

EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN DE ESTIGMA RELACIONADO CON EL VIH EN VARONES CON ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL

EXPERIENCE AND PERCEPTION OF HIV-RELATED STIGMA IN HOMOSEXUAL MEN

Recibido: 28 de marzo de 2019 | Aceptado: 30 de julio de 2019

PABLO DAVID RADUSKY ¹, ISABEL MARÍA MIKULIC ²

^{1, 2}. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, Buenos Aires, Argentina

ABSTRACT

Background: HIV-related stigma is associated with negative outcomes for the health and quality of life of people with HIV. It interacts with pre-existing stigmas, such as the one related to sexual orientation, which intensifies its harmful impact. **Objectives:** The objective was to describe how HIV-related stigma is expressed in Buenos Aires, Argentina, from the perspective of cisgender males with homosexual orientation, and how it is experienced by them. **Methods:** A qualitative study was conducted with interviews to 14 participants, analyzed using the stigma mechanisms framework: enactment, anticipation and internalization. **Results:** Enacted stigma was observed, mainly, as direct rejection in sexual-affective relations, disclosure of diagnosis without the person's consent and distance or avoidance of contact with him. Anticipated stigma was expressed as fear of being discriminated against, avoidance of disclosure of the diagnosis to others and self-exclusion. Internalized stigma was evidenced as negative self-concept, shame and guilt. Interactions between HIV and sexual orientation stigmas were observed. **Conclusions:** These results contribute to progress in the characterization of the experience of HIV-related stigma in Buenos Aires and to the design of interventions for its reduction, adapted to the culture and needs of this specific group.

KEY WORDS: HIV, male homosexuality, social stigma, qualitative analysis.

CÓMO CITAR / HOW TO CITE

Radusky, P. D., & Mikulic, I. M. (2019). Experiencia y percepción de estigma relacionado con el vih en varones con orientación homosexual. *Salud & Sociedad*, 10(2), 110-127. doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010

1. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. E-mail: pradusky@psi.uba.ar • ORCID: 0000-0001-8969-6988

2. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. E-mail: mikulic@psi.uba.ar

En Argentina, se estima que 129.000 personas viven con el VIH, registrándose 5800 diagnósticos nuevos cada año. Si bien la prevalencia en población general es inferior al 1%, en grupos específicos las cifras son mucho más elevadas, ubicándose entre el 12% y el 15% en hombres que tienen sexo con hombres y ascendiendo al 34% en mujeres trans (Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis & TBC, 2018). Desde el campo de la salud pública, el estigma relacionado con el VIH ha sido reconocido como uno de los principales factores que favorecen la expansión de la epidemia y obstaculizan los esfuerzos preventivos y asistenciales (Baral, Logie, Grosso, Wirtz & Beyrer, 2013). El estigma es la coocurrencia de etiquetamiento, estereotipación y separación grupal asociados al VIH, acompañados de emocionalidad negativa, dentro de estructuras de poder inequitativas, que resultan en desvalorización, pérdida de estatus, discriminación y/o exclusión de las personas con VIH (Earnshaw, Smith, Chaudoir, Rivet Amico & Copenhaver, 2013; Link & Phelan, 2001).

Earnshaw y colaboradores (2013) han identificado tres mecanismos mediante los que el estigma relacionado con el VIH se expresa: la experimentación, la anticipación y la internalización. El estigma experimentado refiere a la ocurrencia de experiencias concretas de discriminación, exclusión o maltrato dirigidas a una persona con VIH. El estigma anticipado es el temor o expectativa, de parte de las personas con VIH, de que experimentarán prejuicio o discriminación en el futuro, si otras personas tuvieran conocimiento de su diagnóstico. Esta anticipación puede darse incluso en ausencia de experiencias previas concretas de estigma y puede surgir de la conciencia o percepción de la visión negativa de la sociedad acerca de las personas con VIH. Finalmente, el estigma internalizado ocurre cuando las personas con VIH adoptan dentro de su autoconcepto los estereotipos, prejuicios y sentimientos negativos que la sociedad tiene hacia ellas, resultando en

emociones negativas, como culpa y vergüenza, autodesvalorización y baja autoestima.

El estigma relacionado con el VIH se asocia consistentemente a consecuencias negativas para la salud y la calidad de vida de las personas con VIH (Logie & Gadalla, 2009) como: mayor malestar emocional y peores niveles de salud mental (Hatzenbuehler, O'Cleirigh, Mayer, Mimiaga & Safren, 2011; Herek, Saha & Burack, 2013), menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Sweeney & Vanable, 2016), mayor frecuencia y severidad de síntomas físicos relacionados con el VIH y un progreso más acelerado de la infección (Earnshaw, Lang, Lippitt, Jin & Chaudoir, 2015; Vanable, Carey, Blair & Littlewood, 2006).

Ogden y Nyblade (2005) han mostrado que, en la base del estigma, se encuentra la creencia en que las personas con VIH han transgredido normas o valores sociales, por ejemplo, mediante relaciones sexuales socialmente desaprobadas. Asimismo, también se relaciona con la percepción de que las personas con VIH son, en alguna medida, responsables por su situación ya que, a diferencia de otras enfermedades crónicas, la adquisición del VIH es un evento altamente controlable y prevenible, mediante conductas de autocuidado. En esta línea, la evidencia muestra que los individuos responsabilizan y culpan más a las personas con VIH homosexuales que a las heterosexuales por su situación (Rosas & Gomes, 2008), resultando en una mayor desvalorización de los primeros (Hergovich, Ratky & Stollreiter, 2003). Esto demuestra que el estigma relacionado con el VIH se asienta sobre estigmas preexistentes (como el relacionado con la orientación sexual diversa), como una nueva capa, e interactúa con ellos, lo que intensifica sus consecuencias negativas (Jeffries et al., 2015; Slater et al., 2015). Este fenómeno ha sido denominado estigma interseccional, múltiple o intensificado (Chambers et al., 2015). La interacción particular entre

diferentes estigmas resulta en que grupos específicos, por ejemplo, varones cisgénero homosexuales experimenten el estigma relacionado con el VIH de forma diferente respecto de grupos que sufren otros estigmas o que incluso, no han experimentado estigmatización significativa en el pasado.

Esto sucede, en parte, porque el estigma es resultado de los sentidos y representaciones que una sociedad atribuye al VIH, por lo que es esperable que su expresión varíe según el contexto sociocultural (Steward et al., 2008). Estas representaciones pueden estar altamente relacionadas con las concepciones locales acerca de la sexualidad y la diversidad sexual, el nivel de religiosidad, la existencia de campañas de salud pública que provean de información sobre el VIH a la población, entre otros elementos. Estos factores pueden influir sobre las actitudes hacia las personas con VIH, moderando los niveles de estigma social y moldeando el modo en que este se expresa. Así, en algunas sociedades, el estigma relacionado con el VIH, aunque persiste, se ha vuelto más sutil, en parte debido a la explicitación de la norma social y legal de no discriminación (Herek, Capitano & Widaman, 2002; Fuster Ruiz et al., 2014). No obstante, en otras sociedades continúa siendo abierto y públicamente evidente (Dos Santos, Kruger, Mellors, Wolvaardt, & van der Ryst, 2014).

