

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma
de Barcelona

La invisibilidad de la mujer en las campañas publicitarias de prevención del VIH

Hacer visible lo invisible

Alicia Lluva Castaño

Enero 2023



Universitat Autònoma
de Barcelona

La invisibilidad de la mujer en las campañas publicitarias de prevención del VIH

Hacer visible lo invisible

Tesis doctoral

Doctoranda

Sra. Alicia Lluva Castaño

Director

Dr. Juan Manuel Leyva Moral

Tutor

Dr. Albert Selva O'Callahan

Programa de Doctorado en Medicina

Departament de Medicina

Facultat de Medicina

2023



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Agradecimientos

Después de un largo recorrido en el tiempo, donde no han quedado excluidos al esfuerzo no pocos altibajos, que han fluctuado entre la mayor de las motivaciones posible y el desánimo más absoluto, pasando por todos los matices imaginables entre estos dos extremos, deseo reconocer mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me han apoyado y gracias a las cuales ha sido posible realizar este proyecto.

En primer lugar, agradecer a mi director, el **Dr. Juan M. Leyva**, por su apoyo y dedicación, por su confianza en mí y por sus palabras de ánimo cuando más lo he necesitado. Sin estos ingredientes, no habría podido llevar a cabo esta tesis.

A la **Dra. María Feijoo**, inicialmente también codirectora. Gracias por sus aportaciones durante la primera y difícil etapa. Los inicios son siempre los que más cuestan.

Al **Dr. Albert Selva** y la **Universidad Autónoma de Barcelona** por haberme admitido en el programa de doctorado.

A la **Sra. Rosa Badia**, enfermera de la consulta de VIH de la Vall d'Hebron de Barcelona, que junto a su equipo apoyaron mi proyecto y me facilitaron las participantes de esta investigación. Mi más profundo reconocimiento por el trabajo que realizan en su día a día.

Agradecer a todas **las mujeres** que han participado en los grupos focales de discusión por sus aportaciones y opiniones. Y un reconocimiento muy especial al grupo de **mujeres que viven con el VIH**, por compartir sus emotivas experiencias, repletas no solo de emoción, sino de lecciones de vida que me han enriquecido como mujer y como persona.

Agradecer a mis hijas, **Sandra y Ariadna**. Ellas me han ido recordando la tarea pendiente para llegar al final. Son el motor de mi vida.

Un GRACIAS a **mis padres** por darme las raíces que me han anclado y dejarme crecer a mi manera. Soy quien soy gracias a ellos. Y un especial agradecimiento a mi padre, que, aunque hoy ya no esté presente, me ha enseñado a ser tenaz,

con el lema de *quien la sigue la consigue*, esencia de haber continuado hasta el final de esta tesis.

Por último, agradecer a todas las personas, familia, amistades, compañeros y compañeras de trabajo, que me han apoyado y acompañado durante el largo camino que ha representado realizar este proyecto, sin olvidar a los y las estudiantes a mi cargo, los cuales me han ofrecido grandes aprendizajes durante mi etapa como docente.

Una etapa finaliza, abriéndose otra colmada de nuevos retos, experiencias y emociones.

GRACIAS A TOD@S

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

3TC: Lamivudina.

A

ABC: Abacavir.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

AP: Atención Primaria.

AR: Antirretrovirales.

ATV: Atazanavir.

AZT: Zidovudina.

C

CAME: Herramienta entrada en poner acción a los datos analizados en la matriz DAFO: Corregir-Afrontar-Mantener-Explorar.

CDC: Center for Disease Control.

CMR: Customer relationship management.

CMV: Citamegalovirus.

COBI: Cobicistat.

CV: Calidad de Vida.

D

D4t: Estavudina.

DAFO: Técnica de análisis de una situación, donde se analizan las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

ddl: Didanosina.

DLV: Delavirdina.

DNA: También ADN. Ácido desoxirribonucleico.

DT: Diagnóstico tardío.

DTG: Dolutegravir.

DRV: Darunavir.

E

ECDC: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Las siglas corresponden en inglés a European Center for Disease Prevention and control).

EEC: Electroencefalograma.

EFV: Efavirenz.

EIA: Enzimoimmunoanálisis.

ELISA: En inglés, Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay. Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas.

ES: Educación sanitaria.

ETR: Etravirina.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual. Actualmente este término empieza a estar en desuso, sustituido por ITS.

EV: Esperanza de vida.

EVG: Elvitegravir.

e-WOM: Electronic Word of Mouth.

F

FAR: Fármacos antirretrovirales.

FDA: En inglés *Food and Drug Administration*: Agencia de Alimentos y Medicamentos.

fRMN: Resonancia magnética nuclear funcional.

FTC: Emtricitabina.

FPV: Fosamprevanir.

G

GBHSH: Hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

GESIDA: Grupo de Estudio de Sida.

GIAP: Grupo de Investigación-Acción-Participación.

H

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children.

HSH: Hombre que tienen sexo con hombres.

I

I=I: Indetectable es igual a intransmisible.

IAB: Interactive Advertising Bureau.

IAP: Investigación-Acción-Participación.

IDV: Idinavir.

IFI: Inmunofluorescencia indirecta.

IP: Inhibidor de la proteasa.

IP: Investigador/a principal.

ITIAN: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos.

ITINN: Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

L

LIA: Inmunoanálisis lineal.

M

MMWR: Morbidity Mortality Weekly Report.

MPS: Modelo de promoción de la Salud.

MS: Ministerio de Sanidad.

MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

MSM: Mujeres que tienen sexo con mujeres.

MSMH: Mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres.

MVC: Maraviroc.

MVVIH: Mujeres que viven con el VIH.

N

NFV: Nelfinavir.

NIDA: En inglés, National Institute on Drug Abuse.

NVP: Neviparina.

O

OEDT: Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

ONG: Organización no Gubernamental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Con frecuencia se cita con las siglas en inglés, UNAIDS.

P

PID: Personas que se inyectan drogas.

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

PS: Promoción de la salud.

PVVIH: Personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana.

R

RA: Realidad aumentada.

RAL: Raltegravir.

RRSS: Redes sociales.

RS: Representaciones sociales.

RIPA: Análisis por precipitación.

RNA: También ARN. Ácido ribonucleico.

RPV: Rilpivirina.

RTV: Ritonavir.

RV: Realidad virtual.

S

SC: Salud comunitaria.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SIV: Siglas en inglés de Simian Immunodeficiency Virus.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia humana.

SPNS: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

STP: Salud en Todas las Políticas.

SQV: Saquinavir.

SSR: Salud sexual y reproductiva.

START: Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment.

T

T-20: Enfuvirtida.

TAR: Tratamientos antirretrovirales.

TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad.

TBC: Tuberculosis.

TDF: Tenofovir

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

TPV: Tripanavir.

TV: Transmisión vertical. Madre-hijo.

U

UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

UNIFEM: Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer.

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

US Agency for International Development.

V

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

VHB: Virus Hepatitis B.

VHC: Virus Hepatitis C.

VPH: Virus del Papiloma Humano.

W

WB: Técnica de Western Blot.

WOM: Word of Mouth o boca a boca.

Z

ZDV: Zidobudina.

Relación de tablas

Tabla 1. Resumen de fluidos corporales y vías de transmisión del VIH.....	34
Tabla 2. Riesgo estimado de transmisión VIH según práctica sexual.....	38
Tabla 3. FAR y efectos secundarios.....	41
Tabla 4. FAR y utilidad habitual en mujeres.....	42
Tabla 5. Diferencias entre resiliencia y vulnerabilidad.....	52
Tabla 6. Representaciones colectivas vs representaciones sociales.....	62
Tabla 7. Propuestas análisis para estrategias básicas de intervención.....	67
Tabla 8. Estrategias y prioridades según la Carta de Ottawa y Yakarta.....	68
Tabla 9. Características de las campañas.....	102
Tabla 10. Características grupo discusión n.º 1.....	104
Tabla 11. Características grupo discusión n.º 2.....	104
Tabla 12. Características grupo discusión n.º 3.....	105
Tabla 13. Guión preguntas GD. Inicio, apartados según péntada de Burke y propuestas finales.....	107
Tabla 13. Principales características y hallazgos de los estudios incluidos.	114
Tabla 14. Clasificación campañas/año.....	124
Tabla 15. Clasificación de las campañas por grupo poblacional de lanzamiento.....	129
Tabla 16. Campañas/medios de difusión.....	130
Tabla 17. Campañas/idiomas.....	130
Tabla 18. Objetivo de las campañas.....	131
Tabla 19. Responsabilidad.....	132
Tabla 20. Categorías y subcategorías.....	132
Tabla 21. Categoría 1: El Acto.....	134
Tabla 22. Categoría 2: El Escenario.....	135
Tabla 23. Categoría 3: El Actor.....	136
Tabla 24. Categoría 4: El Medio.....	137
Tabla 25. Categoría 5: El Propósito.....	138
Tabla 26. Categoría 1. El Acto: subcategorías y citas textuales.....	141
Tabla 27. Categoría 2. El Escenario: subcategorías y citas textuales.....	143
Tabla 28. Categoría 3. El Actor: subcategorías y citas textuales.....	145
Tabla 29. Categoría 4. El Medio: subcategorías y citas textuales.....	147
Tabla 30. Categoría 5. El Propósito: subcategorías y citas textuales.....	148

Tabla 31. Propuestas de mejora. Citas y conclusiones.....	150
Tabla 32. Resultados emisión de campañas preventivas por medio de difusión y país.....	156
Tabla 33. Resultados cambios de comportamiento observados tras la emisión de las campañas.....	157
Tabla 34. Categoría y elementos clave para una campaña efectiva.....	175
Tabla 35. Ejemplos de mensajes.....	175

Relación de gráficos

Gráfico 1. Hombres y mujeres mayores de 15 años que viven con el VIH.....	27
Gráfico 2. Personas que viven con el VIH en Europa por país.....	28
Gráfico 3. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según sexo. España, 2010-2019.....	28
Gráfico 4. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales por modo de transmisión y sexo. España, 2010-2019.....	29
Gráfico 5. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según sexo. España, 2019.....	29
Gráfico 6. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según modo de transmisión y modo de transmisión en pacientes con diagnóstico tardío. España, 2019.....	30
Gráfico 7. Casos de sida de transmisión materno-infantil en España, 1982-2019.....	31
Gráfico 8. Evolución del VIH a Sida.....	32
Gráfico 9. Estructura del Virus.....	33
Gráfico 10. Modelo Triádico de resiliencia.....	53
Gráfico 11. Consecuencias del poder y categorías de diferenciación social....	59
Gráfico 12. Las dimensiones de las representaciones sociales.....	63
Gráfico 13. Del marketing 1.0 al marketing 5.0.....	70
Gráfico 14. Niveles de cambio en la estrategia de marketing social.....	72
Gráfico 15. Matriz de análisis DAFO-CAME.....	75
Gráfico 16. Diagrama de Flujo del proceso de selección.....	99
Gráfico 17. Péntada de Burke.....	101
Gráfico 18. Campaña 2019. <i>Transmite respeto</i>	169
Gráfico 19. Campaña 2021. <i>Vive en positivo</i>	169
Gráfico 20: <i>Enfermo moribundo de sida (1992)</i>	173

ÍNDICE

RESUMEN.....	14
ABSTRACT.....	18
1. INTRODUCCIÓN.....	22
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA.....	26
1.1.1 Datos epidemiológicos.....	26
1.1.2 VIH y sida. Características generales.....	31
1.1.2.1 Historia.....	31
1.1.2.2 Qué es el VIH y el sida.....	32
1.1.2.3 Mecanismos de transmisión.....	34
1.1.2.4 Diagnóstico.....	38
1.1.2.5 Tratamiento.....	39
1.1.2.6 Pronóstico.....	44
1.2 MUJERES Y VIH.....	45
1.2.1 Sexo, género y VIH: Construcción simbólica y social.....	45
1.2.2 Vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad social.....	47
1.2.3 El paradigma de la vulnerabilidad.....	49
1.2.4 Vulnerabilidad vs resiliencia.....	50
1.2.5 La interseccionalidad como paradigma. <i>Más allá de soy</i> <i>feminista</i>	54
1.2.5.1 El feminismo como concepto.....	54
1.2.5.2 Los estudios de género y la interseccionalidad.....	57
1.3 LAS CAMPAÑAS PUBLICITARIAS DE PREVENCIÓN.....	59
1.3.1 Las representaciones sociales. Una aproximación al concepto.....	59
1.3.1.1 Evolución del concepto.....	60
1.3.1.2 Las representaciones sociales y el VIH.....	62
1.3.2 Prevención y comunicación. Las redes sociales.....	64
1.3.3 Marketing social.....	68
1.3.3.1 Inicio y desarrollo del marketing social.....	71

1.3.3.2 Campañas de marketing social. A propósito del éxito.....	75
1.3.4 Neurociencias, neuromarketing y publicidad.....	78
1.3.5 Prevención y VIH.....	81
1.3.6 La invisibilidad de las mujeres en las campañas de prevención del VIH.....	84
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	88
3. HIPÓTESIS.....	91
3.1. Escenario de partida y preguntas de investigación.....	92
4. OBJETIVOS.....	93
5. METODOLOGÍA.....	96
5.1. Diseño y método de la revisión sistemática de la literatura.....	97
5.1.1 Estrategia de búsqueda.....	97
5.1.2 Criterios de inclusión.....	97
5.1.3 Criterios de exclusión.....	98
5.1.4 Selección de estudios y extracción de datos.....	99
5.2 Diseño y método de la revisión de las campañas de prevención del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España.....	99
5.2.1 Obtención de la muestra, recogida y análisis de datos...	100
5.3 Diseño y método sobre el impacto preventivo autopercibido de las campañas en mujeres.....	101
5.3.1 Obtención de la muestra, recogida y análisis de datos...	103
5.3.2 Dinámica de los grupos de discusión.....	105
5.4 Criterios de rigor	108
5.5 Aspectos éticos.....	110
6. RESULTADOS.....	112
6.1 Resultados de la revisión sistemática.....	113
6.1.1 Contenido de las campañas y población objetivo.....	118

6.1.2 Estrategias de evaluación. Efectividad.....	119
6.1.3 Otros modelos de evaluación. Análisis crítico del contenido y de mensajes. Relación con el momento social.....	121
6.2 Resultados revisión de las campañas estatales.....	123
6.3 Resultados del impacto autopercebido de las campañas en mujeres.....	139
7. DISCUSIÓN.....	152
7.1. Introducción.....	153
7.2 Interpretación de los resultados en base a los objetivos.....	154
7.2.1 Objetivo específico 1. Identificar qué tipo de campañas de prevención y de difusión masiva para el VIH/sida, implementadas y evaluadas, se han realizado en EE.UU. y Europa desde el inicio de la infección, incluyendo a las mujeres como partes interesadas.....	155
7.2.2 Objetivo específico 2. Describir las características de las campañas de prevención del VIH realizadas en España y avaladas por el Ministerio de Sanidad.....	161
7.2.3 Objetivo específico 3. Identificar qué tipo de mensajes incluidos en las campañas publicitarias de prevención del VIH, emitidas por el MSCBS del Gobierno de España, han tenido un impacto positivo en las mujeres.....	170
8. CONCLUSIONES.....	177
9. LIMITACIONES, PROPUESTAS Y LÍNEAS DE FUTURO.....	181
9.1 LIMITACIONES.....	182
9.1.1 Investigación 1. Revisión sistemática de la literatura.....	182
9.1.2 Investigación 2. Revisión y análisis de las campañas de prevención del VIH del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España.....	183
9.1.3 Investigación 3. Impacto preventivo autopercebido de las campañas en mujeres.....	184
9.2 Propuestas y líneas de futuro.....	185

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	188
11. ANEXOS.....	225
11.1 Informe del comité de ética de investigación con medicamentos y comisión de proyectos de investigación del hospital Universitari Vall d'Hebron.....	226
11.2 Hoja de información para participar en un proyecto de investigación.....	228
11.3 Consentimiento informado.....	230
11.4 apartado para la denegación o revocación del consentimiento informado.....	232

RESUMEN

Introducción

Cuando se habla del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), queda implícita la creencia de que su contagio es por transmisión sexual y que se da mayoritariamente en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), posiblemente, consecuencia de la difusión de los primeros casos en población homosexual al inicio de la epidemia. Las estrategias de prevención y promoción de la salud alrededor de la infección por VIH han ido encaminadas, principalmente, a ofrecer información sobre la infección, los mecanismos de transmisión, prevención o pruebas diagnósticas. El estigma y la discriminación de las Personas que Viven con VIH (PVVIH) también han sido temas tratados en algunas de las campañas preventivas más actuales. Consecuentemente, la población diana ha sido la población general o bien Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), con campañas más específicas, pero raramente se incluyen mujeres como población objetivo, excluyendo, además, otras identidades sexuales y/o de género. Este panorama ha contribuido a invisibilizar no solo a las mujeres en la prevención, sino también a un problema de salud pública como es la transmisión de este virus, por la escasez actual de campañas publicitarias de difusión masiva para el VIH.

Objetivo

Se propone como objetivo principal: comprender el contenido e impacto de las campañas publicitarias de prevención del VIH, difundidas a nivel internacional y local, desde la perspectiva de las mujeres.

Metodología

Para la obtención del objetivo general planteado, se efectuaron tres investigaciones independientes, consecutivas y relacionadas entre sí:

1. La primera investigación fue una revisión sistemática siguiendo la metodología descrita en la declaración PRISMA 2009, (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* o “Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis”, según su traducción del inglés). Para la recogida de datos, se consultaron un total de 10 bases de datos: Abi Inform, Cochrane Library, Cuidatge,

Cuiden, ERIC, Periodicals Archive On line, Pubmed, Scopus, Sociology Database y Web of Science. Se llevaron a cabo varias búsquedas, con diferentes combinaciones de los términos clave en inglés, español y portugués, con el objetivo de identificar qué tipo de campañas de prevención y de difusión masiva para el VIH/sida, implementadas y evaluadas, se han realizado en EE.UU. y Europa desde el inicio de la infección, incluyendo a las mujeres como partes interesadas.

2. El segundo estudio fue una investigación documental de enfoque cualitativo. Se utilizaron como elemento de análisis: las características, mensajes, población objetivo y medios de difusión de las campañas de prevención de la infección por VIH, avaladas y publicadas en la página web MSCBS, desde el año 1986 hasta el año 2019. En la página web del MSCBS, se realizó una búsqueda electrónica de todas las campañas publicadas para la infección por VIH. Se diseñó un instrumento de recogida de datos, clasificatorio y analítico, basado en la péntada de Burke. El objetivo se centró en describir las características de las campañas de prevención del VIH realizadas en España, avaladas por el Ministerio de Sanidad.
3. Para la tercera y última investigación, se optó por un estudio cualitativo de enfoque constructivista, con el objetivo de explorar la autopercepción del impacto en las mujeres, de los mensajes de las campañas publicitarias de prevención del VIH y su influencia, dirigida al cambio de comportamientos y actitudes. La obtención de la muestra fue por conveniencia, incorporando mujeres mayores de 18 años, profesionales de la salud activas laboralmente (médicas y enfermeras), mujeres que viven con el VIH y mujeres que no. La mayor parte de las participantes fueron reclutadas en el Hospital Universitario Valle de Hebrón de Barcelona. La recogida de datos se realizó a través de tres grupos de discusión, uno de seis participantes y dos de siete, con el objetivo de producir un discurso compartido entre los grupos. Se analizó cada grupo de discusión individualmente mediante un análisis temático de contenido. Se elaboró una herramienta de codificación basada en la péntada de Burke, partiendo de las categorías de análisis preestablecidas y correctamente definidas,

con el fin de facilitar la identificación de las principales variables pertenecientes a cada categoría.

Resultados

Los resultados de cada investigación son:

1. Revisión sistemática: de los 8 artículos seleccionados, 6 (75%) se centraron en la campaña *América responde al Sida* (ARTA), emitida en los EE.UU. entre 1987 y 1992. Los otros 2 hacían referencia a 2 campañas dirigidas específicamente a mujeres. Uno de ellos, realizado en 1998 y dirigido a la comunidad de mujeres de Filadelfia y Pensilvania con mensajes preventivos enfocados a cambios de comportamientos y uso del preservativo. La segunda investigación, dirigida a mujeres afroamericanas de Filadelfia y Cleveland, se realizó en el año 2011, *Take Charge. Take the Test* (TCTT), siendo esta una campaña mediática que tuvo el objetivo de promover la realización de la prueba del VIH.
2. Investigación documental: se hallaron 44 campañas relacionadas con el VIH y el sida en la página web del MSCBS del Gobierno de España. Las campañas encontradas se realizaron entre los años 1989 y 2018. La población diana a las que iban dirigidas confirmaron que la mayoría se enfocaban en la población general, seguido por campañas dirigidas a hombres homosexuales. Solo una campaña fue protagonizada por una mujer, aunque el mensaje no iba dirigido a la prevención para las mujeres específicamente, sino a la población en general, solicitando la igualdad de la mujer como ayuda a la lucha contra el sida. La evolución del mensaje pasó de la prevención mediante el uso del preservativo a la prevención de la discriminación y el estigma. Adicionalmente se observó la evolución respecto a la difusión, pasando de la televisión, radio y prensa escrita a redes sociales u otros medios más actuales de difusión masiva.
3. Análisis temático estructurado: los resultados se agruparon en seis categorías principales correspondientes a la péntada de Burke: 1) el acto (qué), 2) el escenario (cuándo y dónde), 3) el actor (quién), 4) el medio (cómo) y 5) el propósito (por qué o para qué), y una sexta categoría emergente que corresponde a propuestas de mejora para la realización

de una campaña. Los 3 grupos de discusión coincidieron con el poco o nulo impacto autopercibido de las campañas analizadas, negando la posible influencia para cambiar actitudes o prácticas de riesgo. Aun así, reconocen dos tipos diferenciados de campañas. El primero, dirigido a la prevención y protección de la salud, mientras que un segundo grupo de mensajes se enfocan en la prevención de la discriminación y el estigma. Respecto a la mujer, coinciden en la imagen victimizada y culpabilizadora mostrada en las campañas. Adicionalmente, la mujer queda representada dentro de una norma heterosexual, invisibilizando otras identidades sexuales y de género, como las MSM o las mujeres *trans*. Todas las participantes de los tres grupos de discusión apuestan por mensajes donde la emoción sea protagonista y donde la mujer se represente empoderada frente a la toma de decisiones referente a su propia salud sexual.

Conclusiones

La presente investigación, cuyo escenario de partida apuntaba a la invisibilidad de la mujer en las campañas de prevención del VIH, difundidas en medios de difusión masiva, corrobora, paralelamente a la invisibilidad, el bajo impacto de las campañas respecto a mensajes y, en consecuencia, su baja efectividad. Respecto al bajo impacto autopercibido y, por tanto, la posible ineffectividad de las campañas, hay que enfatizar que aun no siendo un objetivo de esta investigación, es un resultado lo suficientemente relevante, y no se puede ignorar.

Palabras clave: campañas publicitarias, prevención, mujer, invisibilidad, VIH.

ABSTRACT

Introduction

When talking about the human immunodeficiency virus (HIV), the belief that its contagion is by sexual transmission and that it occurs mainly in gay, bisexual and other men who have sex with men (GBHSH) is implicit, possibly as a result of the spread of the first cases in the homosexual population at the beginning of the epidemic. Prevention and health promotion strategies around HIV infection have been mainly aimed at providing information on the infection, transmission mechanisms, prevention, or diagnostic tests. Stigma and discrimination against People Living with HIV (PLHIV) have also been addressed in some of the most current prevention campaigns. Consequently, the target population has been the general population or Men who have Sex with Men (MSM), with more specific campaigns, but women are rarely included as a target population, excluding, in addition, other sexual and gender identities. This panorama has contributed to making invisible not only women in prevention but also a public health problem, such as the transmission of this virus, due to the current shortage of mass advertising campaigns for HIV.

Aim

The main objective is to understand the content and impact of HIV prevention advertising campaigns, disseminated internationally and locally, from the perspective of women.

Methodology

In order to obtain the general objective, three independent, consecutive, and related investigations were carried out:

The first research was a systematic review following the methodology described in the PRISMA 2009 statement (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). For data collection, ten databases were consulted: Abi Inform, Cochrane Library, Cuidatge, Cuiden, ERIC, Periodicals Archive Online, Pubmed, Scopus, Sociology Database, and Web of Science. In addition, several searches were conducted, with different combinations of the key terms in English, Spanish and Portuguese, to identify what kind of HIV/AIDS prevention and mass dissemination campaigns, implemented and evaluated, have been carried out in

the US and Europe since the beginning of the infection, including women as stakeholders.

The second study was qualitative documentary research. The following were used as an element of analysis: the characteristics, messages, target population, and means of disseminating the prevention campaigns for HIV infection, endorsed and published on the MSCBS website from 1986 to 2019. On the MSCBS website, an electronic search was conducted for all published HIV campaigns. In addition, a data collection instrument, classificatory and analytical, based on Burke's pentad, was designed. The objective was to describe the characteristics of HIV prevention campaigns in Spain endorsed by the Ministry of Health.

For the third and final research, a qualitative study of the constructivist approach was chosen to explore the self-perception of the impact on women of the messages of HIV prevention advertising campaigns and their influence aimed at changing behaviors and attitudes. The sample was obtained for convenience, incorporating women over 18 years of age, health professionals active in the workplace (doctors and nurses), women living with HIV, and women who are not. Most participants were recruited at the Valle de Hebron University Hospital in Barcelona. Data were collected through three discussion groups, one of six participants and two of seven, to produce a shared discourse among them. Each focus group was analyzed individually through thematic content analysis. In addition, a coding tool based on Burke's pentad was developed, based on the pre-established and correctly defined analysis categories, to facilitate the identification of the main variables belonging to each category.

Results

The results of each research are:

1. Systematic review: of the eight articles selected, 6 (75%) focused on *America Responds to AIDS* (ARTA) campaign, broadcast in the USA between 1987 and 1992. The other two referred to 2 campaigns explicitly targeting women. One of them was carried out in 1998 and aimed at the community of women in Philadelphia and Pennsylvania with preventive messages focused on changes in behavior and condom use. The second research, aimed at African-American women in Philadelphia and

Cleveland, was conducted in 2011, *Take Charge. Take the Test* (TCTT), a media campaign promoting HIV testing.

2. Documental research: 44 campaigns related to HIV and AIDS were found on the website of the Government of Spain's MSCBS. The campaigns found were carried out between 1989 and 2018. The target population confirmed that the majority focused on the general population, followed by campaigns targeting gay men. A woman led only one campaign. However, the message was not aimed at prevention for women specifically but at the population in general, requesting women's equality to aid the fight against AIDS. The message evolved from prevention through condom use to preventing discrimination and stigma. Additionally, the evolution concerning diffusion was observed, going from television, radio, and written press to social networks or other more current means of mass dissemination.
3. Structured thematic analysis: the results were grouped into six main categories corresponding to Burke's pentad: 1) the act (what), 2) the scenario (when and where), 3) the actor (who), 4) the medium (how) and 5) the purpose (why or for what), and a sixth emerging category that corresponds to proposals for improvement for the realization of a campaign. The three discussion groups agreed with the lack of self-perceived impact of the campaigns analyzed, denying the possible influence to change attitudes or risk practices. Even so, they recognize two different types of campaigns. The first is aimed at prevention and health protection, while the second group of messages focuses on preventing discrimination and stigma. Regarding women, they agree with the victimized and blaming image shown in the campaigns. Additionally, women are represented within a heterosexual norm, making other sexual and gender identities invisible, such as MSM or *trans* women. All the participants of the three discussion groups bet on messages where emotion is the protagonist and women are empowered in decision-making regarding their sexual health.

Conclusions

The present research, whose initial scenario pointed to the invisibility of women in HIV prevention campaigns disseminated in mass media, corroborates, in parallel to invisibility, the low impact of campaigns concerning messages and, consequently, their low effectiveness. Regarding the low self-perceived impact and, therefore, the possible ineffectiveness of the campaigns, it should be emphasized that although this research is not objective, it is a sufficiently relevant result and must be addressed. Additionally, consider, as a result of the results obtained, the complexity of constructing a prevention advertising campaign, where a series of variables must be geared beyond a specific purpose to a target population.

Keywords: advertising campaigns, prevention, women, invisibility, HIV.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando se habla del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), queda implícita la creencia de que su contagio es por transmisión sexual y que se da mayoritariamente en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), posiblemente, consecuencia de la difusión de los primeros casos en población homosexual al inicio de la epidemia (1). En contraposición, algunos estudios indican que, en la población mundial, en las relaciones sexuales heterosexuales se observa un elevado número de contagios (2,3), manifestándose, por tanto, un aumento en la incidencia de mujeres que viven con el VIH.

En el 2010, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estimó que las personas infectadas por el VIH eran al 50% hombres y mujeres, pero que muchas de estas mujeres desconocían su situación serológica (4). La Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la mujer (ONUMujeres) publicó en el 2015 que las mujeres representaban alrededor del 51% de la población adulta (mayores de 15 años) que vivía con el VIH a nivel global (5). No obstante, para la interpretación de estos datos, deben tenerse en cuenta las distintas realidades, dado que la distribución geográfica de las PVVIH varía de forma significativa dependiendo de la zona. Aun así, este panorama ha ido evolucionando paulatinamente. Según el último informe de UNUSIDA referente a las estadísticas mundiales sobre el VIH en el 2021, el 85% [75%-97%] de las PVVIH a nivel global son conocedoras de su estado serológico, llegando al 54% de mujeres y niñas del global de PVVIH (6).

En este sentido, algunas estadísticas epidemiológicas en relación con la epidemia mundial de infección por VIH centran a la mujer en números *invisibles*, mostrando valores estimativos en algunos casos. La objetividad epidemiológica ha excluido de las estadísticas globales y, por ende, de las intervenciones preventivas, a las mujeres homosexuales, las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres (MSMH), mujeres *trans* y trabajadoras sexuales que tienen sexo con mujeres (7), sin tener en cuenta que estas pueden haber mantenido o mantienen relaciones sexuales con hombres de diferente orientación sexual (8). Adicionalmente, la *invisibilidad* de la mujer se constata con una escasa

evidencia científica e intervenciones focalizadas en las mujeres. Consecuentemente, las intervenciones preventivas existentes no tienen en cuenta a la mujer como población prioritaria, ni tampoco se considera la diversidad sexual de las mismas (7).

Un aspecto clave son las estrategias de *visibilización* de la mujer con relación al VIH, que se iniciaron hace ya algún tiempo. En el año 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamó el mencionado año como *El año internacional de la mujer y el Sida* (9). La iniciativa fue efecto del nacimiento de un nuevo concepto: *la feminización del sida* (10). Este planteamiento surgió por el aumento en la diseminación de la infección entre las mujeres, básicamente por transmisión sexual, constatando que, al problema del VIH en mujeres, se debían añadir las desigualdades de género en el núcleo de las sociedades patriarcales (11). En el año 2008, países como Argentina, Chile, Brasil y Uruguay propusieron, con el apoyo del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), visibilizar la relación de la violencia de género con la infección por VIH, supeditando esta relación a un problema de salud pública, para la consiguiente creación de programas de educación comunitarios dirigidos a la salud sexual de las mujeres (12).

En otro orden de ideas, alrededor del VIH y el sida, planean diversidad de significados y construcciones sociales. Ante un sistema dominador masculino, heterosexual y paternalista, la mujer adquiere una imagen estigmatizada, no solamente por lo que la infección implica, sino como transmisora del VIH, ya sea por transmisión vertical madre-hijo (TV), o por transmisión sexual (estigma relacionado con la promiscuidad y la prostitución) (13). Paralelamente, en las relaciones de género en el núcleo del binomio hombre-mujer, la mujer todavía tiene atribuido en muchos casos un rol de subordinación social y sexual, reforzando así comportamientos y prácticas sexuales inseguras (14). Con ello, no solamente se pone en evidencia la influencia del género y el riesgo de infección por VIH en la mujer, sino la baja percepción de riesgo por parte de ellas (7, 15).

En consecuencia, es fundamental comprender qué elementos influyen en la representación social de algunos conceptos como son la salud, la enfermedad y la prevención. En el núcleo de una sociedad donde el poder de

las redes sociales y los medios de comunicación pautan la representación social de estos conceptos (16), surge la necesidad de analizar los aspectos que contribuyen a ello y los significados colectivos sobre el VIH y el sida. Asimismo, es esencial identificar comportamientos excluyentes que contribuyen a actitudes y discursos paternalistas que arrojan el victimismo y la vulnerabilidad de la mujer, conduciendo a estigmatizar y mantener estereotipos tanto sobre la infección por VIH como de las PVVIH (17). Esta aproximación puede ayudar a argumentar intervenciones y campañas preventivas, donde el objetivo sea la singularidad individual de la mujer, evitando clasificaciones y jerarquizaciones impuestas desde el poder y la representación social del VIH.

Siguiendo con la construcción social de significados y los medios de difusión masiva, Stratzzula (18) afirmó que son precisamente los medios los que influyen en la representación social del VIH, tildando el problema de fenómeno mediático. Sin embargo, Casabona manifestó que *el sida se ha alejado de los medios de comunicación* (19). Aun así, es fácil relacionar las campañas preventivas para el VIH y el sida con el 1 de diciembre (Día Internacional de la Acción contra el Sida),¹ ya que es alrededor de este día cuando más se escribe, publica y se presentan las nuevas campañas y estrategias de prevención. Pasada esta fecha, se diluye la información en el tiempo a la espera del año siguiente. Ello justifica la responsabilidad de comprender la repercusión de los medios de comunicación como medio de divulgación y su poder social, elementos determinantes en cuanto a información, educación e influencia en los cambios sociales (20). Un mensaje difundido masivamente por una red social puede no solamente provocar un cambio en la representación de la infección por VIH, sino que a partir de ahí se puede generar una transformación positiva, añadiendo cambio de actitudes y comportamientos, por una parte (21), o cristalizar actitudes negativas, estigmatizadoras, estereotipadas y de exclusión, por otra, según la interpretación del mensaje difundido, justificando la relevancia de investigar al respecto.

