

Teoría de la estructuración, una base conceptual para comprender el estigma en el VIH/SIDA*

Prem Misir

Introducción

Los primeros años de la epidemia del VIH, Jonathan Mann se refirió al ‘estigma’ como la parte que se estaba convirtiendo en la ‘tercera epidemia’, que ahora arrastra la rápida transmisión del VIH y el aumento de los casos de SIDA. Mann identificó al estigma, la discriminación, la culpa y la negación como extremadamente problemáticos de abordar, sin embargo, crítico para prevenir el VIH (Mann, 1987). El SIDA tiene ahora 30 años de edad, ONUSIDA (2011) reportó en el 2010 que más de 34 millones de personas estaban viviendo con VIH/SIDA (PHLA-*People Living with HIV/AIDS*), de los cuales 22.5 millones eran del África subsahariana; dónde 30 millones de muertes han ocurrido desde la primera vez que se identificó el SIDA el 5 de junio de 1981.

Indudablemente, durante las últimas tres décadas se han ejecutado fielmente grandes esfuerzos para combatir el VIH/SIDA. Sin embargo, al principio de la pandemia, investigadores y profesionales de la salud estaban conscientes de que el estigma del VIH era una barrera importante para su prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH. Y en el 2004, ONUSIDA/OMS confirmaron que el estigma y la discriminación continuaban siendo un obstáculo importante para que la gente se involucrara en las pruebas de detección. Una

encuesta en pacientes que obtuvieron antirretrovirales (ART) en Botsuana encontró que el 40% aplazaba las pruebas como resultado del estigma; y entre los usuarios de drogas que se inyectaban en Indonesia, el 40% indicaba que posponían las pruebas de VIH debido a la estigmatización (ONUSIDA, 2007).

Los investigadores y los profesionales de la atención a la salud sabían desde los primeros años de la epidemia del VIH/SIDA que el estigma y la discriminación se volverían barreras principales para la prevención y utilización de servicios. El papel del es bien conocido, debilita los esfuerzos de la salud pública por combatir la epidemia al impactar negativamente en los comportamientos preventivos. Ejemplos de esto son: comportamientos de apoyo social del VIH, apoyo familiar de PLHA, profesionales de la atención a la salud, la obtención de la etiqueta del estigma que resulta en comportamientos sexuales de riesgo, consumo de servicios por parte de los infectados, y pruebas de estado serológico (Sengupta *et al.*, 2010; Prachakul, Grant, y Keltner, 2007; Sayles *et al.*, 2007; Bogart, Cowgill, y Kennedy, 2008; Preston *et al.*, 2004; Schuster *et al.*, 2005; Chesney y Smith, 1999).

En la búsqueda de medidas de prevención efectivas, las personas tanto sintomáticas como asintomáticas podrían recibir un diagnóstico de VIH. Para los asintomáticos, el asesoramiento y las pruebas voluntarias (VCT-*Voluntary Counseling and Testing*) comprenden un asesoramiento pre y post en donde una persona aprende sobre su estatus (CDC, 2001; UNAIDS, 2000); el VCT es un primer paso crítico para el cuidado y central para la prevención del VIH globalmente (De Zoysa, 1995; Kaiser, 2005; Summers, 2000), una postura respaldada por ONUSIDA.

Prem Misir. Doctor, Maestro en Salud Pública. Universidad de Guyana, Georgetown, Guyana. Correo-e: premmisir@gmail.com

* Este texto fue originalmente enviado a esta revista; su versión en inglés fue publicada en: Misir, P. (2013). Structuration theory, a conceptual framework for HIV/AIDS stigma. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, April 5; doi:10.1177/1545109712463072. Por ser de interés para nuestros lectores se presenta aquí la versión en español.