En Argentina, la Ley Nacional de SIDA N°23.798 (1990) destaca el principio de respeto a la dignidad humana y no discriminación, protegiendo a las personas con VIH de tratos estigmatizantes y degradantes. No obstante, existen escasas investigaciones que exploren la ocurrencia de estigma experimentado o percibido por las personas con VIH en el contexto argentino y cómo este se expresa. En un estudio de nivel nacional realizado por Fundación Huésped (2012) al menos el 59% de los participantes informó haber vivido situaciones concretas de estigma debido al VIH, a otro atributo (Eg. ser homosexual), o

a la combinación de ambos, especialmente bajo la forma de murmuraciones y exclusión de actividades cotidianas. Sin embargo, la proporción de aquellos que reconocían expectativa y temor de ser estigmatizados y autoestigma ascendió al 94%.

Lo anterior pone de relieve la necesidad de ampliar y actualizar el conocimiento disponible acerca de cómo se expresa el estigma en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina y cómo es experimentado por personas con VIH residentes en ella. Dado que la experiencia del estigma por VIH puede diferir significativamente entre grupos con estigmas preexistentes, esta investigación se enfocó específicamente en varones cisgénero con orientación homosexual. Los objetivos del presente estudio fueron: a) explorar las modalidades en que se expresa el estigma relacionado con el VIH en el AMBA y, b) analizar la percepción de estigma externo y la experiencia interna del estigma (anticipación e internalización) en varones cisgénero con orientación homosexual, identificando emociones, creencias y sentidos asociados a ellas.

MÉTODO

Empleamos una metodología cualitativa con el fin de indagar en profundidad las experiencias de estigma vividas por los participantes y los sentidos asociados a ellas.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 14 varones cisgénero con diagnóstico de VIH residentes en el AMBA que reportan orientación homosexual bajo cualquiera de las categorías identitarias más frecuentes (gay, homosexual, etc.) (Tabla 1). La media de edad de los participantes fue de 41,29 (DE=11,97). La totalidad refirió haber adquirido el VIH por vía sexual. Al momento de la entrevista, había transcurrido una media de 8,42 años desde el diagnóstico (DE=7,08) y, excepto un participante, todos

se encontraban en tratamiento antirretroviral. Tres participantes podían clasificarse como

diagnósticos recientes (recibidos dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista).

TABLA 1.
Características de los participantes.

Participante	Edad	Nivel Educativo ^a	Años desde el diagnóstico
1	45	3	16
2	40	1	15
3	44	3	-- ^b
4	41	3	-- ^b
5	42	3	20
6	25	2	7
7	49	3	16
8	27	1	1
9	40	1	8
10	49	3	4
11	71	3	18
12	25	2	4
13	33	3	4
14	47	3	5

Nota: a= 1-Secundario Completo, 2-Terciario o Universitario Incompleto, 3-Terciario o Universitario Completo;
b=Tiempo desde el diagnóstico inferior a 1 año

Instrumentos

La técnica utilizada para la recolección de información fue la entrevista individual semiestructurada en profundidad, pues permite la exploración de áreas predefinidas a la vez que posee la flexibilidad suficiente para identificar nuevos temas no previstos que emerjan en el relato de los participantes. Esto garantiza la posibilidad de sistematizar la información y establecer comparaciones entre participantes a la vez que permite detectar nuevos temas que puedan ser significativos para los fines de la investigación. De este modo, en el diseño del instrumento, se identificaron áreas a ser indagadas que cubrieran y permitieran explorar con la mayor exhaustividad posible los tres mecanismos del estigma: experimentado, anticipado e internalizado (Earnshaw et al., 2013).

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se realizó en dos fases. En la primera, se contactó a tres personas con VIH que

coordinan grupos de pares en dos organizaciones no gubernamentales de la Ciudad de Buenos Aires, que fueron entrevistadas por ser elegibles para participar y por constituir informantes clave. Estos entrevistados aportaron tanto el relato de su propia experiencia con el VIH como las experiencias relatadas por otras personas que pasaron por los grupos a lo largo de sus años de coordinación (manteniendo la confidencialidad y anonimato acordados en el marco de ese dispositivo).

En una segunda fase, se empleó la modalidad de muestreo por bola de nieve. Los tres coordinadores de grupo difundieron entre los asistentes al mismo la invitación a participar en el estudio, poniendo a los interesados en contacto con los investigadores. Luego de ser entrevistados, se les propuso informar sobre el estudio a otra persona con VIH que ellos conociesen y ofrecerle participar. Aquellos que aceptaron fueron contactados por los investigadores, repitiendo con ellos el procedimiento, hasta que se alcanzó la saturación de la información recabada. De esta forma, se

conformó la muestra final, compuesta por tres participantes coordinadores, seis participantes que asistían a los grupos de pares al momento de la entrevista o habían asistido previamente y cinco participantes que no habían sido nunca parte de estas actividades.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución en que se desarrolló. Antes de iniciar su participación, cada persona fue informada acerca de los objetivos de esta investigación, los procedimientos a realizar y la confidencialidad de la información. Cada uno consintió participar voluntariamente de este estudio y que las entrevistas fueran grabadas en audio. Para garantizar la confidencialidad de la información proporcionada, reemplazamos la identidad de cada participante por un número asignado a cada entrevista y, particularmente para el presente trabajo, se omitieron todos aquellos datos que pueden ser identificadores o que permitiesen relacionar fragmentos de discurso con personas particulares. Todas las entrevistas fueron realizadas entre octubre de 2015 y agosto de 2016 por un mismo investigador, grabadas y transcritas. Su duración osciló entre media hora y hora y media, aproximadamente.

Análisis de datos

El proceso de análisis del material transcrito fue asistido por el programa para análisis cualitativo ATLAS.Ti versión 7.5.4 (2015). En primera instancia, llevamos a cabo un proceso de codificación abierta, asignando a cada fragmento significativo de material un código o categoría que lo representara. A continuación, realizamos una sistematización de los códigos aplicados, identificando y estableciendo relaciones entre ellos, tomando como marco de análisis los mecanismos del estigma propuestos por Earnshaw et al. (2013). De este modo, los códigos fueron agrupados en tres ejes teóricos correspondientes al estigma experimentado, anticipado e internalizado. Finalmente, se efectuó un

proceso de recodificación yendo de los ejes a los códigos. Como resultado, se refinaron las categorías asignadas inicialmente a los fragmentos, haciendo más precisa la aplicación de los códigos ya existentes y desarrollando otros nuevos, lo que consolidó los ejes teóricos propuestos. El proceso de codificación y recodificación fue conducido por los dos investigadores a cargo del estudio.

