

## Artículos científicos

### Creencias de contagio casual, estigma y discriminación relacionados al VIH, en adolescentes que asisten a colegios oficiales en áreas urbanas de Panamá

### HIV-related beliefs of casual contagion, stigma, and discrimination among adolescents who attend public schools in urban areas of Panama

Anet Murillo<sup>1</sup>, Amanda Gabster<sup>1</sup>, Elisa A. Mendoza<sup>2</sup>, Gonzalo Cabezas<sup>3</sup>, Juan Miguel Pascale<sup>1,4</sup>.

<sup>1</sup>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panamá. <sup>2</sup>Escuela de Estadística, Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y Tecnología, Universidad de Panamá. <sup>3</sup>Community Development Network of the Americas, Panamá. <sup>4</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.

**Palabras claves:** personas viviendo con VIH, estigma, discriminación, adolescentes, Panamá

**Keywords:** People living with HIV, Stigma, Discrimination, Adolescents, Panamá

**Correspondencia a:**  
Amanda Gabster

**Correo electrónico:**  
agabster@gorgas.gob.pa

**Recibido:** 8 de junio de 2020.

**Aceptado:** 8 de octubre de 2020.

**Publicado:**

**Conflictos de interés:** Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito. Se obtuvo el consentimiento informado de todo paciente participante. Los autores declaran apoyo financiero por parte del Ministerio de Economía y Finanzas de Panamá, proyecto: 009044.049.

## Resumen

**Objetivo:** Describir la prevalencia y factores sociodemográficos relacionados con las creencias de contagio casual de VIH. Entender los factores que están asociados a estigmas y discriminación hacia personas que viven con el VIH en la población adolescente (14-19 años) en centros educativos de nivel media de áreas urbanas de Panamá. **Método:** Se realizó un estudio de corte transversal con muestreo de conglomerados de dos etapas, con selección aleatoria en 4 regiones urbanas de Panamá (Panamá, San Miguelito, Colón y Panamá Oeste). Se incluyó estudiantes 14-19 años de centros educativos oficiales de educación media entre los meses de junio y agosto de 2015-2018 (una región por año). Se utilizó el método de regresión logística multivariable con efectos aleatorios. **Resultados:** Del total de 2466 participantes, 56.9% era de sexo femenino y el 43.1% de sexo masculino. No se encontró una diferencia significativa entre el sexo de los participantes y la creencia en contagio casual. Después de ajustar el modelo por edad de los participantes, se encontró evidencia de asociación entre participantes de sexo masculino y el estigma (adjusted Odds Ratio [AOR]=1.44, 95% Intervalo de Confianza [IC 95%]:1.14-1.82) y la discriminación (AOR= 2.02 95% IC:1.40-3.07). Al ajustar por sexo y edad de los participantes, se encontró evidencia de asociación entre creencias de contagio casual y estigma reportado (AOR=2.0, IC 95%: 1.4-2.9), como también entre estigma y discriminación reportado (AOR=2.2 CI 95%:1.5-3.2). **Conclusiones:** Los estudiantes entre los 14-19 años que asisten a centros educativos oficiales de nivel media, presentaron una alta prevalencia de creencia de contagio casual del VIH, estigma y discriminación. Se recomienda la implementación de cursos de educación integral en sexualidad que incluya conocimientos de la transmisión del VIH y que se enfoquen en disminuir el estigma y la discriminación.

## Abstract

**Objective:** To describe the prevalence and sociodemographic factors related to beliefs of casual HIV infection. To describe the factors that are associated with stigma and discrimination towards peers living with HIV in the adolescent population (14-19 years) in high schools in urban areas of Panama. **Method:** A cross-sectional study was carried out with two-stage cluster sampling, using random selection in four urban regions of Panama (Panama, San Miguelito, Colón and Panamá Oeste). The study was carried out among 14-19-year-old participants of public schools of secondary education between June and August 2015-2018 (one region per year). Due to sample clustering, random-effects multivariable logistic regression analysis was used. **Results:** Of the total of 2,466 participants, 56.9% were female and 43.1% male. No significant difference was found between the sex of the participants and the belief of casual contagion. However, after adjusting the model for the age of the participants, we found evidence of an association between stigma (adjusted Odds Ratio [AOR] = 1.44, 95% Confidence Interval [CI]: 1.14-

1.82) and discrimination (AOR = 2.02 95% CI:1.40-3.07) in the male participants. After adjusting for the sex and age of the participants, evidence of association was found among those with beliefs of casual contagion and reported stigma (AOR = 2.0, 95%CI: 1.4-2.9), as well as strong evidence of association between stigma and reported discrimination (AOR = 2.2 95% CI:1.5-3.2). **Conclusions:** Students between the ages of 14-19 years who attended public high schools reported high prevalence of belief of HIV-related casual contagion, stigma and discrimination. There is an urgent need for a comprehensive sexual health education that includes HIV transmission knowledge and is focused in decreasing stigma and discrimination.