¹ En el año 2011, ONUSIDA decide cambiar *El día Internacional de la Lucha contra el Sida* por *El día Internacional de la Acción contra el Sida*, con el fin de evitar la connotación agresiva de la palabra *lucha*, y enfatizar la responsabilidad de la palabra *acción*.

La semántica utilizada también ha evolucionado en el tiempo. Terrón Blanco (22), en una investigación llevada a cabo sobre el tratamiento del VIH/sida en los periódicos españoles, afirmó en el 2008 que se pasó de hablar sobre *grupos de riesgo a grupos vulnerables*.² Las últimas recomendaciones publicadas por ONUSIDA al respecto sugieren utilizar el término de *poblaciones clave*, dada la capacidad estigmatizadora de etiquetar a un *grupo de riesgo* y la posible baja percepción de riesgo si la persona no se siente identificada con el grupo o parte del mismo (23). En contraposición, es en el conjunto de los grupos vulnerables donde se incluye a las mujeres, teniendo en cuenta que el concepto de vulnerabilidad se define desde 4 dimensiones relevantes: biológica, epidemiológica, social y cultural (24), resaltando desigualdades y favoreciendo significados estigmatizadores y estereotipados.

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

1.1.1 Datos epidemiológicos

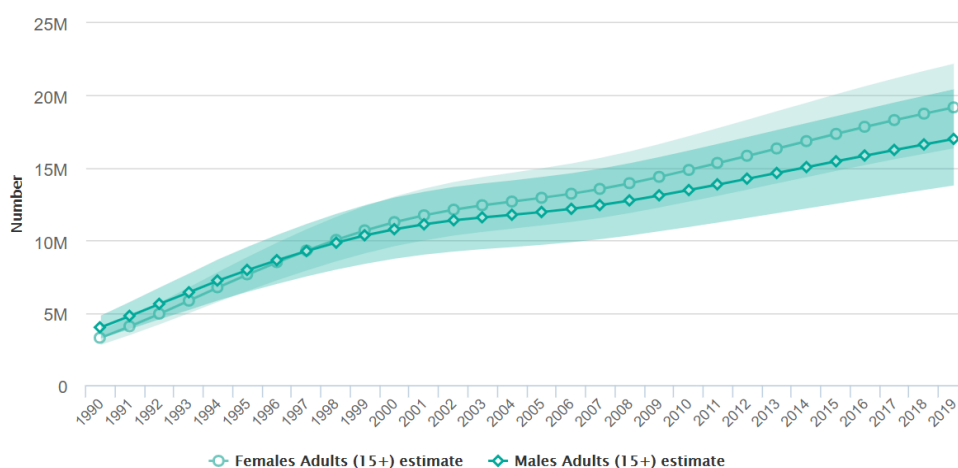
Según los últimos datos epidemiológicos publicados por ONUSIDA (6) al cierre del 2021, se estima que viven con el VIH 37,7 millones [30,2 millones–45,1 millones] de personas, lo que pone de manifiesto que sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. De los casi 38 millones de PVVIH, 36 millones pertenecen a la población adulta, mientras que 1,7 millones son menores de 15 años. Si bien en el 2020 se estimó que el 84% de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico, se calcula que alrededor de 7,1 millones de personas son desconocedoras de su estado. Son de especial relevancia los datos publicados en relación a mujeres y niñas, de las cuales se estima que son un 53% de las PVVIH a nivel global, añadiendo que un número elevado de estas mujeres no conocen su estado serológico. Paralelamente, como dato significativo, se presupone que más de un tercio de las mujeres de todo el mundo, un 35%, han sido objeto de violencia sexual, dentro o fuera de la pareja (6). Otro dato clave son

² Aunque todavía la vulnerabilidad sigue siendo un concepto relacionado con algunos grupos sociales y a los que se hará referencia en algunos momentos, es necesaria una profunda reflexión sobre su significado dentro de un contexto social. Por ello, se dedicará un apartado más adelante, con el objetivo de cambiar la connotación que implica ser vulnerable (debilidad) por el de “resiliencia” (capacidad de reconstrucción).

las mujeres *trans*. Se estima que el riesgo de contraer el VIH en personas *trans* es 13 veces mayor que el resto de la población. Destacar que, a nivel de estadísticas, muchas de ellas quedan incluidas en el grupo de GBHSH, mientras que otras, por miedo a la discriminación, no se identifican como *trans*³ cuando precisan recibir servicios sanitarios (25).

Actualmente, los últimos datos apuntan a un descenso importante de nuevos casos, llegándose a registrar un descenso de hasta el 23% en el periodo 2010-2019 (26). En contraposición, se considera que 18,8 millones de personas que viven con el VIH son mujeres mayores de 15 años [ver gráfico 1], representando un 53% de la población total adulta que vive con el VIH a nivel mundial (27).

Gráfico 1. Hombres y mujeres mayores de 15 años que viven con el VIH.

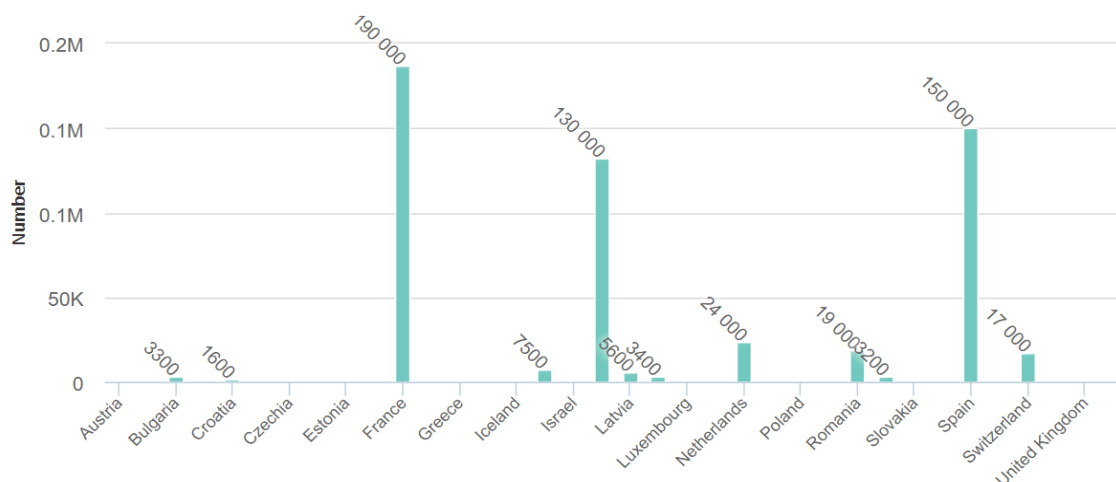


Fuente: 27

En Europa, España es el segundo país con más PVVIH, con unos datos estimativos de entre 130.000 y 160.000 [ver Gráfico 2] (27).

³ El término *trans* incluye a las personas cuya identidad de género es distinto al sexo atribuido en el momento del nacimiento (transgénero) y a las personas con cambios, o en proceso de cambio, de los caracteres sexuales mediante intervención médica (transexual). Es un término inclusivo tanto en lo referente a la identidad de género como a la expresión de género.

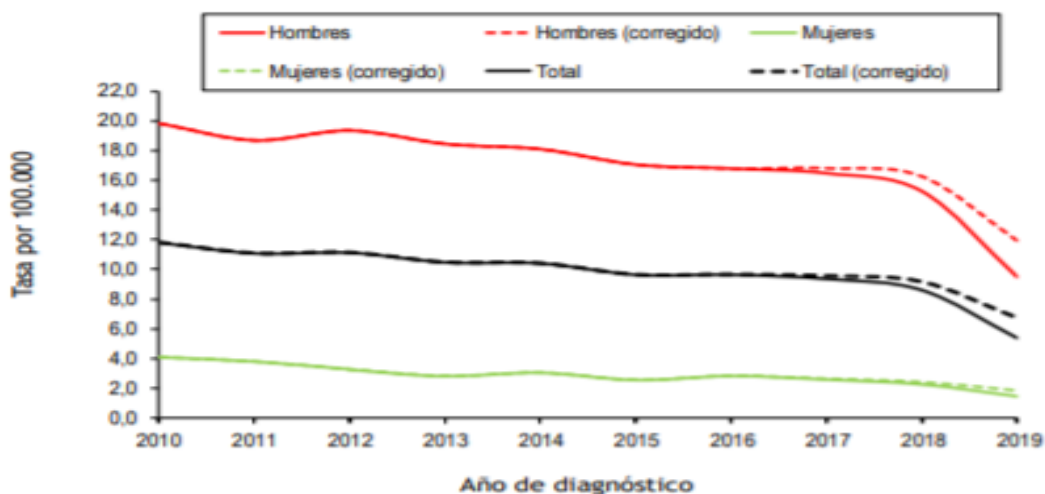
Gráfico 2. Personas que viven con el VIH en Europa por país.



Fuente: 27

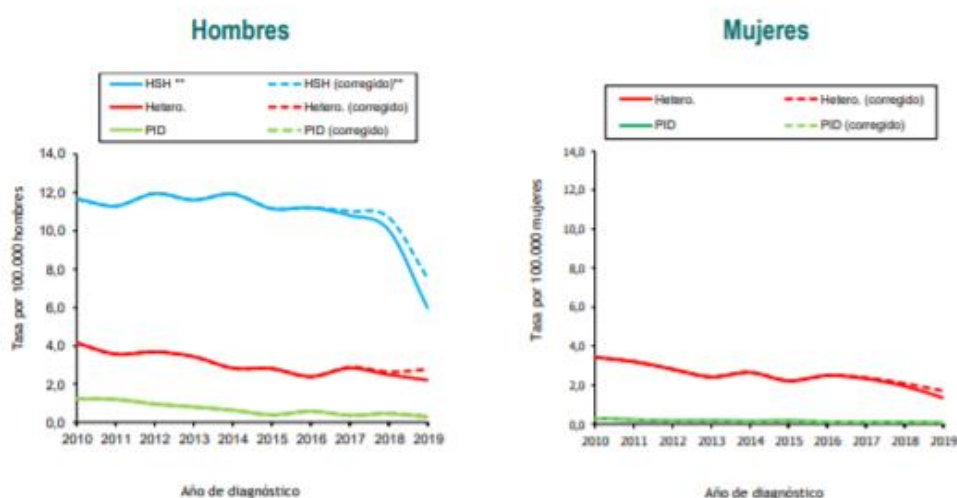
En el año 2019, y hasta el 30 de junio del 2020, se notificaron en España 2.698 nuevos casos de VIH [ver gráfico 3], verificándose que la transmisión más frecuente fue en GBHSH, 56,6%, seguido de la transmisión por vía heterosexual, 32,3,2% [ver gráfico 4].

Gráfico 3. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según sexo. España, 2010-2019.



Fuente: 28

Gráfico 4. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales por modo de transmisión y sexo. España, 2010-2019.

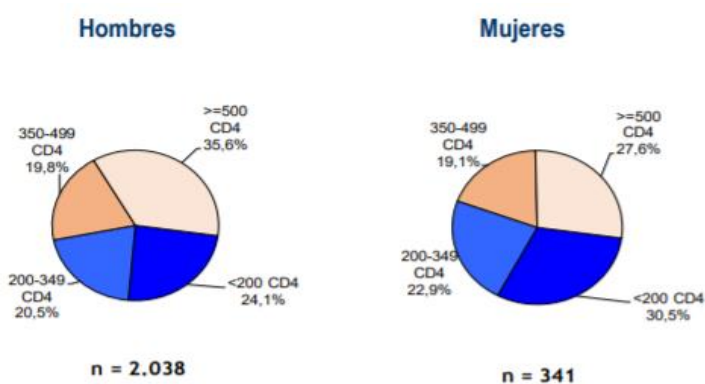


*Aragón, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y Ceuta.

Fuente: 28

Por otra parte, el 89,6% de los nuevos diagnósticos en mujeres en nuestro país, la vía de transmisión fue por contacto heterosexual. Estos datos siguen siendo alarmantes, cuando, además, el 53,5% de los nuevos casos en mujeres presentaron un diagnóstico tardío (DT)⁴ [ver gráficos 5 y 6] (28). En este sentido, es relevante tener en cuenta lo que se ha denominado *epidemia oculta*, ya que se estima que alrededor del 18% de las PVVIH no están diagnosticadas (28).

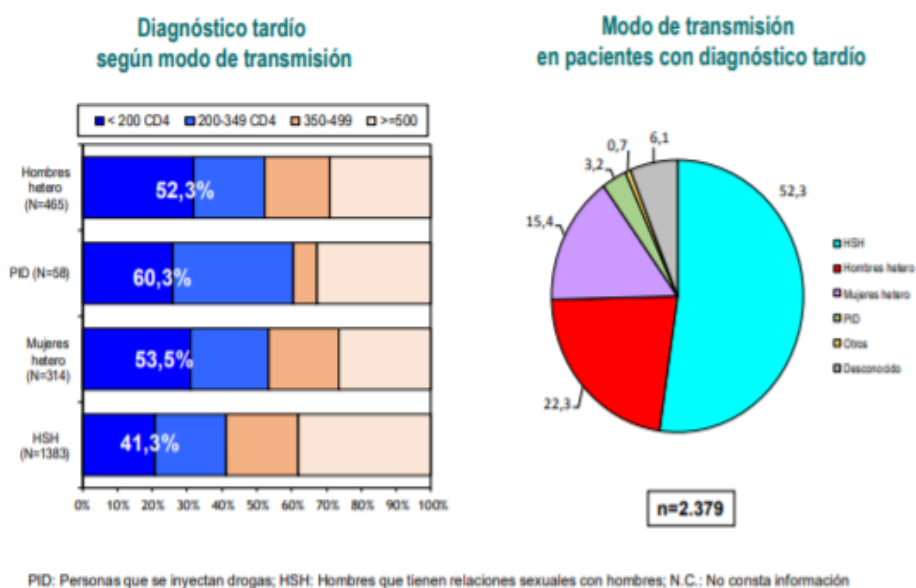
Gráfico 5. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según sexo. España, 2019.



Fuente: 28

⁴ El diagnóstico tardío se define cuando la cifra de CD4 es inferior a 350 células/ μ l.

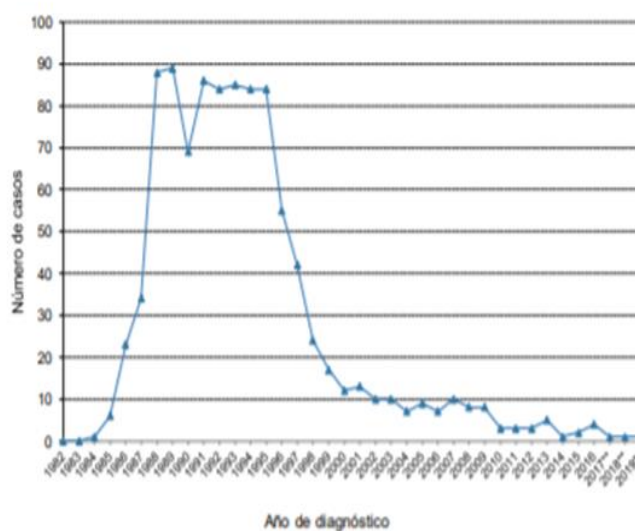
Gráfico 6. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según modo de transmisión y modo de transmisión en pacientes con diagnóstico tardío. España, 2019.



Fuente: 28

Las mujeres, incluyendo también las mujeres *trans*, representan una parte importante de la *epidemia oculta*. Los factores que influyen en que permanezcan ocultas, favoreciendo el diagnóstico tardío, no son solo biológicos, sino también sociales y culturales, sumando a ello las desigualdades de género en las relaciones afectivas y sexuales incluidas en relaciones de poder (29-31). Sin embargo, el diagnóstico tardío se reduce a algunas mujeres en situaciones específicas como en el embarazo, gracias a los programas de cribado prenatal, no solo en España, sino en todos los países donde esté protocolizado (32). En consecuencia, la transmisión vertical o materno-infantil, se ha reducido de forma radical. Ello se puede comprobar con los datos epidemiológicos en España, ya que en 2019 solo se diagnosticó 1 caso de VIH y cuyo nacimiento no se produjo en nuestro país (28) [ver gráfico 7].

Gráfico 7. Casos de sida de transmisión materno-infantil en España, 1982-2019.



* Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de la Comunidad Valenciana a partir de 2014 ni los de Cataluña entre 2015-2018. Para 2019 no se dispone de datos para Asturias ni Cantabria.

** Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación

Fuente: 28

1.1.2 VIH y sida. Características generales

1.1.2.1 Historia

Han pasado 40 años desde que se dio a conocer el primer caso de sida en el mundo, aunque los primeros casos datan de 1970, cuando se identificó una extraña enfermedad que cursaba con infecciones por *Cándida Albicans* en el tracto digestivo, erupciones dermatológicas (Sarcoma de Kaposi) y neumonías por *pneumocystis carinii* (33). El primer caso de sida se dio a conocer en 1981, en EE.UU., por el Morbidity Mortality Weekly Report (MMWR), actualmente el Center for Disease Control (CDC), consecuencia de la neumonía por *pneumocystis carinii*, como enfermedad oportunista, asociada a estados de inmunosupresión severa. Se observó, como una de las características principales, que el diagnóstico se daba en hombres jóvenes y homosexuales. Posteriormente se relacionó el sarcoma de Kaposi también como una enfermedad oportunista vinculada al sida (34-36). Es a partir de aquí cuando saltan las alarmas a nivel social y en la comunidad científica, por el imparable aumento de casos en todo el mundo, no solo en hombres homosexuales, sino que se dio un considerable aumento en personas que se inyectaban drogas (PID)

(37). En España, el mismo año, se diagnosticó el primer caso de sida en el Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona.

1.1.2.2. Qué es el VIH y el sida

El origen del VIH se sitúa en primates africanos (SIV o *simianimmunodeficiency virus*), consecuencia de múltiples transferencias de *lentivirus* que pueden infectar de forma natural a primates. Como consecuencia de un salto interespecie a partir de la caza y el consumo de carne de simio, se infectaron humanos, dando lugar a lo que hoy se conoce como VIH (38). El VIH es un virus que provoca la destrucción progresiva de los linfocitos CD4 + T–Helper. Esta destrucción de linfocitos provoca la debilidad del sistema inmunitario, con la consecuente aparición de enfermedades oportunistas en fases avanzadas. Consecuencia de ello, el VIH es el virus que etiológicamente provoca el Síndrome de

Gráfico 8. Evolución del VIH a sida



Fuente: 41

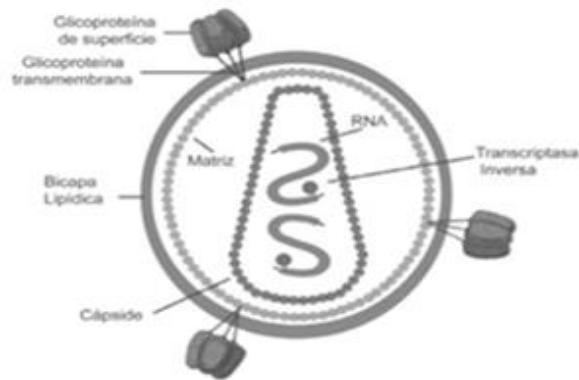
Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (39). El VIH está considerado un *lentivirus*, perteneciente a la familia de los *Retroviridae*, lo que significa que su periodo de incubación es lento o muy lento (meses o incluso años), lo que conlleva al desarrollo del sida, como proceso final de la infección (39, 40). La

aparición del sida puede tardar entre 2 a 15 años, según el individuo [gráfico 8] (41).

El VIH está formado por un ácido ribonucleico (RNA) monocatenario y rodeado por una cubierta proteica. Su replicación depende de un ácido desoxirribonucleico (DNA) polimerasa específica, que copia el genoma RNA del virus a un DNA, el que posteriormente se incorpora en el genoma de la célula huésped. La posterior transcripción de este DNA permite el ensamblaje de nuevas partículas virales que brotan de la membrana celular (38). Posee especificidad celular, infectando a las células cuya membrana está formada por la glucoproteína CD4. El VIH penetra en la célula, donde es descapsidado, y su RNA, transcrito a su DNA por la transcriptasa inversa, una enzima exclusiva de los retrovirus (38) [Gráfico 9].

Existen dos tipos de virus, el VIH-1 y el VIH-2. Su clasificación está basada en métodos filogenéticos, es decir, según el grado de similitud entre sus secuencias genéticas. El más virulento y letal es el VIH-1, es el que mayor número de personas están infectadas de él a nivel mundial y el que más muertes ha causado desde el inicio de la pandemia. Mientras que el segundo actúa con menor virulencia y prácticamente se encuentra localizado en zonas de África Occidental (38, 39). Estos dos tipos de virus, el VIH-1 y el VIH-2, tienen una similitud genética en un 40-50% (38,39).

Gráfico 9. Estructura del virus



Fuente: 38

Se han descrito 9 genotipos distintos del VIH-1: A, B, C, D, E, F, G, H e I, englobados en lo que se llama grupo M (*mayor, principal*). Los diferentes subtipos se localizan en distintas áreas geográficas. En el mundo occidental el más importante es el tipo B; en África central, el A, C y D, y en Tailandia, el E y el B (38,39). Ello pone de manifiesto la gran variabilidad genética de este virus. Esta diversidad manifiesta se da en el proceso de replicación del genoma viral, convirtiendo al VIH en uno de los organismos de mayor tasa evolutiva (38,39).

En España, en el año 2004 se diagnosticaron 124 casos de VIH-2 en personas inmigrantes procedentes del continente africano (39). La relevancia de este dato sugiere que los movimientos demográficos y el turismo pudieran haber sido causa de la progresiva diseminación de este tipo de virus a nivel global (39). Adicionalmente, otros factores sociodemográficos como la descolonización, la liberalización sexual, el uso de jeringuillas entre PID o la distribución mundial de hemoderivados contribuyeron también a la paulatina diseminación del VIH (39). Actualmente la prevalencia de infección en PID, la administración de hemoderivados y la transmisión materno-infantil ha disminuido considerablemente, sobre todo en aquellas zonas y países donde se han implementado protocolos y medidas de prevención (28).

1.1.2.3 Mecanismos de transmisión

Casi paralelamente al descubrimiento del VIH, se describieron los mecanismos de transmisión de este, actualmente bien conocidos. El VIH se ha aislado en sangre, semen, saliva, lágrimas, leche materna y líquido cefalorraquídeo de las PVVIH (42), [Resumen en tabla 1], pero para que pueda transmitirse a través de fluidos corporales, debe alcanzar concentraciones con capacidad de infectividad.

Tabla 1. Resumen de fluidos corporales y vías de transmisión del VIH.

FLUIDOS CORPORALES CON VIH	CAPACIDAD DE INFECCIÓN	VÍAS DE TRANSMISIÓN	VÍAS POR DONDE NO SE TRANSMITE EL VIH
SANGRE	SÍ	❖ Relaciones sexuales sin protección donde exista intercambio de fluidos como semen, fluidos vaginales o sangre.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No se transmite a través de besos, abrazos o darse la mano. ❖ Compartir espacios u objetos de uso cotidiano (gimnasios, WC, duchas, teléfonos, cubiertos y platos) ❖ Por contacto con la piel. ❖ Por el aire. ❖ Picaduras de insectos. ❖ Relaciones sexuales con protección.
FLUIDOS VAGINALES	SÍ		
SEMEN Y FLUIDO PRESEMINAL	SÍ	❖ Con relaciones sexuales y sexo oral sin protección, es posible transmitir no solo el VIH, sino otras ETS.	
LECHE MATERNA	SÍ EN NIÑOS, EN ADULTOS Poca Probabilidad	❖ TV de madre a hijo si no se cumplen los protocolos recomendados de profilaxis con AR.	
LAGRIMAS*	POCO PROBABLE	❖ Transfusiones con hemoderivados infectados.	
HECES*	NO	❖ El uso compartido de jeringuillas contaminadas en UDVP.	
ORINA*	NO	❖ Contacto con mucosas.	
ESPUTOS*	NO		
SUDOR*	NO		

Fuente: 42

* Fluidos con presencia de VIH, no existen casos de contagio por contacto con estos fluidos.

Las principales vías de transmisión del VIH son:

- a. Transmisión por vía parenteral:** La sangre actúa como vehículo facilitador en la transmisión de la infección de una persona a otra (38). La transmisión del VIH por vía parenteral se ha dado principalmente entre PID, por compartir agujas y jeringuillas entre ellos. Otros vehículos de riesgo en la transmisión por vía parenteral son los instrumentos utilizados para tatuajes, *piercings* o agujas de acupuntura, entre otros. Actualmente estas prácticas son tan habituales que han requerido de legislación específica, estableciendo normas sanitarias de obligado cumplimiento para aquellos establecimientos que las practican y para los profesionales que las realizan (43). Igualmente, y como resultado del estricto control obligatorio de cualquier producto biológico, el riesgo de transmisión del VIH tanto por transfusiones de hemoderivados como en trasplantes de órganos se puede afirmar que es de prácticamente cero casos. Asimismo, la normativa existente para la desinfección y esterilización de instrumental ha permitido que la transmisión del VIH por esta vía también sea prácticamente nula (45). Adicionalmente, en las PID, resultado de intensas campañas de prevención en la década de los 80, la transmisión por esta vía disminuyó considerablemente (38), manteniendo esta disminución hasta el día de hoy. Los importantes esfuerzos dirigidos a controlar el VIH en las PID, como las recomendaciones publicadas por la Comisión Global de Políticas de Drogas, formada por líderes a nivel mundial, para la implementación de programas de intercambio de jeringuillas, han demostrado su efectividad en la reducción de transmisión del VIH y otras infecciones transmisibles por vía parenteral (45).

En el año 2011 se publicaron las guías del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (ECDC y OEDT) para la prevención y control de enfermedades infecciosas en consumidores de drogas por vía parenteral. Estas guías recogen siete intervenciones clave recomendadas, y entre ellas también consta el abastecimiento a esta población clave de material inyectable estéril con el objetivo de obtener una práctica de inyección más segura (46).

Sin embargo, si bien el consumo de heroína por vía inyectada se redujo notablemente a nivel mundial, se observó hace algunos años un aumento en el consumo de cocaína, cuyos efectos potencian las prácticas sexuales de riesgo y el aumento de la posibilidad de transmisión del Virus de la Hepatitis C (VHC) por vía intranasal como consecuencia de compartir los tubos para inhalar o esnifar la droga (47, 48). En la actualidad, existe un nuevo fenómeno emergente relacionado con el consumo intencionado de sustancias psicoactivas, y es el denominado *chemsex*. El *chemsex* se da en GBHSH, con el objetivo de mantener sexo durante un largo periodo de tiempo y, adicionalmente, con múltiples parejas. Si el uso de drogas psicoactivas se realiza por vía intravenosa, toma la nomenclatura de *slamming* o *slamsex* (49). En consecuencia, este nuevo patrón relacionado con las drogas se asocia directamente con primoinfecciones de VIH, otras ITS y reinfecciones de VHC en GBHSH (50, 51).

- b. Transmisión por vía vertical:** La transmisión del VIH de madre a hijo es y sigue siendo un problema importante en países subdesarrollados, puesto que la tasa de mujeres en edad fértil que vive con el virus se estima que es alrededor del 50% (7, 27). La tasa de recién nacidos con VIH puede variar, según los tratamientos administrados a la mujer durante el periodo de gestación, aunque se desconoce por qué unos niños presentan seropositividad y otros no. En España, se editaron las recomendaciones de la Secretaría sobre el Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA), de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y de la Asociación Española de Pediatría (AEP), para el seguimiento de la infección por VIH en relación con la reproducción, embarazo y prevención de la transmisión materno-infantil (52). Las recomendaciones propuestas van dirigidas a los profesionales responsables del seguimiento de la gestante y el recién nacido, insistiendo en la necesidad del trabajo multidisciplinar (ginecología, infectología, pediatría y enfermería), con el objetivo principal de transmisión *cerro* del VIH por esta vía (52). Algunos estudios indicaron en sus resultados la disminución de la tasa de VIH en niños, pasando de un 15% a un 2% en aquellas áreas donde se implementaron los métodos detallados en las

recomendaciones publicadas, pasando a casi *cero* en la actualidad (53, 54).

Se ha descrito que la transmisión vertical se puede dar en tres momentos: el periodo intrauterino, en el momento del parto y durante la lactancia. Llevando a cabo la profilaxis protocolizada y las recomendaciones publicadas, se puede disminuir el riesgo en cualquiera de los tres momentos de riesgo mencionados (55). En junio del 2015, la OMS emitió un comunicado de prensa donde aseguró que en Cuba se había eliminado la transmisión vertical de madre a hijo. Esta validación por parte de la OMS se realizó con el requerimiento de indicadores bien definidos y publicados en el 2014, por la misma OMS y otros socios, como referencia para la comunidad internacional y donde se describió el proceso de validación (56). Este fue un inicio hacia el objetivo de transmisión *cero* y donde se demuestra su viabilidad.

- c. Transmisión por vía sexual:** La transmisión por vía sexual del VIH viene dada, principalmente, por el contacto con diversas secreciones corporales, como es el semen, la sangre o las secreciones vaginales. Prácticas de riesgo como coito vaginal, anal o el sexo oral sin protección favorecen la transmisión (57). En términos puramente biológicos, la transmisión del virus por vía sexual está condicionada por otros factores, como son la infectividad del portador, la coexistencia de otras ITS ulcerativas y la susceptibilidad del huésped, incluyendo el genotipo del virus y la conducta sexual, ya que aquellas prácticas susceptibles de provocar lesiones en mucosas pueden aumentar el riesgo de transmisión del virus (58). En la tabla 2 se resumen de mayor a menor el riesgo estimado de transmisión del VIH según la práctica sexual.

Tabla 2. Riesgo estimado de transmisión VIH según práctica sexual.

PRÁCTICA SEXUAL	RIESGO ESTIMADO DE TRANSMISIÓN
Coito anal receptivo sin preservativo	0,1-3%
Coito vaginal receptivo sin preservativo	0,1-0,2%
Coito vaginal insertivo sin preservativo	0,03- 0,09%
Coito anal insertivo sin preservativo	0,06%
Sexo oral-genital sin preservativo	0-0,04%

Fuente: 38

1.1.2.4 Diagnóstico

El diagnóstico diferencial suele ser mediante analítica serológica. La importancia reside en la utilización de la técnica analítica y de confirmación, de manera que la de confirmación es de carácter obligatorio. La más utilizada y recomendada por la OMS es la técnica de Western Blot (WB). Otras analíticas confirmatorias son: la inmunofluorescencia indirecta (IFI), el análisis por precipitación (RIPA) y el inmunoanálisis lineal (LIA o variantes) (45, 59).

Estas pruebas de laboratorio mencionadas se clasifican en dos tipos (60):

- **Pruebas directas:** Permiten el diagnóstico precoz, detectando el virus o las proteínas y el ácido nucleico del mismo. Las pruebas directas tienen costos muy elevados y se suelen utilizar para el diagnóstico en niños, si existe el riesgo de transmisión materno-infantil.
- **Pruebas indirectas:** Estas pruebas dan como resultado el estado de VIH-positivo. Las pruebas indirectas son las pruebas de cribado inmunoenzimáticas, como la técnica conocida como ELISA, por su significado en inglés, *enzyme-linked immunosorbent assay* o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas o micro ELISA. La confirmatoria es la de Western Blot.

Frecuentemente, las técnicas analíticas que más se utilizan son: en primer lugar, una técnica de cribado, como es la técnica ELISA. En el caso de positividad, se confirma el resultado con la técnica de Western Blot. Actualmente se utilizan también otras técnicas de *screening* de enzimoimmunoanálisis (EIA), más sensibles y específicas (38, 60, 61).

Una de las pruebas de detección rápida (10-15') son las denominadas *dot-blot* o de inmunoadherencia. La Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU., Food and Drug Administration, por sus siglas en inglés (FDA), aprobó la utilización de las pruebas, denominadas OraQuick, para las que se necesita una muestra de saliva y son de fácil acceso (farmacias o centros especializados) (39, 62). Otra de las pruebas de cribado de 3.^a generación es la denominada Hexagon. Esta prueba se realiza con suero o plasma, y el resultado se obtiene en máximo 20' (60). Es necesario insistir en que, si el resultado de cualquiera de estas pruebas fuera positivo, sería siempre necesaria la prueba de confirmación.

Este tipo de pruebas de detección rápida constituyen un paso hacia adelante en la atención y el diagnóstico precoz, por su alta sensibilidad y especificidad (60,63). Las últimas investigaciones en relación a la recomendación de un algoritmo intentan sustituir la prueba de WB como primera opción de prueba confirmatoria y así evitar falsos positivos, incorporando pruebas de detección de carga viral de VIH, como confirmación del seroestatus (63-65).

1.1.2.5 Tratamiento

Los tratamientos farmacológicos han ido evolucionando paralelamente a los descubrimientos acontecidos durante los últimos años alrededor del VIH. El tratamiento farmacológico, básicamente, está constituido por la combinación de fármacos antirretrovirales, con el objetivo principal de detener la reproducción del virus. Con ello se ha conseguido la reducción de la morbimortalidad y también de la transmisión de la infección del VIH-1 (66).

La efectividad de los tratamientos antirretrovirales (TAR) conlleva una gran complejidad. Los tratamientos, habitualmente, van asociados a su eficacia, resistencias, interacciones, efectos secundarios o concomitancia de otras infecciones y/o tratamientos (VHC+, VHB+ y tratamiento antituberculoso, entre otros), derivadas de evidencias científicas y que dirigen las recomendaciones

terapéuticas. Adicionalmente, coexisten otros factores asociados al tratamiento, como la no adherencia, relacionada con las experiencias y significados individuales y que pueden determinar la eficacia de un TAR (67, 68).