No obstante, en 1997 cuando comenzó el programa Horizontes, el impacto del estigma sobre la transmisión del VIH era bien conocido y algunos programas se enfocaron en su efecto; a pesar de esta mayor conciencia, había muy poco conocimiento acerca de las causas de la estigmatización, la manera precisa en la cual el estigma impacta sobre las consecuencias del VIH, herramientas inadecuadas para medir el estigma e información mínima disponible sobre cuál diseño de intervención podría reducir el estigma (Pulerwitz *et al.*, 2010). Mahajan *et al.* (2008) mencionaron la disponibilidad de sólo unos pocos estudios relacionados con la intervención para la reducción del estigma del VIH/SIDA y que pocos estudios de intervención estaban evaluados. De hecho, mencionaron que aunque el estigma era una barrera para las respuestas exitosas a la epidemia del VIH/SIDA, la acción para combatir el estigma estaba relegada a una baja prioridad de programa; y además, la complejidad del estigma y la discriminación del VIH/SIDA podrían explicar la limitada respuesta. Por estas razones, la reducción del estigma es crucial para impactar de manera positiva su prevención del VIH/SIDA (Cameron, 2000; Goldin, 1994; Malcolm *et al.*, 1998; ONUSIDA, 2000b), vis a vis el consumo de VCT. Emplear intervenciones para neutralizar el estigma, que lleven a un incremento en el consumo de los servicios es ahora vital para la batalla por la prevención global en contra del VIH/SIDA (Aggleton *et al.*, 2005; Holzemer y Uys, 2004).

Por un largo tiempo, los estudios cualitativos han mostrado que el estigma y la discriminación tienen un impacto sobre las decisiones de las personas para acceder a las VCT y servicios de tratamiento (McGrath y Ankrah, 1993; Alonso & Reynolds, 1995; Raveis *et al.*, 1998; Bharat *et al.*, 2006; Leiber *et al.*, 2006; Plummer *et al.*, 2006; Campbell *et al.*, 2005). Este hallazgo tiene consistencia con estudios cuantitativos (Sambisa, Curtis, y Mishra, 2010; Ayenew *et al.*, 2010; Kalichman y Simbayi, 2003; Babalola, 2007; Wolfe, 2006; Hutchinson y Mahlalela, 2006; Iyaiwura y Oloyede, 2006; Weiser *et al.*, 2006; Herek *et al.*, 2002; Valdiserri, 2002). En este comentario quiero hacer algunas observaciones generales sobre los modelos individualista y estructural y entonces sugerir la teoría de la

estructuración como una posible base conceptual complementaria para los diseños de intervención para la reducción del estigma del VIH/SIDA.

Perspectivas sobre el estigma

La falta de intervenciones efectivas para reducir el estigma del VIH/SIDA es inquietante, dado que desde hace tiempo se ha sido reconocido como una barrera significativa para su prevención, tratamiento, atención y apoyo. Las intervenciones poco efectivas sobre tal reducción del estigma son producto de marcos conceptuales y herramientas metodológicas inadecuadas (Parker, *et al.*, 2002). Sin un marco conceptual sólido, el sentido de un problema de salud y sus correlatos basados en la evidencia, puede ser difícil reconocer los resultados de la intervención; la teoría y la evidencia no son útiles solamente para reconocer resultados, sino también las estrategias aplicadas para llevar a cabo los cambios deseados en el comportamiento (Bos, *et al.*, 2008). Mientras que hay una escasez de intervenciones efectivas para reducir el estigma, no hay déficit de marcos conceptuales que intentan ofrecer en comprensión, que van desde modelos socio-cognitivos a nivel individual, hasta modelos estructurales a nivel macro. De hecho, ha habido un énfasis excesivo en las percepciones de los individuos y sus consecuencias para las interacciones a un micronivel (Oliver, 1992).