## INTRODUCCIÓN

El estigma y la discriminación hacia personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (PVVIH) constituyen uno de los principales obstáculos en la prevención de la infección, el diagnóstico y la atención médica eficaz [1-3].

El estigma se refiere a las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia las PVVIH, hacia grupos asociados con PVVIH (por ejemplo, las familias, y amigos de PVVIH) o hacia personas que creen que podrían tener mayor riesgo a infectarse del VIH [3]. El estigma se ha ligado a la manifestación de una discriminación hacia PVVIH [4]. Por su parte la discriminación relacionada al VIH puede conducir a la exclusión social de una PVVIH, y este aislamiento puede resultar en trastornos depresivos, pensamientos o actos suicidas, abandono del tratamiento antirretroviral y como consecuencia, la muerte [1,5]. Se conoce que las raíces de la discriminación están en la presencia de estigma y en la creencia del contagio casual [3].

A nivel mundial, hay un total de 36.7 millones de PVVIH. Los adolescentes son más vulnerables a adquirir la infección debido a la inadecuada educación sobre la sexualidad, bajos controles regulares de salud, bajo tamizaje de VIH, el uso de sustancias como alcohol y drogas, pobre información sobre el uso del condón, y riesgos al tener múltiples parejas sexuales [6]. En Panamá hasta octubre de 2018, se registraron a 29,764 personas con VIH o SIDA, y 69.4% tienen una edad entre los 15-24 años [7]. La prevalencia del VIH en Panamá llega a un 0.9%, y se concentra en las 'poblaciones claves' (hombre que tiene sexo con hombre y mujeres Tra (transgénero y transexual), donde la prevalencia en esta población se estima en un 6.7% y 29.6%, respectivamente [8]. Las personas en estas poblaciones claves están más expuestas a sufrir estigma social [2].

El Programa Nacional de ITS/VIH/Hepatitis Virales de Panamá ha reconocido las barreras potenciales del estigma relacionado con el VIH [7]. Adicionalmente este programa indica que una de las principales amenazas para la respuesta nacional al VIH es no reconocer la gravedad del estigma y la discriminación como problemas sociales [7]. Sin embargo, anterior a este análisis, no existe un estudio que describa los factores sociodemográficos que estén asociados a la discriminación hacia PVVIH.

Este estudio responde a la necesidad de comprender mejor el estigma y la discriminación hacia PVVIH en Pa-

namá entre población adolescente. Para llegar a este objetivo, se realizó un estudio cuantitativo entre adolescentes 14-19 años. El objetivo es describir la prevalencia de creencias de contagio casual y los factores asociados a reportes de estigma y discriminación en adolescentes 14-19 años en áreas urbanas de Panamá. Los resultados podrían aportar información para el diseño de las políticas públicas e intervenciones, especialmente en el sector de salud pública y educativa del país con el fin de disminuir las creencias de contagio casual, y estigma y discriminación.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de corte-transversal entre adolescentes 14-19 años, matriculados en colegios oficiales en áreas urbanas de Panamá.

### Procedimiento

Se utilizó un muestreo de conglomerado de dos-etapas de auto-ponderación. Se incluyó un distrito por año entre 2015 y 2018 (La Chorrera y Arraiján juntos en 2018). El muestreo se realizó entre los meses de junio y agosto de cada año.

En cada distrito, el tamaño de la muestra se calculó sobre la base de la prevalencia esperada de Chlamydia trachomatis de 10% en la población de estudiantes que se estima que tienen un historial de actividad sexual [9].

Para poder participar en el estudio, los adolescentes debían tener 14 a 19 años, estar matriculados y encontrarse en las aulas de clases seleccionadas.

Un total de 23 colegios oficiales y 309 salones de grados 10-12 seleccionados aleatoriamente. Los estudiantes fueron invitados a participar (7,678 estudiantes en total) a través de una carta enviada a sus acudientes, quienes, tras reunirse con el equipo del estudio, firmaron el consentimiento (n=1777, 8 negaron firmar). Todos los participantes menores de edad que su acudiente aceptó su participación firmaron un asentimiento. Se incluyeron un total de 1751 participantes 14-17 años y 715 participantes de 18-19 años (Ver Figura 1).