Los fármacos antirretrovirales (FAR) se agrupan en distintos tipos según su mecanismo de acción (58,69):

- **Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN):** Actúan al volverse parte del ADN del VIH y alterar el proceso de síntesis.
- **Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN):** Actúan al unirse a la transcriptasa inversa, evitando que el RNA del VIH se convierta en DNA del virus.
- **Inhibidores de la proteasa potenciados (IP):** Actúa en las últimas etapas del proceso de repetición del VIH, evitando que la enzima proteasa desdoble las proteínas virales del VIH en partículas virales, que infectan nuevas células T CD4. Como resultado, se obtienen copias defectuosas del VIH e incapaces de infectar nuevas células.
- **Inhibidores de la fusión:** Impide que el virus penetre en los linfocitos CD4.
- **Inhibidores de la integrasa:** El objetivo de estos fármacos es bloquear las proteínas de los linfocitos CD4.

Los tratamientos actuales son en base a una combinación de fármacos antirretrovirales (FAR). Se combinan dos o más medicamentos. Los FAR pueden ser también de una o más clases, según su mecanismo de acción. [Véanse las tablas 3 y 4].

Tabla 3. FAR y efectos secundarios.

FÁRMACOS	Nombre genérico y abreviatura	Efectos secundarios y adversos más comunes **
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIN)	Abacavir (ABC) Didanosina (ddl) Emtricitabina (FTC) Lamivudina (3 TC) Estavudina (d4T) Tenofovir (TDF) Zidovudina (ZDV)	<p>A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cansancio. ● Toxicidad gastrointestinal (náuseas y/o vómitos). ● Cefaleas. ● Fiebre. ● Dolor muscular. ● Mareo ocasional. <p>A medio y largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cambios en la forma en que el cuerpo utiliza y acumula grasa (lipodistrofia). ● Alteraciones metabólicas (hiperlipemia, osteoporosis). ● Toxicidad cutánea. ● Toxicidad hepática ● Toxicidad sobre el sistema nervioso y muscular (neuropatía periférica, toxicidad neuropsíquica). ● Toxicidad renal.
Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN)	Delavirdina (DLV) Efavirenz (EFV) Etravirina (ETR) Neviparina (NVP) Ralpivirina (RPV)	
Inhibidor de la proteasa (IP)	Atazanavir (ATV) Darunavir (DRV) Fosamprevanir (FPV) Indinavir (IDV) Nelfinavir (NFV) Ritonavir (RTV) Saquinavir (SQV) Tripanavir (TPV)	
Inhibidores de la fusión	Enfuvirtida (T-20)	
Inhibidores de la entrada	Maraviroc (MVC)	
Inhibidores de la integrasa	Dolutegravir (DTG) Elvitegravir (EVG) Raltegravir (RAL)	
Intensificadores farmacocinéticos	Cobicistat (COBI)	

Combinación de medicamentos	ABC/3TC TAF/FTC BIC/FTC/TAF EVG/c/FTC/TAF DTG/ABC/3TC DTG + 2 ITIAN RAL + 2 ITIAN DOR/3TC/TDFb RPV/FTC/TAF DRV/c/FTC/TAF	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones hematológicas (anemia, neutropenia).
-----------------------------	---	---

Fuente: 58

** Los efectos secundarios y adversos se exponen a nivel general. Cada fármaco puede incluir uno o varios de los indicados en la tabla.

Tabla 4. FAR y utilidad habitual en mujeres.

	FÁRMACOS Nombre genérico y abreviatura	*UTILIZACIÓN MÁS COMÚN
** Combinación de medicamentos TAR en mujeres	ZDV/3TC/NVP	<ul style="list-style-type: none"> Se puede utilizar en mujeres embarazadas.
	TDF/3TC/NVP	<ul style="list-style-type: none"> Se puede utilizar en mujeres embarazadas. Se suele administrar en mujeres con HIV y Hepatitis B.
	AZT/3TC/EFV	<ul style="list-style-type: none"> Se suele administrar en mujeres en tratamiento con Rifampicina por TBC.
	ZDV/3TC/EFV	<ul style="list-style-type: none"> Se suele administrar en mujeres con HIV y Hepatitis B. Se suele administrar en mujeres en tratamiento con Rifampicina por TBC.

Fuente: 69

* Actualmente, nuevas combinaciones en estudio.

** Combinación utilizada en mujeres. No utilizable en pediatría.

El tipo de tratamiento se decide en función de 3 factores principalmente:

- RNA de VIH (carga viral).

- Recuento de células T CD4.
- Estado clínico del paciente.

En las últimas actualizaciones publicadas por GESIDA (58), se recomienda la administración de TAR a todas las personas con VIH, independientemente del recuento de células CD4, y lo más precozmente posible, una vez se ha establecido la confirmación del diagnóstico. La valoración será individual y dependiendo del recuento de los linfocitos CD4 y la CVP. El estudio Strategic Timing of Anti Retroviral Treatment (START) (70), realizado a nivel internacional, concluye demostrando el beneficio de administrar TAR a todas las PVVIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4. Sin embargo, a pesar de todas las evidencias científicas en relación con la efectividad de los TAR, no se deben obviar los fracasos terapéuticos.

Para que un tratamiento sea efectivo, es necesario el cumplimiento de éste en un 95%. En un principio, la OMS (71) parte de la definición de “adherencia” como *“el grado en que el paciente cumple las instrucciones médicas”*. Pasando más tarde a incluir en su definición conceptos relacionados con la *conducta para la toma de medicación, seguir una dieta o la modificación de los hábitos de vida, según recomendaciones del personal sanitario*. Paralelamente, GESIDA (72) define “adherencia” como *“la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”*. Según esto, la adherencia se puede considerar un fenómeno multidimensional y de gran complejidad, puesto que influye y afecta a toda la esfera del individuo. Entran en juego no solo la toma de la medicación pautada, sino acudir a las visitas establecidas para el seguimiento o evitar conductas de riesgo que puedan afectar a la salud individual y de otros, convirtiendo la no adherencia en un problema de salud pública. Esta problemática deriva en consecuencias clínicas (recaídas, aumento de efectos adversos, o resistencias), consecuencias económicas (incremento del gasto sanitario) y consecuencias psicosociales (disminución autoestima, dificultad laboral o alteraciones en el núcleo familiar) (73).

Las últimas guías publicadas justifican la importancia de una buena adherencia al TAR, dado que las personas que siguen el tratamiento establecido y no albergan mutaciones de resistencia al componente antirretroviral, generalmente, pueden lograr la supresión viral entre 8 y 24 semanas después del inicio del TAR; en algunas personas, excepcionalmente, puede alargarse un poco más en el tiempo (74).

La comprensión de la adherencia al tratamiento es más que el simple cumplimiento del régimen terapéutico, puesto que engloba el constructo social y las creencias alrededor del VIH. Comprender que no es solamente una conducta individual, sino que forma parte del proceso de vivir con el VIH, puede favorecer la eficacia de estrategias de prevención enfocadas en este sentido. Diversos estudios concluyen que son los factores psicosociales los que más influyen en una mala adhesión al TAR (75-78).

En cuanto al TAR en mujeres, es necesario puntualizar que factores como el androcentrismo⁵ en la práctica médica y la menor inclusión de la mujer en estudios clínicos sobre medicamentos (al inicio de la epidemia, la mujer estaba totalmente excluida de los ensayos), y con el objetivo de evitar sesgos de género en la atención y tratamiento con antirretrovirales (AR), han obligado a la publicación de un documento de consenso de la SPNS y GESIDA, donde se manifiestan una serie de recomendaciones sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por VIH en nuestro país (79) .

1.1.2.6 Pronóstico

El pronóstico entendido como esperanza de vida (EV) depende de diferentes factores fisiopatológicos y sociales asociados. La evidencia científica afirma que una PVVIH tiene una esperanza de vida similar a la de una persona que no vive con el VIH. Para que ello se cumpla son necesarios varios requisitos, como el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento en fases muy iniciales, la adherencia

⁵ Se alude al androcentrismo como la referencia central, y casi única, al género masculino en las investigaciones tanto médicas (ensayos clínicos) como sociales sobre PVVIH. La mujer ha quedado invisibilizada en estudios científicos o como persona que también puede tener actitudes y prácticas de riesgo.

al tratamiento y la no coexistencia de otras infecciones como el VHC u otras ITS (80).

1.2 MUJERES Y VIH

1.2.1 Sexo, género y VIH: Construcción simbólica y social

Centrarse en una única definición de género no está exento de cierta complejidad, más cuando podemos considerar que *género* es un concepto dinámico y en permanente deconstrucción/construcción. En contraposición, el sexo se entiende como un concepto biológico, estático e inamovible que identifica diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres (81).

Nash y Marre (82) afirmaron que *el género hace referencia a la construcción social de la diferencia sexual*. Por tanto, los roles sociales que se asignan a cada sexo conducen a establecer desigualdades sociales (83). En este sentido, Serret (84) afirmó, basándose en estudios realizados desde la antropología, el psicoanálisis y la sociología, que el género es una construcción cultural y que solo en principio puede asociarse a la configuración fenotípica de las personas. Adicionalmente, Serret (84) sostiene que el concepto de género ha permitido el planteamiento de nuevos problemas, que van desde la forma en que se dan las relaciones socioculturales hasta el modo en que se construyen las identidades individuales y colectivas, afirmando que el sexo biológico también influye en la construcción social del género.

Sobre esta concepción de sexo y género, Comas d'Argemir (85) afirmó que, con independencia del rol asignado a hombres y mujeres, las sociedades elaboran diferencias entre sexos, pero son las actividades masculinas las que se suelen considerar más importantes que las femeninas, imperando la moralidad normativa entre *el ser* y *el debe ser*. Sin embargo, Sherry Ortner (86), en lo que ella llama *La universalidad de la subordinación femenina*, reafirmó que el determinismo biológico se da en todas las sociedades, independientemente de su cultura. Ortner insistió, a través de sus investigaciones, en que las mujeres han sido identificadas o simbólicamente asociadas con la naturaleza, en oposición a los hombres, que se identifican con la cultura. Asimismo, Simone de Beauvoir (87) reivindicó que la biología no es un destino, consolidó la idea de

que *mujer no se nace, sino que se hace* bajo la influencia de factores sociales y culturales. Por tanto, categorizar el género significa aceptar los roles sexuales asignados a las personas, resultado de concepciones tradicionales, de las relaciones afectivo-sexuales y sociales, construidas en torno a sistemas jerarquizados de poder y sumisión (88).

En este contexto, donde se sitúan las concepciones de sexo y género, hay que añadir el concepto de sexualidad. Para Butler (89), definir sexo y sexualidad debe hacerse en términos culturales, de construcción cultural, y no al revés, tal y como la mayoría de los discursos definen al hombre y a la mujer en función de su genitalidad, siendo esta la que condiciona las funciones sociales adjudicadas a cada rol. De acuerdo con ello, la naturaleza femenina se concibe socialmente como la que dona la capacidad reproductiva, la maternidad como proceso biológico, envuelto todo ello en valores, significados y simbolismos (90). Al igual que Butler, Foucault (91) consideró que el cuerpo es algo más que el determinismo biológico. Él interpretó el cuerpo como objeto de poder y, por consiguiente, la biología en sí misma ya no se considera una limitación. En esta línea, Stolke (92) también afirmó que la sexualidad es una dimensión de la persona construida a través de significados socioculturales. Ello dirige a una diversidad sexo-genérica con conceptos emergentes en los discursos actuales, con la intención de normalizar la *diversidad sexual* como diferencia de la *norma*, incluidos en la defensa de derechos humanos de aquellas personas no heterosexuales (93, 94). Sin embargo, grupos que se podrían considerar como parte de la diversidad sexual, como mujeres *trans*, quedan invisibilizadas en los datos epidemiológicos cuando se relaciona con el VIH, dado que se han incluido en el grupo de GBHSH, sin una clasificación o nomenclatura específica (95, 96).

Por otra parte, el VIH va más allá de lo puramente biológico, dado que, en sus inicios, los primeros diagnósticos fueron en hombres homosexuales, tal y como ya se ha descrito anteriormente. Ello desencadenó la creencia del binomio VIH-homosexual, iniciándose la construcción social y simbólica del VIH, con características estigmatizadoras y de discriminación, por ser *un atributo profundamente desacreditador*, tal y como lo definió Goodman (97) refiriéndose al estigma). En este sentido, Sontag (98) describió cómo se puede estigmatizar y discriminar a una PVVIH a través de metáforas construidas alrededor del VIH

y el sida. Este fenómeno se presupone derivado de las características iniciales, identificando a la PVVIH como transgresora moral vinculada a la promiscuidad y sexualidades no heteronormativas (99), vigente en la actualidad y divulgado por algunos grupos defensores de la heterosexualidad.

Paralelamente a lo descrito, cobran importancia los *mass media*, o medios de comunicación masiva, en la construcción simbólica de fenómenos sociales y concretamente del VIH. En un principio, la difusión en los medios de información sobre el VIH y el sida vincularon el virus y su transmisión a unos *grupos de riesgo* en concreto. Consecuentemente, se pudo llegar a interpretar por gran parte de la población que el VIH y el sida son la *enfermedad del otro*, identificando *al otro* como aquella persona que no cumple con la moralidad impuesta desde el poder (100), posiblemente vigente hoy en día en algunos círculos sociales.

Por todo ello, parece que actualmente el panorama no es más alentador. En una investigación sobre el trato del VIH y el sida en los periódicos españoles (22), se constató hace unos años la tendencia *a no explicar, a no contextualizar y a no profundizar*. En este sentido, esta misma investigación sostiene que la mujer queda poco representada en la información relacionada con el VIH, y cuando lo hace, se relaciona con países subdesarrollados (22). En atención a ello, se tiende a reforzar la invisibilidad de la mujer y de otras identidades sexuales, al margen de los GBHSH en el imaginario social. En definitiva, se debería contemplar el significado simbólico-cultural del VIH y cómo han contribuido los *mass media* en la construcción social del VIH y el sida, y por tanto, cómo pueden contribuir a un cambio re-significativo del VIH y su prevención.

1.2.2 Vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad social

Una aproximación al significado de “vulnerabilidad” pone de manifiesto la complejidad de utilizar una sola definición, ya que se ha definido desde distintas perspectivas y disciplinas. Etimológicamente derivada del latín, *vulnus*, *abilis* y *dad*, equivalentes a *herida*, *poder de* y *cualidad*, respectivamente, la vulnerabilidad se podría definir como *posibilidad que tiene alguien o algo para poder ser herido o dañado* (101). Desde un enfoque reduccionista, la vulnerabilidad en salud puede entenderse como un mayor riesgo o condición, que hace más susceptible a un individuo a sufrir un daño en su propia salud, una amenaza centrada en el fenómeno biológico (101, 102).

La vulnerabilidad de la mujer relacionada con el VIH, en términos exclusivamente biológicos, está más que demostrada. La evidencia científica afirma que la mujer es más vulnerable al VIH que el hombre en las relaciones heterosexuales por diversos factores (38, 93):

- Más riesgo de sufrir microlesiones durante una relación sexual en la mucosa vaginal o anal.
- La zona de exposición al virus durante la relación sexual es mayor en la mujer que en el hombre.
- Aumenta el riesgo si se sufren coinfecciones de alguna ITS, dado que, en la mujer, algunas de estas infecciones suelen ser asintomáticas y por tanto no tratadas. Como consecuencia, existe un debilitamiento de las mucosas, permitiendo fácilmente la entrada del virus.
- El semen contiene, según las muestras de laboratorio, concentraciones más elevadas del virus que las secreciones vaginales.

Asimismo, una visión global de la vulnerabilidad conlleva sumar a la vulnerabilidad biológica la construcción simbólica, subordinada a la dimensión social y cultural (103-106). En este contexto, la mujer se enfrenta a una doble problemática. Por un lado, la vulnerabilidad a nivel biológico para contraer el VIH. Por otro lado, la invisibilidad a nivel social, donde se relacionan factores como la violencia de género, las desigualdades o las migraciones (103, 105, 106) y, adicionalmente, la invisibilidad frente a la diversidad sexual de las mujeres (107). Por tanto, la *vulnerabilidad biológica* y la *vulnerabilidad social*, conjuntamente, refuerzan de manera directa la transmisión del VIH y su relación con el género femenino. En consecuencia, los roles sexuales heteronormativos,⁶ arraigados en el imaginario social y donde la clasificación de hombre/masculino y mujer/femenino está relacionado directamente con el cuerpo sexuado, hacen que se generen estigmas y discriminación hacia todo aquello que se sale de la norma (81). En este sentido, se reafirma que la jerarquización originada a partir

⁶ Según el Comité Asesor LGBT de la Comisión de Derechos Humanos de San Francisco, la heteronormatividad se entiende como el conjunto de las relaciones de poder que normalizan y rigen la sexualidad, marginando a todo lo que esté fuera de los ideales de la heterosexualidad, la monogamia y la conformidad de género. En consecuencia a ello, los roles sexuales heteronormativos se atribuyen a cada individuo según su sexo.

de la construcción de las relaciones entre sexos/géneros condiciona las desigualdades entre los mismos, constituyendo un riesgo en la transmisión del VIH; mientras que reconocer y potenciar géneros no heteronormativos, dando cabida a la *diversidad sexual y de género*, podría favorecer la protección de la salud sexual y afectiva (108). Adicionalmente, reconocer nuevos roles sexuales podría facilitar la deconstrucción de sistemas jerarquizados entre lo masculino y lo femenino, contribuyendo en la prevención del VIH y otras ITS.

1.2.3 El paradigma de la vulnerabilidad

En la actualidad, el concepto de vulnerabilidad se utiliza casi de forma sistemática en algunos discursos sociales, sobre todo cuando se hace referencia a personas con riesgo de exclusión social o en estudios sobre desigualdades (109). Adicionalmente, se ha enmarcado a la mujer bajo el *paradigma de la vulnerabilidad*, fenómeno que actualmente se dirige hacia una mirada crítica del concepto, así como hacer notorio el debate sobre vulnerabilidades y desigualdades (110). En este sentido, surgen nuevos discursos preventivos dirigidos a la mujer, situándose en el punto de mira del riesgo relacionado con las desigualdades de género, también incluidas en las relaciones heterosexuales cotidianas, manteniéndose en el tiempo y utilizando el progresivo aumento de infecciones en mujeres, para desarrollar, aún más si cabe, el paradigma de la vulnerabilidad a nivel mundial (110,111). Ello está en consonancia con la conceptualización de transmisión heterosexual, juicio utilizado en salud pública, donde se designa el riesgo de las mujeres a contraer la infección por VIH, invisibilizando las diferencias entre hombres y mujeres.

En otro orden de ideas, organismos mundiales como la OMS iniciaron un camino de visibilización de la mujer que vive con el VIH (MVVIH), acuñando el concepto de *feminización del sida* al considerar la vulnerabilidad de la mujer frente a la infección por VIH (112). En este marco, la feminización como concepto, utilizado en teorías feministas y en estudios sobre la realidad social de la mujer, describe y pone de manifiesto las desigualdades sociales, combinando la vulnerabilidad biológica y la subordinación social (113), confirmando que la desigualdad siempre lleva implícita la generación de estigma y discriminación como producto. Adicionalmente, hay que señalar que el concepto de *feminización* surge además al considerar a la mujer un vector del VIH, tanto por la transmisión vertical como

por las mujeres trabajadoras sexuales, de las cuales los hombres, en su día, *debían protegerse* (114, 115). Consecuentemente, estos dos grandes grupos (mujeres embarazadas y trabajadoras sexuales) fueron objetivos para la realización de pruebas diagnósticas del VIH, criminalizándolas y obviando al hombre, excluyéndolo de su responsabilidad (114, 115). Es a partir de este momento cuando las teorías feministas argumentan la mayor vulnerabilidad de la mujer frente a la del hombre (111). Poniendo atención a este argumento, y tal como se ha mencionado en el apartado anterior, la mujer se ha enfrentado a una doble visión, por un lado la susceptibilidad biológica para contraer la infección, y, por otro, la invisibilidad social, añadiendo otros factores, como la violencia doméstica, las desigualdades de género o las migraciones (112-115). Todo ello alimentado por los discursos políticos y sociales actuales y con una discreta o nula apariencia de cambio.

Es por ello que reiterar la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH, y sobre todo si se considera como parte de un grupo de riesgo (mujer y PVVIH), puede acabar señalando a estas como individuos incapaces o dependientes en un sistema donde se presenta el binomio vulnerabilidad/invulnerabilidad (116,117). En este sentido, colocar a la mujer en una situación de indefensión podría significar exclusión social, discriminación y estigma, atentando al concepto y derecho de igualdad. Ello está en consonancia con la teoría de la vulnerabilidad de Fineman (118), la cual aboga por un cambio de paradigma alternativo a las etiquetas de *grupos o poblaciones vulnerables*, ya que considera la etiqueta en sí un atributo discriminatorio y estigmatizante.

1.2.4 Vulnerabilidad vs resiliencia

La mayoría de las definiciones sobre la vulnerabilidad van dirigidas hacia la fragilidad, la probabilidad de riesgo o como *debilidad interna para afrontar los cambios*, haciendo referencia al afrontamiento individual de adversidades o imprevistos (119). La fragilidad denota indefensión, lo que asegura que delante de un proceso, situación, grupo o persona vulnerable, existe su opuesto, la fortaleza y la protección, donde el binomio vulnerabilidad/invulnerabilidad sigue presente. Adentrarse en el *paradigma de la vulnerabilidad* o el *paradigma de igualdad*, usado de forma creciente en los discursos políticos y de derechos humanos tanto de la Unión Europea (UE) como en los EE.UU. (120, 121),

utilizando los términos *vulnerabilidad* y *grupos vulnerables*, no es más que, como diría Foucault (91), la creación de una nueva forma de dominación. Dominio de personas o grupos a través de instituciones sociales y discursos, que podrían derivar en prácticas reales de exclusión social. En este marco, cuando se revisan estudios y artículos publicados, se hace especial mención a la vulnerabilidad; la vulnerabilidad viene rodeada de carencias, dificultades sociales y riesgos que dirigen a la persona o grupo a la exclusión, produciendo estereotipos, estigma y discriminación que acaban influyendo en el desempoderamiento individual o colectivo (91, 122).

En el contexto social actual, y reiterando lo ya comentado, ser mujer continúa llevando implícito connotaciones de vulnerabilidad, discriminación y desigualdad. La evidencia científica así lo demuestra, reafirmando la relación entre vulnerabilidad y riesgo de exclusión social: *La diferencia que alterniza a una persona o a un grupo social, que hace de ellos objeto de exclusión-marginación, discriminación, segregación o estigma, no está antes, sino después de la diferenciación que, presumiendo haberla encontrado, ha sido ella la que la ha generado* (123). Es más, para Fernández Martorell (124) la diferenciación en sí implica la creación del modelo o *molde sexo*, propiciando la jerarquización de hombres sobre mujeres (125).

Socialmente, a la mujer que vive con el VIH se la considera transgresora de las normas sociales y por tanto esta trasgresión debe ser *castigada*, tal y como algunos actores sociales afirman: *“Tienen lo que se merecen”* (126). La interpretación de la infección y/o enfermedad como castigo contribuye, además, a aumentar la carga de culpa (98). Creencias como esta son las que alimentan el estigma y la discriminación en esta pandemia, que tal y como Parker sostiene, no es más que un constructo social y contextual (127). La confluencia de todo ello dirige a la mujer a identificarse como un grupo vulnerable, indefenso, que necesita protección, favoreciendo discursos y prácticas excluyentes, tanto por parte de instituciones que simbolizan el poder como por parte de las mismas afectadas (128).

Sin embargo, en contraposición a todo ello, se encuentra un nuevo concepto, la resiliencia [ver tabla 5]. Este concepto, definido como *la capacidad de superar una adversidad, la resistencia a la misma y la capacidad de reconstruirse* (129),

permite el desarrollo, la innovación y la evolución (130) y alienta a potenciar las fortalezas individuales y colectivas, utilizando como herramienta estrategias preventivas con enfoques resilientes y de empoderamiento (131). Asimismo, las características principales de la resiliencia indicarían, según Harvey (132), la capacidad de resiliencia individual:

- a. Control del proceso de recuerdo de las experiencias traumáticas.
- b. Integración de la memoria y los afectos.
- c. Regulación de los afectos en relación al trauma.
- d. Dominio de la sintomatología.
- e. Autoestima.
- f. Cohesión interna (pensamientos, afectos y acciones).
- g. Establecimiento de vínculos seguros.
- h. Comprensión del impacto del trauma.
- i. Elaboración de un significado positivo.

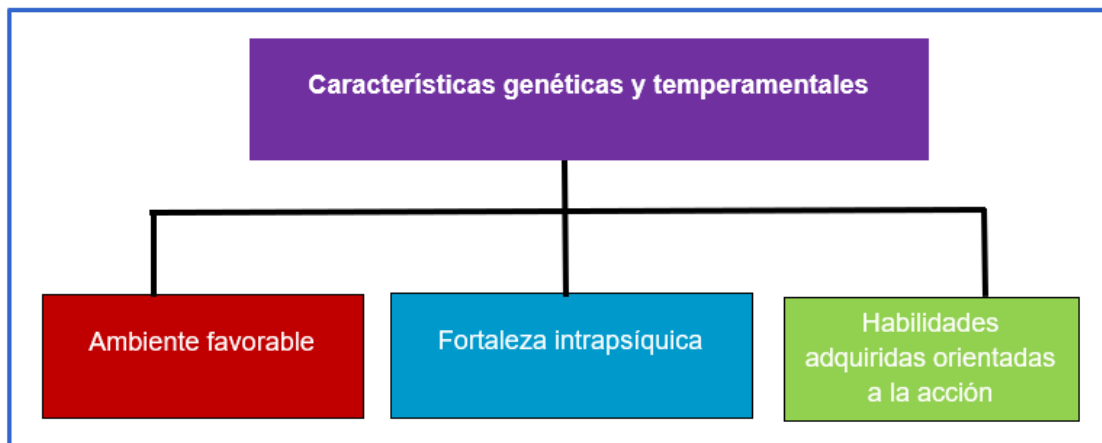
Tabla 5. Diferencias entre resiliencia y vulnerabilidad.

RESILIENCIA	VULNERABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad del ser humano para superar una adversidad. ● Capacidad de reconstruirse. ● Habilidad de adaptación. ● Capacidad de aprender de los errores. ● Incrementa el resultado positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Susceptibilidad de ser dañado. ● Inseguridad o indefensión. ● Incrementa el resultado negativo.

Fuente: 101, 129, 132.

Se han descrito diferentes modelos teóricos sobre la resiliencia. Uno de los más recientes es el Modelo Triádico de Resiliencia, el cual trata de organizar los factores resilientes en tres niveles: factores individuales, familiares y del entorno (133). [ver gráfico 10] Este modelo, vinculado al modelo de prevención, considera la vulnerabilidad, a priori, ante un acontecimiento que puede causar daño, pero que todo ser humano posee la capacidad de hacer frente a las adversidades y transformarlas (133,134).

Gráfico 10. Modelo Triádico de Resiliencia.



Fuente: 133,135

En este sentido, Vanistendael (134) sostiene que la mayoría de las personas se enfrentan o se han enfrentado a situaciones difíciles sin necesidad de intervención profesional para su superación. Sin embargo, no debe confundirse la habilidad de adaptación, de resurgir y de reconstruirse con ser invulnerable. Frente a la resiliencia, no hay invulnerabilidad.

En el caso de la mujer y el VIH, partiendo del objetivo de construir resiliencia en lugar de manifestar vulnerabilidad, se podría considerar que las campañas preventivas no deberían basarse exclusivamente en el riesgo. Si se insiste en el riesgo, las consecuencias pueden ser no solamente la exageración de dicho riesgo, sino que se puede acabar por acusar a las víctimas, culpabilizándolas de su situación (102), devolviéndolas, por ello, a su esfera de vulnerabilidad y necesidad de protección. Por esta razón, culpabilizar puede llegar a ser sinónimo de estigmatizar. Hay que señalar que el estigma está relacionado con la construcción conceptual a nivel del imaginario social, mientras que la discriminación sería la parte de acción al estigma (136, 137). En este sentido, cobra importancia la perspectiva de la resiliencia en las estrategias preventivas y profesionales, no focalizando la intervención en los síntomas, sino en abordar holísticamente todas las dimensiones de la persona, incidiendo en sus potencialidades (138). En definitiva, es necesario un cambio en la mirada, un cambio de rumbo en los mensajes dirigidos a la prevención, donde se refuerce

la resiliencia y no la vulnerabilidad o la vulnerabilidad potencial y donde los resultados concluyan con afrontamientos positivos colectivos e individuales.

1.2.5 La interseccionalidad como paradigma. *Más allá de soy feminista.*

1.2.5.1 El feminismo como concepto

El feminismo, entendido como la promoción de la igualdad entre sexos, no está exento de cierta dificultad si el objetivo es obtener una definición que desemboque en la comprensión de los diferentes discursos, más allá de una simple declaración de intenciones de *soy feminista*.

Casares, en 1942 (139), bajo una mirada androcentrista, fruto del contexto social del momento, incluyó en el Diccionario Ideológico de la Lengua Española la siguiente definición de feminismo:

Una doctrina social que concede a la mujer igual capacidad y los mismos derechos que a los hombres.

La evolución del mismo concepto, producto del constructo social y cultural identitario de la mujer, desembocó en definiciones en las que se incluyeron otras consideraciones como la desigualdad, la opresión o la discriminación real y no exclusivamente la sentida. En este sentido, Sau (140), importante activista feminista, escribió:

El feminismo es un movimiento social y político que se inicia formalmente a finales del siglo XVIII y que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación y explotación de que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado bajo sus distintas fases históricas de modelo de producción, lo cual las mueve a la acción para la liberación de su sexo con todas las transformaciones de la sociedad que aquélla requiera.

Históricamente, el movimiento feminista, se originó como respuesta a las desigualdades políticas y sociales, las cuales no eran reconocidas como tal en sus inicios. Este movimiento, se puede considerar como una de las acciones más

importantes llevadas a cabo por mujeres, iniciándose de modo formal a finales del siglo XVIII. En España, algo más tarde que en EE.UU. y en el resto de Europa, surgen las primeras activistas a finales del siglo XIX. Las acciones llevadas a cabo por estos movimientos iniciaron un camino hacia la visibilización de la mujer dentro de la sociedad y un duro y arduo periplo hacia la no discriminación ni estigmatización de las mujeres, enfatizando en la igualdad de derechos civiles y sociales y el respeto a los valores democráticos bajo un paraguas liberador para la mujer (141). En este sentido, cabe subrayar, que el movimiento feminista es un movimiento de carácter dinámico y cambiante, adaptándose a cada contexto social a lo largo de su historia como ideología liberal. En este marco, una de las mujeres que han liderado uno de los movimientos feministas en Europa en la segunda mitad del siglo XX fue De Beauvoir. Esta mujer, defensora del feminismo de la igualdad, tiene en cuenta que el rol de la mujer no es más que una construcción social, llevando a la fama una de sus contundentes afirmaciones: *mujer no se nace, se hace* (87).

Por otra parte, es fácil encontrar discursos en que el sexo se entiende como un concepto más biologicista, designando las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres y que, por supuesto, se asocian a su capacidad de procreación. Lagarde (142) alertó sobre la confusión entre feminismo y género, utilizándose como conceptos equivalentes, interpretando que solo tienen cabida las experiencias de mujeres, excluyendo al género masculino del concepto. Según este pensamiento se puede entender la biología como algo estático e inamovible, algo que ya nos viene dado. En contraposición a ello, Butler (89) propone un discurso subversivo: *Quizás esta construcción llamada sexo está tan culturalmente construida como el género, de hecho, tal vez siempre fue género, con la consecuencia de que la distinción entre sexo y género no existe como tal*. En definitiva, para Butler, definir sexo y sexualidad debe hacerse en términos culturales, de construcción cultural y no al revés, como encontramos en la mayoría de los autores, en cuyos discursos, a los que estamos más que acostumbrados, definen al hombre y a la mujer en función de su genitalidad, siendo esta la que condiciona las funciones sociales. En consecuencia, las relaciones de género siguen siendo de jerarquización y dominio del hombre sobre las mujeres. En este sentido, la femineidad siempre se

ha vinculado a la pasividad, mientras que la masculinidad hace referencia a la acción y al poder, actitudes que son las que se espera dentro de la realidad social construida (90). Con el propósito de romper roles y estereotipos, autoras como Butler (143) hicieron afirmaciones como esta:

El simbolismo del futuro será aquel en que la feminidad tenga múltiples posibilidades, cuando sea liberada de la exigencia de ser una sola cosa o de cumplir una sola norma, la norma creada para ella a través de medios falocéntricos.

En este marco, Foucault (144), filósofo que tuvo cierta influencia en algunas teorías feministas y en la obra de Butler también, sostiene que el cuerpo es también algo más que el determinismo biológico. Su interpretación del cuerpo se basa en considerarlo como un objeto de poder, defendiendo que la biología en sí misma ya no es considerada una limitación. En este sentido, Foucault definió y desarrolló el concepto del *bio-poder*, argumentando cómo la modernidad y la expansión de las nuevas tecnologías se han utilizado como herramientas de control social a través del cuerpo. Dicho en palabras suyas y haciendo referencia a la modernidad: *Explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar a los cuerpos y controlar la población* (145). En concordancia a la esencia del concepto de *bio-poder*, Foucault (91) atribuyó las relaciones de poder a las relaciones entre géneros masculinos y femeninos: *Se ha intentado durante mucho tiempo fijar a las mujeres a su sexualidad. “No sois más que vuestro sexo”, se les decía hace siglos. Y este sexo, añadían los médicos, es frágil, casi siempre enfermo y casi siempre causa de enfermedad. Sois la enfermedad del hombre.* Y aunque estas palabras pertenecen al siglo XVIII, no distan de algunos discursos moralistas instaurados al inicio de la pandemia del VIH y, posiblemente, aún presentes en la actualidad, considerando a las mujeres trabajadoras sexuales, o con parejas sexuales diversas, *culpables* de la enfermedad de los hombres; o en la transmisión vertical, *culpando* también a la mujer como transmisora de la infección.