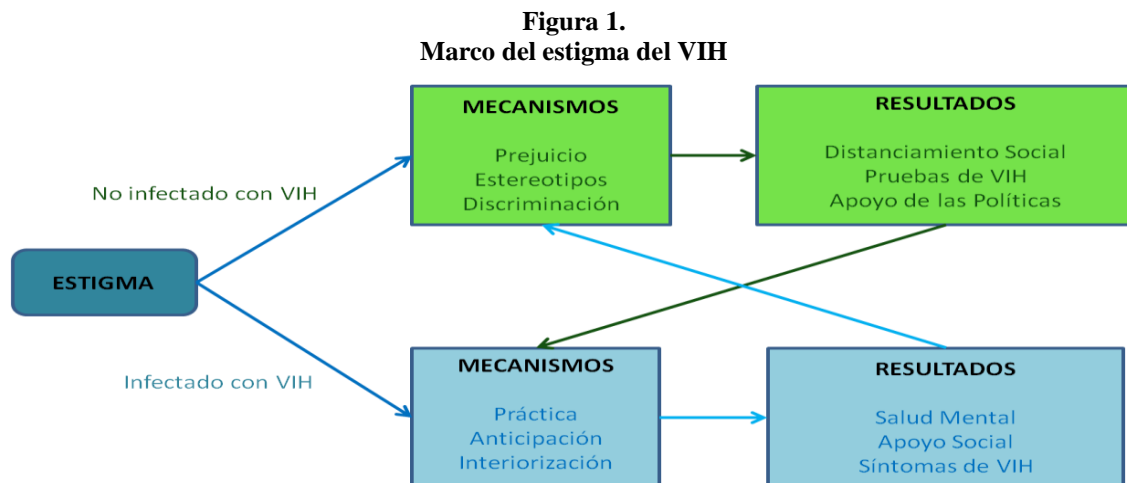
De cualquier forma, la búsqueda de un marco conceptual útil ha persistido por casi 50 años desde que Goffman (1963) en un trabajo pionero definió el estigma como “un proceso dinámico de devaluación que ‘desacredita significativamente’ a un individuo a los ojos de otros.” Goffman establece que el estigma puede verse en ‘un lenguaje de relaciones, no atributos’, ya que está adherido a la interacción social. No obstante, varios estudios sobre las actitudes del SIDA basados en población presentan los atributos como parte del carácter del individuo (Herek, 1999; Herek, *et al.*, 2002); utilizar el modelo socio-cognitivo con un enfoque sobre el individuo que muestra cómo las personas construyen categorías negativas y cómo relacionan estas categorías a creencias estereotipadas (Parker y Aggleton, 2003; Link y Phelan, 2001; Croker, Major y Steel, 1988)

El modelo socio-cognitivo ve al estigma, también, como algo en la persona estigmatizada y no como un atributo que una persona entrega a dicha persona (Link y Phelan, 2001). Este modelo presenta al estigma como una actitud estática, en lugar de un proceso social cambiante; resultando en un fracaso por reconocer su impacto completo y la discriminación (Parker y Aggleton, 2003). Esta visión del estigma como un fenómeno estático puede deberse a su mayor enfoque sobre su visión estereotipada, más que sobre las condiciones estructurales.

Además, los estudios sobre el estigma que utilizan dicho modelo, inequívocamente individualistas, también eliminan la consideración de sus aspectos estructurales y de los procesos sociales, económicos, y políticos que crean y fortalecen al estigma y la discriminación (Link y Phelan, 2003; Oliver, 1992; Fiske, 1988). Para remediar esta deficiencia, Link y Phelan (Mahajan, Sayles, Patel, Remien, Sawires, Ortiz, Szekeres, y Coates, 2008) combinaron los aspectos socio-cognitivos/estructurales del estigma, y definieron el estigma como existente cuando los elementos del etiquetado, estereotipación, separación, y discriminación ocurren juntos vis a vis el ejercicio de poder. Este modelo conceptual combinado promueve la visión de que la intervención debería tener componentes tanto socio-cognitivos como estructurales, admitiendo que las desigualdades sociales, políticas, y económicas de poder son causas del estigma del VIH.

Sin embargo, la combinación conceptual no constituye un marco exhaustivo para estudiar sus consecuencias (Earnshaw y Chaudoir, 2009). Estudios recientes mostraron que la falta de precisión en su conceptualización y medición del estigma del VIH a nivel individual es una barrera importante para la prevención, tratamiento, atención y esfuerzos de apoyo; y la razón por la que permanece como una barrera extraordinaria en la batalla global en contra del VIH/SIDA (Deacon, 2006; Mahajan, *et al* 2008). El trabajo de Earnshaw y Chaudoir (2009) tratando de llenar este hueco discutió que el modelo socio-cognitivo/estructural no explica adecuadamente cómo la persona individual experimenta el estigma *vis a vis* consecuencias en salud, psicológicas y en comportamiento que vigorizan la pandemia del VIH/SIDA. Además, si hay acuerdo en que las intervenciones a nivel individual son un componente fundamental de las actividades para la prevención del VIH (Coates, *et al*, 2008), en ese caso, entender cómo el estigma del VIH impacta sobre las consecuencias individuales se vuelve crucial (Earnshaw y Chaudoir, 2009), de ahí mi motivación para relizar unas pocas observaciones generales sobre el marco Earnshaw y Chaudoir.