El Comité de Bioética del Instituto Conmemorativo Gorgas en Estudios de Salud, revisó y aprobó el protocolo de investigación (N701/CBI/ICGES/15). Se obtuvo la apro-

Tabla 1: Variables y preguntas de la encuesta, estudio de corte-transversal, adolescentes de colegios oficiales urbanos de Panamá, 2015-2018

Variable	Preguntas de la encueseta
1) <b>Sexo del participante</b> Reportado por el participante	Se contestó: masculino o femenino
2) <b>Edad</b> (agrupados para análisis como a) 14 años, b) 15 años, c) 16 años, d) 17 años, e) 18 años, f) 19 años) Reportado por el participante	
3) <b>Grado que cursa el participante</b>	a) 10 grado, b) 11 grado, c) 12 grado
4) <b>Grupo étnico</b> Reportado por el participante	a. Mestizo b. Afrodescendiente o Afroantillano c. Blanco d. Indígena, Especifique de qué grupo indígena e. Asiático f. Otro, Especifique que grupo étnico
5) <b>Distrito de estudiar</b> Llenado por el encuestador	Panamá, Colón, Panamá Oeste, San Miguelito.
<b>Variables de contagio casual, estigma y discriminación:</b>	
<b>Contagio casual</b> , donde 0-1 respuestas no se clasificaba como estigma y 3-9 respuestas se clasificaba como estigma (KR Value= 0.7416)	¿Hay riesgo que te infectes por VIH si (respuestas sí/no) : 1) Si como en un restaurante donde el cocinero es VIH positivo, 2) Me corto el pelo por un peluquero con VIH-positivo, 3) Usar una toalla después de ser utilizada por una persona seropositiva, 4) Si bebo del mismo vaso que una persona que tiene VIH, 5) Si estoy en la misma habitación que una persona que tiene VIH, 6) Si me baño en la misma piscina que una persona que tiene VIH, 7) Si uso el mismo inodoro que una persona que tiene VIH, 8) Si un mosquito me muerde después de que haya mordido a una persona que tiene VIH, 9) Si beso a una persona que tiene VIH.
Para describir <b>el estigma</b> se midió mediante una pregunta, donde debían responder sí o no:	1) El VIH afecta a quienes viven sin moral
Para describir la <b>discriminación</b> , se midió la pregunta, donde debían responder sí o no:	1) Si tu compañero de clase tuviera VIH, ¿tú crees que deben pedirle que no venga al salón de clase? (sí/no).

bación del Ministerio de Educación y la administración de cada colegio para implementar este estudio. Para el procesamiento de las encuestas y las pruebas de infecciones de transmisión sexual (información no mostrada en este análisis) se omitieron nombres a fin de garantizar la confidencialidad y asignándose un código único por participante para identificar su cuestionario. No se dieron compensaciones monetarias a los participantes o padres/tutores, sin embargo, a los participantes se les ofreció una unidad de memoria USB (vacía) y condones masculinos.

### Cuestionario

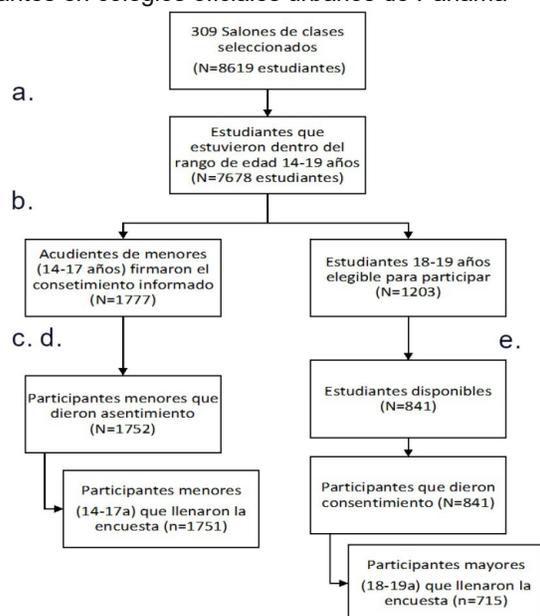
Se utilizaron instrumentos nacionales e internacionales para elaborar el cuestionario [10, 11]. Contenido y formato fueron validados en una escuela no seleccionada para su inclusión en el estudio. Los participantes completaron el cuestionario utilizando EpiInfo™ Companion para Android (CDC, Atlanta, Georgia, EE. UU.).

Las variables y preguntas de la encuesta que se incluyeron en el análisis están en la Tabla 1.