RESULTADOS

Estigma experimentado

Los participantes relataron experiencias efectivas y concretas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH en diversos ámbitos. Algunas de ellas fueron vividas por ellos mismos de forma directa mientras que otras fueron experiencias vividas por otras personas cercanas, de las que ellos fueron testigos o sobre las que fueron informados por las víctimas. En este sentido, es posible hablar de estigma experimentado de modo vicario.

Pareja y relaciones sexo-afectivas. Este es uno de los contextos en el que una mayor proporción de participantes refirió haber experimentado discriminación. En los casos en que han revelado tempranamente su diagnóstico a su pareja potencial u ocasional, la discriminación se expresó como rechazo explícito o sobreentendido a tener relaciones sexuales o comenzar una relación íntima y romántica con quien vive con VIH.

“Yo decidí asumir ese rol, antes de conocer a alguien decirselo...Y los rechazos fueron varios ya...” (P4)

“...cuando conozco a alguien en algún perfil y llegamos a la cuestión de...tener relaciones...cuando yo le digo [que soy] portador se asustan algunos...se corta todo.” (P10)

Algunos participantes señalaron que la revelación del diagnóstico a una pareja o potencial pareja los hace sentirse expuestos y vulnerables, dado que los ubica en una

relación asimétrica en la que el otro tiene el poder de aceptar o de rechazar la relación, unilateralmente. Es posible inferir el malestar que implica sentir que no se tiene control sobre la posibilidad de iniciar o continuar una relación, ya que la decisión siempre queda del lado del otro.

“...cuando se lo cuento a alguien que me interesa mucho me pongo a llorar...porque siento que es injusto en un punto...que eso sea un quiebre para que el otro pueda rechazarte o quererte...” (P6)

Una situación diferente se describió cuando la revelación del diagnóstico a la pareja se realiza luego de la concreción de la relación sexual, o una vez avanzado el proceso de conocerse mutuamente, cuando ya se han profundizado los lazos afectivos. En estos casos, la reacción del otro es, no sólo de rechazo, sino que, además, puede estar acompañada de emociones como enojo, decepción y desconfianza. Algunas de estas emociones surgen de la percepción de haber sido expuesto al VIH sin aviso, de la sensación de no haber sido cuidado suficientemente por quien vive con el VIH o de haber sido engañado.

“...con una persona que estuve tres meses y le conté...Fue muy fuerte porque se enojó mucho...Yo me preocupé...de que fuera a un médico...que se quedara tranquilo de que no había posibilidades de contagio, pero no lo entendió...se sintió engañado porque no se lo conté en el momento.” (P2)

Familia y amistades. En este contexto, el estigma y la discriminación adoptan diversas formas. En primer lugar, se expresan en conductas destinadas a evitar el contacto directo con la persona con VIH e incrementar o mantener la distancia con ella.

“...como distante... Tomando distancia de uno...no quieren compartir nada...Gente que ni te

quiere abrazar ni compartir mate.” (P3)

En otros casos, el estigma y la discriminación se expresan bajo la forma de chismes, rumores o murmuraciones, y en algunos casos, escraches públicos. Es decir, aquellos que conocen el diagnóstico de la persona con VIH, lo revelan a terceros sin su consentimiento o lo hacen público, violando su confianza y el derecho a la confidencialidad.

“...dejó de ser mi amigo...por divulgar cosas... sí me arrepiento de haberle contado, confiado...y todo el mundo se terminó enterando...” (P8)

Cuando se relataron episodios de agresión explícita, se apreció que ésta era fundamentalmente verbal, bajo la forma de insultos, discusiones o expresiones verbales de rechazo.

“Se han escuchado casos de que...los han insultado...hay casos de padres que han rechazado a sus hijos por este tema y hoy en día no tienen relación...Pero nada más que una discusión.” (P2)

Trabajo. En este contexto los participantes reportaron haber experimentado frecuentes situaciones de estigma y discriminación. En su forma más extrema, relataron haber sido despedidos de trabajos (o tener noticia de que otras personas con VIH habían sido despedidas), luego de haber comunicado a sus empleadores el diagnóstico o de que estos se hayan enterado de alguna forma. Esto último incluye la incorporación del testeo de VIH dentro de los exámenes preocupacionales sin consentimiento de la persona.

“...quedé para un puesto de trabajo...lo último fueron los exámenes médicos, después del curso de capacitación...ya estaba adentro...Me dijeron que mi currículum...no daba con lo que

ellos querían... Me testearon, evidentemente, sin mi consentimiento..." (P2)

"Yo conozco gente que al ser portador han perdido el laburo o no han podido ingresar a ciertos trabajos..." (P14)

Los participantes también reportaron haber experimentado situaciones de estigma y discriminación por parte de sus compañeros de trabajo. Al igual que en el contexto familiar y de amistades, estas se expresaron como conductas de distanciamiento y evitación.

"...en mi trabajo. Un par de veces me corté...uno de mis compañeros dijo "Este cuchillo lo tocó este, yo lo tiro, yo ni lo toco" ... "Por más que yo lo haya lavado con lavandina... pero el cuchillo no tenía sangre... Y sentí el comentario y no le dije nada, porque en otros lugares sé que es peor...Me tendrían como aislado." (P10)

"...una compañera de trabajo...dejó de tomar mate conmigo...una vez llego...le digo "Hola, ¿Cómo andás? ¿Me das un mate?" ... "Ay, no, porque recién vengo del dentista y viste que tengo toda la boca así". Y después cada vez que yo estaba no tomaban mate, una mina que tomaba mate las 24 horas." (P14)

Servicios de Salud. En este contexto, el estigma y discriminación se expresó como trato y atención diferente, de menor calidad o negativa, por parte de los profesionales. Esto se refleja, por ejemplo, en maltrato directo o negativa a realizar un procedimiento en el paciente, proveerle algún servicio o, directamente, atenderlo.

"Cuando estuve internado...tenía mucho dolor de espalda que era consecuencia de un colchón viejo vencido...las enfermeras me daban ibuprofeno y estuve mejor, pero había una que no, ella inclusive se

negaba a sacarme sangre...la última noche me dijo "no duermas, camina si te duele la espalda". (P7)

El estigma y la discriminación de parte de los profesionales de salud también se expresó en no respetar el turno del paciente y la implementación de precauciones excesivas, exageradas e innecesarias al momento de la atención con el fin de evitar la transmisión del VIH. En particular, los participantes mencionaron que, en ocasiones, los profesionales demoraban la atención y los atendían en último lugar, a pesar de tener uno de los primeros turnos de la jornada, aduciendo la necesidad de realizar desinfecciones o simplemente, por renuencia a atenderlos.

"...había una chica portadora y ella no estaba ni sangrada ni nada...el colchón...tenía plástico por todos lados para que ella no tocara nada...estaba en una sala sola, aislada. Y las enfermeras la tocaban, pero con asco." (P10)

"...eran las 9 y nadie me llamaba, pasaban todos los que estaban adelante mí...¿Qué hacían?...decían "qué hay que hacerle a este. No, lo pongo abajo"...cuando no haya más nadie para sacarle sangre, me iban a sacar sangre a mí." (P14)

Los participantes mencionaron que el estigma y la discriminación también se evidenciaron en la revelación innecesaria del diagnóstico de VIH, sin consentimiento del paciente, en documentos de salud, como recetas, derivaciones e historias clínicas, por parte de profesionales de la salud, violando la confidencialidad.