La Figura 1 describe el marco del estigma del VIH. La parte superior muestra cómo las personas no infectadas ponen en práctica el estigma. Los prejuicios, los estereotipos y la discriminación son mecanismos de estigmatización que los no infectados utilizan para poner en práctica el



Fuente: Earnshaw y Chaudoir, 2009

estigma y los consiguientes resultados en el comportamiento hacia las PLHA. La parte inferior muestra cómo los individuos infectados desarrollan conocimiento sobre su estatus socialmente devaluado a través del estigma puesto en práctica, el estigma anticipado y el estigma interiorizado, perpetrados por el no infectado.

Discusión

Aunque Earnshaw y Chaudoir (2009) canalizaron al modelo combinado socio-cognitivo/estructural por fallar en explicar cómo los individuos experimentan el estigma, incluso su marco es incapaz de presentar las respuestas resistentes al estigma de los individuos, hay un enfoque apropiado en las respuestas pasivas. Indicaron que los no infectados ponen en práctica prejuicios, estereotipos y discriminación como mecanismos de estigmatización hacia las PLHA; los resultados de estas prácticas incluyen distanciamiento social y apoyo de políticas. Sin embargo, no hay una comprensión conceptual sobre si las PLHA resistirían esta puesta en práctica de estigmatización. Citando a tan sólo unos pocos estudios, los modelos existentes, invariable y decididamente, explican las consecuencias del estigma para los PLHA (Varas-Díaz, Serrano-García, y Toro-Alfonso, 2005, Duffy, 2005; Van Der Straten, Vernon, *et al*, 1995; Crandall y Coleman, 1992), con pocos estudios que se enfoquen en la capacidad de resistencia de las PLHA. Brindo dos estudios como ejemplos en dónde las PLHA y sus familias, a pesar de su estatus estigmatizado, muestran respuestas activas: Poindexter (2004) en un análisis narrativo describió las experiencias de un estigma de la familia mientras que daban atención a su hija afectada por el VIH, y cómo el sistema médico subsecuentemente le falló a la hija/hijo. Poindexter (2005) declaró su lucha personal en contra del estigma para cuidar de su hijo adulto infectado con VIH, quién posteriormente sucumbió al SIDA.

De hecho, muchos estudios individualistas se enfocan en las actitudes de los no infectados hacia las PLHA e, incluso en donde la unidad de investigación es el estigmatizado, las herramientas metodológicas generalmente extraen respuestas pasivas ellos. Ciertamente, el marco sobre el estigma del VIH/SIDA de Earnshaw y Chaudoir

(2009) no cuenta con una teoría de la acción en un sentido giddensiano (Giddens, 1979); es decir, en una teoría de la acción, hay una concepción de que las personas (en este caso, PLHA) monitorean reflexivamente sus comportamientos *vis a vis* su conocimiento y en donde en cierta medida son conscientes de las condiciones que gobiernan esos comportamientos (Giddens, 1979). El marco de Earnshaw y Chaudoir (2009), ciertamente, mostró que el individuo infectado con VIH desarrolla conocimiento acerca de su estatus socialmente devaluado *vis a vis* la puesta en práctica del estigma (el estigma anticipado, y el estigma interiorizado incluso el marco sin la teoría de la acción giddensiana, falla en mostrar cómo el conocimiento de las PLHA produce y reproduce resistencia a su experiencia del estigma. Aparentemente, en el sentido de Earnshaw y Chaudoir (2009), las PLHA no son capaces y no son expertos en la cultura del estigma que experimentan, cuando la situación inversa puede muy bien ser cierta.

De hecho, en un sentido general, los modelos tanto individualista como estructuralista del estigma minimizan el conocimiento y la capacidad de las PLHA, una línea de pensamiento bastante consistente con la estructura de la acción social de Talcott Parson en donde “el escenario está puesto, los guiones escritos, los roles establecidos, pero los intérpretes curiosamente están ausentes de la escena” (Black, 1961). Los marcos conceptuales existentes han presentado al estigmatizado y al desfavorecido como pasivos e incapaces de resistir su estigma adherido, y transformar sus situaciones. En caso de que lo olvidemos, la historia americana negra está repleta de ejemplos sobre cómo un grupo estigmatizado, desfavorecido y explotado se enfrentó al poderío de los propietarios blancos de los esclavos, mucho antes de que existiera alguna ley de derechos civiles. Esto ocurrió porque a pesar de las restricciones brutales, los negros crearon opciones e hicieron una diferencia en su situación.

