específicamente, al momento de realizar actividades como la extracción de sangre (42%) o la curación de heridas (32%). Dichas preocupaciones estaban

inversamente relacionadas con el nivel de conocimiento sobre el VIH. Daniela Rojas Castro et al. (2025a)

En la misma línea, un estudio explicativo secuencial de métodos mixtos entre 1013 profesionales sanitarios en España (Picón-Jaimes et al., 2026a) señala que este tipo de intervenciones formativas es fundamental para mejorar la calidad asistencial, la equidad y la humanización de la atención a las personas con VIH.

Por otro lado, aunque, en muchos centros de salud contaban con protocolos de protección contra la infección por VIH y medidas para prevenir la discriminación, se refleja una falta de conocimiento y aplicación de estas políticas en algunos entornos. Además, según (Daniela Rojas Castro et al., 2025a) el 22% de los encuestados reportó haber presenciado reticencia a proporcionar atención, el 19% observó divulgación estatus serológico sin consentimiento, el 18% presenció una calidad de atención inferior, y el 30% fue testigo de comentarios o actitudes negativas hacia personas con VIH. Daniela Rojas Castro et al. (2025a)

En relación con las prácticas clínicas para reducir el estigma, se opta por basarse en el contenido de distintos documentos, (Feyissa et al., 2019; Pelletier et al., 2022a) , los cuales describen intervenciones concretas que las enfermeras pueden aplicar en servicios no especializados para disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH. Estas intervenciones incluyen utilizar de forma igualitaria las precauciones estándar, evitando medidas de protección exageradas que señalen a la persona como " peligrosa", evitar conductas que visibilicen innecesariamente el diagnóstico, como el uso sistemático de doble guante o de batas cuando no están indicados; explicar de manera sencilla y de forma anticipada las medidas de protección para que no se interpreten como miedo o rechazo; emplear un lenguaje verbal y no verbal centrado en la persona y no en la infección; proteger la confidencialidad extremando el cuidado en espacios abiertos y en el intercambio de información con otros profesionales, y participar en formaciones específicas sobre VIH y estigma que permitan revisar prejuicios, actualizar conocimientos y entrenar habilidades de comunicación.

Además, según (Feyissa et al., 2019; Pelletier et al., 2022a) es importante destacar la capacidad de autorreflexión crítica de las enfermeras, ya que es necesario que cuestionen sus propios prejuicios, promuevan el trabajo en equipo y participen en intervenciones formativas que combinen reflexión ética y contacto significativo con personas con VIH, ya que estos elementos favorecen cambios conductuales favorables,

Adicionalmente, en el “Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH”, creado por el Grupo de Enfermería Experta en VIH (GEEVIH) y SEISIDA, se definen un conjunto de competencias específicas que orientan la práctica enfermera en este ámbito, los cuales pueden implementarse utilizando varios tipos de sistema de estratificación de pacientes con VIH: la estratificación por nivel de complejidad o por segmentación en perfiles o grupos diferenciados. Proyecto Nacional Policy (2020)

Además, el “Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH”, elaborado por el Grupo de Enfermería Experta en VIH (GEEVIH) y SEISIDA, define un conjunto de competencias específicas que orientan la práctica enfermera en este ámbito y que se apoyan en sistema de estratificación de pacientes por nivel de complejidad o por perfiles diferenciados. (Proyecto Nacional Policy, 2020). Este documento describe intervenciones estandarizadas basadas en la valoración integral de las personas con VIH, que abarcan la educación y promoción de la salud (incluyendo educación en infecciones por transmisión sexual (ITS) y profilaxis preexposición (PrEP), apoyo en el manejo de la medicación y el fomento de hábitos saludables), la prevención y el cribado de comorbilidades, el apoyo a la adherencia terapéutica, la realización de cuidados técnicos y la coordinación entre niveles asistenciales (Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025a).

Asimismo, se destaca el rol de enfermería como referente cercano, accesible y capacitado para ofrecer apoyo emocional, promover el autocuidado, velar por los derechos de las personas con VIH, actuar frente al estigma y garantizar la calidad y continuidad de los cuidados, mediante una atención integral, personalizada y basada en la evidencia a lo largo de todo el proceso vital (Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025b; Proyecto Nacional Policy, 2020).

Entre las competencias clave se encuentran la capacidad para establecer una relación terapéutica basada en la confianza, el uso de habilidades relacionadas con la inteligencia emocional, garantizar la confidencialidad y el respeto a los derechos de las personas con VIH, identificar y abordar situaciones de estigma o discriminación, facilitando una atención integral, personalizada y basada en la evidencia a lo largo de todo el proceso vital.

Sin embargo, en cuestiones generales, los artículos internacionales enfatizan en la relevancia de que en el Grado de Enfermería existan herramientas emocionales y sociales dentro de los planes de estudios. Según los análisis de los planes de estudio de distintas universidades españolas, se concluyó que todas ellas tienen al menos una asignatura de carácter obligatorio dirigida al desarrollo de habilidades sociales y emocionales. También, se centran sobre todo

en el desarrollo de habilidades en comunicación, entendiendo el contexto sociocultural de cada paciente, adaptando el cuidado a sus necesidades, sin crear prejuicios. Pero no todas las asignaturas obligatorias hablan sobre la inteligencia y las habilidades emocionales. Álvarez-Serrano et al., (2020); Cruellas Marí, (2021); Sornoza Calva et al., (2023)

La mayor parte de las asignaturas hacen alusión a crear una relación empático-terapéutica con el paciente, pero no en todas ellas se menciona cómo se deben desarrollar las habilidades emocionales. Además, la aplicabilidad asistencial sería el resultado tras aplicar las diferentes técnicas, es decir, proporcionar a los estudiantes las habilidades emocionales y sociales suficientes para poder gestionar sus propias emociones y guiarse en base a una serie de valores de humanización para así poder establecer relaciones profesionales basadas en la empatía, gratitud, comunicación, libertad de expresión o dignidad. Todo esto tendrá beneficios para ambas partes dentro del proceso asistencial, aumentando así el valor humano de esta profesión Mayernyik & Oliveira, (2016)

Sin embargo, en el informe (Daniela Rojas Castro et al., 2025b) se señala que una gran parte del personal ha recibido formación en control de infecciones, profilaxis postexposición, consentimiento informado o confidencialidad, es decir, contenidos relacionados a la seguridad clínica y al manejo biológico de la infección. Pero, sólo una minoría afirma haber sido formada específicamente en estigma y discriminación relacionados con el VIH, o en temas de inclusión, diversidad y equidad, lo que demuestra una falta de formación y preparación para abordar los aspectos psicosociales que afectan a las personas que viven con el virus.

Por otro lado, entre las estrategias de aprendizaje práctico descritas en la literatura se encuentran experiencias que incluyen la voz de pacientes expertos en la formación de estudiantes de Enfermería. El estudio “La radio como recurso didáctico para la formación integral de los estudiantes del Grado en Enfermería” describe programas de radio liderados por el alumnado en los que se entrevista a pacientes expertos con diferentes problemas de salud, con el objetivo de potenciar el conocimiento sobre las enfermedades y facilitar la autogestión, pero también de entrenar en los estudiantes las habilidades de comunicación, escucha y reflexión sobre la vivencia de la enfermedad. Mansilla-Domínguez et al. (2023)

La utilización de este tipo de recursos, en los que el alumnado escucha directamente el testimonio de personas afectadas, puede constituir un instrumento facilitador para el desarrollo de competencias psicosociales (la empatía, la comunicación asertiva, gestión de conflictos y/o trabajo en equipo) aplicables al cuidado de personas con VIH. Además, fomenta la importancia de las competencias en la promoción de la salud y la gestión de los

autocuidados de la población. Por ello, puede ser prometedor la integración de este recurso didáctico como una experiencia formativa complementaria al plan de estudios de las facultades de enfermería. (Mansilla-Domínguez et al., 2023)

Otra estrategia original se relata en el artículo titulado “Innovación educativa y simulación clínica en la docencia universitaria de Enfermería” en el que se representa la simulación clínica como metodología docente muy presente en la formación educativa de los profesionales de la disciplina de enfermería, cuyo objetivo didáctico es mejorar la calidad y seguridad asistencial de los pacientes, mediante la aportación de escenarios que imitan la realidad de espacios clínicos y la aplicación de casos prácticos reales, permitiendo de esta manera que los estudiantes de enfermería adquieran habilidades, destreza en las técnicas de enfermería y ganen confianza en sí mismos, lo que permite una preparación previa antes de adentrarse al mundo asistencial real. Tortajada Lohaces et al., (2019)

Asimismo, un aspecto ético a destacar de la simulación clínica es que permite a los estudiantes, e incluso a profesionales sanitarios, experiencias que simulan la realidad asistencial y en las cuales pueden desarrollar sus competencias con relación a los procedimientos asistenciales, preventivos y terapéuticos, poner en prácticas sus habilidades comunicativas y psicológicas, el trabajo en equipo, la estimulación de la reflexión crítica, el seguimiento de protocolos y la seguridad del paciente, sin temor de perjudicar al paciente.

Para realizar adecuadamente una simulación efectiva, es necesario que los instructores académicos presenten habilidades docentes centradas en el aprendizaje por medio de escenarios clínicos, es decir, deben ser capaces de integrar las reglas de la simulación y, así, estimular el aprendizaje dinámico, la motivación y la responsabilidad en los procedimientos clínicos y psicosociales. Además, de poder generar un entorno no competitivo y seguro, en el que se les permita durante su aprendizaje poder cometer errores. Tortajada Lohaces et al., (2019)

Por otro lado, para garantizar el desarrollo del análisis crítico de los estudiantes sobre los casos clínicos simulados en las habitaciones de simulación clínica, los instructores deberán usar la retroalimentación o debriefing que consiste en reflexionar sobre lo acontecido. El debriefing se puede definir como un diálogo entre varias personas en el que se analizan las acciones realizadas y se reflexiona sobre los pensamientos, habilidades psicomotoras y estados emocionales, con la finalidad de mejorar o mantener el rendimiento en un futuro. Tortajada Lohaces et al., (2019)

Todas las experiencias simuladas deberían incluir un debriefing planificado y enfocado a promover el pensamiento reflexivo de los participantes, en el que comentar lo que ha sucedido durante la simulación y centrando los comentarios en los resultados del aprendizaje y en la aplicación de conocimientos de enfermería. Por lo tanto, el debriefing es una parte fundamental de la simulación y con él se analizarán los puntos fuertes del grupo y los aspectos a mejorar, siempre de forma constructiva. Las estrategias utilizadas pueden ser: revisión de los casos en videos (videoanálisis), retroalimentación con la opinión de observadores expertos, o una discusión informal entre participantes. Tortajada Lohaces et al., (2019)

En el contexto de la formación profesional en el cuidado de personas con VIH y salud sexual, la simulación clínica acompañada de un debriefing estructurado permite no solo trabajar las habilidades técnicas, sino también la gestión de emociones, tanto de uno mismo como de las personas con VIH, la toma de decisiones éticas y la forma de comunicar noticias y/o resultados a las personas con VIH, evitando que puedan sentirse discriminadas/os o señalados, estos son aspectos que no se asimilan únicamente con la teoría enseñada en las aulas académicas. Tortajada Lohaces et al., (2019)

Por otro lado, existe un manual creado por (CESIDA, 2025a) que se dirige al personal involucrado en la atención al VIH en España y es el resultado de un esfuerzo significativo para estandarizar la formación en este ámbito, y con ello mejorar las habilidades prácticas y psicosociales de los profesionales sanitarios, y así, como de otros ámbitos. La guía descrita se recoge en el Anexo 5. Descripción del taller de formación profesional en respuesta al estigma y la discriminación asociado al VIH. Esto permite disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas con el VIH y aquellos grupos más vulnerables a contraer este virus y otras infecciones de transmisión sexual.

Con respecto a las personas que viven con VIH y la salud sexual, el “Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH” (Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025a) señala que, ante pacientes con infección por VIH y prácticas sexuales de riesgo, el equipo de enfermería experto debe ofrecer un abordaje integral que incluya asesoramiento legal y social, así como la detección precoz de la falta de adherencia o de la pérdida de seguimiento y la facilitación de la revinculación al sistema sanitario.

Además, enfatiza la importancia de la educación para la salud sobre la propia infección por VIH, otras ITS y los hábitos de vida saludables que favorecen el autocuidado, junto con el entrenamiento en habilidades para identificar y utilizar los recursos comunitarios disponibles

y la realización del estudio de contactos cuando proceda. (Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025a)

La consulta de enfermería es el sitio idóneo donde crear una relación terapéutica basada en la empatía, la confidencialidad, la confianza y el respeto, y, así, poder entender al paciente en todo su contexto, permitiendo conocer su disposición, los recursos sociales y las barreras que dificulten la adherencia terapéutica. Asimismo, la disponibilidad y flexibilidad que se proporciona desde las consultas de enfermería favorece la vinculación a las unidades del VIH. Arazo et al., (2020)

Por lo tanto, las revisiones sobre la actuación enfermera en la prevención de infecciones de transmisión sexual destacan el papel de enfermería en la promoción de la salud sexual mediante actividades de información, cribado y seguimiento, tanto en la población general como en grupos de mayor vulnerabilidad frente al VIH. (Arazo et al., 2020; Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025)

El documento (Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025a) recomienda evaluar de forma sistemática la calidad de vida relacionada con la salud, facilitar el acceso a las diferentes herramientas de prevención combinadas y reforzar el vínculo terapéutico como elemento clave para la detección precoz de ITS. Por último, se subraya la necesidad de realizar pruebas diagnósticas de ITS y gestionar los tratamientos prescritos, valorar el riesgo individual de contraer ITS y revisar de manera actualizado el estado vacunal, dando prioridad a los grupos más vulnerables.