"Me voy a hacer...una radiografía seriada...el tipo, en todas las órdenes, ponía "Portador de VIH" "¿A qué viene?" De última, le aviso yo si soy portador, pero vos no tenés

que poner "Diagnóstico: VIH" ...me pareció de mala leche..." (P14)

Finalmente, en relación con la atención en salud, el estigma y la discriminación también se hicieron evidentes en la negativa de empresas de cobertura de salud prepagas a aceptar a personas con VIH como socios o clientes. Esto continúa en la línea de negarse a proveer un servicio de salud a personas con VIH.

"...he escuchado...Dos casos de gente que quiso tener prepagas y los mismos promotores les dijeron que no pierdan el tiempo anotándose porque iban a ser rechazados." (P2)

Organizaciones gubernamentales. Aunque en menor medida, en comparación con los otros contextos, los participantes también mencionaron algunas situaciones de estigma y discriminación en oficinas públicas o estatales al momento de realizar trámites que implicaban comunicación del diagnóstico. Este se expresó como maltrato o divulgación innecesaria del diagnóstico a otros empleados por parte de quien los atendía.

"...un amigo fue a solicitar una pensión por ser portador...y no fueron amigables las palabras de las personas que atendían... "Ay otro de SIDA". (P7)

Estigma anticipado

Origen de la anticipación del estigma. En primer lugar, haber experimentado estigma y discriminación en el pasado incrementa la expectativa y la anticipación de que esto pueda llegar a ocurrir nuevamente en el futuro.

"...los chicos cuentan que ellos si tienen una relación casual no lo cuentan...se cuidan y punto. Porque ya están cansados del rechazo..." (P3)

En segundo lugar, la percepción de estigma en el entorno contribuye a su anticipación incluso cuando la persona nunca experimentó situaciones concretas de discriminación o rechazo en el pasado, ya que promueve la expectativa de que éstas podrían también ocurrirle a ella. En general, el estigma se percibe al escuchar comentarios prejuiciosos realizados por los demás o al ser testigos o tomar conocimiento de episodios de discriminación ocurridos a otras personas por vivir con VIH, lo que favorece la no revelación del diagnóstico.

"...una vez un jefe...Había una noticia que había llegado un crucero...con turistas gays...y dijo "Estos se van a morir todos de SIDA" ...lo dijo...como que es una verdad... Se sintió en ese momento "Bueno, evidentemente acá no lo puedo contar, hay mucho prejuicio". (P2)

Emociones relacionadas con la anticipación del estigma. La reacción emocional más frecuentemente mencionada, en relación con la anticipación del estigma, es el miedo, y más específicamente, al rechazo por parte de los demás.

"...en la realidad diaria...ves que...el prejuicio está y se crea un miedo en la persona...que lleva a no querer exponerse..." (P2)
"...el mayor miedo es la reacción del otro, si te va a aceptar o no, el temor al rechazo..." (P3)

También es posible apreciar miedo en la anticipación de las posibles consecuencias de la revelación, como temor a pérdida de beneficios sociales o a experimentar discriminación concreta o represalias.

"Me daría miedo a que me quieran echar...el tema del trabajo...me preocupa más porque es mi sostén...los otros ámbitos, me dolerá o no, pero de última no

impacta en la economía, en el sustento.” (P3)

Asimismo, fue posible apreciar una sensación y una necesidad de no exponerse, con el fin de autopreservarse y autoprotegerse. De acuerdo con el relato de los participantes, que otros sepan su diagnóstico los dejaría “expuestos” o “desnudos” frente a los demás, y en una situación de vulnerabilidad incrementada o de desventaja en relación con los otros.

“...un poco de autoprotección, un poco de miedo al rechazo... También es como...una actitud de auto preservación, de cuidarse a uno mismo, de protegerse de una posible agresión...” (P4)

No revelación y ocultamiento del diagnóstico. Una estrategia habitual para evitar la exposición a nuevas experiencias de estigma relacionado con el VIH que se anticipan en el entorno es el ocultamiento total o parcial del diagnóstico.

“No todas las personas con las que trabajo pueden entender esto. Y no me gustaría generar mal ambiente en el lugar que me provee de comer, me provee la obra social... Prefiero no arriesgar...veo mucho prejuicio...prefiero no contarlo y no pasar por la experiencia de que alguien me discrimine o intente sacarme el trabajo. El temor está.” (P2)

“...tengo un montón de amigas...me quieren, pero no se los quiero decir porque no sé si entenderían... Mis hermanos, mi trabajo, menos que menos...El temor a sentirme juzgado o lástima o que digan “Te lo merecés” ...” (P3)

Evitación de conductas que puedan revelar el diagnóstico. Ocultar el diagnóstico implica también identificar, monitorear y evitar aquellas conductas que podrían exponer al sujeto y revelar la serología a los

demás. Entre ellas, los participantes mencionaron el tomar la medicación frente a otros o ser vistos asistiendo a instituciones o grupos específicos para personas con VIH. Es por esto que, con frecuencia, estas actividades son evitadas o realizadas en secreto o de forma encubierta, lo que les acarrea limitaciones en sus relaciones interpersonales y en el ámbito laboral.

“...Si yo me quedo en tu casa a dormir y vos me ves tomando las pastillas y no voy a poder fingir. Entonces voy a evitar ir a quedarme en la casa de alguien...” (P3)

“...mucho gente trata de manejarse en un anonimato...por ejemplo si se van a reunir [en] un grupo de pares de gente con VIH...Que ese lugar no esté expuesto... Que socialmente no se sepa... La gente no quiere pertenecer a algo en que se exponga su serología.” (P2)

Autoexclusión y autoaislamiento. La anticipación del estigma lleva a algunos participantes a poner en práctica conductas evitativas con el fin de evitar exponerse a situaciones de estigma y discriminación, resultando en autoexclusión y autoaislamiento. En general, los sujetos refirieron evitar asistir a lugares que perciben como “peligrosos” o en los que es posible que el estigma pueda ocurrir, o concurrir a ciertos eventos sociales por temor a quedar expuestos (como es el caso de la participación en grupos de personas con VIH, mencionado más arriba). Otros mencionaron directamente no buscar trabajo o no intentar cambiar el que tienen anticipando que no van a ser contratados en otro lugar por vivir con VIH.

“Igual yo...no me muevo en lugares donde sé que puedo ser rechazado...” (P10)

“...las personas sienten que no pueden encontrar un trabajo porque tienen VIH, porque en cualquier pre ocupacional va a saltar eso...Como

no intentar conseguir trabajo porque es al pedo [en vano].” (P13)

Estigma internalizado

La internalización del estigma es un fenómeno más encubierto, pero, aun así, puede apreciarse en el relato de los participantes de distintas formas.