### Análisis de datos

Los cuestionarios se cargaron desde tabletas y sus resultados se pasaron a una base de datos utilizando Epi Info V7.1.5.0 (CDC, Atlanta, Georgia, EE. UU.). Se incluyeron

Figura 1 Flujograma de muestreo de inclusión de participantes en colegios oficiales urbanos de Panamá



a) Estudiantes < 14 años o > 19 años en salones seleccionados (N=941), b) Sin respuesta de acudientes (N=4698), c) Acudientes que no dieron consentimiento (N=8), d) Estudiantes menores quienes se ausentaron (N=18), e) Participantes que se ausentaron del colegio luego de firmar el consentimiento (N=126)

**Tabla 2:** Demografía reportada de participantes, estudio de corte-transversal, adolescentes de colegios oficiales urbanos de Panamá, 2015-2018

	Femenino n/N (%)	Masculino n/N (%)	p-value*
<b>Sexo</b>			
Femenino	1404/2466 (56.9)	-	
Masculino	-	1062/2466 (43.1)	
<b>Edad</b>			
14 y 15	233/1404 (16.6)	164/1061 (15.5)	0,38
16	354/1404 (25.2)	277/1061 (26.1)	
17	425/1404 (30.3)	297/1061 (28.0)	
18 y 19	392/1404 (27.9)	323/1061 (30.4)	
<b>Grupo étnico reportado</b>			
Mestizo	739/1302 (56.8)	552/979 (56.4)	0,91
Descendiente Africano, Indígena, asiático u otro	316/1302 (24.3)	245/979 (25.0)	
Blanco	247/1302 (19.0)	182/979 (18.6)	
<b>Región de estudiar</b>			
Panamá	352/1394 (25.3)	249/1052 (23.7)	0,09
San Miguelito	325/1394 (23.3)	230/1052 (21.9)	
Colón	345/1394 (24.8)	243/1052 (23.1)	
Panamá Oeste	372/1394 (26.7)	330/1052 (31.4)	
<b>Con quién vives</b>			
Madre y padre o madre-padastro, padre-madrastra	375/1321 (28.4)	257/980 (26.2)	0,25
Otro*	946/1321 (71.6)	723/980 (73.8)	
<b>Has tenido relaciones sexuales</b>			
No	608/1404 (43.3)	442/1062 (41.6)	0,4
Sí	796/1404 (56.7)	620/1062 (58.4)	

los análisis univariados, bivariados y de regresión. El procesamiento estadístico se realizó utilizando Stata V15.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

Para tomar en cuenta el efecto de conglomerado, se utilizó la prueba  $\chi^2$  que evalúa la diferencia de prevalencia de ITS entre los participantes masculinos y femeninos, según su edad, las variables de comportamiento sexual; y la prueba exacta de Fisher. La prueba estadística Kruskal-Wallis se utilizó para evaluar las tendencias asociativas en la edad, el sexo biológico y las variables de comportamiento sexual. Se excluyeron los datos que estaban incompletos.

El modelo de regresión logística multivariable con efectos aleatorios usado para calcular la relación de probabilidades (OR) y el 95% del intervalo de confianza (IC) se ajustaban para cada estudiante según su nivel escolar. Las variables asociadas a cada patógeno con significancia  $p < 0.2$  en análisis univariable, se incluyeron en los mode-

**Tabla 3:** Prevalencia de conocimientos de contagio casual, estigma, y discriminación, estudio de corte-transversal, adolescentes de colegios oficiales urbanos de Panamá, 2015-2018

	Femenino n (%)	Masculino n (%)	p-value*
<b>Contagio casual (conocimientos)</b>			
No	712/834 (85.4)	561/1404 (40.0)	0,384
Sí	122/834 (14.6)	843/1404 (60.0)	
<b>El VIH afecta a las personas que viven sin moral (estigma)</b>			
No	1089/1280 (85.1)	767/948 (80.9)	<0.01
Sí	191/1280 (14.9)	181/948 (19.1)	
<b>Si un compañero tiene VIH, no deben dejarlo estar en mi clase (discriminación)</b>			
No	1293/1344 (96.2)	943/1018 (92.6)	<0.01
Sí	51/1344 (3.8)	75/1018 (7.4)	

\*p-value refiere a la diferencia entre sexo de participantes

los multivariados iniciales que se ajustaban al sexo y la edad (a-priori confounders). Las variables distales se incluyeron primero y siguieron las variables proximales [12]. El modelo multivariable final incluyó variables asociadas independientemente con los resultados en  $p < 0.1$ .