Por lo que se refiere a la evidencia procedente del trabajo “Intervenciones de enfermería para promover la salud sexual en la adolescencia” de la Universidad Pública de Navarra subraya que la enfermería ocupa una posición estratégica para desarrollar programas de educación sexual dirigidos a adolescentes, basados en modelos centrados en la participación proactiva de los propios jóvenes. (CESIDA, 2025b; Díaz, 2023)

Estos programas favorecen mejorar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y disminuir la probabilidad de conductas sexuales de riesgo. Por lo que, este enfoque refuerza la necesidad del rol de enfermería en la promoción de la salud sexual y en la prevención del VIH desde edades tempranas, integrando intervenciones educativas estructuradas en contextos comunitarios y escolares: (Díaz, 2023)

- Mentoría: la función de la enfermera mentora consiste en empoderar al adolescente, identificando sus derechos y capacidades, validar sus decisiones, para así fomentar el autocuidado con una adecuada promoción de la salud sexual, lo que promueve que desarrollen habilidades para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.
- Papel de enfermería en instituciones escolares: se centra en que esta población adquiera hábitos de vida saludables, fomentar el autocuidado y la educación de la salud sexual, según sus capacidades. También, es considerada accesible a todos los adolescentes del centro educativo, lo que favorece en la consolidación de la relación terapéutica entre enfermera-población escolar y/o secundaria.
- Consulta joven en un instituto: consiste en la creación de una consulta en el ámbito educativo en la cual los jóvenes puedan acudir a plantear sus dudas y recibir consejos sanitarios, tanto individualmente como en grupo. Esta consulta es atendida por enfermeras de Atención Primaria (AP), las cuales acudirán a dicha consulta semanalmente durante una hora y media.
- Intervenciones educativas grupales en AP: consisten en programar una serie de sesiones que sean impartidas por enfermería sobre aspectos de salud sexual y reproductiva (la sexualidad, las prácticas sexuales seguras y/o de riesgo, fisiología y anatomía de los órganos genitales femenino y masculino, los derechos sexuales, la métodos anticonceptivos, las ITS más prevalentes).

4.5. Actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería frente al VIH

Las actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería frente al VIH han evolucionado significativamente en las últimas décadas (Álvarez-Serrano et al., 2020a), sin embargo, (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024a) se señala que todavía coexisten posturas basadas en el miedo y el estigma con enfoques más actualizados centrados en la evidencia científica y en los derechos de las personas con VIH. También, según varios documentos (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b; Qadir, 2025) se asocia que el nivel de conocimiento sobre precauciones estándar, transmisión y estrategias de prevención se relaciona estrechamente con las actitudes, de manera que una información insuficiente puede favorecer percepciones exageradas y comportamientos discriminatorios en la práctica clínica. (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b; Qadir, 2025)

Sin embargo, cuando el conocimiento es adecuado y se integran los mensajes sobre carga viral indetectable e intransmisible, las enfermeras tienden a tratar el VIH como una

enfermedad crónica más, aplicando las mismas medidas de seguridad para todos los pacientes. Álvarez-Serrano et al., (2020)

En el ámbito internacional, se ha descrito que los profesionales de enfermería pueden mostrar simultáneamente actitudes positivas de cuidado y compromiso, y actitudes negativas relacionadas al miedo al contagio o a juicios morales relacionados sobre las vías de transmisión. Aziz et al., (2023); Qadir, (2025) Algunas investigaciones identifican conductas discriminatorias en la práctica clínica, como el uso innecesario de doble guante, mascarillas u otras barreras cuando no están indicadas, la evitación del contacto físico o la tendencia a distanciarse de determinados procedimientos invasivos en pacientes con VIH, a pesar de que las precauciones estándar ya brindan un nivel de protección adecuado. Álvarez-Serrano et al., (2020); Aziz et al., (2023) Estas prácticas, además de no aportar mayor seguridad, envían a la persona el mensaje de que constituye un riesgo especial, contribuyendo a reforzar el estigma y la sensación de ser “un paciente diferente”.

En el contexto español, (Álvarez-Serrano et al., 2020a; Gázquez-López et al., 2025) se han descrito actitudes mayoritariamente favorables hacia el cuidado de personas con VIH y una mayor sensibilidad hacia la importancia de la no discriminación en comparación con décadas anteriores. Para contrastar, continúan los miedos relacionados con la posibilidad de infección ocupacional y la tendencia a sobrevalorar el riesgo en determinadas situaciones clínicas, lo que puede acabar en conductas de sobreprotección, en la solicitud de información innecesaria sobre el estado serológico o en el deseo de conocer el diagnóstico de VIH de forma rutinaria, incluso cuando no es estrictamente imprescindible para la seguridad asistencial. Estas contradicciones ponen de manifiesto la necesidad de seguir trabajando las actitudes profesionales más allá del mero conocimiento técnico.

La experiencia laboral y el contexto de trabajo también influyen en las prácticas y en la percepción de seguridad. La literatura sobre calidad asistencial indica que las profesionales con mayor trayectoria clínica suelen desarrollar habilidades para gestionar situaciones complejas, anticipar complicaciones y acompañar procesos de enfermedad de forma integral; aunque, esta experiencia puede ir acompañada, en algunos casos, de una cierta “falsa sensación de seguridad” que lleve a disminuir las precauciones estándar o a basar la protección en juicios subjetivos sobre qué pacientes son “de riesgo” y cuáles no. (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b; Milán Cebrenros, 2020a) Por el contrario, las enfermeras noveles tienden a apoyarse más estrictamente en protocolos y guías, aplicando las precauciones estándar de forma universal y mostrando una mayor

disposición a actualizarse en temas como carga viral indetectable, profilaxis postexposición o estrategias de protección combinada. (Álvarez-Serrano et al., 2020a; Milán Cebreros, 2020a)

En esta línea, estudios sobre el impacto de la formación de posgrado y la experiencia profesional en la calidad asistencial concluyen que las enfermeras con formación avanzada y trayectoria prolongada son capaces de satisfacer las necesidades del usuario en numerosos contextos, pero destacan que las recién tituladas suelen asumir responsabilidades superiores a su nivel inicial de competencia. (Kukkonen et al., 2025; Milán Cebreros, 2020a) Esta brecha entre responsabilidad y experiencia hace que, en situaciones complejas como el cuidado de personas con VIH, puedan aparecer dudas, inseguridad, o la necesidad de apoyo por parte de profesionales veteranos, especialmente cuando se trata de manejar emociones intensas del paciente o cuando se trata de comunicar diagnósticos difíciles (Aziz et al., 2023; Jenkins et al., 2025; Milán Cebreros, 2020a) No obstante el trabajo colaborativo en equipos donde se combinan enfermeras con experiencia y enfermeras noveles se asocia con mejores prácticas, ya que la experiencia práctica complementa con la actualización de conocimientos y con una mayor sensibilidad hacia la reducción del estigma. (Álvarez-Serrano et al., 2020a; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024a)

Además, la evidencia reciente resalta que no sólo importan las actitudes individuales, sino también las prácticas concretas que adopta en el día a día. En algunos estudios europeos se observa que, incluso cuando las profesionales expresan disposición a cuidar a personas con VIH, siguen apareciendo gestos de distancia, dudas a la hora de realizar determinados procedimientos o tendencia a considerar el VIH como un factor que convierte la profesión en “especialmente de riesgo”, lo que puede reforzar la percepción de peligro y el estigma. (Bonacaro et al., 2022; Jenkins et al., 2025) Simultáneamente, se han descrito prácticas que contribuyen a reducir el impacto del estigma, como el uso consistente de las precauciones estándar, la explicación tranquila y clara de las medidas de seguridad, y la defensa activa de un trato respetuoso e igualitario dentro del equipo asistencial. (Feyissa et al., (2019); Pelletier et al., (2022)

Para finalizar, las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el VIH se reflejan en decisiones muy concretas sobre cómo organizar y ejecutar los cuidados, desde la manera en que se aplican las precauciones estándar hasta en la forma en que se integran las recomendaciones institucionales sobre no discriminación en la práctica diaria. Pelletier et al., (2022); Valero et al., (2025) Para las enfermeras y enfermeros noveles, esto implica enfrentarse a modelos de actuaciones a veces contradictorios dentro de los propios equipos, y tener que contruir progresivamente una forma de cuidar que combine la seguridad

clínica con el cumplimiento de las políticas de igualdad de trato hacia las personas con VIH. Feyissa et al., (2019); Picón-Jaimes et al., (2025)

4.6. Comunicación terapéutica y enfoque psicosocial del cuidado

La comunicación terapéutica y el enfoque psicosocial se consideran elementos esenciales para los cuidados de enfermería a las personas con VIH, ya que permiten realizar una valoración integral, es decir, no se aborda únicamente los aspectos clínicos de la infección, sino también el impacto emocional, social y relacional asociado al diagnóstico y al tratamiento. (Díaz, 2023; Polanco Castaño, F. (2021)

En referencia al reporte titulado “Bienestar psicosocial en el proceso de cuidados de enfermería de un paciente adolescente con VIH/ SIDA” refiere que la presencia de la infección por VIH repercute principalmente en el estado socioemocional tanto de la persona con VIH, como de su familia. Además, expone que la no consideración del bienestar psicosocial puede llevar consigo consecuencias negativas como la mala convivencia con el diagnóstico, una incorrecta adhesión al tratamiento o incluso tomar actitudes perjudiciales que agraven su salud. (Arellán-Regalado & Martínez-Carbajal, 2019)

Asimismo, menciona la importancia de establecer una alianza y/o relación terapéutica entre el paciente y el equipo profesional, ya que permite consolidar la continuidad del proceso de intervención y, por tanto, la adherencia al tratamiento. También, hay diversos elementos que facilitan la relación terapéutica, como la comunicación abierta y honesta, escucha activa del paciente, el respeto y no discriminación. (Polanco Castaño, 2021a)

Un aspecto que destacar sobre la narrativa es que los enfermeros deben fomentar el apoyo familiar, mantener una actitud de aceptación, manejar la información sensible de forma confidencial y proporcionar apoyo psicológico y emocional tanto al paciente como a sus familias. Según el trabajo de fin de grado sobre “el papel de enfermería en la atención a pacientes con VIH/SIDA”, las intervenciones del equipo de enfermería en relación con el apoyo emocional se relatan de la siguiente forma: (Polanco Castaño, 2021a)

- Proporcionar cuidados personalizados, que se adapten a las necesidades psicoafectivas.
- Favorecer un entorno de respeto para la expresión libre de las personas con VIH.

- Brindar una atención de forma empática, sin prejuicios, en un entorno de respeto y comprensión.
- Fomentar el acompañamiento asistencial de personal de salud, familiares y amigos para reducir el estigma y la discriminación asociada al diagnóstico.
- Dar a conocer al paciente la existencia de asociaciones y/o recursos sociales implicados en la lucha contra el VIH.
- Prestar atención tanto a los mensajes verbales como no verbales del paciente.
- Recomendar la realización de hábitos de vida saludables, como la realización de ejercicio, con el objetivo de motivar y mejorar la calidad de vida de la persona con VIH.
- Coordinación interdisciplinar mediante interconsultas con psicología y psiquiatría para psicoterapia.

Además, refiere que el apoyo emocional debe de adaptarse a la fase en que se encuentre la persona con VIH en el proceso de duelo tras el diagnóstico, las cuales son: negación, rabia o enfado, negociación, depresión y aceptación. Por lo que, es importante que el equipo de enfermería respete los tiempos en que el paciente evoluciona las siguientes fases, para evitar el rechazo al tratamiento farmacológico como psicoterapéutico. Con relación a las intervenciones de apoyo emocional según la fase de duelo: Polanco Castaño, (2021)

- En la fase de negación aplicar la escucha activa y libre de prejuicios, y mantener una actitud asertiva.
- En la fase de rabia permitir la verbalización de las emociones y pensamientos de la persona con VIH.
- En la fase de negociación es necesario mostrar predisposición a ayudar.
- En la fase de depresión enfatizar un discurso esperanzador adaptado al contexto clínico, motivar y reforzar el valor de vivir.
- En la fase de aceptación, aumentar el conocimiento sobre su enfermedad y la importancia de sus hábitos saludables para la calidad vital.