Por otra parte, y en relación con los discursos de poder en consonancia con la filosofía de Foucault, se pueden percibir a día de hoy mensajes de vulnerabilidad alrededor de la mujer y a la imagen que se da de ellas. Un ejemplo de ello es la

campaña divulgada en el 2015 por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género en España, con el título *[Dale una bofetada](#)*, protagonizada por niños. Con el mensaje de esta campaña, se asocia ser niño al cumplimiento de sueños futuros, mientras que ser niña se asocia a la belleza, a lo bonito, a lo que no se rompe, sin expresar anhelos futuros. En definitiva, se insta de nuevo a la vulnerabilidad femenina, dando poder y fuerza a la acción masculina. Una imagen más de la sociedad patriarcal y androcentrista.

1.2.5.2 Los estudios de género y la interseccionalidad

Como producto de las teorías feministas, nacen los *Gender Studies*. Este término anglosajón da nombre a los estudios de género interdisciplinarios iniciados sobre los años 50 desde la disciplina de la sociología, pero no fue hasta finales de los 60 y principios de los 70, de la mano de feministas académicas de distintas disciplinas: filosofía, economía, derecho, el psicoanálisis o la antropología, cuando iniciaron la construcción del cuerpo teórico alrededor del género en Estados Unidos y Europa principalmente (146). En los *Gender Studies*, el objeto de estudio puede ser diverso, dependiendo del enfoque teórico, la disciplina que lo realiza y la metodología a utilizar. Y aunque es habitual encontrar estudios donde el objeto es la problemática de la mujer en una sociedad estereotipada y androcéntrica (147-149), Larbalestier (150) rompió con la idea de protagonizar en los *Gender Studies* la inclusión de la mujer como víctima del sistema patriarcal, desde una situación de re-acción, en lugar de situar la mujer en el marco de la pro-actividad.

Por otra parte, el género parece ser un fenómeno multidimensional, lo que precisa de un enfoque interseccional como una nueva forma de concebir e interpretar la realidad social. Esta nueva visión comprende investigar sobre la dinámica entre diferentes identidades, es decir, la diversidad de ser mujer junto a sus representaciones y la conexión a los sistemas de opresión (151). Crenshaw (152) acuñó el concepto de interseccionalidad en 1989, definiéndolo así:

El fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

No obstante, lo que hoy se conoce como interseccionalidad como eje de algunas teorías feministas y estudios de género, se tiene conocimiento de situaciones en las que predominó este concepto anterior a la definición de Crenshaw, como el paralelismo descrito por De Gouges (153) en 1791, entre la opresión ejercida por el imperio colonial con el poder patriarcal y la correspondencia entre esclavos y mujeres, respectivamente. En este sentido y enmarcado en lo que pasó a llamarse el *Black feminism*, la intención de Crenshaw fue conceptualizar la interseccionalidad desde el derecho, algo práctico que pudiera contribuir al análisis de situaciones de desigualdad concreta. Para Brah y Phoenix (154), la primera intención de Crenshaw dista de lo que hoy es la interseccionalidad, un concepto absorbido por el feminismo cuando el objetivo es tratar sobre plurales identidades y desigualdades. Posteriormente, en 1990, Hill-Collins (155) designó la interseccionalidad como un nuevo paradigma, el cual permite el análisis sobre desigualdades e injusticias sociales. Hill-Collins lo definió como:

*Una forma de comprender y analizar la complejidad en el mundo,
en las personas y en las experiencias humanas.*

Una condición causante de desigualdad e injusticia es el estigma. Del Hoyo (156) reflexiona sobre el estigma como mecanismo de poder. En su razonamiento, y siguiendo a Juliano (157), el estigma *se corresponde con lo que daña el orden de convivencia, lo que cuestiona los roles establecidos*). En este sentido, Phelan et al. (158) contribuyen a interpretar el estigma como una herramienta capaz de normalizar una sociedad, bajo la *expulsión* de las poblaciones consideradas *peligrosas*. En concordancia a ello, el estigma ha pasado a ser, tal y como lo describe Tyler (159), un castigo y violencia simbólica al margen del sistema punitivo. En consecuencia, el estigma se puede considerar un sistema de poder y control social, por lo que Del Hoyo (156) invita a interpretar el estigma en el marco de la matriz de dominación propuesta por Hill-Collins, analizar los discursos sociopolíticos e institucionales, los estigmas sociales y paralelamente analizar las estructuras de los sistemas de poder [ver gráfico 11].

Gráfico 11. Consecuencias del poder y categorías de diferenciación social.



Fuente: 155, 156

Según este planteamiento, Crenshaw alega la doble discriminación: ser mujer y de raza negra. Esta discriminación contiene puntos en común con la presente tesis, adoptando como punto de partida la situación de ser mujer y vivir con el VIH en el escenario y contexto actual. La diferencia radica, además, en tener en cuenta los sistemas de opresión, algo que Crenshaw (152) no tuvo en cuenta ni se cuestionó en su día. Por ende, hay que considerar la interseccionalidad, como paradigma de investigación en temas de salud pública y género, cuerpo teórico cada vez más en auge (160-162). En definitiva, elegir como paradigma de investigación la interseccionalidad en los estudios basados en experiencias de mujeres que viven con VIH sería una forma de ampliar la comprensión del estigma y discriminación experimentadas por estas mujeres, al analizar en profundidad la correlación con los sistemas de poder opresivos y simbólicamente *castigadores*, como parte también de la realidad social.

1.3 LAS CAMPAÑAS PUBLICITARIAS DE PREVENCIÓN

1.3.1 Las representaciones sociales. Una aproximación al concepto

Después de casi 40 años desde el inicio de la pandemia del VIH/sida y frente a las PVVIH, se ponen en marcha toda una serie de mecanismos donde surgen las denominadas “representaciones sociales”, para comprender actitudes y comportamientos, aún vigentes en la actualidad: principalmente estigma,

prejuicios, discriminación y miedos que emergen como producto de una construcción en el imaginario social alrededor de este virus. En este sentido y en el marco de las representaciones sociales, cabe señalar la evolución en el tiempo del concepto, además de la existencia de diferentes perspectivas teóricas. Por tanto, no existe una única definición sobre las representaciones sociales (RS), sino que es un tema que necesariamente debe abordarse, desde las distintas concepciones. En virtud de ello, explorar la Teoría de las RS y, en consecuencia, cómo se han construido las redes de significados alrededor del VIH/sida, facilitará la comprensión de cómo, tanto a nivel individual como a nivel social, se interpreta la realidad. Es decir, entender que, según lo que se percibe, así se actúa (163). En relación a ello, es a través de los procesos cognitivos que se pueden reconocer estereotipos que orientan las actitudes, negativas o positivas, constituyendo un sistema de creencias y valores capaces de posicionar las normas sociales que dirigen y la forma en que una sociedad actúa en un determinado proceso. Conocer la dinámica de las representaciones e interacciones sociales es un paso para poder cambiar no solo la representación en sí, sino la práctica social derivada de ella (164). Por tanto, su entendimiento se podría utilizar como recurso en la construcción de una campaña preventiva y de promoción para la salud sexual de la mujer.

1.3.1.1 Evolución del concepto

Siguiendo un orden cronológico, Durkheim (165) determinó el concepto de *representaciones colectivas* con la finalidad de diferenciarlas de las representaciones individuales, poniendo de manifiesto la existencia de un pensamiento social:

(...) los hechos sociales no difieren solo en calidad de hechos psíquicos; tienen otro sustrato, no evolucionan en el mismo medio ni dependen de las mismas condiciones. Esto no significa que no sean también psíquicos de alguna manera, ya que todos consisten en formas de pensar o actuar. Pero los estados de conciencia colectiva son de naturaleza distinta que los estados de conciencia individual; son representaciones de otro tipo: tienen sus leyes propias.

Es decir, la sociedad es la que impone la conciencia colectiva de forma constrictiva. Siguiendo en esta línea, Moscovici (166) afirmó que la sociedad no

es algo externo al individuo, sino que tanto la sociedad y los individuos, juntamente con las representaciones, son construcciones sociales:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos.

A partir del primer planteamiento de las RS de Moscovici, diferentes autores expusieron sus consideraciones, ofreciendo cada uno su versión particular, incluyendo nuevos elementos y donde el engranaje de la comunicación entre individuos juega un papel importante. Farr (1967), siguiendo la línea de Moscovici, afirma:

(...) son sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

En la misma línea, Jodelet (1968) afirma que las RS son:

(...) la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. (...) este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

En definitiva, y como Di Giacomo (1969) incluyó en su definición: *Las RS son las que regulan los comportamientos, individuales y colectivos de un grupo concreto. Así pues, las representaciones producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social.*

La siguiente tabla muestra algunas diferencias del concepto que presentó Durkheim sobre las representaciones colectivas frente a las RS que describen otros autores:

Tabla 6. Representaciones colectivas vs representaciones sociales.

REPRESENTACIONES COLECTIVAS	REPRESENTACIONES SOCIALES
- Son formas de conciencia o pensamiento que la sociedad impone al individuo.	- Son generadas por los sujetos sociales.
- Es compartido por una serie de individuos.	- Hace referencia al carácter significativo.
- Implica la reproducción de la idea social. Imposición externa a la conciencia individual.	- Implica producción y elaboración de carácter social. No impone externamente a la conciencia individual.

Fuente: 165-168

Asimismo, varios autores (168-171) sitúan que las RS siguen una estructura determinada para su construcción, llevándose a cabo dos procesos dinámicos e interrelacionados entre sí: la objetivación y el anclaje,⁷ de manera que una representación construida según este proceso es la que permite dar explicación a los comportamientos y actitudes hacia una determinada situación.

1.3.1.2 Las representaciones sociales y el VIH

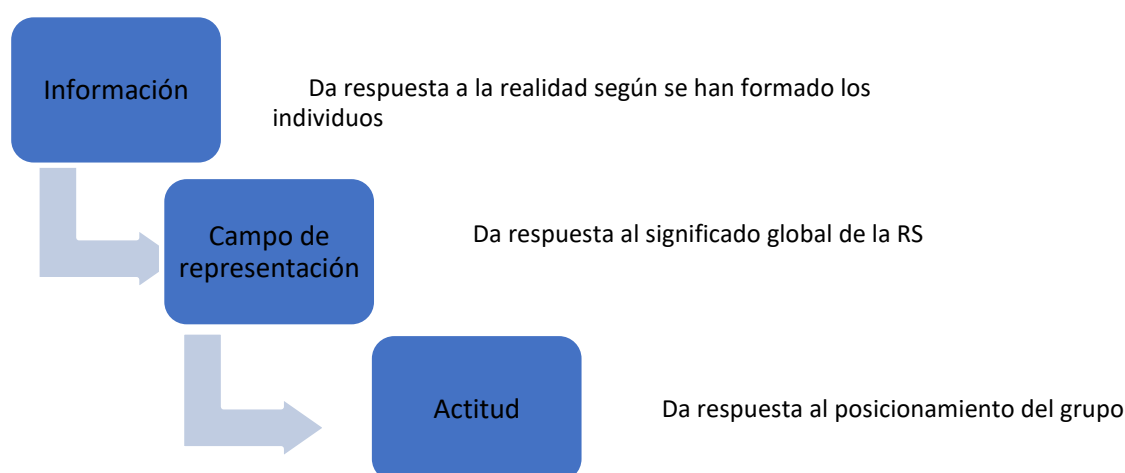
Para entender las RS en la construcción social del VIH, además de tener en cuenta la objetivación y el anclaje en el proceso, ya que son los que orientan los comportamientos, Moscovici (166) describió tres dimensiones a considerar: la información, el campo de representación y la actitud [ver gráfico 12]. En este sentido, las dimensiones pueden complementar la respuesta a la comprensión del contenido y del sentido de las RS, mediante un análisis, con el objetivo de conocer: *qué se sabe, qué se interpreta y cómo se actúa* (172).

- 1. La información:** Hace referencia a los conocimientos que posee un grupo social en relación con un objeto, acontecimiento, situación o fenómeno y cómo organiza estos conocimientos.

⁷ La objetivación hace referencia al proceso de transformación de lo abstracto a lo concreto. Se podría relacionar con visibilizar lo invisible. El anclaje sería el proceso de incorporación de lo extraño al grupo social y donde intervienen las estructuras y esquemas sociales previamente construidos para la elaboración de nuevas representaciones sociales.

2. **El campo de representación:** Esta dimensión integra actitudes, valores, creencias, experiencias y cómo se organizan jerárquicamente en el grupo. Su carácter global dificulta su análisis, sin embargo, identificar esta dimensión señala de cómo se construye la fase de objetivación del contenido. Da valor al significado global de la RS.
3. **La actitud:** Es la dimensión evaluativa, la que refleja el posicionamiento social del grupo frente al fenómeno. Esta orientación puede ser favorable o desfavorable. Fácilmente identificada en los discursos individuales y colectivos, atribuyendo valor y significado a la RS.

Gráfico 12. Las dimensiones de las representaciones sociales.



Fuente: 166, 172

Teniendo en cuenta las dimensiones de las RS y en relación con el VIH/sida, es relevante partir de la base de los comportamientos actitudinales frente a las PVVIH. Las actitudes dirigidas a las PVVIH, básicamente estigmatizantes y discriminatorias, entendidas y definidas por la OMS como creencias negativas, se han podido observar en entornos laborales, educativos o sanitarios (173). Estas actitudes perduran en la actualidad a nivel social e incluso en el mismo entorno sanitario (174). Enfatizar en que la construcción del estigma y la discriminación tienen, en la base, sentimientos de miedo a lo desconocido, ansiedad y sobre todo la percepción de ser una *enfermedad inmoral* como resultado de conductas reprobables (175).

Consecuentemente a ello, algunos estudios concluyen que los conocimientos sobre el VIH y mecanismos de transmisión y, por ende, de prevención, son óptimos (176, 177). No obstante, sigue existiendo desconocimiento en relación con la transmisión del VIH a través de algunos fluidos corporales no sexuales, picaduras de mosquitos o uso de baños públicos (177). En este sentido, la también baja percepción del riesgo, con actitudes comportamentales inseguras, ha quedado demostrada cuando se asocia a un déficit de conocimientos (178, 179). Finalmente, hay que subrayar que, al fin y al cabo, son las RS y no los conocimientos adquiridos sobre el VIH los que dirigen las actitudes y comportamientos (180).

1.3.2 Prevención y comunicación. Las redes sociales

En estos tiempos en que la tecnología evoluciona a una velocidad vertiginosa, trasladando los medios tradicionales de comunicación al concepto de medios de difusión interactivos y dinámicos, las redes sociales despuntan en este nuevo paradigma de comunicación como una herramienta de entretenimiento, información y conocimiento (181, 182). El concepto de red social como tal fue definido desde la antropología y la sociología como una estructura social formada por individuos con la presencia de relaciones interpersonales entre ellos, unidos por valores y creencias compartidos y donde, además, la interacción entre individuos construye una realidad social (181, 182). En este sentido, es importante considerar la relevancia para los individuos del sentido de pertenencia a un grupo social externo y distinto al grupo familiar (183).

Trasladando el concepto de red social a la actualidad, observamos cómo se abren nuevos horizontes de comunicación y formas de interacción a través de las plataformas virtuales. Estas plataformas virtuales permiten y facilitan la interacción y comunicación no solamente con amigos y conocidos del entorno habitual individual, sino con usuarios con los que se pueden compartir intereses similares (184). Estos intereses pueden ser de entretenimiento, científicos, de negocio, de educación o incluso de carácter sexual, facilitando contactos virtuales entre individuos desde cualquier parte del mundo (185). Por tanto, es innegable cómo las redes sociales han impactado de forma significativa en la población, influyendo tanto a nivel de relaciones personales e interpersonales como en el ámbito científico (186).

A nivel mundial, las redes sociales con más consumo por internautas son Facebook, YouTube, Instagram y TikTok, en este orden, añadiendo a continuación LinkedIn y Twitter (187, 188). En España y según el último estudio sobre Redes Sociales (RRSS) realizado por la Interactive Advertising Bureau (IAB), más del 85% de internautas utiliza una o varias redes sociales, incluyendo nuevas plataformas en ascenso como TikTok o Twitch (189). Por otra parte, es necesario enfatizar la facilidad de acceso a las RRSS, puesto que el 99% de los internautas acceden desde *smartphones*, seguido de *tablets* y, en menor medida, ordenadores de mesa (187).

Actualmente, en redes sociales como Facebook, Twitter o Instagram, entre otras, se ha normalizado en nuestro contexto la presencia de revistas de carácter científico, colegios profesionales (médicos o de enfermería) o asociaciones médicas, como la Asociación de Pediatría y la de Medicina Familiar, por poner algunos ejemplos, tanto a nivel nacional como internacional. Ello repercute en la consecución de respuestas inmediatas ante cualquier duda y a una mayor difusión de conocimientos de carácter inclusivo, es decir, todo el mundo tiene acceso. Por tanto, y teniendo en cuenta esta consideración, no se debe olvidar la necesidad de tener en cuenta la calidad en las publicaciones (190, 191), ya que no toda la población tiene la capacidad de discernir entre lo válido y lo que no lo es. Por ende, en las RRSS, los temas relacionados con la salud se han hecho un hueco para la difusión de informaciones dirigidas tanto a colectivos específicos como a profesionales de la salud, además de campañas y recomendaciones dirigidas a la población en general, enfocadas a la mejora de la salud. Por tanto, los medios de comunicación masiva, o *mass media*, se utilizan hoy en día con objetivos educativos, preventivos o como intercambio de conocimientos entre profesionales (192). A este respecto, los medios masivos de comunicación y las redes sociales pueden considerarse instrumentos poderosos utilizados para la divulgación de mensajes con el objetivo de promover la salud y, en consecuencia, cambiar actitudes, prácticas y comportamientos.

A día de hoy, los medios de comunicación masiva tradicionales como la prensa, la radio o la televisión son utilizados ampliamente para la difusión de mensajes relacionados con cambios de hábitos de vida y prevención de la salud y han

demostrado una efectividad global (193); estos son complementados con las redes sociales, que, además de compartir contenido, permiten la interacción entre personas, favoreciendo la bidireccionalidad y, en consecuencia, la construcción de realidad social a través de la intersubjetividad de los individuos, proyectada a través del lenguaje, en este caso, lenguaje interactivo (194-196). Si bien se ha demostrado la influencia de las redes sociales en el cambio de comportamientos, es necesario tener en cuenta la conformación de identidades, en adolescentes sobre todo, ya que estas actúan como catalizador necesario para sentirse aceptados, si se pertenece a una comunidad virtual (197). Simultáneamente, esta necesidad de pertenencia puede influir tanto en positivo como en negativo. Está documentado cómo un mal uso de las RRSS puede afectar negativamente a la calidad de vida individual, debido a la influencia en la resolución y afrontamiento de la vida cotidiana (198).

En definitiva, poner el acento en el análisis de las RRSS cuando se enfoca el objetivo a la realización de intervenciones de tipo comunitario, con la implementación y evaluación de una campaña de prevención, debería considerarse una actividad prioritaria. Existe evidencia científica que afirma el éxito de intervenciones preventivas donde se han utilizado las RRSS como medio de difusión. Ello se debe a su influencia, a nivel de cambios de comportamiento y de organización social, favoreciendo la participación de profesionales de la salud y expertos durante la implementación de programas, facilitando simultáneamente la colaboración entre participantes y colaboradores y reforzando la cohesión social (199). En consecuencia, se puede obtener información relevante sobre la estructura relacional informal que sustenta la red social y que se podría aprovechar para el desarrollo de intervenciones y programas preventivos enfocados al cambio. Maya y Holgado (199) propusieron 7 estrategias básicas de intervención en red ampliadas a las ya propuestas por Thomas-Valente (200) en el 2012, contextualizando el análisis en el núcleo de la investigación-acción [ver tabla 7].

Tabla 7: Propuestas de análisis para estrategias básicas de intervención.

Propuesta Thomas-Valente (2012)	Propuesta Maya y Holgado (2016)
identificar individuos (llamados nodos dentro de la red) que se seleccionan en base a algunas propiedades de la red.	identificar personas clave en las campañas de prevención y promoción comunitaria.
segmentación , en la que la intervención se dirige a grupos de personas.	segmentar la red en grupos naturales que inciden en las normas de comportamiento.
inducción , en la que se produce la excitación de la red de manera que se activan nuevas interacciones entre personas (enlaces en la red) provocando la difusión en cascada.	monitorizar la colaboración entre organizaciones en las coaliciones comunitarias.
modificación , intervenciones que cambian la red.	promover dinámicas participativas de cambio comunitario.
	evaluar la interacción en grupos de apoyo y autoayuda.
	diagnosticar las diferencias individuales en la composición y la estructura de las relaciones interpersonales.
	describir la implementación de programas.

Fuente: 199, 200

En base a lo descrito, se corrobora la necesidad prioritaria de realizar un análisis previo a la implementación de una actividad preventiva dirigida al cambio de actitudes y comportamientos, con el objetivo de diseñar una intervención eficaz, además de monitorizar y evaluar la implementación de programas en RRSS (199, 200). En este sentido, hay que tener presente la resistencia al cambio, teoría descrita ampliamente por su pionero Lewin (201). El desarrollo del Modelo de Cambio de Lewin puede orientar también el diseño de intervenciones, utilizando las herramientas que este filósofo estadounidense propone durante la evolución de las 3 etapas: *unfreezing, changing and refreezing* (descongelamiento, cambio y congelamiento) para enfocar el proceso de cambio

comportamental deseado, como resultado final de una campaña de prevención difundida en medios de comunicación masiva, incluidas las RRSS.

1.3.3 Marketing social

La promoción de la salud (PS), tal y como se definió en la Carta de Ottawa en 1986 (202), pone en relevancia que es *el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore*. Para ello, se presentaron estrategias a desarrollar, con el objetivo de avanzar de forma significativa en la PS a nivel global. Posteriormente, en la Carta de Yakarta, en 1997 (203), centrada en la PS hacia el siglo XXI, se identificaron 5 prioridades a tener en cuenta [ver tabla 8].

Tabla 8. Estrategias y prioridades según la Carta de Ottawa y Yakarta.

Estrategias Carta de Ottawa	Prioridades Carta de Yakarta
	1. Promover la responsabilidad social en materia de salud.
1. Políticas de Salud Pública adecuadas.	2. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
2. Crear entornos saludables.	3. Ampliar y consolidar las formaciones de alianzas en pro de la salud.
3. Reforzar la acción comunitaria.	4. Aumentar la inversión en el desarrollo de la salud.
4. Desarrollar aptitudes personales. Educación para la Salud.	5. Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
5. Reorientación de los servicios sanitarios.	

Fuente: 202, 203.

A partir de aquí, se han ido sucediendo diversos encuentros con la adquisición de nuevos compromisos:

- **Declaración de México, 2000** (204): posicionar la promoción de la salud como una estrategia fundamental en la agenda política y de desarrollo de los países.

- **Carta de Bangkok, 2005** (205): abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado.
- **Nairobi, 2009** (206): se establecen más de 70 acciones encaminadas a subsanar las deficiencias en la promoción de la salud.
- **Helsinki, 2013** (207): incorporar la salud y la equidad en salud en sus agendas políticas para avanzar en estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia de Salud en Todas las Políticas (STP).
- **Shanghai, 2016** (208): adoptar políticas audaces en pro de la salud, fortaleciendo los vínculos entre la salud, el bienestar y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En consonancia a los compromisos adquiridos, es fundamental destacar la conceptualización sobre la Salud Comunitaria (SC), entendida en nuestro contexto, como las *acciones que se realizan con el objetivo de mejorar la salud de la comunidad* (209). Por ello, la SC puede depender del ámbito de la Atención Primaria (AP), enfocando la PS y la educación para la salud en el empoderamiento individual y colectivo, comprendiendo cada proceso de salud y responsabilizándose de los cambios de conductas y estilos de vida, sin excluir determinantes sociales y estructurales influyentes en la salud (209).

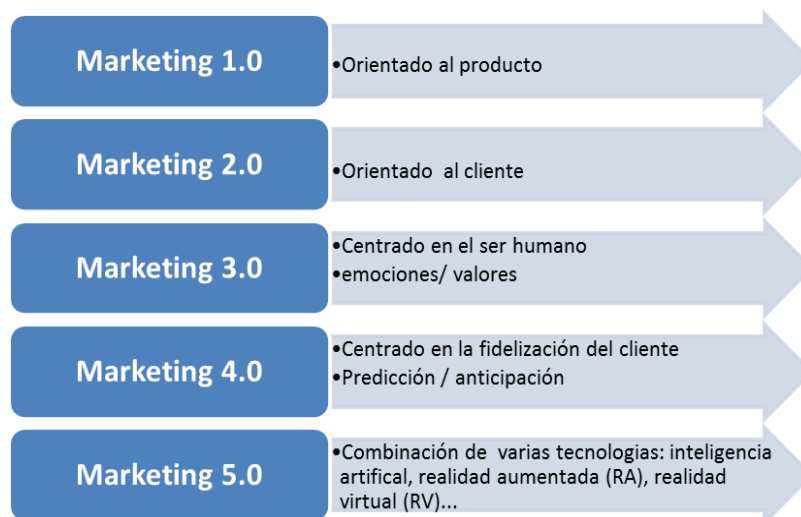
Afín a todo ello, y derivado de la Carta de Ottawa, es esencial implicar a diferentes actores en la PS. Además de incluir a gobiernos, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), sectores sociales y económicos, entre otros, los medios de comunicación protagonizan un papel importante en la PS simultáneamente a la responsabilidad de profesionales sanitarios y sociales (202). En definitiva, es aquí donde el marketing social cobra protagonismo.

El marketing social es una herramienta utilizada para la PS y la educación sanitaria (ES), con el objetivo de influir en los comportamientos y actitudes dirigidos a temas sociales y de salud, favoreciendo a la sociedad y sin ánimo de lucro (210). Por tanto, el marketing social se ha creado bajo el prisma de la mercadotecnia, utilizando las técnicas de marketing para *el análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para promover*

la aceptación, modificación, rechazo o abandono del comportamiento voluntario de las personas con el fin de ayudarles a mejorar su propio bienestar y el de su sociedad (211).

En el contexto actual, donde los avances tecnológicos han evolucionado a un ritmo vertiginoso y exponencial, el marketing y su conceptualización también se ha ido adecuando a las nuevas situaciones. Lo que en un inicio se denominó Marketing 1.0, ha progresado hasta lo que hoy se conoce por Marketing 5.0 y cuyo máximo exponente fue de nuevo Kotler. Una transformación que pasa desde el producto como eje central en el Marketing 1.0 al *Next Tech*, concepto en el que convergen varias tecnologías en el Marketing 5.0 (212-215) [ver gráfico 13].

Gráfico 13. Del marketing 1.0 al marketing 5.0.



Fuente: 212-215

Cabe considerar el inicio del cambio con el Marketing 4.0, donde, según Kotler, convergen el marketing tradicional y el marketing digital, aunque no fue hasta la reciente pandemia del COVID-19, donde la necesidad de la digitalización obligó a una rápida adaptación y creación del Marketing 5.0, definido como (215):

La aplicación de tecnologías que imitan al ser humano para crear, comunicar, ofrecer y mejorar el valor a lo largo del recorrido del cliente.

En consecuencia, tal y como ya se ha citado, con el marketing 5.0 aparece un nuevo término, el *Next Tech*, significado que comprende a un grupo de tecnologías como la inteligencia artificial, procesamiento natural del lenguaje,

sensores, robótica, realidad aumentada (RA), realidad virtual (RV), internet de las cosas o el *blockchain*, con el principal objetivo de reproducir capacidades humanas (215).

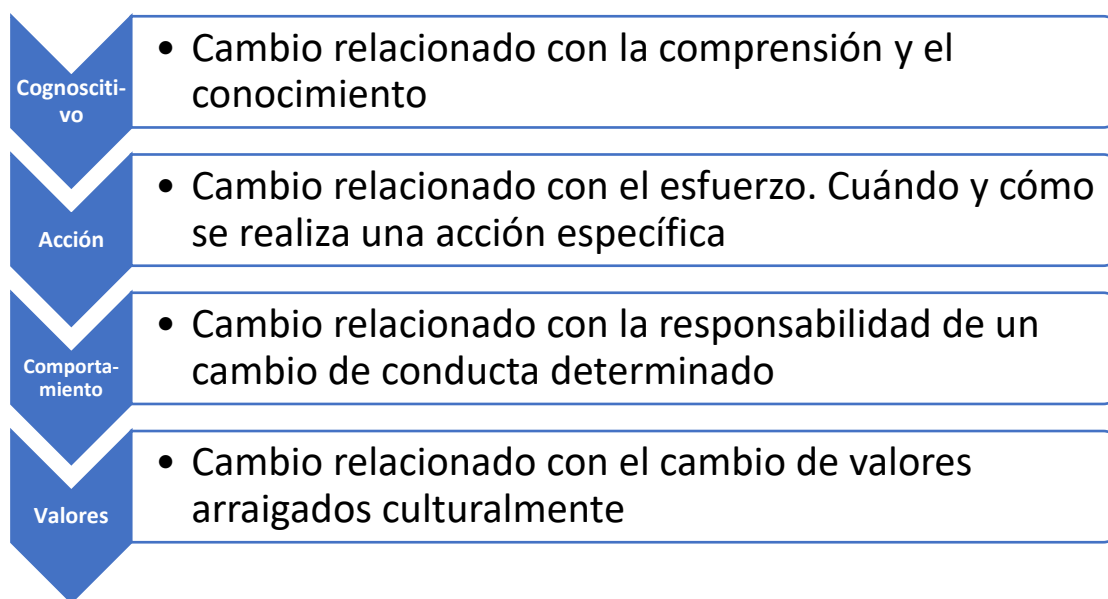
Adicionalmente, algunos autores concluyeron en sus investigaciones la importancia de las emociones en las decisiones del consumidor (216-218), contemplando una nueva disciplina, el *neuromarketing*. Esta nueva visión, entendida como un nuevo campo interdisciplinario, con la convergencia de neurociencia y psicología, se centra en el propósito de considerar las respuestas cognitivas y emocionales, que influyen en la decisión final del consumidor, es decir, comprender el comportamiento del consumidor frente a los estímulos del marketing (218, 219). En la actualidad, algunos autores consideran el neuromarketing como una técnica complementaria a las técnicas de estudio más tradicionales del marketing, sin ser excluyentes o sustitutivas una de la otra (220, 221). Dada la relevancia actual del neuromarketing en combinación con las neurociencias en publicidad, se dedicará un apartado exclusivo al tema más adelante.

1.3.3.1 Inicio y desarrollo del marketing social

Tal y como ya se ha definido previamente, el marketing social es una herramienta utilizada para la gestión de un cambio social. Kotler y Zaltman (210) definieron en 1971 el marketing social como: *el diseño, implementación y control de programas pensados para influir en la aceptación de ideas sociales, implicando consideraciones de planificación de producto, precio, comunicación, distribución e investigación de mercados*, añadiendo en 1992, junto a Levitt, la utilización de las estrategias del marketing para conseguir el objetivo de cambiar comportamientos a nivel social (222). En el 2002, Morgan y Voola (223) afirmaron que el marketing social pone el acento en ayudar a resolver problemas sociales. Ello está en consonancia con otros autores (224, 225), aunque adicionalmente señalaron que la implicación de las empresas con el marketing social se dirige más al objetivo de ofrecer una imagen positiva empresarial que no a cambiar comportamientos colectivos con el fin de solucionar problemas sociales. En definitiva, no deja de ser una estrategia más de negocio y promoción de la misma empresa que no un real compromiso con una causa social.

Por otra parte, cuando el objetivo es un cambio social, las creencias y valores sociales pueden estar profundamente arraigados al imaginario individual y colectivo. En este sentido, Lambin (226) contempló 4 niveles de influencia relacionados con el cambio social para dar respuesta a la complejidad implícita en el marketing social como estrategia [ver gráfico 14].

Gráfico 14. Niveles de cambio en la estrategia de marketing social.



Fuente: 226

En este sentido, entendiendo que la característica principal del marketing social es la influencia en la población o audiencia objetivo para cambiar comportamientos, es fundamental mencionar que el marketing social, al igual que el marketing comercial, está determinado bajo la influencia de 4 elementos básicos. Estos elementos, relacionados entre sí, fueron definidos por Mc Carthy (227) en 1960, como parte del Mix Marketing Social⁸ y haciendo referencia a las 4 Ps:

1. Producto (*product*): Idea, producto, servicio.
2. Precio (*price*): Costes.
3. Plaza (*place*) o distribución: Canales por donde se va a vender el producto o servicio.

⁸ El concepto de Mix Marketing fue acuñado por Neil Borden en la década de 1950, incluyendo 12 variables interrelacionadas (275). Posteriormente, Mc Carthy propuso reducir de 12 variables a 4. Fueron las denominadas 4 Ps (33).