Autoconcepto negativo y baja autoestima. Algunos participantes viven el VIH como una marca o una mancha que los desvaloriza y los ubica en un estatus inferior respecto de los demás. Esto fue representado como sentirse sucio, manchado o defectuoso. La consecuencia es una imagen negativa y devaluada de sí mismo, pobre autoconcepto, baja autoestima y sentimiento de inferioridad o de desventaja respecto de los demás.

“Me siento distinto a los demás...ahora no me siento atractivo, que no le gusto a la gente...cuando veo a los chicos, que los veo puros, tan immaculados, y yo no... Yo ya estoy manchado...sucio...perdí la pureza...siento que estoy en una condición como inferior...” (P3)

“Siento que me resta puntos decir que tengo VIH, como si fuese un defecto que tengo...” (P13)

Esto también se debe, en parte, a la interiorización en el autoconcepto y a dirigir hacia sí mismo los prejuicios y actitudes estigmatizantes de la sociedad respecto del VIH, lo que desemboca en autorrechazo.

Esa parte de la sociedad...también la tenemos todos. Y esa angustia, esa desolación...la genera ese rechazo que uno también tiene hacia esa enfermedad...Por eso tampoco juzgo al que rechaza a una persona porque tiene HIV, porque también uno se rechaza a sí mismo...(P4)

Vergüenza. El autoconcepto negativo y sus creencias asociadas se encuentran en la base de una emoción referida con frecuencia

por los participantes: la vergüenza. Esta también se vinculó al hecho de sentirse “estúpido o tonto” o la sensación de haber fallado por haber adquirido el VIH incluso sabiendo como prevenirlo y teniendo al alcance los medios materiales para hacerlo.

“...sentí como vergüenza. Porque sentís como una marca de decir “Bueno, esto me pasó por no haberme cuidado”, mi infección fue consecuencia de no haber usado preservativo y te sentís como tonto...me sentí muy estúpido.” (P1)

Culpa y merecimiento. La internalización del estigma también se expresó como sentimientos de culpa y de merecimiento del VIH por haber realizado conductas que desembocaron en la infección (incluso sabiendo que estas implicaban riesgo y exposición a infectarse). El merecimiento, particularmente, se apreció asociado al haber adquirido el VIH por medio de relaciones homosexuales, y como consecuencia de un estilo de vida específico, respecto de la sexualidad, caracterizado como promiscuo por algunos participantes o como

“un maltrato hacia uno mismo.” (P1)
“...nada es casualidad...cuando a uno le pasan las cosas es para darle un cambio a la vida y no seguir con esa vida...de ser promiscuo...” (P8)
“...si yo soy portador de VIH es porque yo me lo busqué...si cometí el delito tengo que cumplir la condena... yo no me cuidé...soy responsable de que en realidad es culpa mía.” (P14)

Justificación del estigma. Lo anterior desemboca, en algunos casos, en una justificación del estigma y discriminación recibidos de otros. Esto se expresó en comprender que los otros los rechacen por vivir con VIH, excusándolos o naturalizando su postura estigmatizante.

“...hay gente que es prejuiciosa igualmente, y...ni te da un beso por las dudas y eso hay que respetarlo...” (P11)

Estigma Interseccional

La mayoría de los participantes (78,5%) reportó haber experimentado episodios de discriminación relacionada con su orientación sexual. Todos ellos ocurrieron antes del diagnóstico de VIH y se expresaron de forma verbal (burlas, insultos, murmuraciones, chismes) y como distancia y alejamiento de parte de los demás.

Los entrevistados explicaron cómo este estigma preexistente influyó en cómo experimentaron el estigma relacionado con el VIH, de aparición posterior. Algunos describieron la experiencia como una doble discriminación; otros, como una “segunda salida del closet” (P4), pues el diagnóstico implicó la aceptación de una nueva identidad estigmatizada, algo que ya habían tenido que atravesar anteriormente, al aceptar su orientación sexual. Algunos participantes mencionaron que haber experimentado discriminación previamente en sus vidas generó una “especie de acostumbramiento” (P11) al rechazo de los demás que moderó la forma en que experimentaron posteriormente el estigma relacionado con el VIH. Finalmente, el estigma preexistente se apreció entrelazado o en la base del estigma internalizado, vinculado a la sensación de merecimiento del VIH como consecuencia de su orientación sexual.

“...te hace mucho más vulnerable porque vos decís “Yo soy merecedor de la infección, es lo que yo merezco por ser gay” ...” (P1)

DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso caracterizar y describir cómo se expresa el estigma relacionado con el VIH y cómo es experimentado y percibido por varones cisgénero con orientación homosexual del

AMBA. Los resultados obtenidos fueron sistematizados y analizados de acuerdo con los mecanismos del estigma teorizados por Earnshaw et al. (2013): experimentado, anticipado e internalizado.

Respecto del estigma experimentado, el área en la que persiste más abiertamente el estigma y la discriminación relacionados con el VIH es en las relaciones sexo-afectivas (pareja). En ella, los participantes mencionaron episodios concretos, directos y explícitos de rechazo debido a su diagnóstico. En el resto de los contextos, los episodios de estigma más frecuentes descritos por los participantes adoptan predominantemente dos formas. Una consiste en el quiebre o la violación de la confidencialidad del diagnóstico, su revelación no autorizada a terceros y el manejo desprolijo o descuidado de la información relativa al mismo, de forma intencional o no, tanto en el ámbito cotidiano como en contextos específicos, como servicios de salud. Esto es especialmente preocupante dado que la Ley Nacional de SIDA N° 23.798 (1990) y su Decreto Reglamentario garantizan la confidencialidad del diagnóstico en todo contexto y arbitran procedimientos para su resguardo y no divulgación. Como resultado de esto, las personas con VIH sienten que pierden el dominio sobre la información acerca de un atributo socialmente estigmatizado y no pueden controlar su exposición a la discriminación y el rechazo por parte de otros. Esto genera incertidumbre, estrés y reticencia a compartir su diagnóstico con los demás. En este sentido, se recomienda que los servicios de salud y otras instituciones en las que se manipulen historias clínicas y registros de datos sanitarios refuercen la aplicación de las normas y procedimientos ya existentes para la protección de la información relativa a diagnósticos de VIH y datos personales de los pacientes. Por este motivo, debería darse prioridad a la capacitación constante de trabajadores de los servicios de salud públicos y privados, así como de otros ámbitos en los que pueda circular información relativa al diagnóstico de

las personas con VIH, respecto de procedimientos relativos a la confidencialidad.