## RESULTADOS

### Variables sociodemográficas reportadas

Un total de 2.466 participantes fueron incluidos en este estudio (ver Tabla 2), 71.0% (1751) entre 14-17 años y 29.0% (715) 18-19 años; 56.9% de sexo femenino (ver Tabla 2). La edad mediana de las mujeres fue de 16.8 años,  $\pm 1.1$  años (DS), mientras que en varones fue de 16.9 años,  $\pm 1.1$  años (DS). La distribución de estudiantes fue muy parecida en cada distrito o provincia: Panamá (24.6%), Colón (24%), y San Miguelito (22.7%), Panamá Oeste (28.7%) (Ver Tabla 2).

### Contagio casual estigma y discriminación

No hubo una diferencia significativa entre los participantes masculinos y femeninos en cuanto a sus creencias de contagio casual ( $p=0.384$ ) (ver Tabla 3). Sin embargo, los participantes masculinos reportaron más estigma (19.1% vs 14.9%,  $p=0.01$ ) y un mayor grado de discriminación (7.4% vs 3.8%,  $p < 0.001$ ) hacia personas viviendo con VIH.

Después de ajustar por sexo, la edad de los participantes resultó ser importante en cuanto a la creencia de contagio casual; los participantes de 16 años presentaron evidencia de asociación en cuanto a la creencia de contagio casual (adjusted Odds Ratio[AOR]=1.37 IC 95%: 1.09-1.73) (ver Tabla 4), y los participantes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, reportaron mayor creencia de contagio casual (AOR=1.29, IC 95%: 1.09-1.54). Al ajustar por sexo y edad, se demostró una leve evidencia de asociación en tanto que los participantes en la región de Panamá Oeste tienen significativamente más creencia en contagio casual (AOR=1.22, IC 95%: 0.96-1.56) (ver Tabla 4).

**Tabla 4:** Factores de riesgo por conocimientos, estigma y discriminación, estudio de corte-transversal, adolescentes de colegios oficiales urbanos de Panamá, 2015-2018

	Creencia de contagio casual (Panel A)			Estigma (Panel B)			Discriminación (Panel C)		
	n/N (%)	OR 95%CI	p-value	n/N (%)	OR	p-value	n/N (%)	OR	p-value
Sexo									
Femenino	543/1404 (60.0)	1.0	0.6	191/1280 (14.9)	1.35 (1.07-1.69)	0.01	51/1344 (3.6)	2 (1.34-2.85)	<0.01
Masculino	656/1062 (61.5)	1.1 (0.89-1.25)		151/946 (19.1)	1.1 (1.0-1.23)		75/1016 (7.4)	1.2 (0.99-1.41)	
Edad									
14 y 15 años	251/398 (63.1)	1.2 (0.96-1.61)	0.0	66/351 (19.4)	1.0	0.1	22/376 (5.8)	1.2 (0.99-1.40)	0.1
16 años	406/631 (64.3)	1.3 (1.02-1.61)		99/566 (17.5)	0.9 (0.62-1.24)		40/604 (6.6)	1.3 (0.76-2.10)	
17 años	426/722 (59.0)	1.0 (0.84-1.29)		105/663 (15.8)	0.8 (0.54-1.07)		36/696 (5.2)	1.7 (1.01-2.76)	
18 y 19 años	415/715 (58.0)	1.0 (0.87-1.33)		100/646 (15.4)	0.7 (0.52-1.03)		29/664 (4.1)	1.4 (0.80-2.31)	0.07
Grupo étnico reportado									
Mestizo	791/1291 (61.3)	1.0 (1.03-1.15)	0.6	193/1193	1.1 (0.97-1.29)	0.1	61/1242 (4.9)	1.3 (1.00-1.56)	0.2
Afrodescendiente, indígena de Asia u otro grupo	320/562 (56.9)	0.9 (0.72-1.09)		78/496 (15.7)	1.0 (0.71-1.27)		26/533 (4.9)	1.0 (0.63-1.64)	
Blanco	274/429 (63.9)	1.1 (0.89-1.40)		78/364 (20.3)	1.3 (0.98-1.76)		32/414 (7.7)	1.6 (1.05-2.57)	1.0
Región de estudiar									
Panamá	106/546 (19.4)	1.0 (0.91-1.12)	0.8	106/546 (19.4)	0.9 (0.78-0.95)	0.0	29/587 (4.9)	0.9 (0.76-1.12)	0.4
San Miguelito	90/513 (17.5)	0.7 (0.74-1.24)		90/513 (17.5)	0.9 (0.64-1.21)		36/527 (6.8)	1.0 (0.92-3.06)	
Colón	93/525 (17.7)	0.7 (0.52-0.85)		93/525 (17.7)	0.9 (0.66-1.22)		26/543 (4.8)	1.0 (0.49-1.92)	
Panamá Oeste	78/628 (12.4)	1.2 (0.96-1.56)		78/628 (12.4)	0.6 (0.43-0.81)		32/669 (4.6)	0.8 (0.41-1.56)	
Ha tenido relaciones sexuales									
No	616/1051 (58.6)	1.2 (1.02-1.42)	0.0	167/945 (17.7)	0.9 (0.70-1.10)	0.3	60/1012	0.8 (0.55-1.14)	0.2
Sí	563/1416 (62.3)	1.3 (1.09-1.54)	<0.01	205/1284			66/1351		