Modelos anteriores del estigma están desprovistos de agencia humana por ejemplo, el estigma es percibido como una materialización unidireccional, creado por condiciones estructurales e impuesto a las PLHA como receptores pasivos, quienes no tienen control

sobre tales circunstancias (Giddens, 1982; Giddens, 1984). El punto de la teoría de la acción de Giddens es que los actores están informados sobre su cultura y son capaces de actuar y resistir. Y las PLHA sí toman respuestas activas hacia su estigmatización, mientras que la resistencia al estigma del VIH/SIDA está ganando fuerza globalmente, como sigue: el proyecto 'Dale al Estigma el Dedo Índice' en Suazilandia, Etiopía y Mozambique; el proyecto Discriminación del SIDA en Asia, administrado por las PLHA para desarrollar la capacidad de resistirse al estigma; la Red Global de Personas Viviendo con VIH (GNP+) permite a las PLHA empoderarse para afirmar sus derechos; el trabajo activista del Magid infectado con VIH en Egipto con el Foro para Luchar contra el Estigma y la Discriminación en contra de las personas viviendo con VIH/SIDA, Positivamente obtuvo voluntarios, entre otros. Además, la disponibilidad de antirretrovirales a través de la prolongación de la vida de las PLHA les ha proporcionado cierta capacidad de maniobra y esperanza para responder activa y positivamente a su experiencia del estigma y donde no le permiten afectar predominantemente su vida.

La perspectiva giddensiana considera a las PLHA como activas e informadas con respecto a su cultura; volverse empoderadas les brinda los medios para resistir positivamente a su estigma. Quisiera explicar esta perspectiva sobre el estigma adherido a las PLHA a través de los lentes de la teoría de la estructuración de Giddens, un intento por integrar agencia y estructura. La teoría comienza abordando la ausencia de una teoría de la acción en las ciencias sociales y las deficiencias que acompañan al funcionalismo estructural y al marxismo ortodoxo, de este modo:

“Aquellas tradiciones de pensamiento que se han concentrado en tales problemas, particularmente el funcionalismo y el marxismo ortodoxo, lo han hecho desde el punto de vista del determinismo social. En su afán por ‘colocarse a espaldas’ de los actores sociales cuya conducta buscan entender, estas escuelas del pensamiento ignoran ampliamente justo aquellos fenómenos que la filosofía de la acción toma como centrales para la conducta humana... La filosofía de la acción sufrió a partir de dos fuentes de limitación... una explicación adecuada de la agencia humana debe, en primera, estar conectada con una teoría

del sujeto actuante y, en segunda, debe situar la acción en *tiempo y espacio* como un flujo constante de conducta, en lugar de tratar propósitos, razones, etc., como agregados juntos” (Giddens, 1979).

Giddens argumentó que el funcionalismo (teoría voluntarista) y el marxismo ortodoxo (teoría determinista), al no presentar la acción como un flujo constante a través del tiempo y el espacio, han producido los dualismos individuo/sociedad, sujeto/objeto y consciente/inconsciente de la cognición; estos dualismos han incapacitado el desarrollo de una teoría de la acción. Por estas razones, Giddens, en su teoría de la estructuración, reemplaza estos dualismos por una dualidad singular de la estructura que se refiere a la recursividad crucial de la vida social (Giddens, 1979). El teorema de Giddens de que las personas están informadas acerca de los sistemas sociales que establecen y reproducen en sus acciones, es estratégico para la dualidad de la estructura. Giddens ve a la estructura como dual, lo que significa que las estructuras son “tanto el medio como el resultado de las prácticas que constituyen los sistemas sociales” (Giddens, 1981). Aparentemente, las estructuras moldean las acciones de las personas y las acciones de las personas a su vez, producen y reproducen las estructuras, provocando que Sewell (1992) diga que: “En esta visión de las cosas, la agencia humana y la estructura, lejos de estar opuestas, de hecho *presuponen* la una a la otra.” Hay algunos elementos significativos de la teoría de la estructuración presentados por Ritzer (1996); Aquí, utilizo el término ‘agentes’ como se aplica en esta teoría, pero podríamos leer ‘agentes’ como ‘PLHA’ para propósitos de este Comentario:

- (1) Los agentes monitorean reflexivamente su acción, incluyendo sus contextos social y físico;
- (2) los agentes persiguen un sentido de seguridad vis a vis la racionalización, lo cual les permite cultivar rutinas;
- (3) el uso de la consciencia práctica provee un foco de atención sobre lo que los agentes hacen; los agentes inician eventos en su agencia para hacer que las cosas sucedan;
- (4) el concepto de consecuencias no intencionadas delinea el movimiento de la agencia al sistema social;

- (5) los agentes poseen poder y acción, con la finalidad de transformar la situación,
- (6) la estructura se refiere a reglas y recursos que tienen el potencial tanto de limitar como de posibilitar; y la estructura está presente sólo a través de la acción de los agentes;
- (7) los sistemas sociales son prácticas sociales reproducidas entre los agentes, generalmente producto de consecuencias no anticipadas de las acciones de los agentes;
- (8) el tiempo y el espacio son críticos en la teoría de la estructuración, ya que dependen de la presencia de las personas temporal y espacialmente.

Con estos elementos esenciales de la teoría de la estructuración (1-8), ahora presento la dualidad de estructura de Giddens.

Cuadro 1.
La dualidad de la estructura

	Significados	Poder	Normas
Interacción	Comunicación	Poder	Sanción
(Modalidad)	Esquema de Interpretación	Facilidad	Norma
Estructura	Significación	Dominación	Legitimación

Fuente: Giddens, (1976, 1977).

En el Cuadro 1, en la primera fila, la interacción es la acción iniciada por el agente humano; en la segunda fila, las modalidades son el medio por el cual las estructuras son transformadas en acción y en la tercera fila, la estructura se refiere a esquemas culturales y recursos, en donde ambos impiden y empoderan la acción y son ellos mismos reproducidos a través de esa acción (Sewell, 1992), lo que constituye una modificación de la definición de 'estructura' de Giddens. En la primera fila, la comunicación, el poder, y la sanción son rasgos de interacción o acción humana, y en la tercera fila, la significación, la dominación y la legitimación son tipos de estructura. En este Cuadro, los esquemas culturales y recursos (estructura) provienen de los individuos

para crear interacción, pero estos esquemas culturales y recursos son reconstruidos *vis a vis* tal interacción.

La teoría de la estructuración enfoca a las ciencias sociales sobre la acción humana iniciada frente la interacción. Este comentario se concentra sobre la acción humana que por un lado pone en práctica el estigma y la acción humana que se resiste al estigma, por el otro. Las modalidades se que son los esquemas interpretativos, la facilidad y la norma lo que transforman la estructura en acción, y explican los comportamientos de las personas en diferentes contextos. Si aceptamos la postura de Goffman de que el estigma es adquirido a través de la interacción social, entonces al interpretar el trabajo de Giddens, propondría que la puesta en práctica del estigma del VIH/SIDA ocurre cuando las modalidades convierten a la estructura en acción. Además, dada la visión teórica de que las modalidades proveen los medios por los cuales las estructuras se transforman en acción, y que el estigma se adhiere a las interacciones, entonces los diseños de intervenciones para la reducción del estigma del VIH/SIDA podrían dirigirse a estas modalidades. El modelo giddensiano reconcilia tanto a la persona que pone en práctica el estigma como al receptor del estigma (en donde ambos son agentes y, por lo tanto, tienen poder), en el que ambos pueden monitorear reflexivamente en flujo del frente su propia acción, uno intentando poner en práctica el estigma y el otro intentando reducirlo.

Referencias

- Aggleton, P., Wood, K., Malcolm, A., *et al.* (2005). HIV-related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case Studies of Successful Programs. *UNAIDS Best Practice Collection*, UNAIDS/05.05E. At: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf
- Alonso, A. A. and Reynolds, N. R., (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*, 41, pp. 303-15.
- Arjan E.R. Bos, Herman, P. Schaalma & John B. Pryor. (2008): Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 13:4, 450-460.