La segunda forma que adopta el estigma experimentado consiste en incrementar la distancia y evitar el contacto con la persona con VIH o con objetos que pudo haber usado, lo que se observó principalmente en el contexto familiar, en el ámbito laboral y en servicios de salud. Detrás de esto, se encuentra el miedo a la transmisión del VIH a través de interacciones cotidianas casuales que incluso no involucran intercambio de fluidos corporales ni riesgo real alguno. Este temor irracional aumenta principalmente cuando los individuos carecen de información completa, certera y no ambigua acerca del VIH y sus modos de transmisión o han sido expuestos a campañas preventivas que apelan a imágenes negativas relacionadas con la muerte, el dolor y el deterioro, lo que contribuye a alimentar el miedo y la alarma o a sobredimensionar el riesgo (Ogden & Nyblade, 2005).

En concordancia con estudios previos realizados en otros contextos culturales (Herek et al., 2002; Fuster Ruiz et al., 2014), se observa que el estigma relacionado con el VIH en el AMBA parece haberse vuelto significativamente más sutil e indirecto. Por el contrario, las formas más explícitas, abiertas o extremas (por ejemplo, aislamiento o confinamiento parcial o total, cuarentena, expulsión del hogar o comunidad, agresión y violencia física, entre otros) no fueron referidas por los participantes pues resultan altamente infrecuentes o ya casi inexistentes. Esto puede explicarse, parcialmente, debido a la norma social y legal de no discriminación que hace que sea más probable que los actos discriminatorios más evidentes sean públicamente sancionados. Sin embargo, algunas formas explícitas y directas pueden persistir, fundamentalmente en el ámbito privado y cotidiano, donde escapan al escrutinio público, como el caso de las

relaciones sexo-afectivas antes mencionadas.

El estigma anticipado se halló originado por dos factores: haber vivido experiencias efectivas de estigma relacionado con el VIH y la percepción o conciencia de la ocurrencia de estigma en el entorno. Esto predispone a los sujetos a anticipar que situaciones de estigma les puedan suceder en el futuro. Una consecuencia de esto es la reticencia por revelar o el ocultamiento del diagnóstico a otras personas y la autoexclusión o autoaislamiento, como estrategias para evitar la exposición a posibles situaciones de estigma y rechazo, lo que es consistente con estudios similares en varones homosexuales (Jeffries et al., 2015). Dado que no existen marcas visibles que puedan indicar a los demás que la persona vive con VIH, la revelación es la única vía por la que otras personas pueden tomar noticia del diagnóstico. Por esto, el ocultamiento permite al sujeto conservar el control sobre la información referente al VIH, pudiendo decidir cuándo es seguro compartirla y cuándo no lo es, autopreservándose y evitando exponerse a situaciones de estigma. Sin embargo, se han identificado diversas consecuencias negativas de la no revelación como limitaciones para negociar el sexo seguro con la pareja sexual, mayor frecuencia de sexo sin protección y menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Elopre et al., 2015; Kalichman, Kalichman, Cherry & Grebler, 2016). Asimismo, las personas con VIH pueden directamente autoexcluirse de la vida sexual y romántica y evitar los vínculos de pareja. Esto puede resultar en limitación de la vida afectiva y de la posibilidad de beneficiarse del apoyo emocional e instrumental que una pareja puede proveer (Grodensky et al., 2014).

Respecto del ámbito del trabajo, las personas anticipan menores oportunidades laborales, ya sea para conseguir o para cambiar de empleo, por lo que desisten en la búsqueda. Esto afecta directamente sus condiciones materiales de vida y el acceso a

un salario que les permita mantener una buena calidad de vida. Asimismo, en el contexto del diagnóstico de una enfermedad crónica, el empleo pasa a ocupar un lugar particularmente crítico dado que provee obra social (seguro de salud) y acceso facilitado a atención sanitaria. Por esto, los participantes se perciben especialmente vulnerables y dependientes de su trabajo lo que incrementa la presión para mantenerlo y el temor a perderlo o no conseguirlo. A esto se suma el temor de las personas con VIH a ser testeadas sin su consentimiento durante la realización de los exámenes previos al ingreso a un puesto laboral. A pesar de que, en Argentina, la Resolución 270/2015 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2015) establece la prohibición de la exigencia de realizar la prueba de VIH a postulantes a un trabajo, hechos violatorios a esta norma continúan siendo denunciados, e incluso fueron relatados por los participantes de este estudio. Esto resulta en la revelación involuntaria del diagnóstico a los empleadores, pérdida de empleo o no contratación, incluso cuando ésta ya había sido confirmada. El conocimiento de la ocurrencia de estos hechos incrementa la alerta anticipatoria en las personas con VIH en proceso de búsqueda de empleo y el desistimiento temprano.

En conclusión, la no revelación del diagnóstico y la autoexclusión son las consecuencias visibles del estigma anticipado y su fin es evitar la exposición al rechazo. No obstante, estas estrategias, efectivas en el corto plazo para la autoprotección, pueden resultar desadaptativas a largo plazo, ya que resultan en limitación de las oportunidades (por ejemplo, laborales y de pareja) y en una reducción de la red de apoyo social. En este sentido, las personas con VIH pueden verse privadas de los beneficios del apoyo social que los grupos de pares pueden brindar (por temor a ser vistas asistiendo a actividades específicas) o del cuidado y comprensión de familiares y amigos (Aristegui, Radusky,

Zalazar, Lucas & Sued, 2018; Grodensky et al., 2014). Por otro lado, la expresión y el compartir las emociones asociadas al diagnóstico con otros significativos favorece la elaboración del trauma que éste puede implicar, contribuyendo a reducir el malestar emocional resultante. No obstante, Cantisano, Rimé y Muñoz-Sastre (2012) han resaltado que las personas con VIH pueden verse especialmente limitadas en esta tarea, en comparación con pacientes con otras enfermedades crónicas, debido al estigma al que están expuestas.

Asimismo, como era esperable, el estigma internalizado se expresó bajo la forma de emociones como vergüenza y culpa, sentimientos de inferioridad y baja autoestima. El denominador común a todas estas emociones es la sensación de tener menor valor social como sujeto, frente a los demás. Sin embargo, en algunos casos, la asunción de responsabilidad podría estar cumpliendo una función adaptativa. La recepción de un diagnóstico de enfermedad crónica puede poner en cuestionamiento o desafiar creencias centrales de los sujetos acerca de la justicia y el merecimiento, lo que genera malestar emocional (Park, 2013). La responsabilización o culpabilización del paciente por su enfermedad es una estrategia habitual para restaurar o preservar la creencia en que el mundo es un lugar justo en que cada uno recibe lo que merece (Furnham, 2003). Dado que, en este caso, quienes reciben el diagnóstico son ellos mismos, esta estrategia puede resultar en autorrechazo, autodesvalorización y sentimiento de culpa. No obstante, también puede ser una estrategia para encontrar un sentido y un propósito al evento traumático (el diagnóstico de VIH), lo que diversos autores han resaltado como un aspecto positivo en el proceso de elaboración y aceptación del mismo (Park, 2013). En este sentido, este sentimiento parece cumplir un papel de justificación o racionalización de la adquisición del VIH pues esta es percibida como producto esperable de dichas

conductas o estilo de vida o como consecuencia de no cuidarse.

Finalmente, desde un marco interseccional, el discurso de los entrevistados sugiere que el estigma preexistente por orientación sexual influyó en cómo fue experimentado posteriormente el estigma relacionado con el VIH, en general, intensificándolo. El estigma por orientación sexual parece haber interactuado mayormente con el estigma por VIH internalizado, incrementando el sentimiento de culpa y merecimiento, lo que ya ha sido observado en estudios similares (Jeffries et al., 2015). La internalización de ambos estigmas, por VIH y por orientación sexual, remite a otros conceptos como los de homofobia y opresión internalizada, que han demostrado tener un impacto negativo significativo sobre la salud mental y sexual de hombres gays (Lozano-Verduzco, 2017).

Resulta significativo mencionar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la especificidad de la muestra (varones cisgénero de orientación homosexual del AMBA) limita la posibilidad de generalizar estos resultados a otras poblaciones clave también afectadas significativamente por el VIH o a personas de la misma población, pero residentes en otras regiones geográficas del país. En este sentido, una contribución significativa en el futuro podría incluir la replicación de este estudio en otras poblaciones y la ampliación de esta muestra a varones cisgénero homosexuales de diversas provincias, con el fin de obtener una caracterización más completa y representativa de la situación del estigma relacionado con el VIH en Argentina desde la perspectiva de las poblaciones más afectadas. En segundo lugar, en este estudio se utilizó exclusivamente una metodología cualitativa. Sin duda, la triangulación y combinación de esta metodología con métodos cuantitativos otorgaría mayor robustez a los resultados. Futuros estudios en este mismo tema podrían beneficiarse de una estrategia plurimétodo que combine

abordajes cuali y cuantitativos. En tercer lugar, se recomienda explorar la relación entre estigma relacionado con VIH y otras variables de interés, como edad o años transcurridos desde el diagnóstico, para detectar asociaciones o tendencias. Asimismo, resultaría relevante comparar las experiencias de estigma de esta población con las de otras poblaciones clave para la epidemia también poseedoras de múltiples identidades estigmatizadas (como las mujeres trans, por ejemplo) para establecer semejanzas y particularidades.

A pesar de esto, es posible destacar la contribución original y novedosa de este estudio al conocimiento del estigma en una población clave para la epidemia de VIH, como los varones homosexuales o gays. En primera instancia, estos resultados permiten conocer cómo se expresa en el contexto local y en esta población el estigma relacionado con el VIH, que es un fenómeno fuertemente influido por la cultura y el espacio geográfico en que acontece. Este estudio constituye, también, una puesta al día, ya que la expresión del estigma muta en consonancia con los cambios en la epidemia y los conocimientos médicos y preventivos (Herek et al., 2002). Por otro lado, esta investigación resulta novedosa en tanto incorpora una mirada interseccional, aún no suficientemente integrada en los estudios de este tipo en nuestra región, y evidencia la interacción e impacto de múltiples identidades estigmatizadas.

Finalmente, también es posible destacar el aporte de estos resultados al diseño de intervenciones psicosociales localmente contextualizadas para la reducción del estigma relacionado con el VIH. Las conclusiones obtenidas favorecen la planificación de acciones ajustadas a las necesidades reales de este grupo específico y focalizadas en aquellas experiencias de estigma que efectivamente les ocurren y son experimentadas por ellos en el contexto del AMBA. Asimismo, permiten el diseño de programas de intervención culturalmente

apropiados que incorporan las particularidades significativas del contexto local. Un ejemplo de esto es como la acción de compartir el mate, una costumbre relevante y singular de nuestra cultura, puede ser vehículo de expresión de actitudes estigmatizantes. Esto puede tener un impacto negativo significativo en el sujeto estigmatizado ya que esta costumbre tiene, precisamente, un sentido de generación y refuerzo de lazos sociales, de confianza mutua y de aceptación grupal.

Como conclusión, de estos resultados se desprenden algunas recomendaciones para el diseño de intervenciones de reducción del estigma dirigidas a población general. En primer lugar, se sugiere incluir un componente informacional sólido y claro. La provisión de información acerca del VIH y sus vías de transmisión no debería ser omitida ni dada por sentada. Por el contrario, se recomienda otorgarle un lugar central como estrategia para la reducción del temor a la transmisión por contacto casual y, en consecuencia, para la promoción de mayor cercanía y menor rechazo hacia las personas con VIH. En especial, la realización de campañas que difundan que quienes alcanzan carga viral indetectable no transmiten el VIH (indetectable=intransmisible) puede contribuir a reducir situaciones de rechazo en el marco de las relaciones sexo-afectivas. En segundo lugar, es fundamental que las intervenciones aborden el estigma relacionado con el VIH desde un marco interseccional, contemplando los otros múltiples estigmas preexistentes que pueden interactuar con él en poblaciones específicas. En particular, la realización de campañas para la reducción de la homofobia y el desarrollo de marcos legales favorables a la diversidad (que incluyan leyes antidiscriminatorias y de matrimonio igualitario, por ejemplo) pueden contribuir a entornos culturales inclusivos que, indirectamente, favorezcan una reducción del estigma por VIH. Por otro lado, las intervenciones dirigidas a personas con VIH

pueden beneficiarse con la inclusión de componentes que aborden las emociones negativas asociadas al estigma internalizado, que provean estrategias para la revelación del diagnóstico a otros significativos en entornos seguros y confiables y que entrenen en respuestas de afrontamiento adaptativas frente a la experimentación de estigma en diversos contextos.

REFERENCIAS

- Arístegui, I., Radusky, P. D., Zalazar, V., Lucas, M. & Sued, O. (2018). Resources to cope with stigma related to HIV status, gender identity, and sexual orientation in gay men and transgender women. *Journal of Health Psychology*, 23(2), 320-331. doi: 10.1177/1359105317736782
- ATLAS.Ti (versión 7.5.4) [software]. (2015). Obtenido de https://atlasti.cleverbridge.com/74/purl-order?_ga=2.43624933.1185314242.1523370337-1733085140.1523370337
- Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L. & Beyrer, C. (2013). Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, 13, 482. doi: 10.1186/1471-2458-13-482
- Cantisano, N., Rimé, B., & Muñoz-Sastre, M.T. (2012). The social sharing of emotions in HIV/AIDS: A comparative study of HIV/AIDS, diabetes and cancer. *Journal of Health Psychology*, 10. doi:10.1177/135910531246243
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., ... The Stigma Review Team. (2015). Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15, 1-17. doi: 10.1186/s12889-015-2197-0
- Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. *Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina, N°35, 2018*. Buenos Aires: Argentina. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/>