No obstante, el apoyo emocional no es el único aspecto en el que se basan las intervenciones de enfermería en el abordaje de la atención psicosocial del paciente con VIH, existen actividades de enfermería orientadas a la educación sanitaria, el acompañamiento del diagnóstico, trabajo con la red de apoyo y la coordinación con otros recursos sociales (Aliaga, 2019)

4.7 Confidencialidad, ética profesional y Código Deontológico

El nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española constituye un referente un referente central para comprender cómo deben abordarse la confidencialidad, la intimidad y la no discriminación en la práctica enfermera actual. (Romero, 2025) Trabajado por la Organización Colegial de Enfermería y aprobado tras un proceso participativo con los colegios profesionales, el texto reúne 108 artículos agrupados en 27 áreas temáticas y su propósito es garantizar una práctica ética orientada al cuidado digno, respetuoso con la diversidad y comprometido con los derechos de las personas atendidas.(Romero, 2025) Entre estos ámbitos se incluyen de forma explícita la protección de datos personales, la confidencialidad de la historia clínica, la atención a la sexualidad, los cuidados al final de la vida y la seguridad del paciente, así se refuerza un marco normativo que rechaza cualquier forma de trato discriminatorio por motivos de salud, incluyendo el VIH. (Romero, 2025)

En el contexto del VIH, distintos estudios coinciden en que la confidencialidad no es sólo un requisito legal, sino una condición ética básica para que las personas se sienten seguras cuando acudan a los servicios sanitarios, aceptar la prueba diagnóstica y mantener la adherencia al tratamiento. (Martín Sánchez, 2018; Ramiro Avilés, 2024) la información relacionada al estado serológico se considera un dato especialmente sensible que forma parte de la esfera íntima de la persona, por lo tanto, su divulgación sin justificación asistencial vulnera tanto la autonomía como la confianza depositada en los profesionales. (Ramiro Avilés, 2024) En el ámbito enfermero, se habla de que el respeto efectivo a la confidencialidad implica no solo cumplir la normativa, sino también adoptar prácticas concretas como cuidar el tono y el lugar en que se habla del diagnóstico, evitar comentarios en espacios compartidos y limitar el acceso a la información a los que participan directamente en el cuidado. Estas consideraciones coinciden con lo que nos dice el Código Ético y Deontológico, que resaltan la importancia de mantener el secreto profesional y proteger la intimidad de las personas atendidas. (Romero, 2026)

En España, las personas que viven con VIH disfrutan de derechos fundamentales protegidos por la legislación vigente. Estos derechos son: el acceso a la historia clínica completa, la confidencialidad y privacidad de su información sanitaria, la protección de su intimidad personal y el derecho a no sufrir discriminación en el ámbito laboral, educativo o en el acceso a prestaciones y servicios. La información jurídica y bioética que tenemos disponible no destaca que exista, con carácter general, una obligación legal automática de revelar el diagnóstico de VIH a terceros, lo que resalta la consideración de este dato como parte de la vida privada protegida por la legislación sanitaria y la normativa protectiva de datos.(CESIDA

& Clínica Legal de la Universidad de Alcalá, 2020a; Ramiro Avilés, 2023a) Asimismo, varios análisis éticos insisten en que las posibles tensiones entre confidencialidad y protección de terceros tienen que abordarse como situaciones excepcionales, siguiendo marcos normativos claros y procurar priorizar siempre el consentimiento informado y el respeto a la persona afectada. (Shelat, 2025) Conocer estos derechos es fundamental para garantizar una vida digna y libre de estigma, en el ámbito sanitario donde las personas con VIH mantienen un contacto frecuente con los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios. (EresVIHda, 2023a)

Desde una perspectiva específicamente enfermera, algunas sugerencias recientes destacan la importancia de desarrollar marcos de práctica que ayuden a delimitar límites definidos entre la información que se pueda compartir y aquella que debe permanecer estrictamente confidencial, integrando estos criterios en la formación y en las políticas institucionales. (de Publicaciones de la Unión Europea & Luxemburgo, 2025; Martín Sánchez, 2018) Estos estudios destacan que la confidencialidad se convierte en un indicador clave de la relación terapéutica que comunica respeto, reconocimiento y compromiso con la dignidad de la persona atendida. (V. H. and S. H. M. que es la entidad responsable de las H. N. Guidelines. (n. d.) Australasian Society for HIV, s. f.). En el ámbito del VIH, este enfoque es especialmente importante para las enfermeras y enfermeros noveles, que se incorporan a entornos donde la gestión de la información clínica y la protección de la intimidad clínica constituyen componentes clave de la calidad ética de los cuidados y de la prevención del estigma en el ámbito sanitario. (Martín Sánchez, 2018; Ramiro Avilés, 2024) En este estudio se ve reflejado como la preocupación de los enfermeros noveles por la confidencialidad y el respeto a la intimidad se alinea con el nuevo Código y Deontológico, y pone de suma importancia la necesidad de seguir reforzando estos contenidos en la formación y en la práctica clínica cotidiana. EresVIHda, (2023; Gema Romero, (2024)

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

En este estudio se busca analizar las percepciones y las actitudes de los profesionales noveles, específicamente, aquellos que forman parte del sector de enfermería, con respecto a los cuidados proporcionados a las personas con VIH y/o SIDA, describiendo cómo perciben la atención asistencial que ofrecen y en qué medida integran la dimensión psicosocial en sus cuidados.

Por ello, nuestro proyecto se basa en un tipo de estudio cualitativo basado en el análisis de entrevistas a ocho enfermeros y enfermeras noveles, 5 mujeres y 3 hombres, que trabajan en el sector hospitalario y en atención primaria o que nos permitirá comprender las percepciones y actitudes, ya que, se obtiene el significado que los propios profesionales, específicamente el equipo de enfermería, atribuyen a su experiencia asistencial, la identificación de estigma, creencias y/o conductas discriminatorias asociadas al diagnóstico de VIH y/o SIDA, a la comunicación terapéutica, a los valores éticos en los que se enmarcan los cuidados de enfermería y el conocimiento profesional en las medidas de prevención en el contexto sanitario relacionado al VIH.

La técnica de recopilación de datos que se ha utilizado ha sido la entrevista semiestructurada, mediante la creación de un guión de entrevista, como Anexo 1. Guión de la entrevista semiestructurada.

5.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis que se estudia en esta investigación se constituye por los discursos, experiencias, percepciones y actitudes expresadas por profesionales noveles en el sector de enfermería, en relación con el cuidado de personas con VIH.

5.2.1 Criterios de selección

El proceso de selección se realizó siguiendo los siguientes criterios:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia..

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Profesionales de Enfermería con título de Grado o Diplomatura. • Experiencia profesional mínima de 6 meses y máxima de 5 años. • Participación voluntaria y firma del consentimiento informado.	• Enfermeros que tengan una experiencia profesional superior a 5 años o inferior a 6 meses desde la obtención del título de enfermería. • No cumplimiento de todos los criterios de inclusión.

• Residencia en la provincia de Tarragona.	
--	--

5.2.2 Presentación de participantes.

Tabla 2. Datos personales de participantes. Elaboración propia.

Iker	Enfermero de planta hospitalaria, con 5 años de experiencia profesional. En 2021, al graduarse comenzó un contrato de 4 meses en Atención Primaria. Posteriormente, realizó contratos temporales entre atención primaria y hospitalización. Desde hace 3 años continúa trabajando en el servicio de medicina interna en la ciudad de Tarragona.
María	Enfermera de planta sociosanitaria, con 2 años y 8 meses de experiencia profesional. En el año 2023, al graduarse, comenzó en residencias de personas mayores donde estuvo 2 años en este sector. Actualmente, se encuentra trabajando en una planta sociosanitaria de un hospital de la provincia de Tarragona.
Daniel	Enfermero de planta hospitalaria y de unidad de cuidados intensivos (UCI), con experiencia profesional de dos años. Desde 2024 hasta hoy en día, se encuentra trabajando alternadamente entre la planta de maternidad y UCI.
Aitor	Enfermero de consulta de enfermedades infecciosas, específicamente del VIH. Con dos años de experiencia. Estuvo en las consultas de seguimiento de VIH durante 7 meses y, actualmente, trabaja en una planta de sociosanitario de la ciudad de Tarragona.
Laura	Enfermera de planta de hospitalización, con experiencia profesional de ocho meses. Actualmente, trabaja como enfermera de retención en un hospital general en la ciudad de Tarragona, aunque, suele estar en la unidad de medicina interna y otra planta general.
Ana	Enfermera de planta hospitalaria, con experiencia profesional de tres años y ocho meses. Se graduó en 2022, su primer trabajo como enfermera fue en una unidad de maternidad de Zaragoza. Posteriormente, desde hace 3 años, trabaja en un hospital general de la ciudad de Tarragona y ha estado en varias plantas hospitalarias, como la unidad de medicina interna, planta quirúrgica, en consultas, etc.

Lara	Enfermera con especialización de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y con experiencia profesional de 4 años. Al terminar la carrera, estuvo en un periodo corto en UCI pediátrica y en otros servicios como UCI COVID o planta COVID, mientras se preparaba el examen de enfermero interno residente (EIR). Posteriormente, en julio de 2022 inició la residencia de enfermería familiar y comunitaria y la terminó en 2024. Actualmente, trabaja en un centro de Atención Primaria en la ciudad de Tarragona.
Verónica	Enferma de unidad de cuidados coronario, con experiencia profesional de 5 años. Al terminar la carrera en 2021 inició su trabajo asistencial en la planta hospitalaria de cardiología y unidad de ictus, pero después se cambió a la unidad coronaria y, actualmente, se encuentra en esta unidad.

5.3 Técnicas de recogida de datos

Una vez que se seleccionaron los participantes en este estudio, pasamos a la siguiente fase, en la que elegimos el tipo de técnica para la recogida de datos. Empleamos como técnica principal la entrevista semiestructurada. En este estudio se decidió optar por entrevistar a los participantes por el objetivo de conocer las percepciones, significados y actitudes que tienen el equipo de enfermería desde su perspectiva y, también, porque es una herramienta que permite conocer realmente lo que piensa el/la participante, sin la presencia de factores que influyan en el contenido de su relato. Además, son semiestructuras porque, aunque la intención es que los participantes respondan lo más fielmente posible a su realidad y puedan comentar libremente lo que opinan del tema, es necesario guiar a la persona durante la entrevista para establecer una coherencia entre lo que dice y lo que nosotros buscamos.¹

Entonces, esta flexibilidad en las entrevistas favorece la captación de la perspectiva de los participantes en relación con el estigma y conductas discriminatorias, la comunicación terapéutica, los valores éticos en el cuidado de salud y el conocimiento profesional respecto al VIH.

Además, se decidió la individualidad de las entrevistas, con el fin de favorecer un ambiente de confianza y garantizar que los participantes pudieran expresarse libremente sobre sus

¹ El estilo de esta entrevista se caracteriza por combinar elementos estructurados y no estructurados, es decir, se ha utilizado como componente instrumental un guión de entrevista temático previamente definido con seis preguntas para centrar la entrevista en los datos relacionados con nuestros objetivos, sin embargo, no inhibe en que los participantes puedan profundizar sus respuestas y se mantenga la flexibilidad de su narración, por lo que nos permite obtener matices y ejemplos de sus experiencias en la práctica existencial.

experiencias asistenciales, como su actitud en el cuidado de personas con VIH o la presencia en su discurso de comentarios discriminatorios, lo que permite que se pueda obtener rigurosamente la perspectiva del participante.

Por lo tanto, en total se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas, de las que cuatro de ellas se llevaron a cabo de forma presencial, en espacios tranquilos, sin ruido de fondo y que no estuvieran relacionados con el entorno hospitalario y/o primario, por otro lado, los cuatro restantes se entrevistaron de forma virtual, mediante la plataforma Microsoft Teams, lo que facilitó la participación de enfermeros que por horarios de trabajo que no coincidían con nuestros turnos de prácticas clínicas, lo que dificulta coincidir para entrevistarlos o porque se encontraban en sus semanas de vacaciones.

Previamente, ya se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, así que iniciamos las entrevistas etnográficas semiestructuradas e individuales, las cuales duraron aproximadamente entre 50-70 minutos, se registraron mediante audio y en cada una se utilizaba el guión de entrevista, vinculado como Anexo 5.

5.4. Categorización y análisis

Para la clasificación de los datos se partió del “qué se dice” en las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes, por lo que se llevó a cabo un análisis de contenido cualitativo de tipo temático. Esta estrategia de análisis nos permite organizar y comprender en rigurosidad los significados que los enfermeros noveles asocian al cuidado de las personas con VIH y/o sida.

Para ello, se focaliza en identificar, organizar e interpretar patrones de contenido (categorías y subcategorías) reflejados en los discursos de los participantes, y que presentan relación con los objetivos del estudio (el estigma, la comunicación terapéutica, las actitudes discriminatorias, valores éticos y conocimiento sobre el VIH).

Entonces, una vez realizadas las entrevistas etnográficas semiestructuradas, posteriormente, se transcriben de manera literal, respetando la originalidad del discurso del participante, y se sustituyen los nombres reales de los participantes y cualquier dato del que se les pueda asociar por seudónimos o códigos (E1-E8), con el fin de mantener la confidencialidad y el anonimato de los profesionales participantes.

Con respecto a la codificación del contenido de las entrevistas semiestructuradas, se realizó una lectura detallada de las transcripciones de las entrevistas para conocer los temas que emergen de los discursos. Por consiguiente, se decidió iniciar con la codificación inicial del contenido, es decir, cada una tenía que asignar un código a un fragmento de la narración del participante que se relacione con los objetivos del estudio. Por lo que, unas categorías se originan a partir de los objetivos establecidos en el estudio y otras se originan por la reiteración que presentan en los distintos discursos.

Una vez que se obtuvieron los códigos, se decidió, entre las dos, agruparlos en categorías y subcategorías, buscando similitudes, diferencias y relaciones temáticas entre ellos. Debemos de tener en cuenta que las categorías se relacionan con los temas de estudio. Dentro de cada categoría, se comprenden subcategorías, en las cuales se comprenden códigos y citas textuales de las entrevistas. Posteriormente, se decidió realizar una tabla propia de análisis de contenido, que se encuentra en el apartado de resultados.

Finalmente, se realizó una interpretación comprensiva de los temas identificados en la narración de los participantes, y, para ello, se buscó la relación de las categorías con el marco teórico y con el contexto asistencial de los enfermeros noveles. Además, el enfoque interpretativo nos permite profundizar en los significados que asocian los enfermeros noveles con el cuidado de personas con VIH, la manera de expresión del estigma tanto explícito como implícito en la narración, los valores éticos que priorizan en su práctica y qué importancia dan a la formación y experiencia profesional.