- Ayenew, A. *et al.*, 2010. Predictors of HIV Testing among Patients with Tuberculosis in North West Ethiopia: A Case-Control Study. *PLoS One*, 5 (3), e9702.
- Babalola, S., 2007. Readiness for HIV Testing among Young People in Northern Nigeria: The Roles of Social Norm and Perceived Stigma. *AIDS Behavior*, 11 (5), pp. 759-769.
- Bharat, S., Aggleton, P. J. and Tyrer, P., 2001. *India: HIV and AIDS related discrimination, stigmatization and denial*. Geneva: UNAIDS.
- Black, M. (1961). *The Social Theories of Talcott Parsons*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bogart, L.M. *et al.*, 2008. HIV-related stigma among people with HIV and their families: a qualitative analysis. *AIDS Behav.*, 12(2), pp. 244–54.
- Cameron, E., 2000. Breaking the Silence. Opening remarks at *International Conference on AIDS*, Durban, South Africa, 13(1).
- Campbell, C., Foulis, C. A., Maimane, S. and Sibiyi, Z., 2005. The impact of social environments on the effectiveness of youth HIV prevention: A South African case study. *AIDS Care*, 17, PP. 471-8.
- CDC, 2001. Revised guidelines for HIV counseling, testing and referral and revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(RR19), pp. 1–58.
- Chesney, M., Smith, A., 1999. Critical delays in testing and care: the potential role of stigma. *American Behavioral Scientist*, 42, pp. 1162–1174.
- Coates, T.J., Richter, L. and Caceres, C. Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008; 372:669–84.
- Crandall, C. S. and Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 163-177.
- Crocker J, Major B, Steel C. Social stigma. In: Gilbert, D.T., Fiske, S.T., editors. *The handbook of social psychology*, vol. 2. Boston: McGraw-Hill; 1988:504–553.
- De Zoysa, I. *et al.*, 1995. De The role of HIV counseling and testing in changing risk behavior in developing countries. *AIDS*, 9 (Suppl A), pp. S95–101.
- Deacon, H. Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *J Community Appl Soc Psychol*. 2006; 16:418–25.
- Duffy L. (2005) Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 16(1), 13–20.
- Earnshaw, V.A. and Chaudoir, S.R. From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS & Behavior*. 2009; 13:1160-1177.
- Fiske, S.T. Stereotyping, prejudice, and discrimination. In: Gilbert, D.T., Fiske, S.T., editors. *The handbook of social psychology*, vol. 2. Boston: McGraw-Hill; 1988:504-553.
- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. London and Basingstoke: The Macmillan Press Ltd., p. 253.
- Giddens, A. (1981). A Contemporary Critique of Historical Materialism. Volume 1: Power, Property and the State. London: Macmillan, p. 27.
- Giddens, A. (1982). Sociology—a brief but critical introduction. London: Macmillan, pp. 1-17.
- Giddens, A. (1984). The constitution of society. Cambridge: Polity Press, pp. 2-3.
- Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Garden City, NY: Anchor Books; 1963.
- Goldin, C.S., 1994. Stigmatization and AIDS: Critical issues in public health. *Social Science and Medicine* 39(9), pp. 1359-1366.
- Herek, G., Capitano, J.P. and Widaman, K.F. HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991–1999. *Am J Public Health*. 2002; 83:574–577.
- Herek, G.M. AIDS and Stigma. *American Behavioral Scientist*. 1999; 42:1106-1116.
- Holzemer, W.L. and Uys, L.R., 2004. Managing AIDS stigma. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1 (3), pp. 165-174.
- Hutchinson, P.L. and Mahlalela, X., 2006. Utilization of voluntary counseling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 18 (5), pp. 446-455.
- Iyaniwura, C.A. and Oloyede, O., 2006. HIV testing among youths in a Nigerian local population. *West African Journal of Medicine*, 25 (1), pp. 27-31
- Kaiser Family Foundation., 1999. Hearing Their Voices: A Qualitative Research Study on HIV Testing and Higher-Risk Teens. Washington. *The Henry J. Kaiser Family Foundation*, DC: Kaiser Family Foundation.
- Kalichman, S.C. and Simbaye, L.C., 2003. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counseling and testing in a black township in Cape Town, South Africa, *Sex Transm Infect*, 79, pp. 442–447.
- Lieber, E., Li, L., Wu, Z., and Jihui Guan, J. *et al.* (2006). HIV/STD Stigmatization Fears as Health-Seeking Barriers in China. *AIDS and Behavior*, 2006, Volume 10, Number 5, Pages 463-471