4. Promoción (*promotion*): Estrategias para dar a conocer el producto o servicio.

En base a este nuevo paradigma, Boom y Bitner (228) añadieron a las 4 Ps iniciales otras 3, para posteriormente Kotler, a finales de los 90, añadir una cuarta, dando lugar a lo que hoy se conoce como las 8 Ps del Marketing Mix enfocado a la mercadotecnia de servicio, con el fin de cubrir aspectos que dejaba descubiertos el primer modelo de las 4 Ps del Marketing Mix (229):

5. Personas (*people*): Personas implicadas en el proceso de marketing.
6. Procesos (*process*): Definición del proceso de principio a fin.
7. Evidencia física (*physical*): Entorno físico, decoración del entorno, empaque.
8. Productividad (*productivity*): Calidad del producto. Máxima eficacia con el mínimo coste.

Siguiendo en esta línea, Weinreich (230) consideró que las Ps del Marketing Mix no son exactamente iguales a las del marketing social, por lo que instó a la ampliación de las primeras 4 Ps con las siguientes, apelando a un nuevo modelo de marketing social (231):

- **Publics:** Haciendo referencia a públicos tanto internos como externos. Estaría en consonancia con la 5.^a P anterior, *People*.
- **Partnership:** Se refiere al conjunto y unión de recursos y esfuerzos comunes entre diversas asociaciones.
- **Policy:** Colaboración con las Administraciones para promocionar un cambio social y/o de comportamientos.
- **Purse Strings:** Considerar fuentes de financiación. Incluir recursos humanos y financieros.

En consideración a lo descrito, para utilizar el marketing social como estrategia en la gestión del cambio, sin un propósito lucrativo pero con un beneficio sociopsicológico, las actividades se pueden realizar en base a la aplicación de los elementos del marketing comercial y del Marketing Mix (231, 232), haciendo mención en la *promoción*, ya que es en este punto donde se incluyen las estrategias y técnicas de comunicación y que lleva implícito la denominada

publicidad social (232). En este sentido, Kotler y Roberto (233) plantearon las siguientes fases a seguir para aplicar un programa de marketing social:

1. Definir los objetivos del cambio social propuesto.
2. Analizar los valores, creencias y actitudes del grupo social.
3. Analizar los procesos de comunicación y distribución.
4. Elaborar un plan de marketing.
5. Construir una organización para ejecutar el plan de marketing.
6. Evaluar y reajustar el plan con el objetivo de que sea más eficaz.

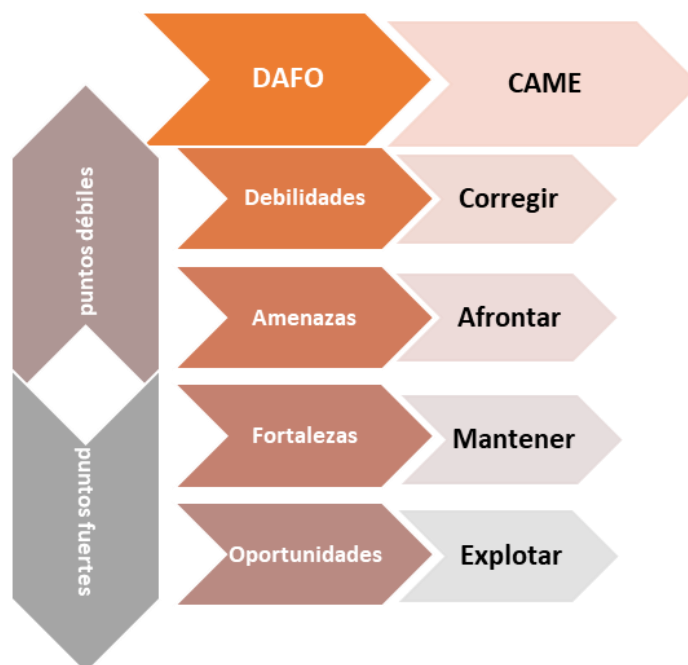
Por tanto, en esta combinación de elementos cabe dar respuesta a interrogantes iniciales como:

- ¿Cuál es el objetivo? ¿Qué se pretende conseguir?
- ¿Qué estrategias se van a utilizar?
- ¿Cómo se va a realizar?
- ¿Cómo se va a evaluar?

Paralelamente, también cobra importancia, dentro del paradigma del marketing, el enfoque hacia el cliente, en este caso la audiencia diana, con un análisis exhaustivo sobre sus necesidades, así como su fidelización. En este sentido, es necesaria la investigación, lo que en marketing se denominaría *investigación de mercado*. Para ello se puede incluir la combinación de diferentes metodologías, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, así como un análisis mediante matrices de DAFO-CAME [gráfico 15] para asegurar, en este caso, el éxito de una campaña de publicidad social (234). En este sentido, utilizar estas herramientas estratégicas de análisis facilitará un mejor conocimiento de la situación inicial, así como el desarrollo del diagnóstico de la misma. Esta herramienta de análisis DAFO, acrónimo formado por las iniciales de las siguientes palabras: *Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades*, es ampliamente utilizada tanto en empresas como en cualquier tipo de organización, enfocada para la toma de decisiones a partir de un proceso de análisis y diagnóstico estructurado (235), tal y como lo definió su autor, Albert S. Humphrey, a partir de una investigación entre 1960 y 1970, y mejorado por Weihrich en 1982 (236). Con ello se consiguen identificar factores internos (debilidades y fortalezas) y externos (amenazas y oportunidades) de la situación analizada. Consecuentemente, la matriz CAME, por sus siglas en inglés: *Correct, Adapt,*

Maintain, Explore (Corregir, Adaptar, Mantener y Explorar), dirige la toma de decisiones a través del planteamiento de acciones enfocadas a un fin.

Gráfico 15. Matriz de análisis DAFO-CAME.



Fuente: 235, 236

1.3.3.2 Campañas de marketing social. A propósito del éxito

La publicidad, como fenómeno social, es capaz de dejar huella a nivel individual y colectivo. Kotler y Armstrong (237) definieron la publicidad como: *cualquier forma pagada de presentación y promoción no personal de ideas, bienes o servicios por un patrocinador identificado*. A este respecto, la American Marketing Association (238) añade que la publicidad se fundamenta en *la colocación de avisos y mensajes persuasivos, en tiempo o espacio, comprado en cualesquiera de los medios de comunicación por empresas lucrativas, organizaciones no lucrativas, agencias del Estado y los individuos que intentan informar y/o persuadir a los miembros de un mercado meta en particular o a audiencias acerca de sus productos, servicios, organizaciones o ideas*. En esta línea, la publicidad social no solo tiene el objetivo de persuadir, sino que algunas campañas se han centrado en la disuasión, más que en la persuasión (239). Ejemplo de ello son las campañas de educación viaria, donde los mensajes disuasorios protagonizan la publicidad.

Adicionalmente, otras campañas de la Dirección General de Tráfico en España, con el mismo mensaje relacionado con el uso del teléfono móvil al volante, se puede observar cómo una de ellas emite un mensaje totalmente disuasorio: [Vivo o Muerto](#), cuya difusión se realizó en el 2018, mientras que una segunda, datada un año antes y protagonizada por el grupo humorístico El Tricicle, transmite un mensaje en clave de humor, propio de una campaña de concienciación: [Al volante no uses el móvil](#).

Por otra parte, hay otro tipo de campañas donde los mensajes apuestan por las emociones como medio. Ejemplo de ello es una campaña de la ONG Médicos Sin Fronteras, [Pastillas para el dolor ajeno](#), una forma simbólica para ayudar con la compra de estas pastillas (eran caramelos de menta) a la causa de la ONG mencionada. En esta misma línea, organizaciones como Save The Children o UNICEF, entre otras, utilizaron las emociones para publicitar campañas, en estos casos, de sensibilización.

En salud también se han realizado campañas publicitarias, algunas capaces de escandalizar a la sociedad del momento, como la campaña con el famoso eslogan [Póntelo, Pónselo](#), en 1990, protagonizada por jóvenes estudiantes. Igualmente se han realizado campañas de concienciación como [Actúa contra el calor](#) en el año 2007, [Antibióticos. Tómatelos en serio](#), del 2018, o [Yo me vacuno, seguro](#), en el 2021, coincidiendo con la campaña de vacunación para el COVID-19.

Así, la difusión de las campañas publicitarias, sociales o no, se ha ido transformando progresivamente, adaptándose a las nuevas formas de comunicación. Actualmente, el éxito de una campaña se reconoce cuando esta se hace *viral*, es decir, que se extiende por las nuevas formas de comunicación actuales, las RS, obteniendo una gran repercusión como resultado final. En este sentido, Espuelas y Sáez (240) definieron el concepto de “virales” como *piezas publicitarias donde se provoca una reacción en cadena como consecuencia del contagio ante un mensaje emitido, en una clara alegoría de que el medio ha superado al mensaje*. El marketing viral, tal y como se denomina a este tipo de publicidad, fue definido en el año 2000 por Ralph F. Wilson (241):

Cualquier estrategia que alienta la participación individual de transmitir un mensaje de marketing a otros, creando el crecimiento potencial en la exposición y la influencia del mensaje. Al igual que los virus, tales estrategias se aprovechan de la multiplicación rápida de explotar el mensaje a miles, a millones.

Tal y como afirman varios autores (242-244), en el marketing viral se utiliza a los usuarios como medio, es decir, como principal agente distribuidor y de interacción, publicando opiniones o lo que Vries et al. describieron en 2012, el boca a boca tradicional (245), también conocido como Word of Mouth (WOM). En el entorno digital actual, este concepto se conoce como Electronic Word of Mouth (e-WOM), definido por Litvin et al. (246):

Todas las comunicaciones informales dirigidas a los consumidores mediante tecnologías basadas en Internet relacionadas con el uso o características de bienes y servicios, o de sus vendedores.

En consecuencia, a esta definición, el WOM tradicional pasa a ampliar la interacción en el e-WOM, con un dilatado número de receptores y emisores, consolidando así su influencia. Adicionalmente, Phelps et al., concluyeron, en su investigación en el 2004, los beneficios de actuar en una comunidad virtual, ya que permite hacerlo desde el anonimato, multiplicando el número de publicaciones de opinión del producto (247). Ello está en consonancia con lo que Sarmiento (248) afirmó en el 2015, puesto que es precisamente el anonimato y la pérdida del miedo a publicar una opinión lo que puede girarse a la contra, perdiendo credibilidad, aunque él mismo manifestó un poco más tarde, en el 2017, que Internet se ha consolidado como la fuente de información priorizada por los usuarios (249).

En definitiva, utilizar el e-WOM como herramienta de difusión se consolida como *The Tipping Point*, o *clave del éxito*, en su traducción literal, definido como *un momento mágico en el que una idea, una tendencia o un comportamiento social cruza un umbral, explota, y se extiende como la pólvora* (250), afianzando la necesidad de aprovechar los nuevos formatos de comunicación digital en contra

de las herramientas tradicionales como única forma de transmisión y comunicación en marketing.

1.3.4 Neurociencias, neuromarketing y publicidad

El nuevo paradigma en comunicaciones ha influido también en la nueva forma de hacer publicidad, incluyendo las neurociencias como una nueva herramienta de persuasión. En este sentido, la definición de neurociencia es simple: *Es el estudio del sistema nervioso*. Redolar (251) añadió a la definición inicial que es *una rama del conocimiento a la que contribuyen distintas subdisciplinas que tienen como elemento común el estudio del sistema nervioso en sus distintas expresiones fenomenológicas*. En esta línea, Braidot (252), como uno de los autores referentes en neuromarketing, especificó que *la neurociencia representa la fusión, bastante reciente, entre distintas disciplinas, entre ellas, la biología molecular, la electrofisiología, la neurofisiología, la anatomía, la embriología y biología del desarrollo, la biología celular, la biología comportamental, la neurología, la neuropsicología cognitiva y las ciencias cognitivas*. En consecuencia, este mismo autor contempla la necesidad de entender el funcionamiento cerebro-mental en relación con el aprendizaje, la memoria, la percepción, la cognición y el procesamiento de información (252).

De la unión de las neurociencias y las técnicas del marketing, nace un nuevo concepto en pleno desarrollo actualmente, el neuromarketing. Este concepto fue acuñado por Smidts (253) en el 2002. El neuromarketing se define como *la aplicación de las técnicas de investigación de las neurociencias a la investigación de marketing tradicional* (254). A esta definición básica, es necesario añadir aspectos que Droulers y Rouillet (255) contemplaron en su definición:

El neuromarketing es el estudio de los procesos mentales, explícitos e implícitos, y el comportamiento del consumidor en diversos contextos, tanto en las actividades de marketing para la evaluación, la toma de decisiones, el almacenamiento o consumo, basado en los paradigmas y el conocimiento de la neurociencia.

Otra definición algo más romántica es la de Lindstrom (256), quien considera el neuromarketing:

(...) un curioso matrimonio entre el marketing y la ciencia, (...) la ventana que tanto había ansiado descubrir para observar en el interior de la mente humana. El neuromarketing es la llave de aquello que he denominado nuestra lógica para la compra: los pensamientos, sentimientos y deseos subconscientes que mueven las decisiones de compra que tomamos todos los días de nuestra vida.

En este sentido, con el objetivo de comprender el comportamiento humano y predecir las reacciones de los consumidores, el neuromarketing utiliza varias técnicas derivadas de la neurociencia, como son la resonancia magnética funcional, el electroencefalograma o la medición de los movimientos faciales a través de la electromiografía, entre otras (220). Paralelamente, se ha demostrado que las emociones juegan un papel importante en el proceso de compra. Shifman y Kanuk (257) sostienen que el sistema emocional responde a estímulos de carácter impulsivo. En consecuencia, estos mismos autores afirman que cuando un consumidor adquiere un producto bajo una base emocional, acaba por dar más importancia a la emoción y/o al estado de ánimo provocado en el momento, concediendo menor importancia a la información ofrecida sobre el producto, reafirmando el comportamiento irracional del propio consumidor. A este respecto, cabe señalar que el neuromarketing, originado, tal y como ya se ha mencionado, de la convergencia de marketing y ciencia, ha derivado en la *neuropublicidad* como expresión y aplicación de las estrategias del neuromarketing (258). En este marco, Feenstra (259) afirmó que la neuropublicidad mejora el impacto de la publicidad, mientras que Tapia y Martin (260) añadieron que la neuropublicidad pretende una reacción emocional del consumidor, frente a cualquier otro reclamo publicitario. Por tanto, si el objetivo de la publicidad es informar y persuadir a la población objetivo mediante técnicas y estrategias de mercadotecnia y neuropublicidad que incitan al consumo, estas mismas estrategias podrían ser utilizadas en la publicidad social o publicidad *con causa*. Es decir, la publicidad social podría valerse de las neurociencias para crear campañas de impacto en la población diana seleccionada. Ello está en consonancia con Braidot en relación al aprendizaje, sobre todo cuando la intención de la publicidad social pretende cambiar hábitos, conductas y actitudes. Dice Braidot (261) al respecto:

Se entiende por aprendizaje el proceso a través del cual el ser humano adquiere o modifica sus habilidades, destrezas, conocimientos o conductas, como fruto de la experiencia directa, el estudio, la observación, el razonamiento o la instrucción. Dicho en otras palabras, el aprendizaje es el proceso de formar experiencia y adaptarla para futuras ocasiones: aprender.

Sin embargo, Mora (262), al igual que otros autores mencionados, sostiene la importancia de las emociones y la razón en los procesos cerebrales, es decir, el cerebro necesita de la emoción para construir la razón. Adicionalmente, Sachs et al. (263) afirmaron que emociones sentidas tanto de alegría y similares, como de miedo, angustia o culpabilidad, entre otras, son las que ayudan a la comprensión del otro, dando como producto la conexión con las personas de un modo más o menos efectivo. Es en este marco donde las emociones transforman en significado una situación determinada, confiriendo entendimiento a conductas, comportamientos específicos y re-significados, consolidando la idea de que razón y emoción no deben separarse, si lo que se pretende es educar (264). Por supuesto, existen disparidades entre publicidad y educación, pero sí se pueden salvar algunas diferencias, encontrando nexos coincidentes con el propósito de idear mensajes publicitarios, de PS en este caso, sirviéndose de las neurociencias. En este contexto, el neuromarketing, haciendo uso de las neurociencias, descubrió la utilidad de las *neuronas espejo* en la construcción de campañas publicitarias. Este sistema *espejo* es en el que se basa la empatía, ponerse en el lugar del otro. Rizzolatti (265) escribió:

Las neuronas espejo constituyen una razón fundamental en la imitación ya que éstas pueden activarse al ver a una persona tener un comportamiento específico.

Este mismo autor afirmó en una entrevista: *“La base de nuestro comportamiento social es que exista la capacidad de tener empatía e imaginar lo que el otro está pensando”* (266). En base a estas definiciones, otros autores consolidaron la relevancia del *storytelling* como una herramienta de significativo poder persuasivo, creando un nuevo paradigma en publicidad (267-270). El *storytelling* no es más que *el arte de contar historias*, sin embargo, incluir este concepto en

neuromarketing implica la conexión emocional con la audiencia, simplificando el contenido del mensaje a una historia capaz de crear, no solo el vínculo emocional, sino que es extensible a humanizar el mensaje y construir significado, con el objetivo de dar veracidad a la historia (271, 272). En consecuencia, el *storytelling* no es más que una estrategia que permite al receptor sentirse parte de una historia, facilitando la comprensión del mensaje con la premisa de que la emoción se convierte en acción (273, 274). Por tanto, el *storytelling* es una estrategia a tener en cuenta en publicidad social, si la intención final es visibilizar un problema para cambiar comportamientos y actitudes, enfocado a la mejora del bienestar social. En virtud de ello, cobra sentido la frase que inmortalizó Annie Johnson, conocida como Maya Angelou, activista por los derechos civiles estadounidenses, además de escritora:

*La gente olvidará lo que dijiste, la gente
olvidará lo que hiciste, pero la gente nunca
olvidará cómo la hiciste sentir.*

1.3.5 Prevención y VIH

Según datos de la OMS, cada día un millón de personas adquieren una ITS, comprometiendo así la salud sexual y reproductiva (275), lo que evidencia la relevancia de las estrategias de prevención en este tema. El VIH está entre las ITS más frecuentes, con la característica de no ser curable, a diferencia de la sífilis o la gonorrea, que sí lo son, todas ellas derivadas de conductas o comportamientos de riesgo (275). Conforme a lo mencionado y con el objetivo de frenar y erradicar la epidemia del VIH, las estrategias de prevención han sido una constante desde el inicio de la infección, mediante la implementación de programas y campañas publicitarias, objetivo común tanto de entidades públicas como privadas. La infección por VIH en España queda más que evidenciado que sigue siendo un problema que la sanidad pública debe abordar. Según los últimos datos epidemiológicos publicados, se constata la significativa disparidad de nuevos diagnósticos, diferenciando entre hombres y mujeres. De 1.925 nuevos casos en el 2019, el 84,3% fueron hombres, con una media de edad de 36 años, frente al 15,7% de mujeres, con 38 años de media de edad (276). Consecuentemente, esta podría ser una de las razones por la que no se realizan programas preventivos específicos para ellas, propiciando la invisibilización del

problema, sobre todo hacia algunas poblaciones clave. A ello, hay que sumar el estigma construido en el imaginario social, derivado de los primeros casos diagnosticados de VIH en hombres homosexuales.

En contraposición a ello, en el año 1993 Aliaga y Cortés (277) afirmaron que, con la finalidad de constatar que en España no existían comportamientos homófobos o racistas, la imagen de las campañas lanzadas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España (MSCBS) (278) se dirigía a un público heterosexual, invisibilizando así una parte de la población (279). Posteriormente, y fruto de datos estadísticos y epidemiológicos, la intención preventiva se focalizó en un discurso sobre el riesgo individual más que social, contribuyendo a la construcción de creencias sobre comportamientos correctos o incorrectos (280).

En España, en consonancia con los objetivos marcados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) para el 2015 y el 2020, mediante el Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras infecciones de Transmisión Sexual, se propusieron retos a abordar: incluir la perspectiva de género, la no discriminación, potenciar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta para generar actividades de prevención y, finalmente, evaluar las intervenciones preventivas desarrolladas (281). En este sentido, cabe señalar que cada año se lanzan nuevas campañas de prevención coincidiendo, la mayoría de ellas, con el 1 de diciembre, Día Internacional del Sida. Sin embargo, la percepción general de que las campañas de prevención en salud no se evalúan es generalizada (282). La dificultad de realizar una campaña con estrategias evaluativas antes, durante y después de su lanzamiento, complica el conocimiento sobre la efectividad real de las mismas (282). Ello queda confirmado con las escasas investigaciones existentes sobre la eficacia y el impacto de los mensajes preventivos emitidos, constatando la necesidad de evaluar la prevención y cuáles son sus efectos (283).

De igual modo, algunas investigaciones cuyo propósito ha sido evaluar las campañas para la prevención del VIH han focalizado el objetivo en la exposición al mensaje, cómo se recuerda y el impacto producido a nivel individual sobre la intención de conducta, obviando el resultado preventivo a nivel social (284).

Paralelamente, otros estudios demuestran la importancia del mensaje en la construcción del significado social de la enfermedad y la construcción de los imaginarios (285). Es importante aludir a cómo se ejerce poder y control social a través de los mensajes, en este caso de campañas preventivas para el VIH, induciendo a cambios de comportamiento y actitudes, tildándolos de *apropiados* y *no apropiados*, culpabilizando a las PVVIH por un lado y medicalizando la prevención por otro (285). Consecuentemente, se intuye la carga moral que ello puede representar, favoreciendo estereotipos y reforzando a la vez estigma y discriminación (1, 285).

En otro orden de ideas, las campañas publicitarias de prevención del VIH y de difusión masiva debieran tener en cuenta la relación entre el nivel de persuasión y la intención de conducta. En esta línea, algunas investigaciones han mostrado la importancia del medio y formato utilizado, ya sea un *spot* publicitario, medios impresos o estrategias basadas en la educación-entretenimiento, como elementos efectivos dirigidos al cambio de conductas y comportamientos (286-288). Para ello, la publicidad social, definida más ampliamente en el apartado anterior, cabe reiterar que es una efectiva herramienta que ofrece nuevos patrones comunicativos, entre ellos, abordar la prevención en salud (289). Por tanto, se la puede calificar como un instrumento válido para influenciar y persuadir, mediante la provocación de emociones y sentimientos en el receptor, a tomar decisiones y adquirir compromisos individuales y colectivos (290). Sin embargo, hay que ratificar de nuevo las dificultades en la evaluación de las campañas y estrategias de prevención, incluida la publicidad social. Ello queda revelado por las escasas investigaciones publicadas al respecto. Este escenario aún se agrava más cuando se trata de mujeres como población estudiada. Más allá de la población objetivo y del tipo de campaña, las evaluaciones, tal y como se ha hecho mención, corresponden más a mediciones relacionadas con el recordatorio de la campaña que en términos de impacto y cambios de comportamientos (284, 291). En cambio, sí se encuentra evidencia sobre el análisis del discurso de los mensajes (292).

En este marco, Agha (293) afirmó que las campañas publicitarias emitidas en televisión dirigidas a la prevención del VIH no han tenido el efecto deseado, en contraposición a las investigaciones de otros autores que concluyen que son la

televisión y la utilización de las nuevas tecnologías en la actualidad los instrumentos de difusión masiva que más impacto pueden provocar en la población, por converger los indicadores persuasivos a nivel cognitivo, emocional y conductual (294, 295). No obstante, es de señalar los escasos *spots* de campañas publicitarias de prevención del VIH emitidos en España por televisión, aunque sí se encuentran en la actualidad en otros medios, como Facebook y YouTube (296). En cuanto a la población diana, las campañas difundidas se han dirigido a una población joven en su mayoría, homosexual o población en general. Ninguna campaña se dirige a mujeres como población diana específica y mucho menos hacia mujeres *trans*. Paralelamente, subrayar que, algunas investigaciones sobre evaluaciones de campañas de prevención datadas entre los años 2000 y 2010 estimaron que estas influyeron en actitudes y comportamientos relacionados con el VIH, sin embargo, pusieron en entredicho los resultados obtenidos en las evaluaciones como consecuencia de proyectos con débiles diseños, incapaces de evaluar objetivamente una campaña de prevención (297, 298). Esta falta de evidencia, al igual que la falta de campañas de prevención del VIH dirigidas a mujeres, vislumbra una ausencia de prioridad no solo en la evaluación de campañas preventivas, sino en la prevención en sí del VIH y otras ITS.

1.3.6 La invisibilidad de las mujeres en las campañas de prevención del VIH

A pesar de que cada año el MSCBS lanza nuevas campañas preventivas, la mujer queda representada bajo una perspectiva conservadora, comprendida en relaciones heterosexuales, excluida de relaciones homosexuales y presentándola como elemento de población vulnerable, por el simple hecho de ser mujer (299, 300). Es decir, se refleja en la representación de la mujer una organización social entre femenino y masculino, incidiendo en la diferencia sexual y sin lugar a otras opciones (301). Así se demostró en la única campaña lanzada en el año 2004 protagonizada por una mujer, con el mensaje [*Ahora Escúchame*](#), poniendo de manifiesto un sistema de dominación masculina donde la mujer declaró públicamente la necesidad de ser escuchada. A ello hay que sumar la representación de la mujer en las primeras intervenciones preventivas como amenaza al otro, tanto en las relaciones sexuales de los hombres con trabajadoras del sexo como en la transmisión vertical madre-hijo (302).

Paralelamente, si bien el concepto de vulnerabilidad se ha interpretado como un indicador de desigualdad social (303), incluir al sexo y género femenino en el paradigma de la vulnerabilidad no deja de ser una manera de estigmatizar a un colectivo, transformando el concepto de riesgo (probabilidad) en una referencia de identidad social y sexual (304). En consecuencia, es primordial identificar no solo los elementos comunes como la discriminación, sino las diferencias existentes entre las mujeres, las experiencias personales y las necesidades colectivas y/o individuales (305), es decir, la individualidad en la diversidad. En virtud de ello, cambiar el uso de la actual nomenclatura de grupos o población vulnerable a *población vulnerabilizada* vislumbra una posibilidad de cambio, reconociendo una transformación de la situación (306).

Aun así, algunos estudios concluyen con la existencia de una baja percepción de *vulnerabilidad* y de riesgo de las mujeres frente al VIH (307, 308). Esta baja percepción no se da solo a nivel individual, sino también a nivel colectivo y social, puesto que existe una relación directa entre el contexto social como elemento principal normativo de patrones y los comportamientos, la identidad y las prácticas sexuales (309). Esta relación vinculada al género femenino se manifiesta con una escasa o casi nula evidencia científica e intervenciones preventivas focalizadas en la mujer, tanto de mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) como desde la homosexualidad, bisexualidad, mujeres *trans* o trabajadoras sexuales que tienen sexo con mujeres (7), favoreciendo aún más, si cabe, la invisibilización de la prevención en la mujer.

Frente a este panorama, la dificultad en la prevención y la comunicación efectiva en salud dirigida a la mujer, con el objetivo de informar e influir en las decisiones colectivas e individuales, a través de canales de difusión masiva, quedó manifiesta en los datos obtenidos por el Observatorio de Salud en las Mujeres en la Encuesta Nacional de Salud Sexual realizada por última vez en el 2009, donde se confirmó que solamente el 69,2% de las mujeres utilizaron preservativo en la última relación sexual ocasional, frente al 72,3% de hombres (309). Igualmente, el Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar en España (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) publicó los resultados comparativos entre 2002 y 2018 del análisis del uso del preservativo en la última relación sexual, ya sea como método único o en

combinación con otro. Los resultados son alarmantes, observándose una disminución del uso del preservativo en jóvenes de entre 15 y 18 años, pasando de un 83,8%, que confirmaron su uso en el año 2002, al 79,6% en el 2010 y continuando su descenso con un resultado del 75,4% en el 2018 (310).

Este mismo estudio comparativo afirmó que en los años 2002, 2006 y 2010 el uso del preservativo diferenciando entre sexos es muy similar. Sin embargo, en el 2010, se observó una diferencia entre los adolescentes masculinos con un aumento en su uso de 4 puntos (8,3% en 2018), respecto al sexo femenino.

Los resultados expuestos invitan a reflexionar sobre si la prevención en temas de salud sexual es o no efectiva y qué percepción del riesgo tiene el género femenino en cuanto a su propia salud sexual. Ello está en consonancia con lo que algún autor afirmó hace unos años, poniendo de relieve el estigma del preservativo como símbolo de falta de confianza en la pareja (311), posiblemente por la perpetuación de la idea del amor romántico. Fruto de la interpretación estadística, además de la interpretación social y análisis de campañas llevadas a cabo en España, sigue sin haber campañas dirigidas a mujeres, tanto a mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) como mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres (MSMH). Y aunque es notorio que la desigualdad de género es un factor decisivo en la transmisión del VIH, también determina el estigma de las PVVIH (312). Por otra parte, según algunos autores, las mujeres, aludiendo a una liberación sexual y abiertas a encuentros puramente sexuales sin ningún vínculo afectivo, han adquirido conductas de invulnerabilidad, antes exclusivas de la construcción de las masculinidades de los hombres, sobre todo en la no utilización del preservativo como medida de protección contra el VIH y otras ITS (313, 314). Este hecho confirma la subjetividad en la percepción del riesgo, más aún si las mujeres que ejercen una sexualidad activa sin los afectos como protagonistas siguen siendo diana de discursos moralistas, hecho que refuerza la invisibilización de la mujer si no quiere verse estigmatizada dentro de un núcleo social. Esta situación de invisibilidad se refuerza aún más si se hace referencia a personas *trans*. Una participante en una investigación cualitativa sobre el riesgo del VIH en mujeres *trans* mexicanas resumió en su aportación la causa, según su experiencia, del estigma, la discriminación y, en consecuencia, la invisibilización (315):

¿Por qué pasa esto? Porque vivimos en una sociedad que constantemente te dice que no eres mujer.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El desarrollo de esta tesis se enmarca en el contexto de la prevención del VIH en la mujer y bajo el paraguas de perspectiva de género. Se pretende evaluar la prevención, con la mirada puesta en las campañas publicitarias emitidas desde el inicio de la epidemia hasta la actualidad, el impacto del mensaje de las campañas en las mujeres y su influencia en el cambio de comportamientos y actitudes. En este sentido, y siguiendo a todo lo explicado en la contextualización teórica, cabe señalar que las estrategias de prevención y promoción de la salud alrededor de la infección por VIH han ido encaminadas principalmente a ofrecer información sobre la infección, los mecanismos de transmisión, prevención o pruebas diagnósticas. El estigma y la discriminación de las PVVIH también han sido temas tratados en algunas de las campañas preventivas más actuales. Consecuentemente, la población diana ha sido la población general o bien Hombres que tienen HSH, con campañas más específicas, pero raramente se incluyen mujeres como población objetivo, excluyendo, además, otras identidades sexuales y/o de género. Este panorama ha contribuido a invisibilizar no solo a las mujeres en la prevención, sino también a un problema de salud pública como es la transmisión de este virus, por la escasez actual de campañas publicitarias de difusión masiva para el VIH.

Por otra parte, el VIH y el sida pueden considerarse fenómenos mediáticos, puesto que es a través de los medios como se decide representar una enfermedad a nivel social. Por ello, es relevante considerar que, a través de las campañas publicitarias de difusión masiva, se podría promover un cambio transformador, puesto que tiene que ver con las representaciones sociales y el trato que se da, en este caso al VIH y al sida, a través de los medios de comunicación masiva y otros medios hoy en auge como son las redes sociales (RRSS).

De acuerdo con todo lo descrito, queda evidente la dificultad que entraña no solo la prevención, sino la transformación de comportamientos, actitudes y prácticas, utilizando campañas de difusión masiva como herramienta. Por tanto, el problema a investigar en esta tesis se puede definir como un problema social en el que se vislumbran rasgos de exclusión e invisibilidad. Además, para llevar a cabo este trabajo, es necesario utilizar un método que incluya la percepción de las propias mujeres sobre las campañas publicitarias de prevención del VIH, el

impacto en términos de prevención y la identificación de ellas con el mensaje, como elementos claves a considerar en la construcción futura de campañas más efectivas y eficientes.

3. HIPÓTESIS

3.1. Escenario de partida y preguntas de investigación

Puesto que el enfoque metodológico de esta tesis es de carácter cualitativo, es importante hacer referencia a un escenario de partida y no a demostrar una hipótesis. En este sentido, lo que se pretende, es descubrir significados a través de las subjetividades interpretadas en los discursos individuales, en este caso, de las mujeres.

Con el objetivo de frenar la pandemia por VIH a nivel mundial, las estrategias de prevención han sido una constante desde el inicio de la infección hasta la actualidad. En este sentido y para el enfoque de esta investigación, el escenario de partida es el siguiente:

Las campañas de prevención contra el VIH/sida difundidas en los medios de comunicación masiva (prensa, televisión y radio) u otros medios como son las redes sociales en la actualidad, están enfocadas en su mayoría al género masculino, quedando invisible, en la mayoría de los casos, la prevención y la promoción de la salud de la mujer. La implicación del colectivo femenino en la construcción de estrategias de prevención contra el VIH/sida puede favorecer el impacto de las campañas y aumentar su efectividad.

Este escenario inicial surge a partir del planteamiento de las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de campañas preventivas de difusión masiva contra la infección por VIH, implementadas y evaluadas, se han realizado en Europa y EE.UU. desde el inicio de la infección?
- ¿Cuáles son las estrategias de evaluación más comunes en Europa y EE.UU. para campañas de prevención de difusión masiva del VIH/sida?
- ¿Qué estrategias de difusión masiva se han utilizado para la difusión de las campañas?
- ¿Qué impacto autopercibido han tenido las campañas preventivas para el VIH en las mujeres?
- ¿Qué tipo de campañas y mensajes proponen las mujeres para identificarse con una campaña preventiva en términos de eficiencia y visibilidad?

4. OBJETIVOS

Tal y como se ha definido en un apartado anterior y con el fin de dar respuesta al escenario de partida inicial, se propone como objetivo principal:

Comprender el contenido e impacto de las campañas publicitarias de prevención del VIH, difundidas a nivel internacional y local, desde la perspectiva de las mujeres.