5.5. Aspectos éticos

El protocolo de este estudio se envió al Comité de Ética (CEIPSA) para su revisión y se ha elaborado de acuerdo a los criterios y orientaciones establecidos por este comité y por la normativa ética vigente en investigación con personas. Particularmente, se ha puesto especial atención a la protección de la confidencialidad, el respeto a la autonomía de las personas participantes y la minimización de posibles riesgos derivados de su participación.

Para ello, el primer paso, a nivel ético, es que previamente a la realización de las entrevistas etnográficas, se informa a los/las participantes sobre los objetivos tanto el general como los específicos, además, del rol en el que participan, el tipo de preguntas que responderían, el futuro uso del contenido de las entrevistas y la obtención de su participación voluntaria

mediante la entrega de un documento informativo y el documento del consentimiento informado.

Al mismo tiempo, se les explicó que cualquiera de las preguntas utilizadas durante la entrevista, ellos podían negarse a responderlas, además de, parar en cualquier momento la entrevista e incluso, retirarse del estudio sin que ellas/os les perjudique de alguna manera.

Respecto al empleo de los principios éticos de la investigación cualitativa, se garantizó la confidencialidad de la información recogida mediante el uso de seudónimos en las transcripciones y se modificaron aquellos datos que pudieran permitir la identificación directa o indirecta de las/os participantes entrevistados, las instituciones vinculadas o sus familiares. Además, el contenido de los audios, las transcripciones y otros materiales audiovisuales se resguardaron en una nube informática con acceso restringido solamente a los responsables de la investigación.

A la hora de realizar las entrevistas semiestructuradas, se pueden encontrar distintas percepciones de las/os participantes sobre el tema de estudio en las que, tal vez, estemos de acuerdo o no. Por ello, se buscó representar una postura asertiva, justa y con una actitud de escucha activa, respeto y empatía, evitando caer en comentarios discriminatorios, preguntas invasivas o intervenciones que pudieran generar incomodidad o malestar emocional y, así, crear un ambiente cómodo y sin prejuicios, ya que el propósito de este estudio es exclusivamente académico y de comprensión interpretativa de las distintas percepciones obtenidos mediante las entrevistas etnográficas semiestructuradas.

También, los resultados se presentaron en forma de citas textuales y descripciones, respetando la realidad propia de cada individuo y sin añadir elementos que puedan asociarse a su persona y vulneren su privacidad. Además, se evitó contextualizar y enmarcar, desde una perspectiva estigmatizante y negativa, el discurso narrativo de los participantes.

Por último, esta investigación se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos universalmente reconocidos en la investigación social, así como la aplicación de los criterios de integridad, responsabilidad y confidencialidad requeridos en estudios cualitativos de carácter etnográfico.

6.Resultados y discusión

Tabla 3. Categorización del análisis de contenido. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO
1.Formación y conocimiento profesional sobre VIH	Formación universitaria centrada en la fisiopatología	Relevancia al componente fisiopatológico
	Percepción de la formación profesional respecto a la esfera psicosocial	Formación práctica escasa para el enfoque psicosocial
	Influencia de la experiencia laboral y el apoyo entre profesionales	La experiencia ayuda a manejar los cuidados con personas con VIH
	Estrategias formativas para potenciar las habilidades psicosociales.	Implementación de talleres prácticos/role playing/briefing
2. Estigma, discriminación y representaciones sobre el VIH/sida	Esteriotipos sobre el origen del VIH	Asociación a grupos de riesgo
	Percepción de trato igualitario	Trato como un paciente “más”
	Estigma en profesionales veteranos	Comentarios despectivos
	Cambio generacional de estigma	Menos estigma en jóvenes
	Estigma institucional (marcas, doble guante, medidas “más cuidadosas”)	Señalización indebida
3. Percepción de seguridad percibida y prevención	Carga indetectable como tranquilidad emocional	Indetectable = no contagia
	Medidas de prevención universales	Medidas generales de higiene

	Mayor precaución en técnicas de enfermería	Sobrepotección
	Conocimiento de protocolos de prevención	Desconocimiento ante la exposición y profilaxis post-exposición
4.Comunicación terapéutica y relación paciente-profesional	Comunicación respetuosa sin culpabilizar	Evitar culpabilizar al paciente
	Construcción de un clima de confianza	Espacio/ ambiente de confianza
5.Confidencialidad y valores éticos	Principio de autonomía	Respeto a las decisiones tomadas de su salud
	Secreto profesional	Precaución en el intercambio de información profesional
6.Prevenición y salud sexual	Insuficiente educación en salud sexual	Falta de prevención de ITS

1. Formación y conocimiento profesional sobre VIH

a. Formación universitaria centrada en la fisiopatología

i. Relevancia al componente fisiopatológico

Tras la lectura de las entrevistas realizadas, los discursos de diferentes participantes muestran que la formación universitaria sobre el VIH se centra en una formación mayormente orientada a los aspectos biomédicos del VIH, especialmente en su fisiopatología, tratamiento farmacológico y el manejo técnico de la enfermedad. Entre ellos, destacamos:

“(…) En la uni se centran más en cómo funciona la enfermedad…pero a la hora de tratar con personas con la enfermedad no se nos da herramientas ni formas de dirigirnos hacia esa persona (…)- (Aitor, ámbito hospitalario, 24a, 2 años de experiencia)

En relación con el comentario de Aitor, se refleja una crítica sobre el desequilibrio didáctico entre los contenidos biológicos y/o clínicos y del abordaje relacional y emocional del cuidado. Esta percepción se vincula con la literatura internacional en el que se recalca la relevancia de que en el Grado de enfermería se mejoren la línea de recursos didácticos que aborden los aspectos psicosociales, ya que, aunque en el plan de estudios de distintas universidades españolas se incluya como mínimo una asignatura obligatoria dirigida al desarrollo de habilidades sociales y emocionales es insuficiente para llegar alcanzar habilidades que favorezcan una adecuada atención integral. Cruellas Marí, (2021); Daniela Rojas Castro et al., (2025); Mayernyik & Oliveira, (2016)

“Yo creo que se han centrado más en la fisiopatología, así de forma general. No se han centrado tanto como en el estigma de la propia enfermedad, sino de forma general de otras enfermedades, por ejemplo, pues de no solo de los síntomas físicos, sino como los emocionales, pero no del VIH, sino de otras enfermedades. Y sí que ha habido pues como asignaturas pues de salud mental o así, que han hecho un poco de hincapié en lo que son específicos del VIH, pues no. (...)” – (Daniel, atención hospitalaria, 24a, 2 años de experiencia)

“(...) Vamos a dejarlo ahí, o sea, sí que te explican un poco toda la teoría de lo que debería ser el lenguaje verbal, no verbal, un poco como tienes que tratar los temas, pero es verdad que te dan pocas herramientas (...)” – (Verónica, atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia)

“Siempre te (x2) lo tienes que estudiar con muy a fondo, con términos muy específicos, fisiopatológicos y luego el tema del cuidado, como que, aunque también te lo enseñan, pues en asignaturas como psicología y tal se queda un poco en segundo plano.”- (Ana, atención hospitalaria, 25a, 3 años y 8 meses de experiencia)

No obstante, los participantes no niegan la importancia del conocimiento teórico, sino que lo consideran imprescindible para responder con seguridad las dudas del paciente y sostener una práctica clínica rigurosa. En este sentido, Iker comenta que ambas dimensiones tienen que ser complementarias y relevantes para un correcto abordaje integral de enfermería en las personas con VIH. Esta idea encaja con el marco teórico del trabajo. (Plan Nacional sobre el Sida et al., 2018)

“(…) es tan importante el manejo psicosocial a la hora de tratar al paciente, como conocer bien la fisiopatología, la farmacología y todo lo relevante a la enfermedad para poder responder concretamente a las preguntas que te hace el paciente y poder tranquilizarlo y que pueda llegar a entender que a día de hoy el VIH no tiene por qué ser ningún tipo de estigma social (…) – (Iker, ámbito hospitalario, 26a, 5 años de experiencia).

Desde esta perspectiva, los resultados sugieren que el problema no radica en exceso de contenido biomédico, sino en la desequilibrada articulación entre ese conocimiento de salud y las competencias psicosociales necesarias para un cuidado plenamente integral.

b. Percepción de la formación profesional respecto a la esfera psicosocial

i. Escasa formación práctica para abordar aspectos psicosociales

En el comentario de Ana se manifiesta una falta de recursos didácticos que se basen en aspectos psicosociales, específicamente en estigma y discriminación relacionados con el VIH, lo cual se puede asociar con “el estudio sobre el estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario en España” en el que se explica que solo un pequeño grupo de estudiantes tiene formación académica específica en el estigma y discriminación relacionados con el VIH, o en temas de inclusión, diversidad y equidad. (Daniela Rojas Castro et al., 2025a)

“Siempre te (x2) lo tienes que estudiar con muy a fondo, con términos muy específicos, fisiopatológicos y luego el tema del cuidado, como que, aunque también te lo enseñan, pues en asignaturas como psicología y tal se queda un poco en segundo plano.”- (Ana, atención hospitalaria, 25a, 3 años y 8 meses de experiencia)

c. Influencia de la experiencia laboral y el apoyo entre profesionales

i. La experiencia ayuda a manejar los cuidados psicosociales con personas con VIH

Hay que resaltar otra idea relevante que emerge de las entrevistas, que es el valor atribuido a la experiencia práctica realizada en el ámbito profesional tanto como profesional activo y/o estudiante en prácticas. Además, se señala como una fuente de sabiduría, el acompañamiento de profesionales con mayor recorrido asistencial, siempre que esté actualizado.

“La carrera te puede enseñar muchas cosas, pero en mi caso, todo ha sido por experiencia propia y por ayuda de otras enfermeras (…) me hubiese gustado otro tipo de casos clínicos

(...)” – (María, atención hospitalaria, 24a, dos años de experiencia y ocho meses)

“En la carrera te dan técnicas comunicativas, pero hasta que no llegas a las prácticas y ves ese primer momento con un paciente (x2) con VIH, no pones en práctica toda esa teoría (...)

“– (Iker, atención hospitalaria, 26a, cinco años de experiencia)

Esta idea se muestra en la literatura investigada, en la que se concluye que las enfermeras con formación avanzada y una larga trayectoria profesional son capaces de actuar en diferentes situaciones complejas, donde emplean habilidades comunicativas y psicosociales, adaptándose a las necesidades de personas con VIH, pero se destaca que los recién titulados suelen asumir responsabilidades en los que aún no tienen las suficientes estrategias comunicativas y psicoemocionales para abordarlas eficazmente. (Kukkonen et al., 2025; Milán Cebreros, 2020a)

Asimismo, se menciona que los enfermeros con poca experiencia en los cuidados de personas con VIH agradecen el apoyo de profesionales veteranos, sobre todo, en situaciones emocionalmente complejas, como la gestión de las emociones de tristeza y/o frustración por su estado de salud o la forma de comunicar ciertas noticias a las personas con VIH y/o sus familiares. (Aziz et al., 2023; Jenkins et al., 2025; Milán Cebreros, 2020a)

“(...) si un enfermero que tiene muchos más años de experiencia, ha tenido casos similares o ha tenido algún tipo de seguimiento con algún paciente que tenga VIH a largo del tiempo durante su hospitalización, ha podido ver la evolución, la complejidad, las complicaciones que puede llevar, pues es un apoyo que te pueda brindar esta información que tú por no tener experiencia, no dispones todavía de ella.” (Iker, atención hospitalaria, 26a, cinco años de experiencia)

Sin embargo, ese mismo participante aclara que la veteranía es provechosa cuando el profesional el mismo profesional tiene una actitud autodidacta, lo que garantiza un abordaje asistencial actualizado en conocimientos y tratamientos actuales. Álvarez-Serrano et al., (2020); European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), (2024)

“(...)sí que es cierto que a lo mejor una enfermera que lleve muchos años de práctica, que a lo mejor no tenga trato continuo con este tipo de pacientes, no sepa cuáles son los tratamientos de los que disponen ahora, el tipo de seguimiento que tiene este tipo de paciente, puede que su trato a este paciente, esté un poco más sesgado por esa falta de información

que tiene, porque al final si no tratas con este tipo de pacientes o no te actualizas sobre los nuevos tratamientos, la nueva la patología en si a día de hoy (...) (Iker, atención hospitalaria, 26a, cinco años de experiencia)

Por lo tanto, es una actitud clave que las enfermeras con mayor trayectoria y las enfermeras recién graduadas se apoyen mutuamente para fomentar el trabajo en equipo y crear un ambiente saludable en el que las profesionales recién graduadas que desconocen los cuidados de enfermería específicos puedan preguntar sin inconvenientes para mejorar sus habilidades integrales. Milán Cebreneros, (2020)

d. Estrategias formativas para potenciar las habilidades psicosociales.

i. Implementación de talleres prácticos/role playing/briefing

Las personas entrevistadas reconocen que en sus facultades se han aplicado estrategias didácticas prácticas, aunque se puede observar que se aplican distintas estrategias formativas según la facultad donde se realizó el grado de Enfermería. Además, creen que se tendrían que aplicar nuevas estrategias formativas que les permita mejorar su preparación en el cuidado a personas con VIH y en el abordaje del aspecto psicosocial. Esta idea se puede detectar por ejemplo en la entrevista de Iker y Verónica:

“El caso de llevar de alguna manera invitados con este tipo de patología o con algún otro tipo de problemática, llevar invitados a la facultad, que ellos cuenten cómo fue la experiencia de recibir ese diagnóstico, de comenzar a tratar con esa enfermedad con esa patología y que ellos mismos puedan ejemplificar cómo fue su experiencia con el trato que recibieron, porque al fin y al cabo en base a esa experiencia es la mejor manera de formarse (...) (Iker, atención hospitalaria, 26a, cinco años de experiencia)

“Pues mira, yo creo que la mejor estrategia para abordar estos temas es el de briefing, siempre que un evento que a ti te genere algo emocional, hacer luego un debriefing, Incluso con profesionales, tener pues un espacio destinado a pues con unas charlas así con psicólogos y enfermeros y varias experiencias laborales. Yo creo que puede ayudar bastante también porque tú tienes esa experiencia, la explicas con tus compañeros, que tus compañeras empapan de si a una vez le pasa, como abordarlo, ¿sabes?” (Verónica, atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia)

Por un lado, Iker hace referencia a una estrategia formativa en la que se inviten a personas con VIH a la facultad y cuenten sus experiencias respecto al recibir la noticia del diagnóstico, su perspectiva en el trato asistencial que se les da y cómo viven con ello. Con esto, asegura que en base a la experiencia de personas con VIH es la mejor manera para formarse en el aspecto psicosocial. Por otro lado, Verónica nos explica que, desde su perspectiva, la mejor estrategia para abordar temas psicosociales es el debriefing, ya que según su frase *“puede ayudar bastante también porque tú tienes esa experiencia, la explicas con tus compañeros, que tus compañeras empapan de sí a una vez le pasa, como abordarlo, ¿sabes?”*

Además, Verónica comenta que el debriefing es una herramienta didáctica que puede aplicarse para la formación profesional tanto en las universidades como en cursos formativos del sector asistencial. También, destaca que el debriefing permite conocer otras experiencias de distintos profesionales, lo que enriquece la experiencia de uno mismo.

Asimismo, María comenta que, aunque es imprescindible la ayuda de las enfermeras con más experiencia, le hubiera gustado que los casos prácticos observados en la facultad hubieran sido desde otra perspectiva, lo que pone de relieve la necesidad de más situaciones prácticas y supervisadas durante la formación. Esto se vincula con que Aitor, aunque no describe en sí una estrategia formativa, explica la relevancia de integrar contenidos de comunicación y habilidades psicosociales.

“(...) la carreta te puede enseñar muchas cosas, pero en mi caso, todo ha sido por experiencia propia y por ayuda de otras enfermeras (...) me hubiese gustado otro tipo de casos clínicos”
- (María, atención hospitalaria, 24a, dos años de experiencia y ocho meses)

“se centran más en cómo funciona la enfermedad, pero a la hora de tratar con personas con la enfermedad no se nos da herramientas ni formas de dirigirnos hacia esa persona (...)” –
(Aitor, ámbito hospitalario, 24a, 2 años de experiencia)

Estas propuestas se relacionan con varias estrategias recogidas en el marco teórico. Por un lado, la idea de Iker de invitar a la facultad a personas con VIH conecta con experiencias como el uso de la radio y otros recursos comunicativos para dar voz a pacientes expertos en la formación del alumnado de enfermería, que se han mostrado útiles para desarrollar competencias psicosociales como la empatía, la escucha activa y la reflexión sobre la vivencia de la enfermedad desde una perspectiva holística. Mansilla-Domínguez et al. (2023)

También, la demanda de María y Aitor de haber dispuesto más casos clínicos y entrenamiento en habilidades emocionales coincide con la literatura que señala que, aunque los planes de estudio incluyen asignaturas orientadas a la comunicación, no siempre se profundiza en el

desarrollo de competencias emocionales y sociales necesarias para abordar situaciones complejas como el VIH. Mayernyik & Oliveira, (2016)

Por otro lado, la propuesta de Verónica sobre el debriefing se alinea con la literatura que describe la simulación clínica seguida de una retroalimentación estructural como una metodología clave para integrar habilidades técnicas y psicosociales, permitiendo reflexionar sobre las actualizaciones realizadas y sobre la gestión de emociones y dilemas éticos sin poner en riesgo a los paciente. Tortajada Lohaces et al., (2019)

Finalmente, los manuales formativos específicos para la respuesta al estigma asociado al VIH, como el elaborado por CESIDA, también recomiendan actividades participativas, reflexión sobre paradigmas y trabajo grupal guiado como herramientas, como, por ejemplo, el role playing, para revisar prejuicios y mejorar la preparación laboral de los profesionales. (CESIDA, 2025). Por lo que, las iniciativas sugeridas por estos cuatro participantes son coherentes, se pueden vincular con estas recomendaciones y refuerzan la necesidad de consolidar metodologías activas, experiencias reales y espacios de reflexión emocional en la formación en VIH.

2. Estigma, discriminación y representaciones sobre el VIH/sida

a. Estereotipos sobre el origen del VIH.

i. Asociación a grupos de riesgo.

” (...) pensar ‘seguramente sea drogadicto o algo así’...lo asocio a personas drogodependientes o muy activas sexualmente (...).” - (Laura, ámbito hospitalario, 23a , 8 meses de experiencia)

“(...) A ver, por mi experiencia, la mayoría de casos ha sido de personas que en su pasado han consumido drogas y han tenido una mala vida por así decirlo. Por eso, lo suelo asociar más con eso y también muchos de ellos cuando se pinchaban droga pues con la misma aguja se pinchaban cinco. Haciendo eso, es fácil contagiarse (...).” – (María, ámbito hospitalario, 24a y 8 meses de experiencia)

“(...) Pero siempre se escuchan esos comentarios que tú has dicho de ‘ay, pues no lo parece’ o personas mayores que he tenido recientemente con VIH y decir por los comentarios estos de ‘joder, pues con lo mayor que es, que tenga VIH’ o eso, que no lo parece (...).” - (Daniel, 24a, ámbito hospitalario, 2 años de experiencia)

Lo que dicen Laura, María y Daniel, refleja lo que describe el marco teórico sobre la construcción de estigma a partir de la idea de grupos de riesgo y de una lectura moral de la infección, más que desde un enfoque epidemiológico. (EresVIHda, 2023a; Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a) La existencia de expresiones como “mala vida” y la sorpresa ante personas con VIH coincide con los estudios que describen cómo estos paradigmas siguen fomentando actitudes de culpabilización y discriminación, lo que refuerza la importancia de la existencia de intervenciones formativas específicas para revisar prejuicios y patrones de pensamiento. (Aziz et al., 2023; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024a)

b. Percepción de trato igualitario

i. Trato como un paciente “más”

“(...) Lo primero que pienso es que tengo que tener cuidado con las técnicas por el riesgo de contagio, pero por lo demás nada, es igual que otro paciente (...)” – (Laura, ámbito hospitalario, 23a, 8 meses de experiencia)

“(...) Al final, es el mismo cuidado que tienes con cualquier paciente (...)” – (Daniel, ámbito hospitalario, 24a, 2 años de experiencia)

La percepción de trato igualitario que tienen Laura y Daniel se ajusta a lo que describe el marco teórico sobre como tienden los enfermeros noveles a apoyarse más en las precauciones estándar y en la evidencia científica que en juicios morales, gestionando el riesgo de forma universal en lugar de dividir a las personas como “peligrosas” o de “bajo riesgo”(Daniela Rojas Castro et al., (2025); Pelletier et al., (2022) Cuando los participantes nos afirman que el cuidado es “el mismo” y que el diagnóstico se registra como un dato clínico más, se acercan al modelo de práctica recomendando en los documentos sobre estigma, que insisten en ofrecer una atención centrada en la persona y libre de diferenciaciones injustificadas por el hecho de vivir con VIH. (CESIDA, 2025b; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2024)

c. Estigma en profesionales veteranos

i. Comentarios despectivos

A pesar de la intención de tratar a las personas con VIH como a cualquier otro paciente, algunos participantes relatan haber presenciado comentarios despectivos y juicios de valor hacia las personas con VIH, procedentes de enfermeros con más años de experiencia. Lara describe que en urgencias ha escuchado expresiones como: “(...) *a saber que andaba haciendo, menudo guarro* (...)” – (Lara, atención primaria, 27a, 4 años de experiencia). Estas expresiones atribuyen implícitamente la infección a una conducta “inadecuada” y culpabilizan al paciente. Daniel en su caso, ha oído a compañeros más veteranos decir frases como “(...) *con lo mayor que es, que tenga VIH*” o “*ay, pues no lo parece* (...)” – (Daniel, atención hospitalaria, 24a, dos años de experiencia). Iker por su parte no lo dice de manera literal, pero hemos sintetizado su idea y es que nos comenta: “(...) *Se permiten comentarios que yo no haría delante del paciente* (...)” – (Iker, atención hospitalaria, 26a, 5 años de experiencia). Estos comentarios nos indican que ciertos prejuicios y formas de hablar se siguen normalizando por parte del equipo sanitario.

Estas narraciones sobre comentarios despectivos y juicios de valor que vienen de profesionales más veteranos se corresponden con lo que el marco teórico habla acerca del estigma en el ámbito sanitario, donde se describe que, aunque haya habido avances biomédicos, aún persisten actitudes y prácticas basadas en modelos antiguos que asocian el VIH con culpa, estilos de vida “desordenados” y determinados grupos sociales. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), (2024); Fuster-Ruiz de Apodaca et al., (2024). Estas fuentes indican que el estigma se puede manifestar mediante comentarios negativos, trato impersonal, uso exagerado de medidas de barrera y una comunicación que transmite miedo o desconfianza hacia las personas con VIH, aspectos que coinciden con las expresiones narradas por las personas entrevistadas cuando hablan de enfermeros que llevan con más años de experiencia. (Feyissa et al., (2019); Picón-Jaimes et al., (2025). Por ende, la convivencia entre profesionales noveles que tienden a apoyarse en la evidencia científica y profesionales noveles que reproducen modelos de cuidado anteriores refuerza la importancia, ya destacada en el marco teórico, de implementar intervenciones formativas continuadas que actualicen conocimientos, revisen prejuicios y promuevan un modelo asistencial libre de estigma en todos los niveles de experiencia profesional. (Daniela Rojas Castro et al., 2025b)

d. Cambio generacional de estigma

i. Menos estigma en jóvenes.

Lo que nos explican los participantes nos sugiere que perciben una diferencia generacional en la forma de comprender el VIH y de relacionarse con las personas que viven con la infección. Verónica nos dice: *“(...) El estigma ha ido disminuyendo...enfermeros que lleven más años quizás tengan más estigma porque lo vivieron al principio; los jóvenes lo vemos más como crónica (...)”* – (Verónica, atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia). De esta manera, nos da a entender que las generaciones recientes de enfermería tienden a percibir la infección por VIH como un problema de salud más, respecto algunos/as de anteriores generaciones. Siguiendo la misma línea, María y Laura describen que, aunque reconocen haber tenido en algún momento pensamientos estereotipados, intentan corregirlos en su práctica actual, evitar comentarios culpabilizadores y centrarse en aplicar las precauciones estándar, lo que demuestra que hay una intención consciente por distanciarse de modelos de cuidados más estigmatizantes que identifican en otros enfermeros.

3. Percepción de seguridad percibida y prevención

a) Carga indetectable como tranquilidad emocional

i. Indetectable = intrasmisible

“(...)Pues exactamente igual que cualquier paciente. Por ejemplo, es un dato que nosotros cogemos de la historia clínica y pues lo pasamos, por ejemplo, al cambio de turno, al igual que podría tener una diabetes, una hipertensión, etc. Pues al final, decimos que ese paciente pues es VIH positivo, aunque la carga es baja, pero ya está. No por otro motivo de discriminación, sino porque para tener todos los datos del paciente y pues el tema de los fluidos y para pinchar, pues exactamente igual que otro paciente (...)” – (Daniel, atención hospitalaria, 24a, 2 años de experiencia)

“(...) Hombre, influye en que tienes que tener cuidado, como con todo, pero no tanto. Quiero decirte. No es lo mismo un paciente, con un VIH positivo, muy positivo, quiero decirte, que tengas una carga viral alta, que lógicamente tienes que tener mucho más cuidado porque tienes muchísimo más riesgo de contagio, cuando vas a hacer alguna técnica que implique alguna forma de transmisión de la enfermedad, por tocarlo no te vas a contagiar. No es como una klebsiella, tienes que poner la bata porque lo vas a tocar y no llevas la klebsiella. En este caso no, en este caso es más solo cuando va a hacer alguna punción (...)” – (Laura, atención hospitalaria, 23a, 8 meses de experiencia)

“(...)Si la carga viral es indetectable, no transmite el virus (...)” – (Ana, atención hospitalaria, 25a, 3 años y 8 meses de experiencia)

“(...)Yo ya te digo, si ese es el caso que tiene la carga baja, lo que hago es que no me preocupa más de lo normal, que la probabilidad es muy baja y que no tienen. Entonces, antes me quedaría, o sea, estaría tranquila y haría las medidas generales que se hacen con todo el mundo. Pero, igual, tenga las VIH o no (...)” – (Lara, atención primaria, 27a, 4 años de experiencia)

Daniel, Laura, Ana y Lara mencionan la carga viral en sus citas como un elemento clave para vivir el contacto con las personas con VIH con seguridad y sin miedo excesivo.

Lo que entienden los participantes por carga viral indetectable= intransmisible, refleja lo que han reforzado organismos internacionales como ONUSIDA al señalar que una carga viral eliminada por tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de transmisión sexual hasta niveles prácticamente nulos. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., (2024); ViiV Healthcare, (2018) Daniel, Laura, Ana y Lara ponen el énfasis en la carga viral baja o indetectable, y en las precauciones estándar, se alinea con este enfoque, en el que la adherencia al tratamiento y el control virológico se convierten en componentes importantes importantes tanto para la salud de la persona con VIH como para la prevención. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a) Desde la perspectiva de la enfermería novel, reconocer que la carga indetectable transmite el virus ayuda a disminuir el miedo al contagio y a evitar conductas de evitación o sobreprotección, así se favorece un trato más igualitario y libre de prejuicios, tal y como destacan los estudios que colocan la evidencia científica y las precauciones universales como base del cuidado en el ámbito del VIH. (V. H. and S. H. Medicine. (n. d.) Australasian Society for HIV, s. f.; Pelletier et al., 2022a)

b) Medidas de prevención universales

II. Medidas generales de higiene

Laura y Verónica asocian las medidas de seguridad frente al VIH a las precauciones estándar y no a cuidados diferenciados por el diagnóstico. Laura dice que cuando se entera de que un paciente es VIH positivo, adapta su forma de actuar: *“(...) Sabiendo que es positivo, pues me pongo unos guantes o lo hago con más cuidado, pero me daba igual (...)”* - (Laura, atención hospitalaria, 23a, 8 meses de experiencia). Entendemos que ella sugiere que el uso de guantes se entiende como una medida básica que también se aplicaría a otros pacientes. Por otra parte, Verónica prioriza: *“(...) El uso de guantes para todo tipo de contacto con el paciente, si vas a ponerte una insulina, guantes; si vas a puncionar, guantes; si vas a tocar algo que los pacientes han estado en contacto con algún fluido..., guantes (...)”* - (Verónica,

atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia). Verónica también admite tener preocupación a la hora de puncionar cuando es por vía parenteral. Las participantes demuestran que la protección se centra en el riesgo exposición a fluidos y a pinchazos, más que en evitar el contacto físico o habitual con una persona con VIH.

Lo que dicen Laura y Verónica tiene relación con lo que los estudios del marco teórico hablan sobre las precauciones estándar en el ámbito sanitario, que insisten en aplicar de forma sistemática medidas de barrera como el uso de guantes, la higiene de manos y el manejo seguro del material punzante con todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico, para reducir el riesgo de transmisión de patógenos como el VIH. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), (2024)

En el mismo estudio destaca que la combinación de precauciones estándar como la formación sobre riesgos biológicos contribuye a disminuir la ansiedad ante el contagio y a sostener un trato igualitario hacia las personas con VIH, evitando la sobreactuación preventiva dirigida sólo a quienes tienen diagnóstico conocido. (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024b)(ECDC, 2024)

c) Mayor precaución de técnicas en enfermería

III. Sobreprotección

“(...) El típico de, no, pues yo entro con guantes y lo hago todo con guantes. No tiene por qué tomarle una tensión a ese paciente con guantes, no tienes por qué sentarte con él y nada más salir de la habitación, salir corriendo a limpiarte, a lavarte, a hacer algún tipo de..., etc (...) – (Iker, atención hospitalaria, 26a, 5 años de experiencia)

“(...) A la hora de ponerle heparina mi tutor me dijo: "Voy yo, porque voy a ser positivo y no quiero que lo hagas tú, no vaya a ser y pase algo y te puedas contagiar (...)” – (Laura, atención hospitalaria, 23a, 8 meses de experiencia)

En las citas de los entrevistados aparecen ejemplos de conductas de sobreprotección que van más allá de las precauciones estándar y aparecen sólo porque el paciente tiene VIH. Lo que dice Iker evidencia un uso desproporcionado de guantes y limpieza inmediata que no se aplica de igual manera a otros pacientes. Laura también expresa su frustración de una experiencia pasada de sus prácticas como estudiante con su tutor. Su tutor no la dejó hacer un procedimiento porque lo encontró peligroso sólo por el diagnóstico del paciente.

Las experiencias de Iker y Laura describen lo que los estudios explican sobre el uso innecesario de medidas de barrera como expresión de estigma y falsa sensación de seguridad en la atención a personas con VIH. Los estudios que mencionamos en el marco teórico señalan que prácticas como el uso sistemático del doble guante, el uso de guantes para procedimientos que no lo requieren o la evitación del contacto físico directo se han descartado internacionalmente como conductas que no aportan protección adicional, pero sí transmiten un mensaje negativo al paciente de ser “peligroso” o “diferente” (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024; Feyissa et al., 2019; Pelletier et al., 2022). Otros estudios explican que cuando el conocimiento sobre transmisión y precauciones estándar es insuficiente, aumenta la probabilidad de que los profesionales sobrevaloren el riesgo y recurran a medidas exageradas, mientras que una información actualizada y la integración del concepto indetectable= intransmisible favorecen tratar el VIH como una enfermedad crónica, aplicando las mismas medidas de seguridad para todos los pacientes (Daniela Rojas Castro et al., 2025; Picón-Jaimes et al., 2026).

d) Conocimiento de protocolos de prevención

IV. Desconocimiento ante la exposición y profilaxis post-exposición

En las entrevistas, los participantes muestran que la seguridad que sienten al aplicar las precauciones estándar se debilita cuando piensan en la posibilidad de un accidente con riesgo de exposición al VIH. Una de las enfermeras reconoce que, al atender a una persona con VIH: “ (...) *Cuando le tenía que mirar el azúcar al paciente, es verdad que iba con mucho más cuidado que con un paciente normal (...)*” – (María, atención hospitalaria, 24a, 2 años y 8 meses de experiencia). Otros participantes explican que, si se produjera una situación de exposición, su reacción sería consultar de inmediato con el equipo o con profesionales más veteranos, porque no tienen del todo claros los pasos del protocolo de actuación post-exposición, lo que sugiere una dependencia importante del criterio ajeno cuando el riesgo se percibe como elevado. Esto demuestra que aunque las enfermeras noveles tienden a manejar con soltura las medidas rutinarias de higiene, no siempre se sienten seguras cuando tienen que decir qué hacer ante un incidente en el trabajo relacionado con el VIH.

Esto nos muestra que expone lo que encontramos en la literatura sobre la relación entre nivel de conocimiento, percepción de riesgo y acciones preventivas en enfermería. Revisando los estudios, nos encontramos que cuando la formación sobre transmisión y prevención del VIH es insuficiente, tienden a aparecer conductas de sobreprotección y la percepción de que la profesión es “especialmente de riesgo”, lo que puede hacer que cuando llegue la hora de

realizar procedimientos invasivos lleguen las dudas, haciendo que se llegue a buscar apoyo constante en profesionales más experimentados. (Aziz et al., 2023; Qadir, 2025) En este contexto, las dudas expresadas por las enfermeras y enfermeros noveles sobre cómo actuar tras una exposición refuerzan la necesidad de insistir en la importancia de mejorar la formación y en las políticas de los centros, contenidos prácticos sobre profilaxis post-exposición y circuitos asistenciales, así las gestiones de estas situaciones se apoyarán en procedimientos claros y compartidos y no dependerá de manera exclusiva del medio o del acompañamiento puntual de enfermeros más veteranos (Bonacaro et al., 2022; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2024)

4.Comunicación terapéutica y relación

a) Comunicación respetuosa sin culpabilizar

I. Evitar culpabilizar al paciente

“(...) Decir ‘con lo joven que eres y no te has cuidado’ está fatal...le estás culpando y haciendo sentir mal; deberías transmitir tranquilidad y explicar posibilidades de tratamiento (...)”. – (Laura, atención hospitalaria, 23a, 8 meses de experiencia).

“(...) Entonces, bueno, es ese hecho de que tú le hables desde la seguridad, sin juzgar, transmitiéndoles confianza, que no es prohibir, sino que miren por ellos (...)”. - (Aitor, atención hospitalaria, 23a, 2 años de experiencia).

Laura y Aitor muestran una preocupación explícita por evitar mensajes que avergüencen o culpabilicen o avergüencen a las personas con VIH. Aitor sobretodo insiste en que el objetivo no es prohibir ni regañar, sino acompañar al paciente para que mire por él y pueda cuidarse desde la información y el apoyo.

Esta forma de posicionarse coincide con la explicación dada en el marco teórico sobre la necesidad de una relación terapéutica basada en la empatía, la aceptación y la ausencia de prejuicios, especialmente si hablamos del VIH, donde el diagnóstico tiene un fuerte impacto emocional (Polanco Castaño, 2021b) Los estudios revisados destacan que usar un lenguaje no culpabilizador y evitar juicios morales es clave para favorecer la adherencia al tratamiento y el bienestar psicosocial, y sugieren intervenciones de enfermería centradas en el respeto, la validación emocional y el apoyo en las distintas fases del duelo tras el diagnóstico. (Arellán-Regalado & Martínez-Carbajal, 2019; Polanco Castaño, 2021a) De esta manera, Laura y Aitor intentan integrar estas recomendaciones en su manera de comunicarse con las personas con

VIH.

b) Construcción de un clima de confianza

II. Espacio/ ambiente de confianza

“(…) Creo un ambiente de confianza contándole alguna anécdota de mi día a día; así el paciente se relaja y me cuenta más cosas suyas (…).” – (María, atención hospitalaria, 24a, 2 años y 8 meses de experiencia)

“Nosotros ya nos los llevábamos a nuestra consulta, que era un espacio más tranquilo, más seguro. Y quieras que no, mm, es difícil. Es difícil porque también depende de la edad que tengan, depende de su situación personal, depende de muchas cosas. Pero bueno, lo que siempre intentaba decirles y transmitirles es: “Estate tranquilo, hay medicación”. – (Aitor, atención hospitalaria, 23a, 2 años de experiencia).

A parte de evitar la culpabilización, como hablábamos en el punto anterior, las personas entrevistadas le dan importancia a crear un espacio de confianza que facilite la expresión de dudas, miedos y experiencias relacionadas con el VIH. María usa elementos de auto-revelación para reducir la distancia profesional con sus pacientes. Aitor, por su parte, explicaba que procuraba sacar a la persona de contextos más estresantes y llevarla a una consulta más tranquila, con la finalidad de que el paciente se sintiera acompañado y menos amenazado por la situación.

Las estrategias que usan María y Aitor se alinean con lo que el marco teórico explica sobre la construcción de una relación terapéutica en el cuidado de las personas con VIH, que destaca la importancia de un entorno de respeto, confidencialidad y apoyo emocional para mantener la adherencia y el proceso de adaptación al diagnóstico. (Díaz, 2023; Polanco Castaño, 2021a) Los estudios indican que la consulta de enfermería es un espacio ideal para crear relaciones basadas en la empatía, la confianza y la valoración integral del contexto de la persona, lo que incluye sus recursos sociales y las barreras que pueden dificultar el seguimiento. (Arazo et al., 2020) Por añadidura, los documentos sobre cuidados de enfermería experta en VIH señalan la necesidad de potenciar el vínculo terapéutico y de ofrecer un acompañamiento cercano y accesible, adaptado a las necesidades psicoafectivas de cada persona (Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy., 2025a) Desde esta perspectiva, lo que explican María y Aitor muestran cómo las enfermeras noveles buscan intencionadamente generar ambientes seguros y cercanos, coherentes con el rol que se atribuye a la enfermería en la atención relacional y psicosocial a las personas con VIH.

5. Derechos de confidencialidad, privacidad y valores ético

a) Principio de autonomía

I. Respeto a las decisiones tomadas de su salud

“(...) Sí que considero que es algo que hay que abordar con el paciente muy bien en el momento del ingreso y decirle, preguntarle si por ejemplo, sus familiares o las personas que lo vienen a visitar tienen conocimiento de esto o si a él le importa que tengan conocimiento de esto, porque al final el dueño de la información sobre su patología es él, y él decide quién puede saberlo y quién no puede saberlo (...)” – (Iker, atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia).

“(...) No puedo juzgar esa decisión, no lo sé. Yo sí lo contaría, sí lo haría, pero respeto la decisión también del paciente y es mayor de edad y puede no decir su diagnóstico (...)” – (Ana, atención hospitalaria, 25a, 3 años y medio de experiencia).

“(...) Entonces sí que es verdad, pues que no gritar si el paciente, pues quiere confidencialidad o estricta confidencialidad con el tema, pues estricta confidencialidad con el tema. Y si luego ya el paciente quiere..., es más abierto y lo quiere expresar y él a veces, te lo dicen ellos, no sería el primer caso que lo expresan, ¿sabes? (...)” – (Verónica, atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia).

Iker, Ana y Verónica muestran una preocupación clara por respetar la autonomía de las personas con VIH en relación a cómo gestionan su diagnóstico. Izan cree que es importante abordar el diagnóstico con el paciente en el momento del ingreso y que es necesario preguntar explícitamente si sus familiares o acompañante conocen el diagnóstico o si desea que lo sepan, porque al final es el paciente quien decide quién puede saberlo y quién no debe saberlo. Ana, por su parte, sí lo contaría, pero reconoce que un paciente adulto puede decidir no compartir su diagnóstico con nadie más si así lo desea.

Según la perspectiva del marco teórico, las posiciones de los participantes se alinean con el principio de autonomía recogido en el nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española, que determina la obligación de respetar las decisiones informadas de la persona atendida y de proteger su intimidad y la confidencialidad de su historia clínica, especialmente cuando se trata de información sensible como el estado serológico frente al VIH. Los estudios sobre bioética y jurídica que hay disponibles, destacan que el diagnóstico de VIH forma parte

de la parte más íntima de la persona y que, en el contexto español, no existe ninguna obligación legal automática de comunicarlo a terceros, así que cualquier limitación de la autonomía se debe considerar excepcional y seguir marcos normativos claros, priorizando siempre en consentimiento informado. (Romero, G. 2026) Lo que describen Iker, Ana y Verónica es coherente con estas recomendaciones y sigue la línea con las propuestas del estudio “Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España”, que insiste sobre la importancia de formar a los profesionales sanitarios en derechos, confidencialidad y no discriminación para garantizar una atención digna y libre de estigma. (Fuster-Ruiz de Apodaca MJ. et al., 2024a)

b) Secreto profesional

I. Precaución en el intercambio de información profesional

Ana, Lara y Verónica demuestran que como enfermeras noveles son muy cuidadosas a la hora de compartir el diagnóstico de VIH dentro del equipo, y que saben identificar qué información es necesaria para la atención y que comentarios vulneran la intimidad del paciente. Ana dice que cuando tiene que mencionar el diagnóstico lo hace de esta manera: *“(...) de una manera...como recatada, ¿no? No por nada, no por el estigma que yo pueda tener, sino por el respeto a la privacidad del paciente (...)”* – (Ana, atención hospitalaria, 25a, 3 años y 8 meses de experiencia), destacando que la forma de comunicar algo también puede proteger o dañar la confidencialidad. También, explica cómo adaptan en su lugar de trabajo la dispensación de la medicación cuando el propio paciente expresa su preocupación por ser identificado: *“(...) El paciente nos pidió si por favor, le podíamos dar las pastillas abiertas, no quería que se viera el nombre (...)”* – (Ana, atención hospitalaria, 25a, 3 años y 8 meses de experiencia). Ana demuestra tener una sensibilidad práctica hacia la privacidad de sus pacientes, que va más allá de simplemente cumplir con el secreto profesional.

Lara considera adecuada que se comente el diagnóstico: *“(...) Entre profesionales, no delante de otras personas, no cuando estamos desayunando y hay profesionales ajenos a esa persona (...)”* – (Lara, atención primaria, 27a, 4 años de experiencia). Lo que nos dice Lara, es que no sólo importa la información que se comparte sino también el contexto en el que se habla y quién escucha. Verónica afirma que puede ser correcto compartir información sobre el VIH, pero: *“(...) Siempre y cuando no lo saques de ese contexto, que no vayas en el ascensor y vayas comentando, pues el otro día tal...no lo haces con maldad, al revés (...)”* – (Verónica, atención hospitalaria, 27a, 5 años de experiencia). Verónica advierte del riesgo de hablar sobre temas íntimos y privados de otros pacientes en espacios como el ascensor o en las conversaciones informales.

Lo que han dicho las participantes se relaciona con lo que describimos en el marco teórico sobre los derechos de confidencialidad y privacidad de las personas con VIH en España, donde se recuerda que el diagnóstico forma parte de la esfera más protegida de la vida privada y que los problemas entre confidencialidad y protección deben tratarse como excepcionales, siguiendo marcos normativos claro y priorizando el respeto a la persona afectada. (CESIDA & Clínica Legal de la Universidad de Alcalá, 2020b; Ramiro Avilés, 2023b; Shelat, 2025) Si lo miramos desde una perspectiva enfermera, varios trabajos apuntan que la confidencialidad se ha convertido en un indicador central de la calidad ética de la relación terapéutica, porque transmite respeto, reconocimiento y compromiso con la dignidad de la persona atendida, algo especialmente importante en el ámbito del VIH para las enfermeras noveles donde la gestión de la información clínica y la protección de la privacidad y la intimidad son fundamentales para unos cuidados de calidad ética y así prevenir el estigma (35, 48). También proponen desarrollar marcos prácticos que delimiten con claridad qué información se puede compartir y cuál tiene que permanecer estrictamente reservada, incorporando estas pautas a la formación y a las políticas institucionales (V. H. and S. H. M. que es la entidad responsable de las H. N. Guidelines. (n. d.) Australasian Society for HIV, s. f.-b; Ramiro Avilés, 2024)

6. Prevención y salud sexual

a) Insuficiente educación en salud sexual

I. Falta de prevención de ITS

Laura y Lara perciben que la prevención de las infecciones de transmisión sexual ocupa el lugar que debería ni en la formación universitaria ni en la práctica clínica. Laura insiste en que:” (...) *Poco hincapié en explicarte, por ejemplo, qué es el VIH, en explicarte sobre cosas de enfermedad de transmisión sexual, un poco hincapié le hacen, o sea, 2 clases en segundo de enfermería y con eso ya (...).*” – (Laura, atención hospitalaria, 23 años, 8 meses de experiencia). En la misma línea, Lara dice que:” (...) *no se hace suficiente hincapié en salud sexual... la gente no está concienciada en el riesgo que corre; hace falta más prevención (...).*” – (Lara, atención primaria, 27a, 4 años de experiencia). Lara nos señala la necesidad de que la enfermería asuma un papel más activo en informar y sensibilizar sobre las ITS.

Estos resultados se relacionan con lo que en el marco teórico explica sobre la formación en salud sexual y competencias de enfermería, donde se señala que, aunque los planes de estudio incluyen asignaturas orientadas al desarrollo de habilidades comunicativas, no siempre introducen de manera explícita contenidos emocionales y psicosociales relacionados

con la sexualidad y la prevención de ITS. (Mayernyik & Oliveira, 2016) Si hablamos de la adolescencia, se ha destacado que la enfermería ocupa un rol que puede desarrollar programas de educación sexual que ayuden a mejorar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y a reducir conductas sexuales de riesgo, integrando enfoques participativos y cercanos a la realidad de los jóvenes (Díaz, 2023). Además, experiencias formativas innovadoras, como el uso de recursos comunicativos y testimonios reales de pacientes en entornos educativos, se han demostrado útiles para reforzar el rol de enfermería en la promoción de la salud y en la autogestión de los cuidados, lo que podría trasladarse al trabajo preventivo en ITS. (Mansilla-Domínguez et al., 2023) Entonces, la percepción que tienen Laura y Lara de “poco hincapié” sugiere que estas recomendaciones todavía no se han integrado plenamente en el grado de enfermería ni en los entornos asistenciales donde trabajan las enfermeras noveles.

6.Conclusiones

Este estudio exploratorio cualitativo nos ha permitido analizar las percepciones de las enfermeras y enfermeros noveles entrevistados respecto a los cuidados de la enfermería a personas con VIH en diferentes ámbitos asistenciales. Los resultados muestran que estos profesionales tienden a abordar el VIH como una enfermedad crónica y a guiarse por la evidencia científica y las precauciones estándar, más que por prejuicios, aunque aún continúan algunas ideas y estereotipos sobre los “grupos de riesgo”

En relación con el objetivo sobre formación y conocimiento personal, los participantes afirman que hay una preparación universitaria sólida en el ámbito biomédico, pero no lo suficiente para abordar con seguridad los aspectos psicosociales, la salud sexual y la gestión emocional relacionados con el VIH. Esto hace que se acaben adquiriendo competencias comunicativas y relacionales de forma informal, mediante la experiencia asistencial y del acompañamiento de enfermeros con más trayectoria, lo que refuerza la necesidad de incorporar de manera más sistemática metodologías prácticas como la simulación clínica como el debriefing y el contacto con testimonios reales en los planes de estudio y la formación continuada.

Con respecto al objetivo sobre estigma y discriminación, los relatos de los participantes muestran que las enfermeras y enfermeros noveles tienden a hacer un uso de un lenguaje centrado en la persona y a cuestionar comentarios despectivos o culpabilizadores hacia las personas con VIH, lo que contribuye a unos cuidados más respetuosos. Al mismo tiempo, los participantes describen una manera de entender y abordar el VIH que contrasta con

determinadas actitudes y comportamientos estigmatizantes que manifiestan haber observado en algunos enfermeros con más experiencia, aunque este estudio no establece una comparación generacional sistemática.

Hay que mencionar que el objetivo relativo a la seguridad percibida y a la prevención, los resultados de las entrevistas muestran que la carga viral indetectable se percibe como un factor tranquilizador, que ayuda a disminuir el contagio y favorece un trato más igualitario hacia las personas con VIH. Ahora bien, también se observan conductas de sobreprotección y ciertas incoherencias en el uso de las medidas preventivas, así como desconocimiento sobre los protocolos de profilaxis post-exposición, lo que indica la necesidad de reforzar la actualización de conocimientos y la aplicación coherente de las precauciones estándar a todos los pacientes.

En referencia a los objetivos centrados en la comunicación terapéutica y los valores éticos, las personas entrevistadas reconocen la importancia de la confidencialidad, la autonomía y el respeto en la relación profesional, como también describen estrategias para proteger la privacidad del diagnóstico en la práctica diaria, en coherencia con el nuevo Código Ético y Deontológico de la enfermería española. No obstante, hablan de las carencias en la educación de la salud sexual y la defensa de los derechos de las personas con VIH en los cuidados de enfermería.

En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que las enfermeras y los enfermeros noveles entrevistados muestran una orientación hacia cuidados basados en la evidencia científica, la ética profesional y una comunicación terapéutica respetuosa en la atención a personas con VIH. No obstante, también revelan la necesidad de reforzar la formación emocional y psicosocial y de seguir promoviendo entornos institucionales comprometidos con la reducción del estigma y la protección de la confidencialidad.

7.Limitaciones y futuras líneas de investigación

Este estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Primeramente, hemos trabajado con una muestra reducida de ocho profesionales noveles de enfermería, lo que dificulta la transferencia de los resultados a toda la población de enfermeras y enfermeros noveles. Una muestra más amplia y heterogénea de profesionales permitiría obtener una mayor diversidad de experiencias y matices en relación con el cuidado de personas con VIH y explorar diferencias entre distintos perfiles.

En segundo lugar, aunque las personas participantes se han seleccionado de formas intencional y se han organizado según variables como el sexo, la edad y los años de experiencia profesional, el tamaño reducido del grupo y la distribución final de 5 mujeres y 3 hombres limitan la posibilidad de realizar comparaciones sólidas entre subgrupos. Sería interesante que futuros trabajos un número mayor de participantes en cada categoría y equilibrar mejor la representación por sexo y otros factores relevantes, con el objetivo de analizar con mayor precisión las posibles diferencias en las percepciones y actitudes.

En tercer lugar, el diseño cualitativo e interpretativo se basa en entrevistas semiestructuradas, por lo que los resultados se ven influenciados por los discursos y experiencias relatadas por las personas participantes en un contexto concreto. Esto implica que los resultados no son generalizables en términos estadísticos, aunque sí ofrecen una comprensión profunda y contextualizada de las percepciones y actitudes de este grupo de enfermeros noveles.

A partir de estas limitaciones, se abren diversas líneas de investigación futuras. Por un lado, sería interesante desarrollar trabajos que comparen explícitamente las percepciones de enfermeras y enfermeros noveles con la de profesionales con mayor trayectoria asistencial, utilizando muestras estratificadas y diseños que permitan explorar las posibles diferencias según la experiencia profesional. Por otro lado, futuros estudios podrían incorporar la perspectiva de las propias personas que viven con el VIH, con el fin de descubrir cómo perciben el trato recibido por parte del personal de enfermería y qué factores consideran facilitadores o barreras para una relación terapéutica de calidad.

Igualmente, resultaría relevante evaluar el impacto de intervenciones formativas específicas, tanto en el ámbito universitario como en la formación continuada como la simulación clínica con debriefing, los testimonios de personas con VIH, analizando su efecto sobre el estigma, la comunicación terapéutica y la competencia ética de los profesionales de enfermería. Para finalizar, futuros estudios podrían explorar con más profundidad las estrategias institucionales dirigidas a garantizar la confidencialidad del diagnóstico y a prevenir prácticas que se basan en el estigma en los centros sanitarios, examinando tanto las normativas o protocolos como las dinámicas de los equipos de trabajo.

8. Referencias bibliográficas

Aliaga, V. (2019). *Actividades de enfermería en la atención psicosocial del paciente con VIH/SIDA. Revisión bibliográfica.* 6-36.

<https://zaguan.unizar.es/record/85837/files/TAZ-TFG-2019-493.pdf>

Álvarez-Serrano, M. A., Martínez-García, E., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Pozo-Cano, M. D., Caparrós-González, R. A., & Pérez-Morente, M. Á. (2020a). Spanish nursing students' attitudes toward people living with hiv/aids: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228672>

Álvarez-Serrano, M. A., Martínez-García, E., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Pozo-Cano, M. D., Caparrós-González, R. A., & Pérez-Morente, M. Á. (2020b). Spanish nursing students' attitudes toward people living with hiv/aids: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228672>

Arazo, P., Badía, R., Blanch, J., Cobos, M., Elizaga, J., Fagúndez, G., Folguera, C., R.Fumaz, C., & Lázaro, A. (2020). *Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral (actualización febrero 2020).* https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

Arellán-Regalado, M. D. C., & Martínez-Carbajal, N. (2019). Bienestar psicosocial en el proceso de cuidados de enfermería de un paciente adolescente con VIH/SIDA. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 4(3), 194-203. <https://doi.org/10.35626/casus.3.2019.86>

Australasian Society for HIV, V. H. and S. H. M. que es la entidad responsable de las H. N. Guidelines. (n. d.). (s. f.). *Guía del manejo del VIH para atención clínica. Sección: Revelación del estado serológico respecto al VIH en el ámbito sanitario y el «derecho a saber».* Recuperado 16 de mayo de 2026, de <https://hiv.guidelines.org.au/management/nursing-ethics-in-the-care-of-people-with-hiv/disclosure-of-hiv-status-within-health-care-and-the-right-to-know/>

Australasian Society for HIV, V. H. and S. H. Medicine. (n. d.). (s. f.). *Strategies for nurses to address discrimination. In HIV Management Guidelines. Section: Strategies for nurses to address discrimination.* Recuperado 10 de mayo de 2026, de <https://hiv.guidelines.org.au/management/nursing-ethics-in-the-care-of-people-with-hiv/strategies-for-nurses-to-address-discrimination/>

Aziz, M. M., Abdelrheem, S. S., & Mohammed, H. M. (2023). Stigma and discrimination against people living with HIV by health care providers in Egypt. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09676-1>

Bonacaro, A., Stroumpouki, T., Stavropoulou, A., Triglia, C., Vizilio, E., Papageorgiou, D., & Rubbi, I. (2022). Nursing students' attitudes on caring for people living with HIV/AIDS. A European Multicentre Study. *Acta Biomedica*, 93. <https://doi.org/10.23750/abm.v93iS2.12999>

CESIDA. (2025a). *Manual de formación en la respuesta al estigma y la discriminación asociado al VIH.* https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Guia-Estigma-Cesida-2025.pdf

CESIDA. (2025b). *Manual de formación en la respuesta al estigma y la discriminación asociado al VIH.* https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Guia-Estigma-Cesida-2025.pdf

CESIDA, & Clínica Legal de la Universidad de Alcalá. (2020). *El derecho a la intimidad de las personas con VIH.* https://cesida.org/wp-content/uploads/2020/09/04_UAlcala_intimidad_baja.pdf

Cruellas Marí, M. (2021). *La inteligencia emocional en el ámbito enfermero.* <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/127/MercedesCruellas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Daniela Rojas Castro, José Ignacio Bernardino, Ana Méndez, Ana Koerting, Juan Hoyos, Esteban Martínez, Teymur Noori, & Julia del Amo. (2025a). *Estudio sobre el estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario en España. Informe especial de resultados.* https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2025/12/ECDC_EACS_ES_Informe_docx.pdf

Daniela Rojas Castro, José Ignacio Bernardino, Ana Méndez, Ana Koerting, Juan Hoyos, Esteban Martínez, Teymur Noori, & Julia del Amo.

(2025b). *Estudio sobre el estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario en España. Informe especial de resultados*. https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2025/12/ECDC_EACS_ES_Informe_docx.pdf

de Publicaciones de la Unión Europea, O., & Luxemburgo, L. (2025). *Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847*. <http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj>

Díaz, P. (2023). *Intervenciones de Enfermería para Promover la Salud Sexual en la Adolescencia*. <https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/11f6c404-f4ff-4fdd-a437-243216dd2193/content>

Dirección General De Salud Pública Y Equidad En Salud Y los distintos Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica. (2025). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Centro Nacional de Epidemiología. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-vih_sida_2024_nov-2025

Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. (2025). *Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH*. www.dfad.biz

EresVIHda. (2023a, noviembre 6). *Tus derechos*. <https://www.eresvihda.es/vivir-con-vih/tus-derechos/>

EresVIHda. (2023b, noviembre 6). *Tus derechos*. <https://www.eresvihda.es/vivir-con-vih/tus-derechos/>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2024a). *HIV stigma in the healthcare setting. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. <https://doi.org/10.2900/255834>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2024b). *HIV stigma in the healthcare setting. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. <https://doi.org/10.2900/255834>

Feyissa, G. T., Lockwood, C., Woldie, M., & Munn, Z. (2019a). Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. *PLoS ONE*, 14(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211298>

Feyissa, G. T., Lockwood, C., Woldie, M., & Munn, Z. (2019b). Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. *PLoS ONE*, 14(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211298>

Fuster-Ruiz de Apodaca MJ., Prats-Silvestre, C., Iniesta, C., Koerting, A., Velayos, R., & Del Amo, J. (2024a). *Informe del estudio: «Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España»*. https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/pactoSocial/docs/Informe_Experiencia_Estigma_PVIH.pdf

Fuster-Ruiz de Apodaca MJ., Prats-Silvestre, C., Iniesta, C., Koerting, A., Velayos, R., & Del Amo, J. (2024b). *Informe del estudio: «Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España»*.

Fuster-Ruiz de Apodaca MJ., Prats-Silvestre, C., Iniesta, C., Koerting, A., Velayos, R., & Del Amo, J. (2024c). *Informe del estudio: «Experiencia de estigma de las personas con el VIH en España»*. https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/pactoSocial/docs/Informe_Experiencia_Estigma_PVIH.pdf

Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Galindo, M. J., & Amador, C. (2024). Patients' and specialists' perspectives on health care quality and on people living with HIV health-related quality of life in Spain: a cross-sectional survey. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 36(11), 1606-1616. <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2377983>

Gázquez-López, M., Álvarez-Serrano, M. A., Martín-Salvador, A., Pérez-Morente, M. Á., García-García, I., González-García, A., & Martínez-García, E. (2025). Attitudes towards people living with HIV/AIDS through the EAPVVS-E: A descriptive analysis in nursing students. *Nurse Education Today*, 144. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106418>

Gema Romero. (2024, abril 24). *La enfermería española ya tiene un Código Ético y Deontológico actualizado al siglo XXI*.

Gema Romero. (2025). *Aprobado el nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española*. <https://diarioenfermero.es/aprobado-el-nuevo-codigo-etico-y-deontologico-de-la-enfermera-espanola/>

Hernández, J. (2025). *El estigma del VIH persiste en el ámbito sanitario*. <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/la-noticia-del-dia/09-06-25/>

HIV Prevention Trials Network [HPTN]. (2011). *El estudio HPTN 052*. <https://www.hptn.org/research/studies/hptn-052>

Implementing and Scaling Up U=U Undetectable = Untransmittable A Resource Guide Implementing and Scaling up Undetectable = Untransmittable (U=U): A Resource Guide. 1st ed. (2024).

https://preventionaccess.org/wp-content/uploads/2024/07/PEPFAR_CDC_PAC_UU-Resource-Guide-2024.pdf

Jenkins, C., Carter, V., & Smythe, A. (2025). Newly qualified nurses' experiences of transition to professional practice in the context of COVID-19: a qualitative study. *Journal of Research in Nursing*.

<https://doi.org/10.1177/17449871251380463>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2025). *THE GLOBAL AIDS STRATEGY FOR 2026-2031 UNITED TOWARDS ENDING AIDS*. <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>

Kukkonen, P., Koskinen, S., Fuster-Linares, P., Istomina, N., Leino-Kilpi, H., Löyttyniemi, E.,

Meyer, G., Salminen, L., Sveinsdóttir, H., & Heikkilä, A. (2025). The professional

competence of newly graduated nurses in the transition phase as assessed by nurse

managers: a descriptive cross-sectional multi-national study. *Journal of Research in Nursing*,

30(3), 210-229. <https://doi.org/10.1177/17449871241311543>

Mansilla-Domínguez, J. M., Soriano-Martín, P. J., Fernández-Piñeiro, E., Caballero-Galilea, M., Recio-Vivas, A. M., & Font-Jiménez, I. (2023). La radio como recurso didáctico para la formación integral de los estudiantes del Grado en Enfermería. *Revista CIDUI*. <https://raco.cat/index.php/RevistaCIDUI/article/view/417298/521290>

Martín Sánchez, I. (2018). Intimidad y tratamientos médicos en el derecho español y en la jurisprudencia del tribunal europeo de derechos humanos con especial referencia al VIH/SIDA. En *ESTUDIOS*. [https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-](https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/vol28n2_02_04_Estudio.pdf)

[05/vol28n2_02_04_Estudio.pdf](https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/vol28n2_02_04_Estudio.pdf)

Mayernyik, M. de A., & Oliveira, F. A. G. de. (2016a). O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 11-20. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01752015>

Mayernyik, M. de A., & Oliveira, F. A. G. de. (2016b). O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 11-20. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01752015>

Milán Cebreros, S. (2020a). *Impacto de la formación posgrado de las enfermeras en la calidad asistencial*. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153364/Milan_Ceberos_Sofia_153364.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Milán Cebreros, S. (2020b). *Impacto de la formación posgrado de las enfermeras en la calidad asistencial*. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153364/Milan_Ceberos_Sofia_153364.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ONUSIDA. (2025). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Hoja informativa. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Pelletier, J., Bergeron, D., Rouleau, G., & Guillaumie, L. (2022a). Nurses' clinical practices reducing the impact of HIV-related stigmatisation in non-HIV-specialised healthcare settings: a protocol for a realist synthesis. *BMJ Open*, 12(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062569>

Pelletier, J., Bergeron, D., Rouleau, G., & Guillaumie, L. (2022b). Nurses' clinical practices reducing the impact of HIV-related stigmatisation in non-HIV-specialised healthcare settings: a protocol for a realist synthesis. *BMJ Open*, 12(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062569>

Picón-Jaimes, Y. A., Lozada-Martínez, I. D., Kalokoh, S., Tosas, M. R., & Tiraboschi, J. (2026a). Conocimientos, actitudes y estigma hacia las personas que viven con el VIH: un estudio explicativo secuencial de métodos mixtos entre 1013 profesionales sanitarios en España. *Healthcare (Switzerland)*, 14(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare14060737>

Picón-Jaimes, Y. A., Lozada-Martínez, I. D., Kalokoh, S., Tosas, M. R., & Tiraboschi, J. (2026b). Conocimientos, actitudes y estigma hacia las personas que viven con el VIH: un estudio explicativo secuencial de métodos mixtos entre 1013 profesionales sanitarios en España. *Healthcare (Switzerland)*, 14(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare14060737>

Picón-Jaimes, Y. A., Lozada-Martínez, I. D., Tosas, M. R., & Tiraboschi, J. (2025a). Self-perceived stigma in people living with HIV in Spain: a mixed-methods study. *Infezioni in Medicina*, 33(2), 190-202. <https://doi.org/10.53854/liim-3302-5>

Picón-Jaimes, Y. A., Lozada-Martínez, I. D., Tosas, M. R., & Tiraboschi, J. (2025b). Self-perceived stigma in people living with HIV in Spain: a mixed-methods study. *Infezioni in Medicina*, 33(2), 190-202. <https://doi.org/10.53854/liim-3302-5>

Polanco Castaño, F. (2021). *El papel de la enfermería en la atención a pacientes con VIH/SIDA*. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25455/POLANCO%20CASTA%C3%91O,%20FERNANDO.pdf?sequence=1>

Proyecto Nacional Policy. (2020). *Sistema de estratificación de pacientes con VIH*. <https://gesida-seimc.org/herramientas/assets/files/Infografia-Sistema-de-Estratificacion-de-pacientes-con-VIH.pdf>

Qadir, H. K. (2025). Nurses' knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS in Erbil City: a cross-sectional study. *Journal of Infection in Developing Countries*, 19(2), 298-305. <https://doi.org/10.3855/jidc.19104>

Ramiro Avilés, M. Á. (2023). *¿Están las personas que viven con el VIH legalmente obligadas a revelar su estado serológico en España?* https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/pactoSocial/docs/Situacion_de_la_obligacion_legal_de_revelar_el_VIH_Espana.pdf

Ramiro Avilés, M. Á. (2024). *Information and consent in HIV screening*. <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2024/11/466-469.pdf>

Romero, G. (2026). *Sanidad advierte sobre falta de formación y estigma hacia el VIH en profesionales de la salud*. *Infocop*. [DiarioEnfermero.es](https://diarioenfermero.es/la-enfermeria-espanola-ya-tiene-un-codigo-etico-y-deontologico-actualizado-al-siglo-xxi/). <https://diarioenfermero.es/la-enfermeria-espanola-ya-tiene-un-codigo-etico-y-deontologico-actualizado-al-siglo-xxi/>

Servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). EEUU. (2025). *Visión general de la infección por el VIH. VIH y el SIDA: Conceptos básicos*. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/vih-y-el-sida-conceptos-basicos>

Shelat, V. G. (2025). *Respecting privacy and upholding confidentiality: core ethical duties*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12747445/>

- Sornoza Calva, B. O., García Conforme, A. B., Manrique Navarrete, G. N., & Peña Avila, G. A. (2023). La inteligencia emocional en la enfermería. *RECIMUNDO*, 7(4), 179-186. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.179-186](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.179-186)
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Tortajada Lohaces, A., García Molina, P., Balaguer López, E., & Camaño Puig, R. (2019a). Innovación educativa y simulación clínica en la docencia universitaria de Enfermería. En *Research, technology and best practices in education* (pp. 134-142). Adaya Press. <https://doi.org/10.58909/ad19430344>
- Tortajada Lohaces, A., García Molina, P., Balaguer López, E., & Camaño Puig, R. (2019b). Innovación educativa y simulación clínica en la docencia universitaria de Enfermería. En *Research, technology and best practices in education* (pp. 134-142). Adaya Press. <https://doi.org/10.58909/ad19430344>
- Valero, J. del A., Koerting, A., & Gómez, J. (2025). Chapter Eight: Addressing HIV Related Stigma and Discrimination in Spain. En *Breaking the Silence* (pp. 149-168). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748943242-149>
- ViiV Healthcare. (2018). *Jornada de formación ViiV para ONGs. «Indetectable igual a intransmisible (I=I)»*. 1-60. [https://www.gtt-vih.org/files/active/1/Jornada Indetectable 2018 web.pdf](https://www.gtt-vih.org/files/active/1/Jornada%20Indetectable%202018%20web.pdf)