- publicaciones/boletines-epidemiologicos
- Dos Santos, M. M. L., Kruger, P., Mellors, S. E., Wolvaardt, G. & van der Ryst, E. (2014). An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in South Africa: The People Living with HIV Stigma Index. *BMC Public Health*, 14, 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-14-80
- Earnshaw, V. A., Lang, S. M., Lippitt, M., Jin, H., & Chaudoir, S. R. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? *AIDS and Behavior*, 19, 41-49. doi: 10.1007/s10461-014-0758-3
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Rivet Amico, K., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785-1795. doi: 10.1007/s10461-013-0437-9
- Elopre, L., Hook, E. W., Westfall, A. O., Zinski, A., Mugavero, M. J., Turan, J. & van Wagoner, N. (2015). The role of early HIV status disclosure in retention in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(12), 646,650. doi: 10.1089/apc.2015.0205
- Fundación Huésped (2012). Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH, y usuarios de drogas. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.huesped.org/wp-content/uploads/2012/06/Informe-Final-Percepciones.pdf> doi: 10.13140/RG.2.1.2803.0167
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34, 795-817.
- Fuster Ruiz, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., Toledo, J., Jaen, A. & the Spanish Group for the Study of HIV-related stigma. (2014). Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care*, 26(1), 41-45. doi: 10.1080/09540121.2014.906557
- Grodensky, C. A., Golin, C. E., Jones, C., Mamo, M., Dennis, A. C., Abernethy, M. G. & Patterson, K. B. (2014). "I should know better": The roles of relationships, spirituality, disclosure, stigma, and shame for older women living with HIV seeking support in the South. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 12-23. doi: 10.1016/j.jana.2014.01.005
- Hatzenbuehler, M. L., O'Cleirigh, C., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J. & Safren, S. A. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 227-234. doi: 10.1007/s12160-011-9275-z
- Herek, G.M., Capitanio, J.P., & Widaman, K.F. (2002). HIV-Related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371-377.
- Herek, G. M., Saha, S. & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 41-54. doi: 10.1080/01973533.2012.746606
- Hergovich, A., Ratky, E. & Stollreiter, M. (2003). Attitudes toward HIV-positives in dependence on their sexual orientation. *Swiss Journal of Psychology*, 62(1), 37-44.
- Jeffries, W. L., Townsend, E. S., Gelaude, D. J., Torrone, E. A., Gasiorowicz, M. & Bertolli, J. (2015). HIV stigma experienced by young men who have sex with men (MSM) living with HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 27(1), 58-71. doi: 10.1521/aeap.2015.27.1.58
- Kalichman, S. C., Kalichman, M. O., Cherry, C. & Grebler, T. (2016). HIV disclosure and transmission risks to sex partners among HIV-positive men. *AIDS Patient*

- Care and STDs*, 30(5), 221-228. doi: 10.1089/apc.2015.0333
- Ley N° 23798. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 14 de setiembre de 1990.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21(6), 742-753. doi: 10.1080/09540120802511877
- Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. *Género y Salud en Cifras*, 14(3), 32-45.
- Ogden, J., & Nyblade, L. (2005). *Common at its core: HIV-related stigma across contexts*. International Center for Research on Women (ICRW): Washington D.C.
- Park, C. L. (2013). The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *The European Health Psychologist*, 15(2), 40-47.
- Resolución 270/2015. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires, Argentina, 13 de abril de 2015.
- Rosas Torres, A. R. & Gomes Veríssimo, M. R. (2008). Creencia en un mundo justo y prejuicios: El caso de los homosexuales con VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 570-579.
- Slater, L. Z., Moneyham, L., Vance, D. E., Raper, J. L., Mugavero, M. J. & Childs, G. (2015). The multiple stigma experience and quality of life in older gay men with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 24-35. doi: 10.1016/j.jana.2014.06.007
- Steward, W. T., Herek, G. M., Ramakrishna, J., Bharat, S., Chandy, S., Wrubel, J. & Ekstrand, M. L. (2008). HIV-related stigma: Adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science & Medicine*, 67, 1225-1235. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.05.032
- Sweeney, S. M. & Vanable, P. A. (2016). The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: A systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior*, 20(1), 29-50. doi: 10.1007/s10461-015-1164-1
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C. & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 463-482. doi: 10.1007/s10461-006-9099-1

Todos los trabajos publicados en
Revista Salud & Sociedad (ISSN:0718-7475)
 están sujetos a una licencia Creative Commons
 Reconocimiento 4.0 Internacional



RESUMO

Antecedentes: O estigma relacionado ao HIV está associado a consequências negativas para a saúde e qualidade de vida das pessoas com HIV. Interage com estigmas pré-existentes, como o relacionado à orientação sexual, o que intensifica seu impacto nocivo. **Objetivo:** O objetivo foi descrever como o estigma relacionado ao HIV é expresso em Buenos Aires, Argentina, sob a perspectiva de homens cisgênero com orientação homossexual, e como é vivenciado por eles. **Método:** Foi realizado um estudo qualitativo com entrevistas a 14 participantes, analisadas a partir dos mecanismos do estigma: experimentação, antecipação e internalização. **Resultados:** O estigma vivenciado foi observado, principalmente, como rejeição direta nas relações afetivo-sexuais, revelação do diagnóstico sem o consentimento da pessoa e afastamento ou evitação do contato com ele. O estigma antecipado foi expresso como medo de ser discriminado, não revelação do diagnóstico aos outros e auto-exclusão. O estigma internalizado foi evidenciado como autoconceito negativo, vergonha e culpa. Interações entre os estigmas por HIV e orientação sexual foram observadas. **Conclusões:** Estes resultados permitem avançar na caracterização da experiência de estigma relacionado ao HIV em Buenos Aires, o que contribui para o desenho de intervenções para sua redução ajustadas à cultura e necessidades de grupos específicos.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, homossexualidade masculina, estigma social, análise Qualitativa.

RESUMEN

Antecedentes: El estigma relacionado con el VIH se asocia a consecuencias negativas para la salud y calidad de vida de las personas. Interactúa con estigmas preexistentes, como el relacionado con la orientación sexual, lo que intensifica su impacto perjudicial. **Objetivo:** El objetivo fue describir cómo se expresa el estigma relacionado con el VIH en Buenos Aires, Argentina, desde la perspectiva de varones cisgénero con orientación homosexual, y cómo éste es experimentado por ellos. **Método:** Se desarrolló un estudio cualitativo con entrevistas a 14 participantes, analizadas a partir de los mecanismos del estigma: experimentación, anticipación e internalización. **Resultados:** El estigma experimentado se observó, principalmente, como rechazo directo en las relaciones sexo-afectivas, divulgación del diagnóstico sin consentimiento de la persona y distancia o evitación del contacto con ella. El estigma anticipado se expresó como temor a ser discriminado, no revelación del diagnóstico a otros y autoexclusión. El estigma internalizado se evidenció como autoconceito negativo, vergüenza y culpa. Se observan interacciones entre los estigmas por VIH y por orientación sexual. **Conclusiones:** Estos resultados permiten avanzar en caracterizar la experiencia de estigma relacionado con el VIH en Buenos Aires, lo que contribuye al diseño de intervenciones para su reducción ajustadas a la cultura y necesidades de este grupo específico.

PALABRAS CLAVE: VIH, homosexualidad masculina, estigma social, análisis cualitativo.