Los objetivos específicos planteados son:

1. Identificar qué tipo de campañas de prevención y de difusión masiva para el VIH/sida, implementadas y evaluadas, se han realizado en EE.UU. y Europa desde el inicio de la infección, incluyendo a las mujeres como partes interesadas.
2. Describir las características de las campañas de prevención del VIH realizadas en España avaladas por el Ministerio de Sanidad.
3. Identificar qué tipo de mensajes incluidos en las campañas publicitarias de prevención del VIH, emitidas por el MSCBS del Gobierno de España, han tenido un impacto positivo en las mujeres.

Para la obtención de los objetivos planteados se efectuaron tres investigaciones independientes, consecutivas y relacionadas entre sí, para explicar:

1. De qué manera los medios de difusión masiva han contribuido a la construcción social del VIH/sida y si las campañas preventivas difundidas han facilitado, o no, la visibilidad de las mujeres. En este sentido, cabe tener en cuenta la importancia de determinar qué campañas de prevención del VIH han incluido a las mujeres como partes interesadas. En consecuencia, se pretendió analizar las campañas de prevención del VIH en los medios de comunicación, dirigidas a la población general y a las mujeres en particular, en términos de contenido y efectividad en EE.UU. y Europa.
2. La evolución del mensaje en el tiempo, población diana, medios de difusión masiva utilizados, analizando las campañas preventivas para el VIH/sida en España y avalados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España (MSCBS). Para ello se describieron las características principales de las campañas, analizando

si las campañas más actuales se corresponden con los retos marcados en el Plan Estratégico de Prevención y Control de VIH e ITS, incluido en el Plan Nacional sobre el Sida planteado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con inicio en el 2015 y prorrogado hasta el 2020. La última versión corresponde al Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y las ITS en España, 2021-2030.

3. Qué tipo de mensajes incluidos en las campañas publicitarias de prevención del VIH, emitidas por el MSCBS del Gobierno de España, han tenido un impacto positivo en las mujeres, la identificación con el tema y la realidad que se produce en los mensajes audiovisuales, para finalmente proponer posibles mensajes dirigidos a las mujeres como estrategia de prevención y protección a la salud, objetivo principal de este trabajo. Ello permitirá visibilizar similitudes y diferencias entre la eficacia percibida y los mensajes significativos para ellas.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño y método de la revisión sistemática de la literatura

Para la consecución del objetivo específico 1, se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología descrita en la declaración PRISMA 2009, (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, o Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis, según su traducción del inglés). También se tomaron en cuenta las recomendaciones de la Colaboración Cochrane sobre revisiones sistemáticas (316, 317).

5.1.1 Estrategia de búsqueda

Se consultaron un total de 10 bases de datos: Abi Inform, Cochrane Library, Cuidatge, Cuiden, ERIC, Periodicals Archive On line, Pubmed, Scopus, Sociology Database y Web of Science. Se dio prioridad a las bases de datos internacionales, relacionadas con publicaciones científicas relacionadas con áreas de ciencia, medicina, ciencias sociales y humanidades (Cochrane Library, Scopus, Pubmed y Web of Science). También se consultaron aquellas bases de datos locales relacionadas con contenido clínico asistencial y de prevención de la salud, con la inclusión de enfoques sociales y culturales (Cuiden y Cuidatge).

Con la finalidad de ampliar la búsqueda de resultados, se consultaron bases de datos relacionadas con la educación (ERIC), publicidad y marketing (Abi Inform) y las ciencias sociales (Periodicals Archive Online y Sociology Database). Para la búsqueda y la ecuación de descriptores, se tuvieron en cuenta los términos Mesh y el Tesauro en aquellas bases de datos que así tuvieran estipuladas. Se llevaron a cabo varias búsquedas, con diferentes combinaciones de los términos clave en inglés, español y portugués. Las palabras clave fueron: análisis, campañas publicitarias, evaluación, VIH, mujeres, SIDA y prevención. Los operadores booleanos utilizados con el fin de refinar la búsqueda fueron: fueron AND, OR y NOT.

5.1.2 Criterios de inclusión:

- Publicaciones originales disponibles *online* o de acceso para la investigadora.

- Proyectos, tesis o estudios que incluyeran la descripción sobre la implementación y evaluación de una campaña publicitaria de prevención de la infección por el VIH/sida u otras ITS.
- Artículos en inglés, español o portugués.
- Publicaciones procedentes de países de la Comunidad Europea o EE. UU.
- Artículos publicados desde 1981 hasta la actualidad con la finalidad de mantener un enfoque integral.

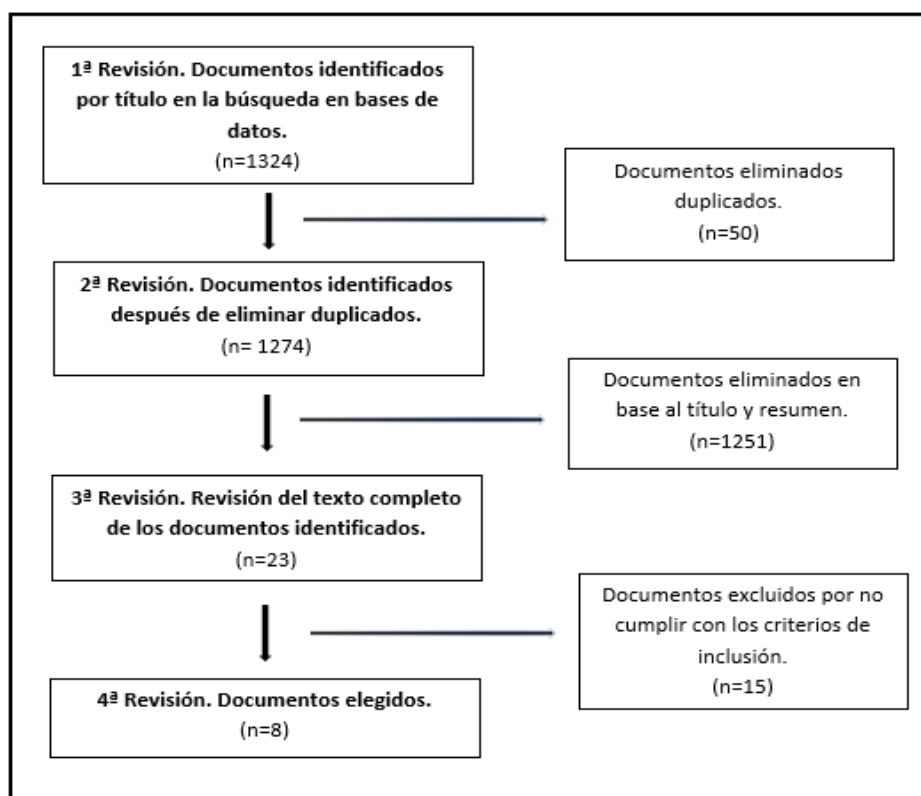
5.1.3 Criterios de exclusión:

- Aquellas publicaciones que implementaron y evaluaron intervenciones preventivas, sin ser considerada una campaña publicitaria de prevención divulgada en los medios de comunicación.

Para codificar y resumir la información obtenida, se utilizó una herramienta con la inclusión de los siguientes datos: año y país donde se realizó el estudio, características de la campaña y método utilizado para su evaluación, población objetivo y hallazgos principales. La calidad de los estudios se evaluó utilizando la herramienta de análisis de estudio del Critical Appraisal Skills Programme de acuerdo con el tipo de estudio (318).

Siguiendo los criterios establecidos inicialmente, para la selección y extracción de datos, se ejecutó una depuración de los resultados extraídos, obteniendo el diagrama de flujo donde se observa el proceso de selección [ver gráfico 17].

Gráfico 16. Diagrama de Flujo del proceso de selección.



Fuente: Elaboración propia.

5.1.4 Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda inicial dio un resultado de 1324 documentos. Después de la eliminación de duplicados, se realizó una segunda revisión por título y resumen, de 1274 publicaciones, 1251 fueron excluidas. Las publicaciones excluidas fueron investigaciones que no se centraron en campañas de prevención masiva o no se realizaron en Europa o EE.UU. De estos, solo 23 fueron incluidos para una tercera revisión del texto completo. Finalmente, se incluyeron 8 estudios en la revisión, eliminando todos aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión.

5.2 Diseño y método de la revisión de las campañas de prevención del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España

Para la consecución del objetivo específico 2, se realizó una investigación documental de enfoque cualitativo. Se han utilizado como elemento de análisis: las características, mensajes, población objetivo y medios de difusión de las

campañas de prevención de la infección por VIH, avaladas y publicadas en la página web MSCBS, desde el año 1986 hasta el año 2019. El único criterio a tener en cuenta fue la accesibilidad a las campañas en la página web del MSCBS. Se excluyeron otras campañas encontradas en otro tipo de páginas, de dudosa validez, aunque estuvieran avaladas por el ministerio.

5.2.1 Obtención de la muestra, recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos, se realizó una búsqueda electrónica en la página web del MSCBS de todas las campañas publicadas para la infección por VIH. Se diseñó un instrumento de recogida de datos, clasificatorio y analítico, basado en la péntada de Burke (319).

El análisis de resultados se llevó a cabo en dos partes. Inicialmente se realizó una clasificación de la totalidad de las campañas, agrupándolas en cinco bloques diferenciados según la información obtenida del MSCBS. Estos cinco bloques pertenecen a:

- Grupo poblacional a la que va dirigida la campaña
- Medios de difusión
- Objetivo de la campaña
- Responsabilidad (individual o colectiva)
- Idioma en que se ha emitido/publicado la campaña.

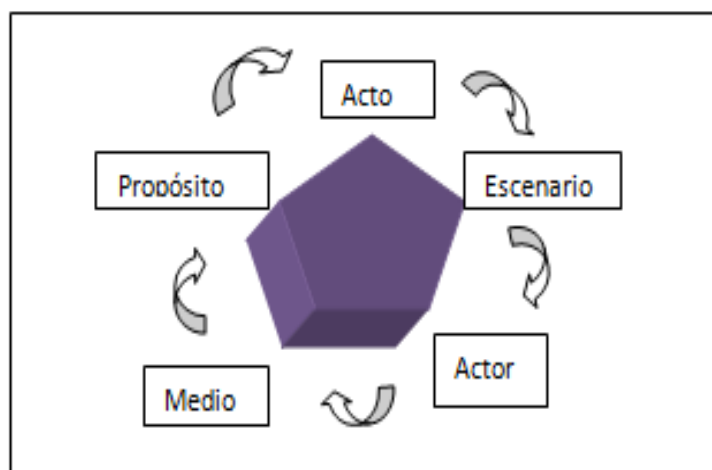
En segundo lugar, se analizaron cualitativamente los mensajes de cada campaña, utilizando el método de análisis de Burke y adaptándolo para tal fin.

Burke (319) presupone que las situaciones humanas son intrínsecamente dramáticas y, por tanto, pueden analizarse en términos de cinco elementos dramáticos [ver gráfico 18].:

- La escena (cuándo y dónde)
- El acto (qué)
- El agente (quién)
- La agencia (cómo)
- El propósito (por qué o para qué)

En base a ello, la p ntada propuesta por Burke constituyen las cinco categorías, que forman la matriz final de análisis de las campañas en esta investigación. Para la codificación del análisis de cada campaña publicada, se agruparon los elementos según la definición de cada categoría principal. Tras una depuración de los resultados, se identificaron una serie de subcategorías. Cada subcategoría responde a un indicador, previamente seleccionado y asociado directamente a cada categoría principal. La interrelación entre las cinco categorías principales dirige a poder identificar la influencia de la dimensión comunicativa de las campañas. El resultado de la interacción entre el mensaje, el medio y la población objetivo pretende dar respuesta al objetivo principal de esta investigación documental.

Gráfico 17. P ntada de Burke.



Fuente: Adaptación de Burke (319).





5.3 Diseño y método sobre el impacto preventivo autopercibido de las campañas en mujeres

Para dar respuesta al objetivo específico 3, se realizó esta tercera y última investigación. Para ello, se optó por un estudio cualitativo de enfoque constructivista, con el objetivo de explorar la autopercpci n del impacto en las mujeres, de los mensajes de las campañas publicitarias de prevención del VIH y su influencia, dirigida al cambio de comportamientos y actitudes. Este enfoque permite indagar sobre por qué las personas actúan de una forma determinada, resultado de la construcción de significados y sentidos que obedecen a las

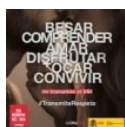
acciones sociales e individuales (320). Además, el constructivismo procura, a partir del pensamiento crítico y el empoderamiento de las mujeres, en este caso, como responsables de su propio proceso, dar más importancia al aprendizaje que a la información-educación (320) como medida preventiva, en este sentido.

Para ello, se eligieron cinco campañas publicitarias difundidas por el MSCBS del Gobierno de España entre los años 2005 y 2019, con el criterio de inclusión que debían estar dirigidas a mujeres, a la población en general o estar protagonizada por mujeres exclusivamente. Se priorizó que se hubieran emitido como *spot* publicitario en televisión, cine, radio o redes sociales. Las cinco campañas elegidas, se encontraron en la página web del MSCBS en la actualidad, ya que se han borrado las primeras campañas antes disponibles. Las cinco campañas elegidas son las únicas que cumplen con los criterios de inclusión. Las características principales de las campañas se muestran en la tabla 9 (278).

Tabla 9. Características de las campañas.

CAMPAÑA	AÑO	FORMATO	POBLACIÓN DIANA	MENSAJE PRINCIPAL
C1 	2004	➤ Cartel	General	Igualdad
C2 	2004/2005	➤ Cartel ➤ Spot	General	Uso del preservativo
C3 	2006: Emisión 12 días, 19 a 30 julio de 2006 2007: Emisión 15 días, 7 a 21 mayo de 2007	➤ Spot (televisión, cine y radio) ➤ Cartel ➤ Folleto	General joven entre 14 y 20 años	Uso del preservativo
C4 	2011	➤ Spot ➤ Cartel ➤ Folleto	General	Información

C5



2017/2018

- Spot
- Cartel
- Whatsapp
- Banners

General

Fuente: 315

5.3.1 Obtención de la muestra, recogida y análisis de datos

La obtención de la muestra fue por conveniencia, incorporando mujeres mayores de 18 años, profesionales de la salud activas laboralmente (médicos y enfermeras), mujeres que viven con el VIH y mujeres que no. Los criterios para la selección de las participantes fue que todas debían tener fluidez oral y escrita en castellano/catalán. La finalidad de incluir profesionales sanitarias fue recoger la visión de estas en materia de prevención. Incluir también mujeres que viven con el VIH y mujeres que no, se realizó con la intención de obtener la percepción sobre el impacto y la identificación individual de los mensajes de las campañas difundidas en España. La mayor parte de las participantes fueron reclutadas en el Hospital Universitario Valle de Hebrón de Barcelona. Para seleccionar a las mujeres que viven con VIH, se contactó con mujeres tratadas en la consulta de enfermería específica para VIH. Las profesionales se reclutaron también del mismo hospital, priorizando la pertenencia al área de medicina interna infecciosa, pero sin excluir a profesionales de otras áreas.

El muestreo se llevó a cabo a través de la responsable de la consulta de enfermería específica. Para contactar con mujeres que no viven con VIH, se utilizaron contactos personales de los investigadores y el efecto bola de nieve. El tamaño muestral fue en total de 20 participantes.

La recogida de datos se realizó a través de tres grupos de discusión, un grupo de seis participantes y dos de siete, con el objetivo de producir un discurso compartido entre las mismas. Se organizaron grupos homogéneos para evitar sesgos, siendo heterogéneos individualmente, a su vez, en cuanto a edad y nivel de estudios para el grupo 1 y 2. Las características de las participantes, según cada grupo, se resumen en las tablas 10, 11 y 12.

El desarrollo de los grupos se grabó en audio, previo consentimiento informado de las participantes [ver anexo 11.3]. Paralelamente se tomaron notas de campo durante las sesiones.

Tabla 10. Características grupo discusión n.º 1.

Participante	Edad	Lugar de nacimiento	Nivel Estudios	Año del diagnóstico	Vía de transmisión
P1.1	46	Barcelona	Secundaria	2002	n/c
P2.1	32	Barcelona	Superior	2010	sexual
P3.1	41	Barcelona	Medio	2019	sexual
P4.1	25	Barcelona	Superior	---	vertical
P5.1	59	Barcelona	Superior	1988	desconocido
P6.1	45	Guinea Ecuatorial	Bachillerato	2008	sexual
P7.1	54	Barcelona	Bachillerato	2016	sexual

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Características grupo discusión n.º 2.

Participante	Edad	Nacionalidad/lugar de nacimiento	Nivel de estudios	Categoría profesional	Servicio asistencial
P1.2	47	Fraga	Diplomatura	Enfermera	Gestión de casos VIH
P2.2	38	Barcelona	Doctorado	Médico	MSL
P3.2	28	Sabadell	Máster	n/c	n/c
P4.2	30	Barcelona	Doctorado	MSL	MSL
P5.2	51	Mérida	Licenciatura	Bióloga	n/c
P6.2	30	Cádiz	Licenciatura	Médico	Médico asistencial
P7.2	25	Barcelona	Máster	Ingeniera biosistemas	Gestión de datos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Características grupo discusión n.º 3.

Participante	Edad	Lugar de nacimiento	Nivel Estudios	Profesión
P1.3	48	Barcelona	Licenciatura	Comunicación
P2.3	52	Tánger	E.G. B.	Multitareas
P3.3	49	Barcelona	Diplomatura	Administrativa
P4.3	50	Barcelona	Diplomatura	Trabajadora social
P5.3	40	Oviedo	Formación Profesional	Esteticien
P6.3	75	Huelva	Bachiller	Jubilada

Fuente: Elaboración propia.

5.3.2 Dinámica de los grupos de discusión

Las reuniones tuvieron una duración de entre 60 y 120 minutos, realizadas 2 de ellas en un aula del módulo docente de la Escuela de Enfermería de la Vall d'Hebron y una tercera en la sala de juntas cedida por la Clínica Corachan de Barcelona. La moderación de los grupos la realizó la investigadora principal (IP) y autora de esta tesis. Después de una breve introducción y una serie de preguntas abiertas lanzadas a las participantes relacionadas con el tema, se visualizaron las campañas elegidas. Posteriormente se discutió con las participantes la idoneidad del mensaje, la elección de la población, la efectividad percibida del mensaje y si se identificaban con él. Ello permitió establecer e interpretar el impacto de los mensajes en términos de prevención a nivel individual y la influencia del discurso social en la experiencia individual. Paralelamente, se discutió sobre el medio utilizado para llegar a la población, incluyendo colores, música, dinámica o actores. Para ello, se elaboró una guía temática semiestructurada, utilizada como herramienta de soporte para la evaluación de las campañas y su discusión. Los apartados de la guía corresponden a los cinco elementos principales de la péntada de Burke (319): el acto (qué), el escenario (cuándo y dónde), el actor (quién), el medio (cómo) y el propósito (por qué o para qué). Cabe señalar que para velar por el rigor y la calidad de los datos obtenidos, el guion de la entrevista se discutió y verificó con el director de la tesis (ver guion en tabla 13).

Las grabaciones fueron transcritas literalmente, eliminando cualquier dato personal que pudiera revelar la identidad de las participantes. Se utilizaron seudónimos en lugar de los nombres reales de las participantes. Una vez transcritas, las grabaciones fueron destruidas.

Se analizó cada grupo de discusión individualmente, mediante un análisis temático de contenido, con la finalidad de hallar significados y patrones repetitivos en los mensajes de las campañas presentadas (321). Los resultados de la investigación previa dirigieron la identificación de las cinco campañas mostradas a las participantes. Se elaboró una herramienta de codificación, basada en la péntada de Burke, partiendo de las categorías de análisis preestablecidas y correctamente definidas, con el fin de facilitar la identificación de las principales variables pertenecientes a cada categoría.

Posteriormente, se codificaron e identificaron las unidades de significado en los comentarios de las participantes, agrupando y reduciendo las aportaciones a las categorías temáticas predefinidas, basadas en la péntada de Burke, tal y como se ha especificado anteriormente e incluidas en el guion de los grupos.

Con el fin de demostrar que la interpretación de los resultados de esta investigación se corresponde a la realidad estudiada, se utilizó como estrategia la exposición de los resultados a varias participantes de los grupos focales estudiados.

Tabla 13. Guion preguntas GD. Inicio, apartados según péntada de Burke y propuestas finales.

<p>INICIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Recuerdan alguna campaña de prevención contra el VIH? 1. ¿En qué formato de difusión lo recuerdan (anuncio por TV, carteles...)? 2. ¿Recuerdan algún mensaje específico que les llamara la atención? 3. ¿Recuerdan hacia qué tipo de población iba dirigida la campaña que recuerdan? 4. ...

GUION POSVISIONADO DE LAS CAMPAÑAS

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN	PREGUNTAS
<p>EL ACTO (El hecho. La acción motivada) ¿Qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar las frases/mensajes que identifiquen una acción en particular. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuál es el mensaje principal de estas campañas? ➤ ¿Les impacta el mensaje principal? ➤ ¿Es un mensaje impactante o con influencia para cambiar algún comportamiento? ➤ ¿Cómo creen que debería ser un mensaje que impacte o influya?
<p>ESCENARIO (La situación, lugar donde ocurren los hechos) ¿Dónde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar lo que tiene que ver con lo audiovisual (qué se ve, qué se oye, diálogos, música, paisajes...). ➤ Analizar las imágenes que identifiquen orientación temporal/espacial. ➤ Analizar las imágenes: si son realistas, neutras, mixtas, de impacto... utilización de colores, contextualización... ➤ Analizar la música si existe: acompañamiento, música y letra con significado, es solamente ambiental, no existe... 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué opinan de la puesta en escena? ➤ ¿Les llama algo la atención? ➤ ¿Qué opinan de las imágenes? ¿Son realistas? ➤ ¿Cómo creen que deberían ser las imágenes? ➤ ¿Qué opinan de la música de los <i>spots</i>? ➤ ¿Cómo creen que debería ser la música?

<p>ACTOR (Quien realiza la acción) ¿Quién?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar los actores, la comunicación (voz en <i>off</i>, narración, diálogo entre actores...) ➤ Analizar la imagen de los protagonistas: personajes públicos, anónimos, género... 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué impacto les provoca la narración de los actores? ➤ ¿Qué opinan de lo que dicen y cómo lo dicen? ➤ ¿Qué actores deberían mostrarse como protagonistas de la campaña: públicos, anónimos, mujeres, mujeres y hombres...?
<p>MEDIO (Abstracto o físico) ¿Cómo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar dónde se da la acción (lugar físico). ➤ Analizar las emociones que se utilizan (amor, miedo, incertidumbre...). ➤ Analizar la relación entre el lugar donde se da la acción y las emociones que se utilizan. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿El lugar de la acción, les evoca alguna emoción? ➤ ¿Qué opinan sobre el medio que se utiliza? ➤ ¿La música y/o las imágenes les evocan alguna emoción...? ➤ ¿Hay alguna relación entre el lugar donde se da la acción y las emociones que os provocan? ➤ ¿Qué emociones debería provocar una campaña para que fuera efectiva?
<p>PROPÓSITO (Intención) ¿Para qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar objetivo e intencionalidad: cambio de conductas, comportamientos, actitudes... 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Han impactado lo suficiente estas campañas para influir en un cambio de comportamiento? ➤ ¿Y de actitudes? ➤ ¿Que faltaría o sobraría para que se diera esta influencia?

PROPUESTAS FINALES

1. ¿Son necesarias campañas dirigidas a mujeres?
2. ¿Qué tipos de difusión creen que llegarían a mayor población femenina?
3. ¿Qué tipo de campañas creen que causarían impacto en mujeres? (formato, difusión...)
4. ¿Qué ejemplos de mensajes creen que serían efectivos en prevención en mujeres?
5. ...

Fuente: Elaboración propia.

5.4 Criterios de rigor

Durante el desarrollo de esta tesis, se ha llevado a cabo una minuciosa estrategia científica y metodológica respecto a la recogida de datos, codificación, análisis e interpretación de éstos. En este sentido, en investigación cualitativa es

importante aplicar estrategias que aseguren neutralidad y objetividad a la investigación. Para ello, se han seguido los criterios de rigor científico propuestos por Lincon y Guba (322):

1. **Credibilidad:** Hace referencia a la veracidad de los datos obtenidos. Es decir, una aproximación a la realidad, según la percepción de las mujeres y sus experiencias evidenciadas. En este marco, se hizo necesario contrastar la información obtenida a través de la verificación de expertos y participantes en la investigación.
2. **Confirmabilidad:** Este criterio hace referencia a que los resultados de la investigación no se han modificado o influenciado por intereses o creencias personales, en este caso, de la investigadora. La finalidad es obtener neutralidad y objetividad en el estudio. Para validar la mayor objetividad posible, previamente se llevaron a cabo dos investigaciones, realizando una revisión de la literatura y posteriormente un análisis documental con enfoque cualitativo de las campañas estatales divulgadas por el MS, con el fin de identificar mensajes y significados en la prevención del VIH. Los resultados de la segunda investigación fueron confirmados por las participantes en los grupos de discusión, relatando sus experiencias y autopercepciones. Adicionalmente, el registro de los hallazgos de la revisión bibliográfica, el análisis de las campañas, las transcripciones de los grupos de discusión, además de los documentos de recogida y codificación de resultados quedaron disponibles para su consulta, con el objetivo de que, si examinara los datos otro investigador, las conclusiones finales serían iguales o similares a las propuestas. El conjunto de todo ello otorga confirmabilidad a la tesis.
3. **Transferibilidad:** Este tercer criterio indica la posibilidad de extender o aplicar los resultados de una investigación a otros contextos o grupos similares. En investigación cualitativa, es difícil poder generalizar los resultados, debido a las múltiples variables ocurridas en la recolección de datos, imposibles de controlar, cuando se trata de un fenómeno social, aunque sí se pueden transferir a un contexto parecido. Para obtener este criterio, se ha definido el contexto donde se ha realizado esta investigación y las características de las mujeres participantes en el

estudio. Tal descripción permite a otras investigaciones comparar los resultados y encontrar similitudes y discrepancias.

4. **Dependencia:** Este criterio, también conocido como consistencia, hace referencia a la estabilidad de los datos, casi imposible de mantener cuando el contexto de estudio es variable. Con el objetivo de garantizar la menor inestabilidad posible, se han llevado a cabo procedimientos que ayuden a plasmar la objetividad de los datos y su análisis. En este sentido, se intenta evitar sesgos derivados de la influencia de la investigadora, garantizando la coherencia metodológica.

5.5 Aspectos éticos

Durante el desarrollo de esta tesis, se tuvieron en cuenta los principios éticos considerados en investigación, redactados en varios documentos, como el Código de Nuremberg de 1946, la Declaración de Helsinki de 1964 y el Informe Belmont en 1979 (323, 324), contemplando los tres principios fundamentales en investigación: respeto a las personas, justicia y beneficencia. Para asegurar la protección de los Derechos y la Seguridad de las participantes, esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos y la Comisión de Proyectos de Investigación del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona (PR (AG) 459/2019).

Al inicio de cada grupo focal, se proporcionó información verbal y escrita, ofreciendo la posibilidad de abandonar su participación en cualquier momento y no responder a alguna de las preguntas, si así lo consideraban. Dadas las características del tema a tratar y sobre todo en el GD1 (MVVIH), se recordó la necesidad de respeto entre ellas y el compromiso de confidencialidad según el desarrollo del grupo de discusión. Las participantes firmaron, además del consentimiento informado para su inclusión en la investigación, un acuerdo de confidencialidad, con el que se comprometían a no compartir fuera del grupo los contenidos discutidos en la sesión.

Adicionalmente, se informó que se asegurará el anonimato y la confidencialidad, de forma que el nombre real solo sería preciso en la cumplimentación del consentimiento informado. Durante el progreso y evolución de la investigación, se utilizaron pseudónimos, en este caso se asignó un número a cada participante

según el grupo de discusión, y en ningún caso se mencionó información que posibilitara su identificación, de acuerdo con el artículo 43 de la Constitución Nacional y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (325).

Respecto a las grabaciones y transcripciones, fueron custodiadas por la IP, destruyendo las grabaciones una vez fueron transcritas, para evitar que cualquier participante pudiera ser identificada. Asimismo, se informó a las participantes de la posibilidad de presentar los resultados de la investigación en publicaciones o congresos, salvaguardando el anonimato.

Por último, hay que añadir que no se ha identificado ningún riesgo asociado a la participación en esta investigación y que las participantes no recibieron ninguna compensación económica por participar en el estudio.

6. RESULTADOS

6.1 Resultados de la revisión sistemática

Los hallazgos y características de los estudios incluidos en esta revisión se resumen en la tabla 14. Subrayar que la mayoría de los artículos elegidos fueron realizados entre 1991 y 1994 (62.5%; 5), procedentes la mayoría del ámbito de la Salud Pública (50%; 4). La procedencia del resto fue diversa, como el marketing, la medicina o las ciencias sociales. Destaca también que la totalidad de artículos incluidos fueron realizados en EE.UU. (100%; 8).

En cuanto al método utilizado, la mayoría son investigaciones realizadas mediante metodología cualitativa (87.5%; 7). Hay que destacar que algunos de estos estudios incluyen una metodología mixta, incorporando una parte cuantitativa (25%; 2), reforzando así los resultados cualitativos.

Es importante enfatizar que, de los 8 artículos seleccionados, 6 (75%) se centran en la campaña América Responde al Sida (ARTA), emitida en los EE.UU. entre 1987 y 1992 (326-331). Dos de ellos (25%), de similares características y realizados por el mismo autor y año, se centraron en el análisis retórico y textual del discurso, de los mensajes difundidos en los 22 anuncios televisados y los 22 anuncios retransmitidos en emisoras de radio americanas (329, 330). La diferencia está en que uno de ellos reiteró la importancia de la política del momento en el tipo de mensajes que se difunden en los medios (329).

De estos 6 estudios mencionados, uno de ellos se centró en ofrecer una explicación clara y rigurosa de todo el proceso de creación de la campaña América Responde al Sida, teniendo en cuenta actitudes, creencias y comportamientos de la población (331). Otro describe cómo se realizó un análisis retórico utilizando el método Burke (326); y un tercero desarrolló una evaluación de ARTA mediante un análisis descriptivo, utilizando los principios del modelo COAST (comunicación, opciones, alternativas, estándares, confianza) (328).

Tabla 13. Principales características y hallazgos de los estudios incluidos.

AUTOR / AÑO	PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO DE ANÁLISIS	CONTENIDO DE LA CAMPAÑA	POBLACIÓN OBJETIVO/MUESTRA	EFFECTIVIDAD DE LA CAMPAÑA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Woods, D. et al. (1991)	USA	Se describen las 5 fases importantes de la campaña. Desde el diseño hasta la implementación. Los objetivos de cada nueva fase se basan en las necesidades del público y de un público específico.	Mixta. Cualitativa/ cuantitativa.	1. Conciencia general: Humanizando el SIDA. 2. Comprender el SIDA. 3. Las mujeres en riesgo / Adultos activos sexualmente, múltiples parejas. 4. Padres y Jóvenes. 5. Prevención de la infección por el VIH y el SIDA: Los próximos pasos.	Población general. Se especifica la población objetivo según la fase de la campaña.	Las evaluaciones periódicas de cada fase de la campaña sugieren que se va cumpliendo el objetivo de que cada estadounidense esté debidamente informado sobre la infección por el VIH y el SIDA.	Una campaña como ARTA, donde se ha utilizado el marketing social para su difusión, puede influir en las creencias sociales de la población y de forma indirecta en el comportamiento.
Bush, A. J et al. (1991)	USA	Se evalúa la historia del VIH/sida, con el objetivo de conocer cuál es el rol de la publicidad en la crisis del Sida según las campañas	Cualitativa. Análisis retórico. Se utiliza el método Burke para el análisis.	El contenido pertenece a la campaña ARTA en los mensajes emitidos en los años 1987, 1988 y 1989. 1987: información y educación.	Campañas emitidas en radio y televisión, además de otras estrategias de difusión.	Se cuestiona el papel de la publicidad en salud y si el miedo es realmente efectivo en prevención.	1987: crear conciencia de los hechos. 1987: crear preocupación y miedo. 1988: proporcionar una respuesta de afrontamiento.

emitidas entre
1987 y 1989

1988: mensajes
orientados al
comportamiento.

1989: mensajes
hacia padres y
jóvenes.

Donovan, R. et al. (1991)	USA	Conocer el impacto de los mensajes publicitarios pagados, frente a los de tiempo donado.	Cualitativa.	Se evalúan los anuncios de servicio público. Se tiene en cuenta los mensajes de la campaña ARTA y su contenido emitidos en tiempo de alta audiencia.	Líderes de campañas y medios de comunicación.	El estudio propuesto incluye la medición de diversos niveles de dosificación de la publicidad pagada, el uso de un grupo de comparación de no- intervención, y una novedosa técnica de recolección de datos.	Se concluye con que la aceptabilidad de los mensajes a emitir depende en gran parte de los patrocinadores.
Swanson, D. J. (1993a)	USA	Analizar el contenido y los efectos de la difusión de anuncios de servicio público de la campaña ARTA.	Cualitativa. Análisis retórico y textual de los mensajes.	Contenido de los mensajes de la campaña ARTA, con las 5 fases especificadas en el primer artículo de esta tabla y dirigidas cada fase a una población objetivo.	Mensajes emitidos en la campaña ARTA según objetivo.	Según el análisis del autor, los anuncios publicitarios de la campaña ARTA no parecen haber sido tan efectivos como en un principio parece.	El análisis concluye con que algunos mensajes refuerzan estereotipos y dividen a la población.

Swanson, D. J. (1993b)	USA	Analizar los mensajes de la campaña ARTA relacionando los anuncios de servicio público con la política del momento	Cualitativa. Análisis retórico y textual de los mensajes.	Contenido de los mensajes de la campaña ARTA, con las 5 fases especificadas en el primer artículo de esta tabla y dirigidas cada fase a una población objetivo.	Mensajes emitidos en la campaña ARTA según objetivo	El resultado fue que se presentó el Sida como un problema social, más que médico.	El análisis demuestra que los anuncios de servicio público entre 1987 y 1992 apoyaban las filosofías conservadoras de apoyo a las relaciones familiares, negación de la homosexualidad y de otros grupos marginales.
Ratzan, S. et al. (1994)	USA	Dar a conocer las fortalezas y las deficiencias del intento de llegar a públicos objetivo mediante una campaña de marketing social.	Cualitativo. Análisis descriptivo. Se utiliza el modelo COAST.	Contenido de los mensajes de la campaña ARTA, con las 5 fases especificadas en el primer artículo de esta tabla y dirigidas cada fase a una población objetivo.	Campaña ARTA en general.	El resultado fue un proyecto ambicioso con muchos productos positivos, pero una campaña que no abordó adecuadamente el SIDA a nivel individual.	No se incluyen en la campaña ARTA mensajes sobre comportamientos de alto riesgo. Se observan las limitaciones sociales y culturales del Sida y la relación con las polémicas poblaciones objetivo.
Walls, C. et al. (1998)	USA	Identificar las características demográficas y de riesgo relacionadas con el VIH que diferencian a las mujeres expuestas y no expuestas a dos estrategias: los medios impresos y la comunidad.	Cualitativa.	Campaña de prevención utilizando como estrategia los medios impresos y cuyo contenido incluye la prevención mediante el uso del condón.	Mujeres de la comunidad de Filadelfia y Pensilvania.	Los resultados revelaron que la campaña de medios impresos alcanzó un número significativo de mujeres.	Importantes hallazgos fueron que cada estrategia fue exitosa a una parte diferente de la población objetivo teniendo efectos distintos sobre el comportamiento del uso del preservativo según el segmento particular de población.

Davis, K. et al. (2011)	USA	Implementación y evaluación de una campaña para promocionar la prueba del VIH en mujeres afroamericanas.	Mixta. Cualitativa/ cuantitativa.	"Take Charge. Take the Test" (TCTT) es una campaña mediática que promueve la prueba del VIH entre las mujeres afroamericanas.	Mujeres afroamericanas de Cleveland y Filadelfia.	La campaña se evalúa y se demuestra la efectividad de la misma evidenciando un aumento significativo de búsqueda de información sobre el VIH y de cómo y dónde hacerse la prueba.	Aumento significativo de búsqueda de información sobre el VIH, coincidiendo este aumento con la emisión de mensajes.
-------------------------	-----	--	-----------------------------------	---	---	---	--

Fuente: 354-371

Adicionalmente, otra parte de los resultados de esta investigación que se presentan a continuación se han agrupado identificando el contenido de las campañas y la población objetivo a la que van dirigidas, la efectividad de las mismas y por último las estrategias de evaluación, modelos o análisis.

6.1.1 Contenido de las campañas y población objetivo

La campaña más evaluada y que tuvo mayor impacto sobre la población e investigadores fue la campaña América Responde al Sida (ARTA). En relación al contenido de esta campaña publicitaria de difusión masiva en EE.UU. y que se encuadra en seis de los documentos elegidos, tal y como ya se ha mencionado, cabe destacar los mensajes difundidos en cada fase de la campaña. Esta se divide en cinco fases de lanzamiento, diseñadas para la divulgación a nivel nacional, estatal y local y dirigida a una audiencia diversa. Los cinco bloques fueron:

1. *Conciencia general: Humanizando el SIDA*
2. *Comprender el SIDA*
3. *Las mujeres en riesgo / Adultos activos sexualmente, múltiples parejas*
4. *Padres y Jóvenes*
5. *Prevención de la infección por el VIH y el SIDA: Los próximos pasos*

Las fases de la campaña siguen una correlación lógica en cuanto a que se inició con información, continuó con guías específicas de prevención y finalizó con mensajes dirigidos a personas con comportamientos de riesgo, induciéndolas a que buscaran consejo, realización de pruebas y tratamiento si fuera necesario; y lo más importante, mensajes para crear un ambiente de comprensión y apoyo a las personas que viven con el VIH. La campaña se construyó con la participación de un equipo multidisciplinar, para intentar llegar al máximo de población objetivo. Adicionalmente, ARTA produjo importante material, algunos aún disponibles (se retiró el material que quedó anticuado por evolución social y por nuevos descubrimientos médicos en relación con el virus) no solo para su difusión, sino también como material educativo. La difusión principal se realizó mediante anuncios de servicio público en televisión, radio, revistas y periódicos,

también denominada publicidad social. Dada la importancia que se le dio a la campaña y su máxima difusión, dos de los folletos de campaña se registraron en cintas de audio dirigidas a personas con discapacidad visual (331).

Asimismo, ARTA siguió un proceso de construcción y evolución, teniendo en cuenta las actitudes, normas sociales relativas al comportamiento y creencias de la población, adecuándose a las nuevas necesidades de la epidemia y aplicando las lecciones aprendidas. Es importante hacer de nuevo mención, que el gobierno de la época marcó irrefutablemente el contenido de los mensajes, manifestando a través de ellos, las políticas conservadoras del momento (327-330).

Adicionalmente a los artículos mencionados y relacionados con la campaña ARTA, dos de las investigaciones incluidas en esta revisión iban dirigidas a mujeres como grupo específico. Una de ellas, realizada en 1998 y dirigida a la comunidad de mujeres de Filadelfia y Pensilvania, utilizó como medio de difusión los medios impresos. Los mensajes fueron dirigidos al cambio de comportamientos de riesgo y cuyo contenido incluía la prevención mediante el uso del condón (332). La otra campaña dirigida a mujeres, afroamericanas en este caso, de Filadelfia y Cleveland, se realizó en el año 2011, Take Charge. Take the Test (TCTT), siendo esta una campaña mediática que tuvo el objetivo de promover la realización de la prueba del VIH (333).

6.1.2 Estrategias de evaluación. Efectividad

ARTA se evaluó desde diferentes ópticas, incluso comparando resultados de campañas similares en Europa, Francia y Reino Unido, concretamente. En este sentido y según las conclusiones de las investigaciones elegidas en esta revisión, los resultados de las evaluaciones periódicas de cada fase de ARTA confirmaron que se fue cumpliendo el objetivo de que cada ciudadano estadounidense estuviera debidamente informado sobre qué es y cómo se transmite el VIH/sida. Para ello, se realizaron investigaciones mediante recolección y revisión de datos, incluyendo una combinación de indicadores cuantitativos y cualitativos, como conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos sobre el VIH (331). Sin embargo, cabe remarcar que, precisamente en la fase tres, los mensajes que se divulgaron a nivel comunitario

a través de los estados, dirigidos al colectivo femenino concretamente, el éxito fue muy limitado en relación a las fases anteriores y siguientes a esta misma, acusando a la falta de experiencia de los departamentos de salud estatales en la comunicación de campañas de difusión masiva de éxito (331).

Adicionalmente, Wods et al. (331) enfatizaron en la importancia de la elaboración de los mensajes, confirmando la relación directa con la efectividad de la campaña. Por ello, en el proceso de elaboración y desarrollo de mensajes, se dio la oportunidad a los participantes de revisar y comentar los materiales del proyecto, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas, revisando y analizando las actitudes y utilizando pruebas de respuesta cognitiva, con el objetivo de acreditar los mensajes y evaluar cuáles serían sus efectos en el público objetivo. En consecuencia, fruto de los resultados obtenidos, se decidió eliminar conceptos como *grupos de riesgo*, dado que podría reforzar actitudes en contra de algunos grupos concretos. Por ende, se utilizó el término *comportamientos de riesgo*, en sustitución del anterior. Continuando con la significación del lenguaje, la palabra *fluidos* en los mensajes de prevención pudo llegar a promover, de forma injustificada, temor a la transmisión por sudor, lágrimas o saliva (331). En consecuencia, se evidenció la trascendencia del lenguaje en los mensajes emitidos, ya que además de promover significados injustificados en la población, pueden no llegar al público objetivo por no sentirse identificado con el tema, según se haya expuesto. Éstas son algunas de las conclusiones de los autores de tres de las investigaciones incluidas en la revisión, acentuando como consecuencia la importancia del tipo de lenguaje utilizado en los mensajes (326, 329, 331).

Por otra parte, la campaña Take Charge. Take the Test (TCTT), dirigida a mujeres afroamericanas de Filadelfia y Cleveland, evaluó su efectividad, recogiendo datos sobre las llamadas diarias a las líneas propuestas en los mensajes publicitarios y las consultas a la página web www.hivtest.org, donde se podía acceder a información sobre centros para realizar la prueba del VIH. Los resultados confirmaron que existe una relación directa entre la implementación y difusión de la campaña y la búsqueda de información sobre el VIH por parte de la población. Asimismo, en el momento de la emisión de los mensajes, se observó un aumento considerable de las llamadas telefónicas en

busca de información y entradas en la página web, para buscar dónde hacerse la prueba de forma gratuita. Es importante señalar que estos resultados no son más que simples datos de tendencias a través del tiempo (333).

6.1.3 Otros modelos de evaluación. Análisis crítico del contenido y de mensajes. Relación con el momento social

Dos investigaciones incluidas en la revisión describieron modelos de evaluación para determinar y analizar el contenido de las campañas desde una mirada crítica (326, 328). Uno de estos documentos (328) suma su importancia en que los autores de la investigación trataron mediante los principios COAST (comunicación, opciones, alternativas, estándares, confianza) y el modelo de toma de decisiones de la comunicación en salud (negociabilidad integrativa viable) ampliar el conocimiento en relación con el éxito y deficiencias de la comunicación de los mensajes en una campaña de marketing, como fue ARTA. Los autores de este estudio concluyeron que la evaluación de ARTA mediante el modelo COAST debería colocar al individuo en el centro de la comunicación de los mensajes, con el objetivo de capacitarlo, aumentando sus conocimientos y habilidades, como medida de prevención de la infección por el VIH y promover una buena salud dentro de la comunidad (328).

En esta misma línea, otro de los artículos elegidos expone mediante un análisis retórico utilizando el método Burke, la necesidad de seleccionar la semántica a utilizar y la estructura de algunos elementos en la publicidad, planteando y analizando cuál es el papel apropiado de la publicidad en relación al VIH/sida (326). Burke afirmó que cualquier acción humana puede comprenderse a partir de cinco elementos fundamentales, como son el Acto, el Escenario, el Agente, la Agencia y el Propósito. Estos elementos evaluativos, dan respuesta a cuestiones como qué, dónde, quién, cómo y para qué, orientando la construcción y efectividad de la campaña evaluada (319, 326).

A este respecto, desde un análisis crítico de la campaña ARTA, utilizando el método Burke mencionado y teniendo en cuenta la importancia del rol de la publicidad y los primeros mensajes dirigidos a crear conciencia, enfatizaron su importancia en la información y la educación. Los mensajes informativos se presentaron como una amenaza ambiental mortal y la necesidad del

conocimiento como elemento para la supervivencia, poniendo el énfasis en la escena. Posteriormente, se puso el acento al acto, construyendo preocupación y miedo a través de los mensajes relacionados con los comportamientos de riesgo, incluyendo las experiencias extramaritales y el consumo de drogas por vía parenteral. Ello está en consonancia con las conclusiones de otras investigaciones de esta revisión, afirmando que el uso del miedo como estrategia común en las campañas puede provocar altos niveles de ansiedad pero no necesariamente un cambio de comportamiento (328- 331). En este sentido, Bush et al. (326) y según el resultado de su análisis, cuestionaron cómo un individuo puede modificar su sistema de conducta mediante anuncios publicitarios, sobre los peligros potenciales asociados a comportamientos aceptados dentro del sistema social.

En esta línea, Swanson (329) realizó un análisis crítico de los anuncios televisados y emitidos en radio de ARTA. Mostró cómo en seis de los 22 anuncios de servicio público televisados y doce de los *spots* de radio, la mujer se representaba en una posición de impotencia, representando socialmente a los hombres con el poder de infectar a sus mujeres, puesto que son ellos los que engañan a sus parejas, fruto de filosofías conservadoras que apoyaban a la familia, permitiendo al sida una consideración social más que un problema médico y, por tanto, emitiendo un mensaje victimizador hacia las mujeres. Swanson (330), en su análisis retórico y textual de los anuncios emitidos, concluyó que todos tenían puntos en común, como que las personas infectadas por el VIH son hombres y las mujeres víctimas, drogas e infidelidad como conductas de riesgo en el contagio del VIH o apelaciones al miedo.

En otro orden de ideas, Donovan et al. (327) cuestionaron la publicidad pagada versus la publicidad donada, pública versus privada, como son los anuncios de servicio público, en este caso para la campaña ARTA. Los autores de esta investigación concluyeron que, en relación al contenido, no se encontraron diferencias significativas en los anuncios de la publicidad pagada o donada, no considerando que el pago sea una influencia para los anuncios emitidos; en cambio, sí se tuvieron en cuenta el tipo de mensaje y cómo llegar a poblaciones menos favorecidas, alentando la realización de la prueba del VIH o la inclusión en programas para el tratamiento de consumidores de drogas. La evaluación se













llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas a 35 líderes de campañas y medios de comunicación. Aquellos mensajes cuyo objetivo era cambiar conductas sexuales, promocionando el uso del condón, fue considerado por algunas agencias locales un mensaje provocador de comportamientos promiscuos. Se observó diferencia en los mensajes dirigidos a alentar la abstinencia o el retraso de la primera relación sexual como medidas de prevención. Aun así, solo fueron aceptados este tipo de anuncios si los responsables de los medios los consideraban de buen gusto, entendido como aceptable (327). En esta misma línea, Ratzan et al. (328) que no se abordaron cambios de comportamientos específicos o del alto riesgo, consecuencia de las limitaciones sociales y culturales del Sida y las polémicas poblaciones objetivo de la época. Ello se corresponde con los resultados de la investigación de Wells et al. (332), los cuales resaltaron la importancia de planificar estrategias preventivas consecuentes al objetivo y segmento de la población que se desea alcanzar. Esta afirmación concluyente derivó del análisis de la campaña, donde el mensaje y la estrategia utilizada dirigió el éxito de la misma. Para el análisis, se utilizó un diseño cuasiexperimental con el objetivo de evaluar el cambio en el tiempo. Se confirmó que los efectos del mensaje sobre el comportamiento en la utilización del preservativo, en este caso, variaba según la población a la que se dirigía el mensaje. Por tanto, se afianzó la idea de que una intervención preventiva a nivel comunitario con una gran población objetivo podría precisar la inclusión de varias y diferentes estrategias, entre ellas las campañas publicitarias, para asegurar que los mensajes lleguen a quienes más los necesitan.











6.2 Resultados revisión de las campañas estatales



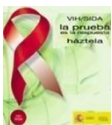

Se hallaron 44 campañas relacionadas con el VIH y el sida en la página web del MSCBS del Gobierno de España (296). Las campañas encontradas se realizaron entre los años 1989 y 2018 [ver tabla 14]. Dos de las campañas, [C12](#), [C19](#) son reposiciones que se realizaron posteriormente a su año de lanzamiento.

Tabla 14. Clasificación campañas/año.

Nº	CAMPAÑA	AÑO	Nº	CAMPAÑA	AÑO
1	 <p><u>Si da, No da.</u></p>	1989	23	 <p><i>Por ti, por mi, hazte la prueba.</i></p>	2008
2	 <p><i>¿Cómo lo haces? Sexo más seguro.</i></p>	1996	24	 <p><i>Actúa. Detén el SIDA. Juntos podemos.</i></p>	2008
3	 <p><u>Por ti, Por mi. El uso del preservativo evita la transmisión del SIDA.</u></p>	1996	25	 <p><i>El SIDA no entiende de culturas, fronteras o colores. Protégete usando preservativo en tus relaciones sexuales.</i></p>	2009
4	 <p><u>Protégete. El SIDA puede cruzarse en tu camino.</u></p>	2000	26	 <p><i>No dejes que el VIH se fije en ti.</i></p>	2009
5	 <p><u>El SIDA puede cruzarse en tu camino. Protégete.</u></p>	2001	27	 <p><i>Si me besas, te transmitiré ternura. Detrás del SIDA hay mucha vida.</i></p>	2009
6		2002	28		2010

		<i>Ayudanos a luchar contra el miedo, la vergüenza, la ignorancia y la injusticia en todo el mundo. Vive y deja vivir.</i>			<i>Frente al VIH, no bajas la guardia.</i>
7		<u>20 años de lucha contra el SIDA.</u>	2002	29	 <i>Ponte una medalla.</i>
8		<i>Toma medidas.</i>	2002	30	 <i>¿Hablamos? Infórmate y comparte lo que sabes de VIH.</i>
9		<i>Los preservativos llévalos siempre encima. Frente al SIDA te hacen libre.</i>	2003	31	 <i>Quiérete. Hazte la prueba. Utiliza el preservativo.</i>
10		<i>Ayudanos a luchar contra el miedo, la vergüenza, la ignorancia y la injusticia en todo el mundo. Vive y deja vivir.</i>	2003	32	 <i>30 años de logros, 30 años de retos.</i>
11		<i>A todos nos puede llegar el SIDA. Rompe la cadena. Protégete.</i>	2003	33	 <i>De hombre a hombre, habla del VIH.</i>
12		<i>Por ti y por todos, úsalo.</i>	2004	34	 <i>34</i>

				<p>Palabras clave: <i>Tratamiento, transmisión, prevención, salud sexual, VIH, cuidado, información, prueba, derechos.</i></p>	
13	 <p><i>¡Ahora escúchame! Sin derechos no hay vida.</i></p>	2004	35	 <p><i>Juntos podemos lograr el cero. Hazte la prueba.</i></p>	2013
14	 <p><i>Por ti y por todos, úsalo.</i></p>	2005 (Reposición)	36	 <p><i>El SIDA no es algo del pasado. Tenlo presente. Si tienes dudas, hazte la prueba.</i></p>	2014
15	 <p><i>No des la espalda al SIDA. Dentén el SIDA. Haz la promesa.</i></p>	2005	37	 <p><i>El VIH y otras infecciones de transmisión sexual también te pueden afectar a ti. Si tienes dudas, hazte la prueba.</i></p>	2015
16	 <p><i>Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa? En tus relaciones sexuales, utiliza el preservativo.</i></p>	2006	38	 <p><i>Sin estigmas.</i></p>	2015
17	 <p><i>Nosotros disfrutamos seguros. Tú decides.</i></p>	2006	39	 <p><i>Levantemos las manos por la prevención. Cuida tu salud. Protégete.</i></p>	2016

<p>18</p>  <p>2006</p> <p><i>El mundo aún necesita kilómetros de compromiso. Detén el sida. Tú puedes.</i></p>	<p>40</p>  <p>2017</p> <p><i>SIN CONDÓN, no hay vuelta atrás.</i></p>
<p>19</p>  <p>2007 REPOSICIÓN</p> <p><i>Si no tomas precauciones, ¿sabes quien actúa? En tus relaciones sexuales, utiliza el preservativo.</i></p>	<p>41</p>  <p>2017</p> <p><i>Besar, comprender, amar, disfrutar, tocar, convivir no transmite el VIH. Transmite respeto.</i></p>
<p>20</p>  <p>2007</p> <p><i>Información sobre VIH/SIDA y otras INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.</i></p>	<p>42</p>  <p>2017</p> <p><i>Con las infecciones de transmisión sexual, tú decides qué compartes.</i></p>
<p>21</p>  <p>2007</p> <p><i>Son más los lazos que nos unen a ti que lo que nos separa. Detén el sida. Juntos podemos.</i></p>	<p>43</p>  <p>2018</p> <p><u>Profilaxis post-exposición frente al VIH Es una manera muy eficaz de prevenir la infección por VIH tras una exposición de riesgo.</u></p>
<p>22</p>  <p>2008</p> <p><i>VIH/SIDA, la prueba es la respuesta. Házte la.</i></p>	<p>44</p>  <p>2018</p> <p><u>¿Qué es la Profilaxis Pre-exposición frente al VIH?. Probablemente la conocerás como PrEP (su abreviatura en inglés).</u></p>

La primera parte de los resultados muestra las características generales de las campañas. Se realizó una clasificación en base al grupo poblacional a la que iba dirigida cada campaña, el medio de difusión, el objetivo principal, el idioma en el que se ha difundido cada una de las campañas y la responsabilidad hacia quien se dirige cada una [ver resultados en tablas 15-19].

En los resultados referentes al grupo poblacional a la que va dirigida cada campaña [ver tabla 15], se observó que el grupo más numeroso corresponde a 24 campañas (54,5%) lanzadas el 1 de diciembre, aprovechando el Día Internacional del Sida, siendo la totalidad de ellas dirigida a la población general. El segundo grupo más numeroso son las ocho campañas (18'2%), dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH). Cabe señalar que la primera campaña dirigida a este colectivo se realizó en el año 2006 y fue entre este año y el 2009 donde se encuentra el lanzamiento de cinco (11'4%) de las ocho campañas dirigidas a esta población diana.

Dentro del grupo de *población en riesgo*,⁹ se incluyeron campañas dirigidas a jóvenes, personas que ejercen la prostitución, inmigración o usuarios de drogas inyectadas, siendo estas de entre un 2,3% y 4,5% del total.

Existe otro grupo: *otras campañas de VIH e ITS* según el método clasificatorio del MSCBS, donde se encontraron otras cinco campañas, 11,4% del total. De las cinco campañas pertenecientes a este grupo, dos (4'5%) iban dirigidas a GBHSH. Las otras tres, a la población general. Posterior al análisis del total de las campañas, no se ha llegado a ninguna conclusión del porqué de la existencia de este grupo. En un primer momento, se pensó que eran campañas que, además de la prevención del VIH, también podrían informar de otras ITS, derivado del título original que le dio el MSCBS. El análisis de las mismas demuestra que, de las cinco campañas, solo una iba enfocada a la prevención del VIH y otras ITS, mientras que las otras cuatro estaban centradas en la prevención del VIH, exclusivamente.

⁹ Esta nomenclatura pertenece a la encontrada en la página web del MSCBS. En la actualidad, la estructura de la web ha sido actualizada, mejorando la semántica, además con lenguaje inclusivo y no identificando *grupos de riesgo*, que pueden favorecer estigma y discriminación.

Tabla 15. Clasificación de las campañas por grupo poblacional de lanzamiento.

GRUPO POBLACIONAL	NÚMERO DE CAMPAÑAS (n;%)	AÑO (n.º de campañas)
HSH	8; 18,2	2006, 2007, 2008, 2009 (2), 2010, 2011, 2015
Jóvenes	1; 2,3	2006
Personas trabajadoras del sexo	2; 4,5	2002, 2003
Inmigración	2; 4,5	2009, 2010
Usuarios de drogas inyectadas	1; 2,3	1996
Mujeres	1; 2,3	2004
Otras campañas de prevención del VIH e ITS	5; 11,4	2008, 2017 (2), 2018 (2)
1 de diciembre	24; 54,5	1989, 1999, 2000, 2001, 2002 (2), 2003 (2), 2004 (2), 2005, 2006(2), 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

Fuente: 296

Por otra parte, aunque los mensajes y el contenido de las campañas apuntan hacia una población mayoritariamente joven, solo una campaña reconoció el mensaje hacia una población diana comprendida entre los 14 y 20 años de edad: *Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?*^{C16} Esta campaña se lanzó el 1 de diciembre del año 2006, reponiendo de nuevo la campaña en el 2007.^{C19} Destacar también que no se ha encontrado ninguna de las campañas dirigida específicamente a personas mayores y solo una dirigida a mujeres.^{C13} De esta campaña, destacar que el mensaje no iba dirigido a la prevención para las mujeres específicamente, sino a la población en general, solicitando la igualdad de la mujer como ayuda a la lucha contra el sida.

En cuanto a los soportes de difusión de las campañas [ver tabla 16], se apreció una evolución paralela al desarrollo de las nuevas tecnologías a nivel social. Mientras que entre los años 1989 y 2003, solamente la difusión de la campaña se realizó en formato cartel, es a partir del año 2004 cuando, además del cartel y folleto, se incluyeron paulatinamente *spots* publicitarios, infografías, redes sociales y *banners*. Cronológicamente, a partir del año 2011 la difusión incluyó

las redes sociales, como Facebook y YouTube, *banners* a partir del 2015, WhatsApp a partir del año 2016 y Twitter a partir del 2017.

Tabla 16. Campañas/medios de difusión.

MEDIO DIFUSIÓN	NÚMERO DE CAMPAÑAS (n; %)	AÑO (n.º de campañas)
Cartel	36; 81,8	1989, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002(3), 2003 (3), 2004, 2005(2), 2006 (3), 2007, 2008 (2), 2009 (3), 2010 (3), 2011 (2), 2013, 2014, 2015 (2), 2016, 2017 (3)
Tarjetas	2; 4,5	2009, 2011
Folletos	15; 34	2005, 2006 (3), 2007 (R+2), 2008, 2009 (2), 2010 (3), 2011 (2), 2012
Spot publicitario	11; 25	1989, 2004, 2005 (R), 2006, 2007 (R), 2009, 2011 (2), 2017 (3)
Infografía	9; 20,4	2014, 2015 (2), 2016, 2017 (3), 2018 (2)
WhatsApp	3; 6,8	2016, 2017 (2)
YouTube	10; 22,7	2011, 2012, 2013, 2014, 2015 (2), 2016, 2017 (3)
Facebook	10; 22,7	2011, 2012, 2013, 2014, 2015 (2), 2016, 2017 (3)
Banners	3; 6,8	2015, 2017 (2)
Twitter	1; 2,2	2017
Otros	1; 2,2	2010

Fuente: 296

Los idiomas utilizados en la divulgación de los mensajes preventivos [ver tabla 17] han ido cambiando con el paso del tiempo. Las primeras campañas fueron en castellano, sin embargo, a partir del 2007, se utilizaron otras lenguas oficiales en España, además de lenguas extranjeras, principalmente francés, inglés y árabe.

Tabla 17. Campañas/idiomas.

IDIOMA	NÚMERO DE CAMPAÑAS (n; %)	AÑO (n.º de campañas)
Castellano	44; 100	1989, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002 (3), 2003 (3), 2004 (2), 2005 (2), 2006 (3), 2007 (3), 2008 (3), 2009 (3), 2010 (4), 2011 (2), 2012, 2013, 2014, 2015 (2), 2016, 2017 (3), 2018 (2)
Catalán	20; 45,4	2006, 2007(2), 2008(2), 2009 (3), 2010 (4), 2011 (2), 2014, 2015 (2), 2017 (3)
Euskera	20; 45,4	2006, 2007 (2), 2008(2), 2009 (3), 2010 (4), 2011 (2), 2014, 2015 (2), 2017 (3)
Gallego	20; 45,4	2006, 2007 (2), 2008 (2), 2009 (4), 2010 (3), 2011 (2), 2014, 2015 (2), 2017 (3)
Valenciano	20; 45,4	2006, 2007 (2), 2008 (2), 2009 (4), 2010 (3), 2011 (2), 2014, 2015 (2), 2017 (3)

Inglés	18; 40,9	2006, 2007 (2), 2008, 2009 (3), 2010 (3), 2011 (2), 2014, 2015 (2), 2017 (3)
Francés	17; 38,6	2006, 2007 (2), 2008, 2009 (3), 2010 (3), 2011, 2014, 2015 (2), 2017 (3)
Chino	7; 15,9	2006, 2007, 2008, 2009 (3), 2010
Árabe	7; 15,9	2006, 2007, 2008, 2009 (3), 2010
Otros	7; 15,9	2006, 2007, 2008, 2009 (3), 2010

Fuente: 296

Según el objetivo de la campaña, cuando la difusión se realizó en más de un soporte, la mayoría de las campañas emitieron diversos mensajes [ver tabla 18]. De la totalidad de las campañas, 28 (63'6%) se centraron en ofrecer información sobre qué es, cómo se transmite y cómo se previene el VIH. En algunos casos también se incluyó cómo y dónde realizarse la prueba, para obtener un diagnóstico precoz, si cabe. El uso del preservativo como método preventivo se recoge en 28 (63'6%) campañas, de las cuales 7 (16'9%) se centraron exclusivamente en la utilización de este método. La prevención del estigma y la discriminación también se reconoce en 15 campañas (34%), aunque en solo tres (6'8%) es el mensaje único y principal. Por otra parte, aunque muchas de las campañas incluyeron en los mensajes informativos el diagnóstico precoz, dos campañas (4'54%) focalizaron el mensaje en la realización de la prueba únicamente. Sin embargo, en 23 campañas (52'3%), los mensajes aludieron exclusivamente a la responsabilidad individual en la prevención, y en siete (15'9%) a la corresponsabilidad, mientras que en once campañas (25%) se recogieron mensajes mixtos que sugieren responsabilidad individual y colectiva en la prevención del VIH [ver tabla 19].

Tabla 18. Objetivo de las campañas.

OBJETIVO DE LA CAMPAÑA	NÚMERO DE CAMPAÑAS (n; %)	AÑO
Información	28; 63,6	1989, 1996, 2002, 2003, 2005, 2006 (2), 2007, 2008 (3), 2009 (3), 2010 (2), 2011 (2), 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 (3), 2018 (2)
Prevención	30; 68,1	1989, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 (2), 2004, 2005, 2006 (2), 2007 (2), 2008 (2), 2009 (3), 2010 (3), 2011 (2), 2012, 2016, 2017 (2), 2018 (2)
Uso preservativo	28; 63,6	1989, 1996, 1999, 2002 (2), 2003 (2), 2004, 2005, 2006 (3), 2007 (2), 2008 (3), 2009 (4), 2010 (2), 2011 (2), 2016, 2017 (2)

Diagnóstico precoz	22; 50	2002, 2003, 2005, 2006 (2), 2007 (2), 2008 (3), 2009 (2), 2010 (3), 2011 (2), 2012, 2013, 2015, 2016, 2017
No discriminación/estigma	15; 34	2002, 2003, 2004, 2007, 2008, 2009 (2), 2010 (2), 2011 (2), 2012, 2015, 2016, 2017
Profilaxis post/pre-exposición	6;13,6	2009, 2010, 2011, 2012, 2018 (2)

Fuente: 296

Tabla 19. Responsabilidad.

RESPONSABILIDAD	NÚMERO DE CAMPAÑAS (N., %)	AÑO
Corresponsabilidad	7; 15,9	1989, 1999, 2003, 2004 (2), 2010, 2009
Responsabilidad individual	23; 52,2	1996, 2000, 2001, 2002 (2), 2003, 2006 (3), 2007, 2008 (2), 2009 (3), 2010, 2012, 2014, 2015 (2), 2017, 2018 (2)
Ambas	11; 25	1989, 2005, 2007, 2008, 2010, 2011 (2), 2013, 2016, 2017 (2)

Fuente: 296

En la segunda parte, los resultados cualitativos del análisis de las campañas se organizaron en base a las cinco categorías principales, según la péntada de Burke (319) [ver tabla 20].

Tabla 20. Categorías y subcategorías.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS
1. El Acto	El hecho. La acción motivada. ¿Qué?	1.1 Protección/Usos del preservativo 1.2 Diagnóstico precoz 1.3 Igualdad, estigma y discriminación 1.4 Compromiso individual 1.5 Compromiso colectivo 1.6 Información
2. El Escenario	La situación, lugar donde ocurren los hechos. ¿Dónde y Cuándo?	2.1 Imágenes personas 2.2 Imágenes no personas 2.3 Colores predominantes 2.4 Ámbito privado 2.5 Ámbito público
3. El Actor	Quien realiza la acción. ¿Quién?	3.1 Actor persona real anónima 3.2 Actor persona real pública 3.3 Objeto 3.4 Género
4. El Medio	¿Cómo? Abstracto (emociones) o Instrumento (¿Quién lo hace?)	4.1 Medios de difusión masiva 4.2 Emociones negativas 5.1 Emociones positivas

5. El Propósito	Objetivo e intencionalidad. ¿Para qué?	5.1 Información 5.2 Cambio de comportamientos No riesgo 5.3 Cambio de actitudes. No exclusión.
-----------------	--	--

Fuente: Elaboración propia.

1. El Acto

El acto es la primera categoría y se focaliza en la acción motivada, es decir, el qué. Da respuesta a todas aquellas frases y/o mensajes que identifiquen una acción en particular, asociado a aquella acción que debe hacerse. Ello se puede traducir en el mensaje principal de cada campaña [ver tabla 21].

Los resultados mostraron mensajes que apelaban a la responsabilidad y prevención individual, mayoritariamente. Los mensajes sobre el uso del preservativo, la prevención y el diagnóstico precoz indicaron una acción obligada de carácter imperativo. Este tipo de mensajes orientan o recomiendan una acción: *Protégete*^{C4, C5, C11, C29}, *Hazte la prueba*^{C23, C31, C35, C36, C37}. Se invoca de forma persuasiva a la población objetivo a que cumpla con una conducta: *Utiliza el preservativo*^{C16, C19, C31}. Destacaron mensajes normativos que indican un comportamiento adecuado y aceptado socialmente.

Por otra parte, la evolución en el lenguaje del mensaje principal se ha transformado en el tiempo, llegando a disolver el verbo imperativo como tal y pasando a ser una tendencia indirecta: *No sin él*^{C23}, *Los preservativos llévalos siempre encima, te hacen libre*^{C9}, *Diagnóstico precoz del VIH, una prioridad*^{C31}.