- Link, B.G. and Phelan, J.C. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27:363–385.
- Mahajan, A.P. *et al.* Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 2008; 22 (Suppl 2):S67-S79.
- Malcolm, A. *et al.*, 1998. HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health* 8(4), pp. 347-370.
- Mann, J. 1987. Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, 20 October, New York.
- McGrath, J. W., & Ankrah, E. M., 1993. AIDS and the urban family: Its impact in Kampala, Uganda. *AIDS Care*, 5, pp. 55-79.
- Oliver M. *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan; 1992.
- Parker, R. and Aggelton, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*, 2003; 57: 13–24.
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J., and Brown, L. (2002). HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. *Horizons*, The Population Council Inc.
- Plummer, M. L. *et al.*, 2006. The man who believed he had AIDS was cured?: AIDS and sexually-transmitted infection treatment-seeking behavior in rural Mwanza, Tanzania. *AIDS Care*, 18, PP. 4060-66.
- Poindexter C.C. (2004) Medical profiling: narratives of privilege, prejudice, and HIV stigma. *Qualitative Health Research* 14(4), 496–512.
- Poindexter C.C. (2005) The lion at the gate: an HIV-affected caregiver resists stigma. *Health and Social Work* 30(1), 64–74.
- Prachakul, W., Grant J.S. and Keltner, N.L., 2007. Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem solving, and depressive symptoms in people living with HIV: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 18(6), pp. 67–76.
- Preston, D.B. *et al.*, 2004. The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16 (4), pp. 291-303.
- Pulerwitz, J. *et al.*, 2010. Reducing HIV-related stigma: Lessons learned from horizons research and programs. *Public Health Reports*, 125 (2), pp. 272-281.
- Raveis, V. H., Siegel, K. and Gorey, E., 1998. Factors associated with HIV-infected women's delay in seeking medical care. *AIDS Care*, 10, pp. 549-62.
- Remien, R. H., Carballo-Diéguez, A., & Wagner, G. (1995). Intimacy and sexual risk behaviour in
- Ritzer, G. (1996). Fourth edition. *Modern Sociological Theory*. New York: McGraw-Hill, pp. 393-395.
- Sambisa, W., Curtis, S. and Mishra, V., AIDS stigma as an obstacle to uptake of HIV testing: evidence from a Zimbabwean national population-based survey. *AIDS Care*, 22 (2), pp. 170-186.
- Sayles, J.N. *et al.*, 2007. Experiences of social stigma and implications for healthcare among a diverse population of HIV positive adults. *J Urban Health*. 84(6), pp. 814–28.
- Schuster, M.A. *et al.*, 2005. Perceived Discrimination in Clinical Care in a Nationally Representative Sample of HIV-Infected Adults Receiving Health Care. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (9), pp. 807-813.
- Sengupta *et al.*, 2010. A conceptual model exploring the relationship between HIV stigma and implementing HIV clinical trials in rural communities of North Carolina. *N C Med J*, 71(2), pp. 113–22.
- serodiscordant male couples. *AIDS Care*, 7, 429-438
- Sewell, Jr., W.H. (1992). A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation. *The American Journal of Sociology*, 98 (1), pp. 1-29.
- Sewell, Jr., W.H. (1992). A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation. *The American Journal of Sociology*, 98 (1), pp. 1-29.
- Summers T, Spielberg F, Collins C, Coates T., 2000. Voluntary counseling and testing and referral for HIV: new technologies, research findings create dynamic opportunities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromem*, 25(Suppl 2):128–35.
- UNAIDS (2000). Voluntary counseling and testing (VCT). UNAIDS Best Practice Collection. Technical Update, pp. 1–12.
- UNAIDS. Fast facts about HIV testing and counseling, *unaids.org*. UNAIDS., 2011.
- UNAIDS., 2007. *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programs*. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS.
- Valdiserri, R.O., 2002. HIV/AIDS Stigma: An Impediment to Public Health. *American Journal of Public Health*, 92 (3), pp. 341-342.
- Van Der Straten, A., Vernon, K. A., Knight, K. R., Gómez, C. A., & Padian, N. S. (1998). Managing HIV among serodiscordant heterosexual couples: Serostatus, stigma and sex. *AIDS Care*, 10, 533-548.

Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I. & Toro-Alfonso J. (2005) AIDS related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research* 15(2), 169–187.

Weiser, S. D., *ET AL.*, 2006. Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes,

practices, and human rights concerns. *Public Library of Science Medicine*, 3, PP. e261.

Wolfe, W.R. *et al.*, 2006. Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. *AIDS Care*, 18 (8), pp. 931-3.

Recibido: 06 de de noviembre 2012.

Aprobado: 07 de enero de 2013.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos