

¿Son los jóvenes más solidarios con las personas con VIH-Sida? Estudio comparativo entre 2004-2010

Cristina Giménez García¹, María Dolores Gil Llario², Rafael Ballester Arnal¹, Estefanía Ruiz Palomino¹, Beatriz Gil Julia¹ y Sandra Gómez Martínez¹

¹ Departamento de Psicología Clínica, Básica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castellón, Castellón;

² Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València Estudi General, Valencia.

Autor de correspondencia: Cristina Giménez García

E-mail: gimenezc@uji.es

Financiación: El estudio se desarrolló con el apoyo de Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (referencia 12.436) y Fundación Bancaja (referencia P1 1B2006-19).

RESUMEN

Introducción

Desde sus inicios, la epidemia de VIH-sida viene acompañada por la discriminación y el estigma que sufren las personas afectadas; ambos suponen un obstáculo para su prevención y tratamiento.

Objetivo

Analizar la evolución entre 2004 y 2010 de la solidaridad en los jóvenes hacia personas (conocidas y desconocidas) afectadas por VIH-sida, en cuanto a la autopercepción de solidaridad, percepción de sufrimiento experimentado e intención de conducta de ayuda.

Material y método

542 jóvenes de la Comunidad Valenciana (244 jóvenes en 2004 y 298 jóvenes en 2010) cumplimentaron el Cuestionario para la Prevención del Sida de manera anónima, confidencial y voluntaria.

Resultados

En los últimos años ha disminuido tanto la percepción del sufrimiento social que experimenta una persona seropositiva como la creencia de que es necesaria una mayor solidaridad social. Este descenso se produce tanto en chicos como en chicas. En cuanto a la interacción con personas seropositivas desconocidas, la disposición a conocerlas disminuye de un 85% a un 73% y aumenta la intención de evitarlas, de un 2% a un 5%. En caso de conocer a las personas, la intención de cuidarlas y ayudarlas disminuye en los chicos (de un 98% a un 90%) aunque no en el caso de las chicas (aumenta de un 94.5% a un 96%). De cualquier modo, la mayoría de los jóvenes, aproximadamente un 78%, no informaría a sus amigos para que apoyaran más a las personas seropositivas.

Conclusión

La vivencia del VIH-sida no es todavía una realidad aceptada por parte de los jóvenes que, incluso, disminuyen sus conductas de apoyo en los últimos años. Este último fenómeno, en ocasiones, se revierte en las chicas. Sería imprescindible dar seguimiento a esta tendencia, además de incorporar estrategias de intervención que faciliten la vivencia social del VIH-sida entre los jóvenes.

Palabras clave: solidaridad, evolución, jóvenes.

Are the most caring young people with HIV-AIDS? Comparative study between 2004-2010

ABSTRACT

Introduction

From the beginning, HIV-AIDS epidemic is accompanied by discrimination and stigma experienced by affected people; both of them complicate its prevention and treatment.

Purpose

To analyze the evolution of solidarity among young people towards seropositive people (close and stranger people), regarding solidarity perception and suffering experience, as well as the intention of assistance behavior, between 2004 and 2010.

Material and Method

542 young people from Comunidad Valenciana (244 young people in 2004 and 298 young people in 2010) fulfilled the "Cuestionario para la Prevención del Sida" (AIDS Prevention Questionnaire) anonymously, confidentially and voluntarily.

Results

Lately, social suffering perceived in seropositive people and the estimation that more solidarity is needed in society have diminished. This reduction has been revealed from men and women. Regarding strange seropositive people, the disposition to know them diminishes, from 85% to 73%, and the intention to avoid them increases, from 2% to 5%. In case these people were close, the assistance intention diminishes for men (from 95% to 90%) but not for women (from 94.5% to 96%). In any case, most of young people, approximately 78% of them, would not inform their friends to increase their support to seropositive people.

Conclusion

The experience of HIV-AIDS is not still accepted by young people who even reduce their supportive behaviors lately. This situation, sometimes, is the opposite for women. Therefore, monitoring this trend is required, as well as, developing intervention strategies to facilitate the social experience of HIV-AIDS among young people.