\* p-value refiere a los p-values de OR y AOR

Las respuestas de los adolescentes tanto del sexo masculino como femenino demostraron estigma hacia PVVIH. Aunque al ajustarlo por edad, los participantes masculinos fueron significativamente más propensos que las mujeres a responder afirmativamente a la pregunta de estigma (AOR=2.08, IC95%: 1.40-3.07) (ver Tabla 4).

Tras realizar un ajuste por sexo y edad, el modelo multivariable demuestra que los participantes que estudian en la región de Panamá Oeste son menos propensos a manifestar estigma (AOR=0.61, IC 95%: 0.44-0.84). Después de ajustar por sexo, se encontró evidencia de discriminación en los participantes de 16 años (AOR=1.68, IC 95%: 1,0-2.84) (ver Tabla 4).

Finalmente, al ajustar por sexo y edad, se encontraron evidencias de asociación entre participantes que reportaron creencias de contagio casual (AOR=2.0, IC 95%: 1.4-2.9) y estigma (AOR=2.2 IC 95%:1.5-3.2) con los que reportaron que discriminarían a un compañero de clases viviendo con VIH.

## DISCUSIÓN

En este estudio, se evaluó la prevalencia y los factores sociodemográficos asociados con la creencia de contagio casual, el estigma y la discriminación de PVVIH, manifestado por los adolescentes que asisten a escuelas públicas de Panamá (Panamá Oeste, San Miguelito, Colón, Panamá). Se encontró que participantes de ambos sexos presentaron creencias de contagio casual, estigma y discriminación hacia PVVIH. También hay evidencias de asociación entre los participantes masculinos que reportaron mayor estigma y discriminación hacia PVVIH que las participantes femeninas. Adicionalmente, se encontró que las creencias en contagio casual y el estigma están asociadas a reportes de discriminación hacia adolescentes viviendo con VIH. Esta asociación entre las creencias de contagio casual, y el estigma hacia PVVIH, ha sido reconocida anteriormente como causa de discriminación [3].

La asociación entre creencias de contagio casual, estigma y discriminación también demuestra el daño que podría causar este conjunto de creencias en los adolescentes viviendo con VIH. En 2017, ONUSIDA indicó en un reporte sobre discriminación, que las personas que están en riesgo de infección con VIH o viviendo con VIH, tienden a no buscar la prueba, el tratamiento y los servicios de prevención. Esta realidad puede ocasionar un retraso en el diagnóstico y, por lo tanto, un peor pronóstico [13]. Socialmente, estas creencias pueden ocasionar exclusión social y la discriminación hacia PVVIH [14].

A pesar de la evidencia de que participantes de ambos sexos entran en estas variables, se encontró una mayor prevalencia de estigma y discriminación entre los participantes del sexo masculino. Desde la década de 1980, el VIH fue considerado como una “enfermedad del colectivo gay”, y desde entonces se ha investigado sobre las causas de la discriminación basada en el estigma sexual y la

homofobia, lo que ha generado una gran cantidad de literatura que asocia ambas realidades [15-18]. Un estudio regional de Latinoamérica encontró que actitudes homofóbicas se asocian más a adolescentes masculinos, en comparación con las adolescentes femeninas [19]. Desde ONUSIDA se indica que el estigma y discriminación hacia hombres homosexuales, HSH y Mujeres Trans es una barrera en la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH [20]. La Epidemia de VIH en Panamá se encuentra concentrada en las poblaciones claves [21, 22]. En el cuestionario, no se preguntó específicamente sobre las perspectivas de la homosexualidad entre hombres, sin embargo, casi un 15% de las participantes femeninas y 20% de participantes masculinos contestaron que las personas que tienen VIH viven sin moral.

Independiente del estigma y la discriminación, se encontró alta prevalencia de creencia en contagio casual en ambos sexos. Estas creencias sobre el contacto casual pueden estar fundadas en la falta de información básica sobre la transmisión del VIH. Consecuentemente estas creencias pueden tener un impacto significativo en la vida de PVVIH [24], manifestándose en el aumento del distanciamiento social de PVVIH, la exclusión de actividades académicas y sociales. Una de las intervenciones más implementadas con adolescentes para mejorar el conocimiento sobre la transmisión del VIH es la educación. Resulta llamativo que los adolescentes de 16 años fueran más propensos a tener creencias de contagio casual y así también de indicar discriminación contra un compañero con VIH. Adicionalmente, resulta preocupante que participantes que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, también reportaran tener creencias de contagio casual, en mayor cantidad que los que reportaron nunca haber tenido relaciones sexuales. Por lo tanto, es importante que en los programas de educación se incluya a la educación sexual durante toda la adolescencia para así aumentar los conocimientos y lograr disminuir el estigma y la discriminación hacia PVVIH. En los estudios sobre educación para la sexualidad hay que realizar mejoras en el conocimiento sobre el VIH, siendo su impacto más significativo cuando los talleres son impartidos por un adulto, en lugar de por una persona de su misma edad [25, 26].

A nivel internacional un metanálisis demuestra que la educación no debe ser solo sobre cómo se transmite o no el VIH, sino que debe abarcar la sexualidad desde una perspectiva integral para tener un impacto en el comportamiento de los adolescentes [27].

Un estudio longitudinal encontró que cuando se incluyan temas de estigma hacia personas homosexuales y viviendo con VIH en la educación para la sexualidad, se minimizará el acoso escolar hacia adolescentes no-heterosexuales [29]. La educación a través de los medios masivos, como la televisión, ha tenido un impacto medido en el cambio de las normas sociales que mantienen actitudes discriminatorias en una población [30]. Sin embargo, las intervenciones sociales necesitan utilizar mensajes positivos acerca del VIH y las poblaciones claves. Uno de

los objetivos debe ser el destruir la falsa asociación entre el VIH y la muerte, al igual que no culpabilizar a las personas por sus comportamientos sexuales. Estos mensajes podrían aumentar estigma hacia una determinada población [31].

## CONCLUSIÓN

Encontramos una alta prevalencia de creencias de contagio casual, estigma y discriminación relacionado al VIH en adolescentes 14-19 años, que asisten a colegios oficiales en áreas urbanas de Panamá. Se encontró evidencia de asociación de creencias de contagio casual con participantes que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

Los participantes masculinos presentaron una mayor evidencia de asociación entre estigma y discriminación relacionado al VIH, en comparación con las participantes femeninas.

Demostramos que las intervenciones deben enfocarse en las mejoras sobre el conocimiento de la transmisión del VIH, y también deben hacer especial énfasis en minimizar las actitudes y acciones excluyentes contra adolescentes que viven con VIH y miembros de poblaciones claves; estas deben llevarse en los centros educativos, en comunidades, como también en los medios de comunicación masivos [30].

### Limitaciones

Este estudio tuvo limitaciones. Primeramente, debido a que es un estudio basado en colegios oficiales, no se incluyeron a adolescentes en colegios privados, estudiantes en la nocturna y otros centros oficiales formales. Sin embargo, se logró una alta inclusión de participantes, la cual es significativa para describir la población. Segundo, tuvimos una gran cantidad de estudiantes menores de edad que fueron escogidos en el muestreo, pero debido a que sus acudientes no asistieron a las reuniones del estudio, no se pudieron incluir en el estudio. A pesar de que se realizaron varias reuniones en horarios distintos a fin de difundir la información acerca del estudio y aumentar la cantidad de participantes. Tercero, es posible encontrar sesgos en la información reportada en las encuestas ya que el cuestionario fue auto-administrado. Se explicó a los participantes la importancia de este estudio para así bajar el sesgo de informe.

### Agradecimientos

Estamos muy agradecidos por la participación de cada acudiente, participante, y al personal de los colegios que colaboraron con nosotros a lo largo del estudio. Adicionalmente agradecemos al Ministerio de Educación a nivel nacional por su apoyo durante los años del estudio. Finalmente, un especial reconocimiento a JMP, que es un miembro distinguido del Sistema Nacional de Investigación apoyado por el Secretario Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación por su apoyo incondicional y guiar al equipo a través del proceso.

## REFERENCIAS

- [1] Stangl AL, Grossman CI. Global Action to reduce HIV stigma and discrimination. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl 2):18934.
- [2] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Reduction of HIV-related stigma and discrimination 2014 [Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/ReductionofHIV-relatedstigmaanddiscrimination>].
- [3] Centers for Disease Control and Prevention. HIV Stigma Fact sheet online [Available from: <https://www.cdc.gov/actagainstaids/pdf/campaigns/Isht/cdc-hiv-TogetherStigmaFactSheet.pdf>].
- [4] Byron Tamayo Zuluaga, Yerileny Macías-Gil, Jessica Natalia Henao Peláez, Jairberth Antonio Cardona Arias, Ruth Cabrera-Orrego. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Revistas Ciencias de la Salud*. 2015;13(01):9-23.
- [5] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: Focus on location and population Online2015 [Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>].
- [6] Centers for Disease Control and Prevention. HIV and Youth Online2019 [Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html>].
- [7] Ministerio de Salud. Panamá en lucha permanente contra las ITS/VIH/Sida Online2018 [Available from: <http://minsa.gob.pa/noticia/panama-en-lucha-permanente-contra-las-its-vihsida>].
- [8] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Country factsheets Panama 2017 online2017 [Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/panama>].
- [9] De León RG, Chamorro F, Flores H, Mendoza AI, Martínez LG, Aparicio LE, et al. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. 2018.
- [10] De León RG, García LM, Chu EE, Mendoza AI, Chamorro F, Poveda C, et al. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2011.
- [11] Aramburu MG, Estripeaut D, Rowley S, Smoot S, Chamorro F, Bayard V. Educational impact of peer-intervention on the knowledge and attitudes about HIV/AIDS in adolescents in Panama. *Int J Adolesc Med Health*. 2012;24(2):135-41.
- [12] Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International journal of epidemiology*. 1997;26(1):224-7.
- [13] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Document: Confronting Discrimination 2017 [Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/confronting-discrimination>].
- [14] Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and me-

- ta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3 Suppl 2):18640.
- [15] Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000–2006: A Systematic Review. *PLoS medicine*. 2007;4(12):e339.
- [16] Crandall CS, Glor J, Britt TW. AIDS-Related Stigmatization: Instrumental and Symbolic Attitudes1. *Journal of Applied Social Psychology*. 1997;27(2):95-123.
- [17] Herek GM. AIDS and Stigma. *American Behavioral Scientist*. 1999;42(7):1106-16.
- [18] Swendeman D, Rotheram-Borus MJ, Comulada S, Weiss R, Ramos ME. Predictors of HIV-related stigma among young people living with HIV. *Health Psychol*. 2006;25(4):501-9.
- [19] Chau E, León M. Homophobic Attitudes and Associated Factors Among Adolescents: A Comparison of Six Latin American Countries. *Journal of Homosexuality*. 2016;63(9):1253-76.
- [20] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV prevention hampered by homophobia 2009 [Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2009/january/20090113msmlatam>].
- [21] Hakre S, Arteaga GB, Núñez AE, Arambu N, Aumakhan B, Liu M, et al. Prevalence of HIV, syphilis and other sexually transmitted infections among MSM from three cities in Panama. *J Urban Health*. 2014;21(4):793-808.
- [22] Ministerio de Salud de Panamá, Programa nacional de ITS/VIH/Sida. Plan estratégico nacional multisectorial de VIH/SIDA. 2014.
- [23] Hakre S, Arteaga G, Núñez AE, Bautista CT, Bolen A, Villarroel M, et al. Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panama. *Sexually transmitted infections*. 2013;89(2):156-64.
- [24] Herek GM, Capitanio JP. Symbolic Prejudice or Fear of Infection? A Functional Analysis of AIDS-Related Stigma Among Heterosexual Adults. *Basic and Applied Social Psychology*. 1998;20(3):230-41.
- [25] Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(3): 181-206.
- [26] Laud Alfred Dei Jnr. The efficacy of HIV and Sex Education Interventions among Youths in Developing Countries: A Review. *Scientific & Academic Publishing*. 2016;6(1):1-17.
- [27] Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2014; 9(3):e89692.
- [28] Serdahely WJ, Ziemba GJ. Changing Homophobic Attitudes through College Sexuality Education. *Journal of homosexuality*. 1984; 10(1-2):109-16.
- [29] Baams L, Dubas JS, van Aken MAG. Comprehensive Sexuality Education as a Longitudinal Predictor of LGBTQ Name-Calling and Perceived Willingness to Intervene in School. *J Youth Adolesc*. 2017;46(5): 931-42.
- [30] Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z, Rotheram-Borus MJ. HIV prevention intervention to reduce HIV-related stigma: evidence from China. *Aids*. 2010; 24(1):115-22.
- [31] Deacon H, Stephney I, Prosalendis S. Understanding HIV/AIDS stigma. Council HSR, editor. Cape Town, South Africa: HSR Press; 2005.