Keywords: *solidarity, evolution, young people.*

Introducción

El estigma y la discriminación hacia personas afectadas por el VIH-sida han sido identificados como un obstáculo en la respuesta a la epidemia¹. Si bien los avances farmacológicos parecen notables en las últimas décadas, no se han acompañado del progreso en la evolución social ante la enfermedad. Esto ha hecho que una posible mejoría de la salud física no se haya correspondido con una mejora del bienestar emocional, psicológico y social, lo que sería necesario para incrementar la calidad de vida de las personas seropositivas. No obstante, la comprensión y la disposición social ante la infección por VIH suponen algunos de los aspectos menos comprendidos y atendidos de la epidemia². La aparición y mantenimiento de creencias sociales, como los prejuicios o los estereotipos, responden a múltiples causas y son complejos de abordar. Todo esto dificulta su conocimiento y análisis¹. Además, en el caso del VIH-sida, atributos clásicamente asociados con el estigma de otras enfermedades, como el desconocimiento o la carencia de un tratamiento eficaz³, se añaden a otros elementos preexistentes como la discriminación hacia la diversidad de la orientación sexual, el género o a las clases sociales con menores recursos^{4,5}. Esto favorece que la exclusión sea un fenómeno transversal que atraviesa espacios como los contextos legales, laborales, educativos, comunitarios, familiares o, incluso, de atención sanitaria. Tanto a nivel internacional^{2,6} como en España^{7,8,9}, distintos estudios lo han corroborado.

Por ejemplo, dentro del entorno educativo a nivel estatal, un 18,3% de personas no dejaría al cuidado de sus hijos a una persona seropositiva y el 40% cambiaría a su hijo de colegio en caso de haber un compañero infectado por VIH⁸. En cuanto al entorno laboral, una de cada tres personas no trabajaría con una persona seropositiva y, a nivel comunitario, el 52% cambiaría de tienda si un empleado estuviera infectado. Además, en 2010, un 18% incluso opinaba

que deberían hacerse públicos los nombres de las personas infectadas⁸.

Este conjunto de creencias y comportamientos, que no siempre muestran mejora con el paso del tiempo, repercuten de manera notable en la calidad de vida de las personas afectadas. Por ejemplo, las actitudes discriminatorias se han relacionado con un retraso en la detección temprana de la infección¹⁰, así como una mayor demora en la búsqueda de tratamiento y menor adherencia al mismo¹¹. De igual forma, se ha relacionado con un aumento de la autoexclusión por parte de los propios pacientes y un encubrimiento u ocultamiento de la enfermedad¹². A nivel psicosocial se ha observado una merma en su bienestar psicológico relacionado, en muchas ocasiones, con la exclusión y el estigma^{13,14}. Asimismo, en la población general, el estigma favorece que la infección por VIH se asocie a colectivos excluidos, lo que podría facilitar una baja percepción de riesgo de infección en la población general y, por tanto, la realización de pocas conductas preventivas y una mayor probabilidad de infectarse por VIH. Por el contrario, se ha demostrado que el apoyo social podría mediar en algunas consecuencias que tiene sobre el bienestar de las personas afectadas¹⁵.

Dadas las consecuencias que tienen la discriminación y la falta de solidaridad social, así como la inestabilidad de su progreso en los últimos estudios, el objetivo del presente trabajo es analizar la evolución entre 2004 y 2010 de la solidaridad en los jóvenes hacia personas (conocidas y desconocidas) afectadas por VIH-Sida, en cuanto a la autopercepción de solidaridad, percepción del sufrimiento experimentado e intención de conducta de ayuda.

Participantes

En el estudio participaron 542 jóvenes de la Comunidad Valenciana. Para formar parte los jóvenes debían tener entre 18 y 26 años de edad, ser residentes en la

Comunidad Valenciana y contar con un nivel de comprensión del idioma suficiente para poder cumplimentar el instrumento de evaluación.

Material y métodos

Este estudio descriptivo, realizado entre 2004 y 2010, se incluye en el marco de varios proyectos más amplios dirigidos a conocer la conducta preventiva ante el VIH-Sida en población joven. Los datos presentados forman parte de la evaluación inicial de los mismos.

Instrumento

El Cuestionario de Prevención del Sida (CPS) elaborado por Ballester, Gil, Guirado y Bravo (2004) explora factores relacionados con la información, las actitudes y creencias, la autoeficacia, la intención de conducta y la realización de la propia conducta en temas como las relaciones sexuales de riesgo para la infección por VIH, la realización de las pruebas de detección de anticuerpos y la discriminación y la solidaridad social. El instrumento cuenta con propiedades psicométricas adecuadas tanto por su fiabilidad test-retest (correlación de 0,830) como por su consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,620)¹⁶.

En el presente estudio, se seleccionaron aquellos ítems relativos a la discriminación y la solidaridad con personas afectadas por VIH. Dichos ítems, por un lado, exploran a través de una escala likert la valoración sobre si consideran que la persona infectada por VIH sufre socialmente y que la sociedad debería ser más solidaria (escala de 0-totalmente en desacuerdo- a 100-totalmente de acuerdo-). Por otro lado, a través de escalas dicotómicas, plantean distintas posibilidades de actuación ante personas seropositivas para evaluar la intención de conducta, distinguiendo entre aquellas que podrían ser conocidas y las que serían desconocidas (escala dicotómica entre 0-no lo haría- y 1-sí lo haría-). Asimismo, el instrumento explora la percepción del nivel de conocimientos sobre la infec-

ción por VIH (escala dicotómica entre 0 -tengo conocimientos- y 1 -no tengo conocimientos-) y la probabilidad percibida de infectarse por el virus (escala likert de 0-ninguna- a 100-total-), además de la percepción de gravedad (escala likert de 0-ninguna- a 4-total-) y temor hacia el VIH-Sida (escala likert de 0-ninguna- a 100-total-). De igual forma, explora si se conoce a alguna persona infectada por VIH (escala dicotómica entre 0 -tengo conocimientos- y 1 -no tengo conocimientos-).

Procedimiento

Los participantes se informaron de la realización del estudio a través de actividades destinadas a la prevención del VIH-Sida, así como la distribución de carteles y folletos informativos ubicados en la Universitat Jaume I de Castellón y la Universitat de València. Además, la difusión también se realizó a través de la página web del equipo de investigación. Aquellos jóvenes que estuvieron interesados fueron informados en el laboratorio de investigación y, previo consentimiento informado, formaron a pasar parte del estudio. Para ello, tanto en 2004 como en 2010, cumplimentaron el cuestionario de manera anónima, confidencial y voluntaria. El estudio fue aprobado por la Comité Ético de Investigación de la Universitat Jaume I.

Análisis estadísticos

Para obtener los resultados, en primer lugar, se realizaron los análisis descriptivos globales de los ítems detallándolos, seguidamente, por año de administración y sexo. Asimismo, se realizaron análisis diferenciales a través de la t de Student y el Chi² en función del tipo de variable. Además, para examinar con mayor profundidad las variables dependientes percepción de solidaridad social (si las personas jóvenes consideran que la sociedad es suficientemente solidaria) y discriminación social (si las personas jóvenes consideran que las personas infectadas por VIH su-

fren socialmente) se realizaron análisis de regresión, introduciendo todas las variables independientes que habían mostrado correlación previa en un solo paso (sexo, edad, año de evaluación, conocimiento percibido, temor a infectarse por VIH, gravedad percibida del VIH y conocer a una persona infectada).

Resultados

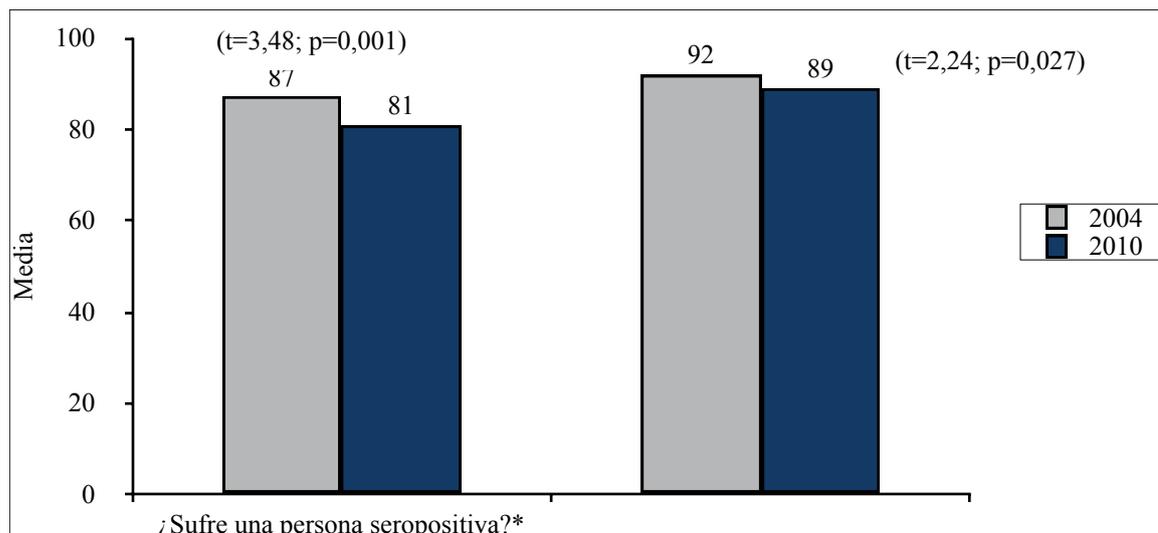
El rango de edad de los jóvenes oscilaba entre los 18 y los 26 años, siendo la edad promedio de 20,5 años (DT=2). Según el sexo, el 76% eran mujeres y el 22% hombres. En 2004 participó el 45% del total de los jóvenes (24,3% hombres y 75,7% mujeres) y en 2010, el 55% del total de participantes (22,4% hombres y 77,6% mujeres). La mayoría de ellos (71%) había cursado educación secundaria y un 29% había finalizado los estudios universitarios. Respecto a su experiencia con el VIH, existen algunas diferencias entre 2004 y 2010. En cuanto a los conocimientos, el 86,6% de los jóvenes en 2004 dice estar informado sobre el VIH, mientras en 2010 cree estarlo el 94,6% ($\text{Chi}^2=10,50$; $p \leq 0,001$). Sin embargo, estas diferencias significativas no se alcanzan en cuanto a la probabilidad percibida de infectarse que para los jóvenes en 2004 presenta, en una escala de 0 a 100, un promedio de 20,31 (DT=25,10) y en 2010 de 18,84 (DT=23,45) (prueba $t=0,70$; $p \leq 0,483$). Tampoco en el temor que manifiestan hacia el VIH, medido en una escala de 0 a 100, que en 2004 tiene un promedio de 72,26 (DT=35,38) y en 2010 de 71,09 (DT=36,39) (prueba $t=0,37$; $p \leq 0,705$). En cuanto a la gravedad, evaluada en una escala de 0 a 4, los jóvenes en 2004 informan de un promedio de 3,46 (DT=0,53) y en 2010 de 3,38 (DT=0,53) (prueba $t=1,73$; $p \leq 0,083$). Tampoco varía el hecho de que conozcan o no a personas seropositivas. En 2004 un 13,6% dice tener conocidos infectados por VIH, mientras en 2010 es un 10,1% ($\text{Chi}^2=1,57$; $p \leq 0,209$).

Si se tiene en cuenta la evolución entre 2004 y 2010, tal y como se observa en las figuras 1 y 2, exis-

te un descenso general de las variables relacionadas con la solidaridad y un aumento de aquellas vinculadas a la discriminación. En algunos casos, incluso, estas diferencias llegan a alcanzar la significación estadística. Por ejemplo, en cuanto a la percepción del sufrimiento social que tiene una persona seropositiva (t de Student=3,48, $p \leq 0,001$) y la creencia de que la sociedad debería ser más comprensiva (t de Student=2,24, $p \leq 0,027$) siendo, en ambos casos, menor en 2010 que en 2004. De igual forma, respecto a las personas desconocidas, se observa un descenso en la disposición a conocer del mismo modo a una persona seropositiva (un 85% en 2004 y un 73% en 2010; $\text{Chi}^2=10,11$; $p \leq 0,001$) o mostrar más interés en ella (un 6% en 2004 y un 4% en 2010), aunque esta última no ocurre de manera significativa. Respecto a los amigos (ver figura 3), existen diferencias significativas entre ambos años ($\text{Chi}^2=10,03$; $p \leq 0,007$). Tanto en 2004 como en 2010, un 95% de participantes tendría intención de cuidarlo. Sin embargo, un 5% en 2004 y un 2% en 2010 no lo harían mientras, en este último año, un 3% duda de si lo haría.

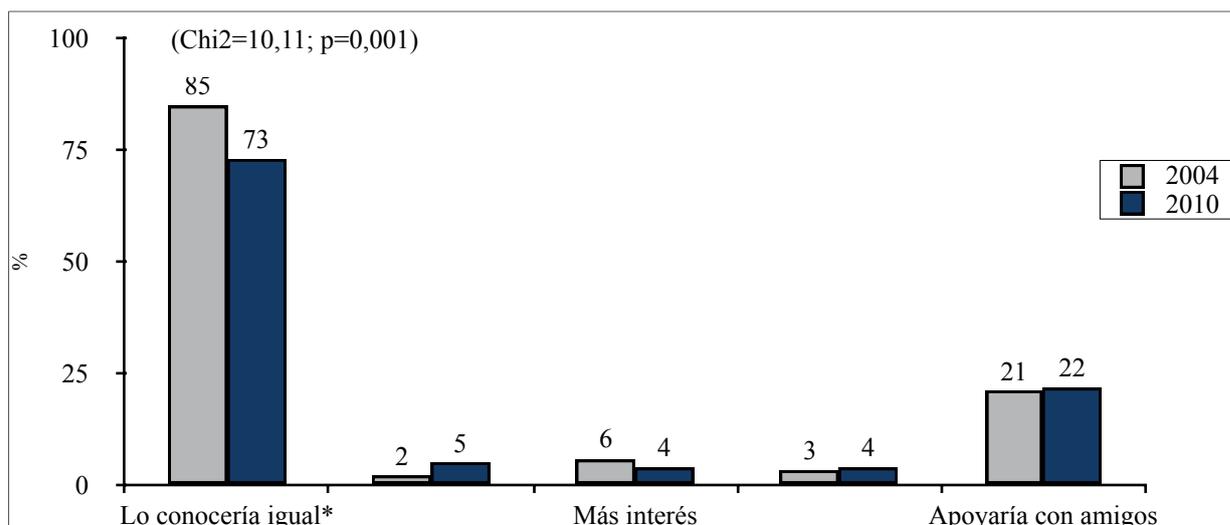
Si esta diferencia temporal se analiza en función del sexo (ver tabla 1), se observa cómo la evolución de hombres y mujeres muestra algunas diferencias. Por un lado, en los hombres, se aprecia un empeoramiento de todas las variables relacionadas con la solidaridad y la discriminación. Especialmente, destaca la intención de conocer a una persona seropositiva que baja del 90% en 2004 al 75% en 2010 y alcanza significación estadística. De igual forma, cabe mencionar la aparición de la intención de evitar a un desconocido que, en 2004, no fue reportada por ningún participante y en 2010 por un 4,5%, así como el incremento de alertar a los amigos ante una persona seropositiva, del 3% en 2004 al 9% en 2010, aunque no alcanzan diferencias significativas. En el caso de las chicas, se aprecia también un empeoramiento de algunas variables como la intención de conocer a una persona seropositiva entre 2004 (83%) y 2010 (73%)

FIGURA 1. PERCEPCIÓN DE SOLIDARIDAD Y SUFRIMIENTO ENTRE 2004 Y 2010



*p≤.005

FIGURA 2. INTENCIÓN DE CONDUCTA SOLIDARIA, ENTRE 2004 Y 2010, HACIA UNA PERSONA SEROPOSITIVA DESCONOCIDA.



*p≤.005

que muestra diferencias significativas. Sin embargo, la diferencia entre 2004 y 2010 parece ser menor e, incluso, se invierte de manera significativa en variables como cuidar de un amigo infectado del 94,5% en 2004 al 96% en 2010.

Por otra parte, si se analizan las variables que, de manera significativa, podrían estar relacionadas con los ítems sobre la percepción de solidaridad y discriminación se observa cómo la percepción de que las

personas infectadas por VIH sufren socialmente se asocia en mayor medida a ser mujer ($\beta=3,56$; $e=1,79$), temer la infección por VIH ($\beta=0,04$; $e=0,02$), pensar que el VIH-Sida es grave ($\beta=7,14$; $e=1,44$) y formar parte del grupo evaluado en el año 2004 ($\beta=4,47$; $e=1,54$), con una varianza explicada del 8% ($F=7,15$; $p\leq 0,001$). En cuanto a la percepción de que la sociedad debería ser más comprensiva, se observa una mayor relación con ser mujer ($\beta=2,33$; $e=1,32$), temer

FIGURA 3. INTENCIÓN DE CONDUCTA SOLIDARIA, ENTRE 2004 Y 2010, HACIA UNA PERSONA SEROPOSITIVA CONOCIDA.

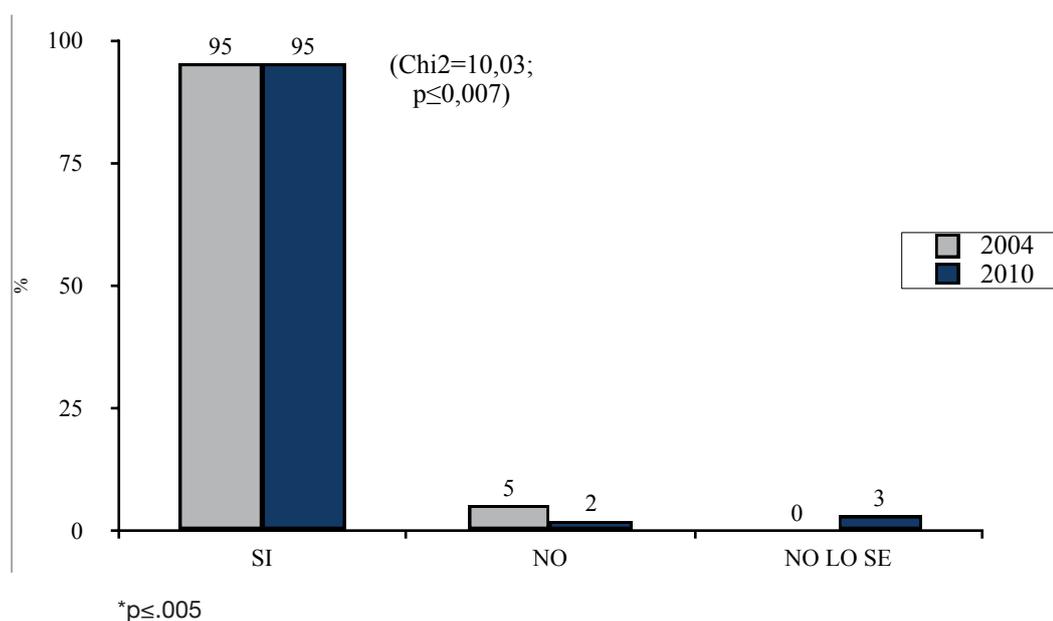


TABLA I. SOLIDARIDAD Y DISCRIMINACIÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO ENTRE 2004 Y 2010.

Ítem	Hombre			Mujer		
	2004 (%)	2010 (%)	Chi2(p)	2004 (%)	2010 (%)	Chi2(p)
Evitaría conocer a un desconocido seropositivo	0	4.5	2.74(.097)	2	5	1.57 (.209)
Conocería igual a un seropositivo desconocido	90	75	4.25(.039)*	83	73	6.23 (.013)*
Tendría más interés en conocer a un desconocido seropositivo	5	3	0.34 (.558)	6	5	0.31 (.576)
Alertaría a mis amigos para que se preservaran de un seropositivo desconocido	3	9	1.69 (.194)	3	2.6	0.17 (.676)
Informaría a mis amigos para que apoyaran a un seropositivo desconocido	18	12	1.02 (.311)	22	24	0.42 (.517)
Cuidaría de un amigo infectado por VIH	98	90	4.06(.131)	94.5	96	8.21(.016)*

*p≤.005

la infección por VIH ($\beta=0,04$; $e=0,02$), tener más edad ($\beta=0,64$; $e=0,31$) y de manera inversa, se asocia con conocer a alguien infectado por VIH ($\beta=-6,41$; $e=2,02$), con una varianza explicada del 6% ($F=4,12$; $p\leq 0,001$).

Discusión

En líneas generales, al igual que en otros estudios, se observa un aumento en algunas de las conductas asociadas a la discriminación, como alertar a los ami-

TABLA II. COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESIÓN “PERCEPCIÓN DE SOLIDARIDAD SOCIAL”

Variable	β	e	IC 95	
Mujer	2,33	1,32	0,634	6,755
Temor infección VIH	0,04	0,02	0,009	0,081
Edad	0,64	0,31	-0,069	1,193
Conocer persona infectada	-6,41	2,02	-10,539	-2,505

TABLA III. COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESIÓN “PERCEPCIÓN DEL SUFRIMIENTO DE UNA PERSONA SEROPOSITIVA”

Variable	β	e	IC 95	
Mujer	3,56	1,79	-0,237	6,756
Temor infección VIH	0,04	0,02	0,010	0,093
Gravedad percibida VIH	7,14	1,44	3,981	9,595
Participante 2004	4,47	1,54	-7,618	-1,692

gos ante el conocimiento de que alguien es seropositivo o evitar a una persona por su estado seropositivo^{7,8}. Dicha tendencia, además, es más frecuente hacia personas desconocidas que ante amigos, hacia los que un porcentaje elevado de estos jóvenes muestra mayor apoyo. De esta forma, si bien muestran cierta conciencia social sobre el sufrimiento de una persona seropositiva o la necesidad de una mayor implicación de la sociedad, su intención de conducta muestra mayor discriminación. Por ejemplo, se observa en el porcentaje considerable de jóvenes que no conocerían a una persona con VIH o que no avisaría a sus amigos para que pudieran apoyarle.

Además, se puede ver cómo dicha tendencia para discriminar a las personas seropositivas incrementaría con el paso del tiempo. Por un lado, se reporta una disminución sobre la conciencia social, particularmente en los chicos, así como una mayor discriminación ante desconocidos seropositivos. Por ejemplo, en la medida en que tendrían menor disposición a conocerle y lo evitarían con mayor probabilidad. Además, excepto en el caso de las mujeres, disminuye

incluso el apoyo que le ofrecerían a un amigo infectado por VIH. En este caso, ser mujer también se asocia más con la creencia de que la sociedad debería ser más comprensiva y de que las personas infectadas por VIH sufren socialmente. De cualquier modo, dada la magnitud de las diferencias entre hombres y mujeres, cabe esperar que existan otras variables individuales que modulen este cambio entre 2004 y 2010 como, por ejemplo, algunas facetas de personalidad asociadas a la sensibilidad, la asertividad o la franqueza¹⁷.

Estos resultados deben tenerse en cuenta a la vista de algunas limitaciones que presenta el estudio. Por una parte, la recogida de información se ha realizado con una medida autoinformada que podría reportar algún sesgo en los resultados, por ejemplo, en cuanto a la deseabilidad social de los participantes. Además, contar con un número más elevado de jóvenes permitiría realizar otro tipo de análisis estadísticos y generalizar, con mayor facilidad, los resultados. De igual forma, explorar otro tipo de variables socio-demográficas y conductuales asociadas a la conducta discriminato-

ria, permitiría obtener un análisis más comprehensivo del fenómeno. En este caso, se ha mantenido el número de jóvenes que manifiesta conocer a alguna persona infectada por el VIH, así como la percepción de temor, gravedad y probabilidad de ser infectados por el VIH. En este caso, se ha observado una mayor asociación entre ser mujer y el temor de la infección por VIH y la creencia de que la sociedad debería ser más comprensiva (también relacionada con una mayor edad y de modo inverso con conocer a una persona infectada) además de la creencia de que las personas infectadas por VIH sufren socialmente, también relacionada con ser participante de 2004 y la percepción del que el VIH-Sida es grave.

En cualquier caso, los hallazgos encontrados todavía apoyan la existencia de conductas discriminatorias en la población joven. Aspecto destacable si se considera que, en estudios más globales, esta población suele ser menos estigmatizadora que otros sectores de población⁹. Más todavía, cabe resaltar el empeoramiento de los comportamientos solidarios y las conductas discriminatorias, particularmente, en los hombres. A través de futuros estudios, sería necesario confirmar si esta tendencia se consolida en el tiempo. De cualquier modo, parece imprescindible incorporar estrategias de intervención que faciliten la vivencia social del VIH-Sida entre los jóvenes². Y en este sentido pensamos que políticas educativas que incorporen actividades de difusión y sensibilización en las que además pudieran participar personas afectadas directamente por el VIH podrían ser de gran utilidad para incrementar la empatía y solidaridad hacia este colectivo.

Agradecimientos

El estudio se desarrolló gracias al apoyo de la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (Referencia 12.436) y la Fundación Bancaja (referencia P1 1B2006-19).

Bibliografía

1. Valdiserri R. HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *Am J Public Health*. 2002; 92:341-2.
2. Parker R, Aggleton P, Attawell K, Pulerwitz J, Brown L. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action 2002.. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/sdcncptlfrmwrk.pdf> (Consulta 10 junio 2014)
3. Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1978.
4. Castro A, Farmer P. El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. *Rev Antropol Soc*. 2005; 14:125-44.
5. Rogers SJ, Tureski K, Cushnie A, Brown A, Bailey A, Palmer Q. Layered stigma among health-care and social service providers toward key affected populations in Jamaica and the Bahamas. *AIDS Care*. 2014; 26:538-46.
6. O'Byrne P, Watts J. Include, differentiate and manage: gay male youth, stigma and healthcare utilization. *Nurs Inquiry*. 2014; 21:20-9.
7. Páez D, Sánchez F, Usieto R, Ubillos S, Mayordomo S, Caballero A, et al. Características asociadas a la conducta sexual de riesgo ante el VIH en población adulta española. En: Usieto R, ed. *Infección por VIH/SIDA Avances en la Optimización del Tratamiento*. CESA: Madrid, 2003: p.189-200.
8. Fuster MJ, Molero F, Gil de Montes, L, Isusi AV, Agirrezabal, A, Kindelan, A. Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH. Madrid: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España, 2010.
9. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del Sida. 2004. Disponible en http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf (Consulta 10 junio 2014).
10. García de Olalla P, Caylà JA. ¿Es posible disminuir el retraso diagnóstico en la infección por VIH?. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28:580-2.
11. Margulies S. La adherencia a los tratamientos: un desafío para la atención del VIH/sida. Una lectura desde la antropología. *Actualizaciones SIDA*. 2010;18:63-9.
12. Ballester R, Edo M, Gil MD. ¿Cómo reaccionan tras el diagnóstico, qué les preocupa, a quién se lo cuentan y qué apoyo social tienen los pacientes con VIH? Diferencias en función de la vía de transmisión. En: *Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. Libro del XI Congreso Nacional sobre el Sida*, 8-10 octubre. Córdoba, 2008: p. 165.

13. Endeshaw M, Walson J, Rawlins S, Dessie A, Alemu S, Andrews N, et al. Stigma in Ethiopia: association with depressive symptoms in people with HIV. *AIDS Care*. 2014; 26: 935-9.
14. Farber EW, Lamis D, Shahane AA, Campos PE. Personal meaning, social support, and perceived stigma in individuals receiving HIV mental health services. *J Clin Psychol Med Settings*. 2014; 21:173-82.
15. Breet E, Kagee A, Seedat S. HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: does social support play a mediating or moderating role?. *AIDS Care*. 2014; 26:947-951.
16. Ballester R, Gil MD, Giménez C. El "Cuestionario de Prevención del Sida" (CPS): análisis de la fiabilidad y validez. En: Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. Libro del X Congreso Nacional sobre el Sida, 6-8 junio. San Sebastian, 2007: p. 135.
17. Gómez S, Ballester R, Gil MD, Ruiz E, Gil B. Dimensiones de personalidad asociadas a la empatía y solidaridad hacia las personas afectadas por VIH. En: FIPSE. Libro del II Encuentro FIPSE Sobre Investigación Social en VIH/Sida, 4-6 febrero. San Sebastián: FIPSE,2009: p. 292-300.