Simultáneamente, los resultados obtenidos también mostraron que adicionalmente a mensajes de concienciación y sensibilización, algunas campañas ofrecieron información sobre el VIH, el estado actual y la evolución en el tiempo. Los mensajes principales de este tipo de campañas así lo indican: *Un tercio de las personas infectadas lo desconoce*^{C36}, *Porque hoy sabemos más*^{C32}, *30 años de logros / 30 años de retos*^{C32}.

En relación con los mensajes que apelaban al compromiso y/o responsabilidad se identificaron campañas dirigidas a la persona como

individuo: *Rompe la cadena*^{C11}, *Haz la promesa*^{C15}, y como colectivo: *Levantemos las manos por la prevención*^{C39}, *Unidos podemos*^{C24}.

Tabla 21. Categoría 1: El acto.

SUBCATEGORÍA 1	HALLAZGOS
1.1 Protección/Usos del preservativo	<ul style="list-style-type: none"> - Toma medidas - protégete - Por ti y por todos, úsalo - Utiliza el preservativo - No sin él - Los preservativos llévalos siempre encima, te hacen libre
1.2 Diagnóstico precoz	<ul style="list-style-type: none"> - Hazte la prueba - Si tienes dudas, hazte la prueba - Diagnóstico precoz del VIH, una prioridad
1.3 Igualdad, estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayúdanos a luchar contra el miedo, la vergüenza, la ignorancia y la injusticia en todo el mundo - Si me besas te transmitiré ternura - Respeta a las personas con VIH
1.4 Compromiso individual	<ul style="list-style-type: none"> - Rompe la cadena - ¡Ahora escúchame! - Detén el sida - Haz la promesa
1.5 Compromiso colectivo	<ul style="list-style-type: none"> - El mundo aún necesita kilómetros de compromiso - Unidos podemos - Levantemos las manos por la prevención - Son más los lazos que nos unen a ti que lo que nos separa - Hablamos
1.6 Información	<ul style="list-style-type: none"> - Un tercio de personas infectadas lo desconoce - Porque hoy sabemos más - 30 años de logros / 30 años de retos

Fuente: Elaboración propia.

2. El Escenario

El Escenario hace referencia a la situación, el lugar donde ocurren los hechos, dando respuesta a las preguntas de cuándo o dónde. En esta categoría, se agrupó todo aquello que tiene que ver con la imagen visual: qué se ve. También se identificaron todas aquellas frases e imágenes que pueden orientar al receptor en tiempo y espacio, no solamente en un *spot*, sino también en otros soportes como carteles, tarjetas o infografías [ver tabla 22].

Los resultados mostraron gran diversidad de ilustraciones gráficas: imágenes simbólicas, dibujos o fotografías reales. Se encontraron campañas cuyo escenario pertenecía a una fotografía real y que ello podía implicar una emoción desagradable como consecuencia: *suelo con cristales con unos pies que los van*

a *pisar*^{C4, C5}, imágenes simbólicas cuyo significado es fácil de interpretar y relacionar con el VIH a nivel social y colectivo: *preservativos y lazos rojos*, (la mayoría de las campañas contienen, como mínimo, uno de estos símbolos), hasta la utilización de la metáfora, al simular la imagen de un salvavidas, siendo este un preservativo^{C7}, o un lazo rojo en forma de signo de interrogación^{C22}. En este sentido, se ha evidenciado el uso de la metáfora en varias de las campañas emitidas por el MSCBS, presentando el VIH como campeonatos o batallas que hay que ganar^{C29}.

En relación con los colores que predominan en las campañas analizadas, son grises, blancos y neutros, no obstante, siempre con letras rojas o negras llamativas para el receptor. Es relevante mencionar el color rojo, representado, en mayor o menor medida, en la mayoría de las campañas. Por otra parte, los blancos se pueden relacionar con productos relacionados con la salud, presente en varias campañas^{C1, C3, C7, C8, C11, C17, C32, C34, C35}. Asimismo, también se observa la combinación de amarillo y negro como herramienta utilizada para resaltar un aviso o reclamo^{C9, C12, C14, C31}. En la única campaña dirigida a la mujer como población diana (cuestionable según el mensaje principal), el color predominante es el gris oscuro, color relacionado con la tristeza y la madurez, una correlación directa entre el color y la imagen gráfica representada por una mujer madura^{C13}.

Algo relevante de los resultados de esta categoría es cómo algunas campañas centraron la prevención en el ámbito privado e íntimo, representado en campañas como: *SIN CONDÓN, no hay vuelta atrás*^{C40}, mientras que otras se situaron en ámbitos públicos, donde se puede interpretar la responsabilidad de la prevención desde el punto de vista no exclusivamente individual, sino comunitario. Ello se observa en campañas como: *Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa? En tus relaciones sexuales, utiliza el preservativo*^{C16, C19}.

Tabla 22. Categoría 2: El escenario.

SUBCATEGORÍA 2	HALLAZGOS
2.1 Imágenes personas	- Suelo con cristales que unos pies van a pisar - Concierto. Actuación de ITS's
2.2 Imágenes no personas	- Preservativo simulando un salvavidas - Lazos rojos - Preservativos de colores
2.3 Colores predominantes	- Fondo gris claro neutro con letras rojas y negras - Fondo blanco neutro

	- Fondo gris oscuro con letras blancas, rojas y negras
2.4 Ámbito privado	- Habitación en una supuesta casa particular
2.5 Ámbito público	- Concierto multitudinario - Restaurante

Fuente: Elaboración propia.

3. El Actor

Esta tercera categoría se enfoca en quién realiza la acción. Se identifica qué actor realiza la comunicación, tanto si es una persona real, anónima o pública, el género de esta o si es un objeto. El análisis de esta categoría incluye la representación y significado del actor a nivel social [ver tabla 23].

Tabla 23. Categoría 3: El actor.

SUBCATEGORÍA 3	HALLAZGOS
3.1 Actor persona real anónima	- Conjunto de persona anónimas de distintas edades, etnias y condición social - Rostro de mujer de mediana edad
3.2 Actor persona real pública	- Rostro del actual ministro del Interior, Sr. Fernando Grande-Marlaska - Rostros y voces de 3 personajes públicos conocidos: Boris Izaguirre, Jesús Vázquez e Iñigo Lamarca
3.3 Objeto	- Preservativos de colores - Cinta y lazos rojos
3.4 Género	- Masculino - Femenino - Masculino homosexual

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de esta categoría mostraron una gran diversidad de actores, reales y objetos, en función de la campaña. Se identificaron tanto personajes públicos^{C20, C33}, como personas anónimas^{C10, C12, C13, C14, C16, C17, C19, C23, C28, C42}. Igualmente, se distinguen hombres y mujeres de distintas edades, aunque mayoritariamente jóvenes^{C12, C14, C16, C17, C19, C23, C28, C40, C42} y puntualmente de mediana edad^{C13, C15, C17, C33}. Ningún actor representa a personas mayores. Señalar que los personajes públicos son hombres y además homosexuales reconocidos socialmente^{C20, C33}.

Cabe remarcar que la mayoría de los actores de las campañas analizadas son de género masculino^{C17, C20, C23, C26, C28, C33, C40, C41}. En las campañas donde se representa a la mujer, esta quedó escenificada acompañada siempre de un hombre, significando así la heterosexualidad normativa^{C4, C5, C15, C42}. En la única campaña en la que el actor principal es una mujer^{C13} se la representó sola, de

edad madura y con un mensaje que pone de manifiesto el peligro de la violencia de género en el contagio del VIH, evocando la vulnerabilidad.

En cuanto a los objetos, mayoritariamente son preservativos y lazos rojos, fácilmente identificables para la población en general. Por tanto, es entendible el preservativo como imagen simbólica de prevención y como mensaje principal, apelando a su uso. Sumándose al preservativo, el lazo rojo se encuentra presente en la mayoría de las campañas como símbolo de compromiso social, en la lucha contra el VIH/sida.

4. El Medio

En esta categoría se da respuesta al cómo. El medio puede ser tanto un medio físico (medio de difusión masiva) como un medio abstracto (emociones que se desprenden en la globalidad de la campaña). También puede existir una relación directa o indirecta entre el medio físico y el medio abstracto [ver tabla 24].

Tabla 24. Categoría 4: El medio.

SUBCATEGORÍA 4	HALLAZGOS
4.1 Medio de difusión	- Carteles, Infografías, Folletos, Tarjetas - Spot publicitario - Redes sociales: Whatsapp, Twitter, Facebook
4.2 Emociones negativas, miedo	- Pisar cristales. Dolor - Lucha. No bajas la guardia
4.3 Emociones positivas, optimismo	- Cómic, humor - Logros. ponte una medalla

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de esta categoría mostraron medios de difusión masiva que han ido evolucionando a través del tiempo, adaptándose a las nuevas formas de comunicación y tecnologías actuales.

En cuanto al uso de las emociones para captar la atención de la población objetivo, los resultados mostraron la utilización de emociones negativas como es el dolor (pisar cristales)^{C4, C5}, o la lucha con la necesidad de defensa y estar alerta que ello implica: *No bajas la guardia*^{C28}. El uso de emociones positivas también se observó en alguna campaña cuyo mensaje posee una connotación de obligatoriedad: *Ponte una medalla*^{C29}. Igualmente, el tipo de mensaje que se emitió cuando el objetivo era la no discriminación o el estigma incluyó emociones

y valores sociales reconocidos en los mensajes: *Si me besas te transmitiré ternura*^{C27}, *Respeto a las personas con VIH*^{C18}.

Otro elemento a tener en cuenta en esta categoría es la música. Los resultados apuntaron que la elección de los temas musicales elegidos en las campañas con *spot* publicitario eran temas dinámicos, adaptados a la dinámica evolutiva de la imagen y narración, reforzando el mensaje con algún golpe musical instrumental y, a priori, con baja capacidad emotiva^{C12, C14, C16, C19, C33, C40, C42}.

5. El Propósito

Ésta es la quinta y última categoría. El propósito da respuesta a la intención, para qué. Trata de analizar el objetivo e intencionalidad de la campaña [ver tabla 25].

Tabla 25. Categoría 5: El propósito.

SUBCATEGORÍA 5	HALLAZGOS
5.1 Información	<ul style="list-style-type: none"> - El propósito es informar a la población sobre qué es y cómo se transmite el VIH - Información sobre la profilaxis preexposición
5.2 Cambio de comportamientos. No riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo preventivo individual y colectivo. <i>Por ti, por mí, úsalo</i>
5.3 Cambio de actitudes. No exclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Lucha contra los sentimientos y desigualdades sociales derivados de la infección por VIH - Promocionar la igualdad de las mujeres como ayuda en la lucha contra el Sida

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados en esta categoría señalaron campañas con triple objetivo: ofrecer información, cambiar comportamientos (de riesgo) y modificar actitudes (no exclusión social), pero con el propósito principal de frenar la epidemia de VIH, evitando nuevas infecciones.

Las campañas informativas tenían como objetivo inicial que la población sepa qué es y cómo se transmite el VIH. Las últimas campañas ofrecían, además, información sobre la profilaxis pre y post-exposición. Mientras que las campañas cuyo propósito principal se enfocaba en el cambio de comportamientos de riesgo se encontraron mensajes con objetivo preventivo tanto a nivel individual como colectivo, apelando a la responsabilidad individual: *Por ti, por mí, úsalo*^{C12, C14}.

El análisis de las campañas con relación al objetivo de cambiar actitudes constató que el mensaje principal se dirigió, fundamentalmente, a la lucha contra

los sentimientos y desigualdades sociales, hacia las PPVIH. Solo una de las campañas se enfocó en promocionar la igualdad de las mujeres como ayuda en la lucha contra el sida^{C13}.

6.3 Resultados del impacto autopercibido de las campañas en mujeres

Los resultados del análisis temático estructurado se agruparon en seis categorías principales correspondientes a la péntada de Burke: 1) el acto (qué), 2) el escenario (cuándo y dónde), 3) el actor (quién), 4) el medio (cómo) y 5) el propósito (por qué o para qué) y una sexta categoría emergente que corresponde a propuestas de mejora para la realización de una campaña. Simultáneamente, se analizaron en cada categoría (unidades de análisis) las 5 campañas elegidas para esta investigación:

1. [C1 Ahora escúchame](#)
2. [C2 Por ti, por todos, úsalo](#)
3. [C3 Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?](#)
4. [C4 30 años de retos, 30 años de logros](#)
5. [C5 #Transmite respeto](#)

Hay que destacar notables diferencias en los resultados, entre grupos de discusión. Aunque la mayoría de las participantes de los 3 grupos apuntaban al recuerdo de la campaña *Póntelo, Pónselo*, las participantes del GD1, por su posible implicación con asociaciones y ONGs sobre el tema, recordaban campañas propias de este tipo de organizaciones: *se deberían difundir campañas como la del indetectable = intransmisible, para que el resto de la gente lo sepa...* (GD1.P5). Las campañas a las que hacen referencia las participantes del GD1 no han sido de difusión masiva en radio, televisión o redes sociales, sino que, además de poderse encontrar pósters colgados en la consulta de enfermería de VIH, se encuentran en entornos concretos, cuando el propósito es buscar información informal en asociaciones, ONG u organizaciones similares.

1. El Acto

Los resultados sobre el análisis en relación con lo que significa *El Acto* indicaron diferencias de participación según el grupo de discusión. El GD3, perteneciente

a mujeres que no viven con el VIH, fueron más participativas y analizaron el mensaje de cada campaña en función de si les impactaba o no. Mientras que las mujeres que viven con VIH, GD1, no se fijaron en los mensajes, interpretando el bajo impacto que pueden tener hacia ellas, posiblemente porque ellas ya no requieren de mensajes preventivos: *Faltan mensajes de cómo llevarlo* (GD1.P3). Las mujeres profesionales de la sanidad, GD2, manifestaron una visión totalmente distinta, llegando a ser incluso contraria a las participantes del GD3. Resaltaron mensajes de prevención donde las participantes de otros grupos no los interpretaron así:

- *el sentido de las campañas era muy negativo y ahora creo que están anunciando un poquito más, un mensaje más preventivo... (GD1.P4)*
- *Falta información... Hay falta de información por eso se enfocan más en la protección (GD1.P5)*
- *ya no son solo de prevención, sino que es de evidencia científica sobre estar indetectable... o sea que indetectable se puede tocar... (GD2.P2)*
- *queda el mensaje como muy diluido ... yo he entendido que tienes que respetar a la gente que tiene VIH... (GD3.P3)*

En general, las participantes de los 3 grupos describieron dos tipos diferenciados de mensajes, el primero hacia la protección y la prevención en términos de salud sexual y un segundo mensaje en términos de salud social, enfocado a la no discriminación y el estigma para las PVVIH.

En cuanto a la población diana de estas campañas, todas las participantes interpretaron que son para la población general, perfil joven, acompañados de mensajes, culpabilizadores unos y de victimización otros, hacia el colectivo femenino. En este sentido, el GD2 hace referencia a la poca implicación de médicos y enfermeras en las revisiones ginecológicas anuales, a las que, aun teniendo prácticas de riesgo, no se les ofrece de manera sistemática una analítica serológica completa, incluyendo la detección de VIH: *Por tanto, hay conductas de riesgo no solo en la mujer, sino en el cribaje* (GD2.P2).

En cuanto a qué tipo de mensajes serian eficientes respecto a la prevención, se constató de nuevo los mensajes diferenciados en protección y prevención de la salud, paralelamente a mensajes dirigidos a la no discriminación y estigma,

teniendo en cuenta a una población diana amplia, no excluyente por temas de género y edad. Es relevante señalar la cita de una participante del GD1: *Hacen falta mensajes de cómo llevarlo (el VIH) (GD1.P3)*. En consecuencia, *aparte de hacer campañas para la prevención, también creo que debería haber campañas para la aceptación. Porque no paramos de escuchar aceptación en muchos sectores, pero en el VIH no. Está bien que vayamos a prevenir... pero hay un sector que somos portadores del VIH y que queremos que nos ayuden a podernos explicar de forma natural y poderme sentir tranquila porque hay una campaña o una información detrás y no tener que dar tantas explicaciones de si se es indetectable por qué me tomo una medicación... porque no contagio... espera que te lo explique... (GD1.P4)*.

Tabla 26. Categoría 1. El Acto: subcategorías y citas textuales.

CATEGORÍA 1 EL ACTO	Subcategorías	Citas
<u>C1 Ahora escúchame</u>	1.1. Protección / Uso del preservativo 1.2. Diagnóstico precoz	<i>GD.1 prevalecen los estereotipos</i> <i>GD.3 ¿Cuál es el mensaje aquí?, porque a mí no me queda ninguno</i> <i>GD.3 No veo que sea para la mujer</i> <i>GD.3 No me llega el mensaje final porque no sé de dónde viene...</i> <i>GD.2 La primera campaña de VIH en abierto es una mujer como tal... está sola exclusivamente</i>
<u>C2 Por ti, por todos, úsalo</u>	1.3. Igualdad, estigma y discriminación 1.4. Compromiso individual 1.5. Compromiso colectivo	<i>GD.1 Mucho llo...</i> <i>GD.2 O sea que aquí los hombres son los malos y la mujer la víctima</i> <i>GD.2 Con cada pareja sexual y esto es mentira porque puedes tener una sola pareja y es ella la que te pasa el VIH</i> <i>GD.3 Hay un mensaje de infidelidad... la mujer está en su casa y el marido es infiel</i>
<u>C3 Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?</u>	1.6. Población diana	<i>GD.1 Entonces puede que sea un mensaje peligroso... porque es como que relaciona la promiscuidad a la fiesta... no te dice que el sexo puede ser todos los días...</i> <i>GD.2 Bueno aquí le pasan la responsabilidad a la mujer de no poner el preservativo</i> <i>GD.3 Esta está más enfocada a la mujer porque no solo te está hablando de que te va a pegar algo, sino que te está hablando de embarazo</i> <i>GD.3 La deja como un trapo... (a la mujer) ... has pasado por esto y esto es lo que te puedes encontrar...</i>

<p>C4 30 años de retos, 30 años de logros</p>		<p>GD.2 Yo creo que esta está más adaptada a nuestra comunidad y enfocada al estigma también de los tiempos modernos, de todos vamos a luchar, vamos a por ello, pero también dice que son 30 años, o sea, que se ha recopilado un poco de todo lo que se ha hecho...</p> <p>GD.3 Si veo esa escena pienso que va a ver una maratón y oyéndolo tampoco me llega, para mí no es información suficiente... no es una buena campaña para mi gusto, las otras cada una tiene algún mensaje, pero esta no...</p> <p>GD.3 Para mí es la publicidad del Gobierno básicamente</p>
<p>C5 #Transmite respeto</p>		<p>GD.2 Bueno, yo no creo que no solo es de prevención, sí lo recoge, pero yo creo que es que va en contra del estigma</p> <p>GD.3 Queda el mensaje como muy diluido... yo he entendido que tienes que respetar a la gente que tiene VIH...</p>

Fuente: Elaboración propia.

2. El Escenario

Los resultados del análisis del escenario, dando respuesta a las preguntas: cuándo y dónde, indicaron inicialmente que ninguna de las participantes durante el desarrollo de los 3 grupos de discusión hizo alusión a la situación y entorno de las campañas, a excepción de la C3. El *¿cuándo?* se sitúa en un ambiente nocturno y el *¿dónde?* en un concierto, por ello es la única campaña que impacta, posiblemente por todo lo que ello implica. *sexo, drogas y rock and roll...* (GD3.P2). Con esta frase, se identificaron otras participantes de los GD1 y GD2. El escenario de la C1 pasó inadvertido, con algún comentario forzando al grupo a que se fijaran en el contexto: *campaña gris...* (GD2.P3).

Por otra parte, la C2 se valoró como una campaña que ocurre en diferentes ambientes, aunque se consideró una campaña demasiado dinámica donde *te pierdes...* (GD1.P2; GD3.P5), se considera como una campaña situada entre lo privado y lo social, ambos entornos cercanos a la realidad individual y colectiva. En consecuencia, se contextualiza en el ámbito privado por estar emplazada en un lugar doméstico; social, por observarse relaciones tanto de pareja como de amistades. Importante destacar que la discusión alrededor de esta campaña aúna opiniones heterogéneas entre participantes del mismo grupo, de forma similar en cualquiera de los 3 grupos, pasando por alto las imágenes que se dan en ambientes no domésticos, al aire libre, en un bar o en un entorno laboral. Posiblemente, esta circunstancia es fruto de relacionar la relación sexual dentro de un espacio íntimo, al igual que todo lo previo a la misma.

La C4, ubicada en un entorno urbano, se valoró como una campaña con bajo impacto dado que *no se entiende el objetivo de esta, hasta el final...* (GD2.P2, GD2.P4, GD2.P5), *solo veo personas correr... sin ningún sentido...* (GD2.P2). Como peculiaridad en cuanto a la C4, el GD1 y GD2 no manifestaron ninguna opinión relacionada con el entorno y situación de esta campaña. Sin embargo, las percepciones de las participantes se focalizaron en el mensaje sobre la vacuna o la diversidad de personas que aparecen en la campaña aludiendo a la no discriminación. Aun así, las participantes de los 3 grupos coincidieron con el poco efecto y repercusión de las C1 y C5 en cuanto a la imagen y su impacto.

Tabla 27. Categoría 2. El Escenario: subcategorías y citas textuales.

CATEGORÍA 2 EL ESCENARIO	Subcategorías	Citas
<u>C1 Ahora escúchame</u>		<p>GD1. <i>Nada... no me dice nada...</i> GD2. <i>Mujer gris... mensaje gris</i> GD3. <i>No sé... no me llama la atención</i></p>
<u>C2 Por ti, por todos, úsalo</u>	<p>2.1 Imágenes personas</p> <p>2.2. Imágenes no personas. Símbolos</p> <p>2.3. Colores predominantes</p>	<p>GD1. <i>Historieta muy rápida, muchas personas... te engancha cómo acaba la historia</i> GD2. <i>Historia simpática, sin más...</i> GD3. <i>Va muy rápido... muchas escenas y personas... pero, sobre todo, habla de ir con cuidado con la infidelidad</i></p>
<u>C3 Si no tomas precauciones, ¿Sabes quién actúa?</u>	<p>2.4. Ámbito privado</p> <p>2.5. Ámbito público</p>	<p>GD1. <i>¿Qué pasa? ¿En un concierto se es más promiscua?</i> GD2. <i>Concierto es igual a gente joven.</i> GD3. <i>¿Embarazo? ¿Solo eso?... parece que lo relacionan con juventud es igual a drogas, sexo y rock and roll...</i></p>
<u>C4 30 años de retos, 30 años de logros</u>		<p>GD1. <i>Esta campaña, aunque hable de vacunas, me provoca discriminación, porque este grupo de gente, que quieren esto?... las personas que salen... que corren... hay una chica, un chico o una persona mayor... pero no van conmigo, no te sientes identificada... falta una campaña que nos identifique... que cuente un relato...</i> GD2. <i>Esta campaña arregla muchas de las cosas que estamos comentando... porque sale la mujer, sale el embarazo, salen por calles bonitas de barrios por los que dirías que por ahí no puedo ir...</i> GD3. <i>Si es una campaña de maratón también cuele...</i></p>

[C5 #Transmite respeto](#)

GD1. *Es como volver al principio... dice exactamente lo mismo... beber agua, o tocarse...*
GD2. *Las letras aparecen muy rápidas... es una campaña muy rápida*
GD3. *Me crispera esta campaña... muy rápida*

Fuente: Elaboración propia.

3. El Actor

En el análisis y valoración de *¿Quién?* pone cara en las campañas, las participantes de los 3 grupos coincidieron en la poca resonancia e impacto autopercibido de las mismas, a nivel general. En el GD2, lo primero que indicó una de las participantes fue: *¿Y las mujeres trans?... aquí no están representadas...* (GD2.P1). Aun así, quedó al descubierto la gran diferencia, de nuevo, entre las opiniones de las participantes según el grupo al que pertenecían. El GD1 dio una opinión general de que no les impactó ninguna de las caras exhibidas, enfatizando en la importancia de que, para que una campaña sea efectiva, la población diana debe identificarse con quien representa la campaña. Por otra parte, el GD3 pone de manifiesto que no hay ningún sentimiento de identificación con las personas que salen en escena. En este sentido y respecto a la C1, única campaña representada por una mujer, la impresión fue muy distinta entre las participantes de todos los grupos. Mientras que para el GD3 pasa totalmente desapercibida, el GD2 manifiesta la sensación de soledad con la imagen mostrada. Lo compararon con campañas dirigidas a GBHSH, donde habitualmente muestran a más de un hombre: *... y es que, además, en las imágenes, la mujer sale sola... porque en Checkpoint, por ejemplo, sale más de un hombre... aquí la chica sale sola...* (GD2.P3), concluyendo con el sentimiento de desagrado que simboliza esta campaña.

Siguiendo con el análisis de esta categoría, las participantes consideraron también la imagen de la mujer en las campañas C2 y C3, aludiendo de nuevo a la imagen de *soledad* y *preservativo*, interpretando una mujer a la que se representa bajo la mirada de *la culpa* y *la victimización*. Este análisis lo realizaron las mujeres sanitarias, (GD2) mientras que a las participantes de los otros dos grupos se les pasó por alto el simbolismo de esta abstracción.

Sobre las otras dos campañas restantes, la C4 y C5, el GD1 no hizo ninguna alusión a ellas, en tanto que participantes del GD2 y GD3 dieron a entender que no *poner cara* finaliza con la no identificación y por tanto el no impacto y efectividad de la campaña: *...a mí me gusta (la C5), pero no estás poniendo caras a nadie... nadie se siente identificado con esta campaña...* (GD2.P4); *... entonces aquí nadie le pone cara a las personas ...* (GD2.P5). En definitiva, ninguna participante de cualquiera de los grupos de discusión se sintió identificada con los actores y actrices de las campañas, resultando, como consecuencia, poco o nulo impacto como campaña.

Tabla 28. Categoría 3. El Actor: subcategorías y citas textuales.

CATEGORÍA 3 EL ACTOR	Subcategorías	Citas
<u>C1 Ahora escúchame</u>	3.1. Actor/actriz	GD1. Una mujer madura... ¿significa que tiene VIH? GD2. No impacta GD3. Una mujer sola... ¿y? No me dice nada...
<u>C2 Por tí, por todos, úsalo</u>	3.2. Actor persona real anónima 3.3. Actor persona real pública	GD1. ¡¡Cuánta gente!! Y diversa... para cotilleo está bien... pero para nada más... GD2. Muchos y diversos... hombres y mujeres... GD3. Muchas personas representadas, pero en definitiva mujer hetero y hombre gay...
<u>C3 Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?</u>	3.4. Objeto/símbolo 3.5. Género	GD1. Lo dicho... drogas, sexo y rock and roll... ¿y el VIH? GD2. Yo creo que no la empodera, sino que la victimiza (en relación con la mujer) GD3. Es como si hubiera visto un miniconcierto, no impacta para nada
<u>C4 30 años de retos, 30 años de logros</u>		GD2. Mucha gente corriendo... GD3. Mucha gente... parece una maratón más que una campaña de prevención
<u>C5 #Transmite respeto</u>		GD1. Campaña anónima... GD1. Siempre una pareja heterosexual... ¿y el resto? GD2. A mí me gusta, pero no estás poniendo caras a nadie... nadie se siente identificado con esta campaña GD2. Faltan familias en la imagen... solo se ven, de dos en dos... pero faltan el resto de la familia, los niños, gente más mayor...

Fuente: Elaboración propia.

4. El Medio

Según los resultados del análisis de esta categoría, se observó a nivel general, en los 3 grupos de discusión, la confluencia de opiniones en la no evocación de emociones al visualizar y escuchar las campañas. Aun así, existen diferencias contrarias entre grupos.

Respecto al análisis de la C1, mientras el GD2 percibían a una mujer madura que transmitía seguridad por su rostro sereno, aunque sola, *A mí me parecen bien estos contenidos ...* (GD2.P1), *las frases de soy hija, mujer, hermana... implica la relación hacia los otros...* (GD2.P1), para el GD3 pasa casi desapercibida, posiblemente por los colores poco llamativos y la estructura del cartel en general: *Hay mucha letra...* (GD3.P3); *esta letra no destaca para nada* (GD3.P4). El GD1 no hace ninguna referencia o mención a esta campaña.

Siguiendo con el análisis, se mantiene la coincidencia en que ninguna de las campañas presentadas, en general, emocionan, ni por las historias ni por la música, tildando a alguna incluso de *horrorosa* (GD1.P5), aludiendo a la C3. Sin embargo, haciendo referencia a la C4, los 3 grupos coincidieron en emociones de *rabia y enfado* por entender que se publicitaba al Gobierno de España: *No se entiende como una campaña preventiva en cualquiera de sus aspectos: salud sexual o prevención social, para mí es la publicidad del Gobierno básicamente...* (GD3.P4). Incluso una participante del GD1 afirmó: *Yo no la he visto nunca, pero me provoca discriminación, como que somos diferentes... lo que hay que enseñar al mundo es que somos personas como cualquiera...* (GD1.P3), concluyendo que es una campaña informativa con *poca información* (GD1.P5).

Por otra parte, sí hay una música que provoca discusión entre las participantes, con opiniones dispares, y es la música de la C5. Esta campaña, aunque no emociona en cuanto al contenido, algunas participantes de los 3 grupos convergen en que la música suscita alerta por un lado e incomodidad por otro: *Exacto, te hace estar en alerta, es como que la música te dice: Estate alerta...* (GD2.P4); *La música de la última campaña no te deja comprender el mensaje* (GD2.P5); *La música me tensa...* (P3.GD3).

Tabla 29. Categoría 4. El Medio: subcategorías y citas textuales.

CATEGORÍA 4 EL MEDIO	Subcategorías	Citas
C1 Ahora escúchame		GD2. No transmite nada... GD3. No impacta...
C2 Por ti, por todos, úsalo	4.1 Medios de difusión masiva	GD2. A mí esta no me transmite nada... lo que me transmite es cotilleo... o igual está juzgando realmente... GD3. Engancha porque explica historias y te engancha para saber cómo va a acabar
C3 Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?	4.2 Emociones negativas 4.3 Emociones positivas 4.4 Impacto	GD2. ... para mí no es impactante como para decir "¡jostras!"... me puede pasar... es otra historietita con música de rock, pero nada más... GD3. ... es como si hubiera visto un mini concierto... no impacta para nada... de todas es la que engloba una coherencia entre la viñeta y la música y la que más se te queda porque las otras sí que he oído run run run, guitarra eléctrica, pero no se ha quedado el mensaje, supongo que la del 2005 por el color, el movimiento... los cambios.... GD3. A través del miedo... meten miedo para no quedarte embarazada...
C4 30 años de retos, 30 años de logros		GD3. Yo creo que es una campaña que no impacta ni te informa sobre el sida porque puede ser un anuncio de cualquier cosa...
C5 #Transmite respeto		GD2. Aquí no se escucha voz... es simplemente la música, con un sonido bien fuerte de percusión... Para estar en alerta... GD3. La música me tensa GD3. A mí me ha gustado, me ha gustado el mensaje, la música te hace entrar GD3. Los bombazos de música son para que atiendas porque si el mensaje es totalmente plano pasa desapercibida, la entiendes, lo asumes, (las de "transmite respeto"), pero nada más

Fuente: Elaboración propia.

5. El Propósito

Los comentarios recogidos vinculados a esta categoría aludieron de forma generalizada, en los 3 grupos, al poco impacto autopercebido de las campañas, sobre todo, teniendo en cuenta si el objetivo pretende modificar comportamientos preventivos hacia la salud sexual. Esta falta de impacto se reflejó con

afirmaciones como: *No va conmigo*. Esta frase se repitió varias veces por diferentes motivos: *Yo ya tengo VIH... pero si voy al pasado, creo que ninguna de estas campañas habría hecho que cambiara nada...* (GD1.P3); *Yo ya no me puedo quedar embarazada... el preservativo va poco conmigo* (GD3.P4); *Yo no pillé el VIH por promiscua, me lo pegó mi exmarido en una sola relación* (GD1.P2). En consecuencia, el propósito de las campañas analizadas parecen alejarse del objetivo preventivo, tanto a nivel de salud sexual como de crear conciencia social alrededor del estigma y la discriminación. En este sentido, campañas como la C1 no acabaron de entenderse, diluyendo, por tanto, el propósito de la misma. En cuanto a los comentarios que hicieron referencia a la C4, tanto las participantes del GD1 como el GD3 coincidieron en: *Solo informan de lo que se está haciendo... es publicidad para el Gobierno*. Hay que destacar que estos comentarios se realizaron en tono negativo, mientras que las participantes del GD2 (las profesionales de la sanidad) consideraron positivamente que se informe mediante una campaña de los avances realizados y en los que se está trabajando.

En el resto de las campañas, C2 y C3, se identificaron en ambas el propósito de prevenir el VIH, otras ITS o incluso el embarazo, utilizando el preservativo como medio preventivo vinculado a la salud sexual. Adicionalmente, la C5 fue reconocida por los 3 grupos como una campaña cuyo propósito sugería no discriminar a las PVVIH, al mismo tiempo que se informa de que a través de algunas acciones no se contagia el VIH. Hay que subrayar que, en cuanto a esta categoría, el propósito de las campañas quedó claro unánimemente en los 3 grupos, a excepción, como ya se ha mencionado, de la C1 y la C4.

Tabla 30. Categoría 5. El Propósito: subcategorías y citas textuales.

CATEGORÍA 5 EL PROPÓSITO	Subcategorías	Citas
<u>C1 Ahora escúchame</u>	5.1 Información	<i>GD3. No la acabo de entender...</i>
<u>C2 Por ti, por todos, úsalo</u>		<i>GD3. Yo creo que le quita tanto hierro al asunto que no se te queda que tienes que usar preservativo, es</i>

	5.2 Cambio de comportamientos. No riesgo	<i>una historia simpática, no es como para decir he visto esta campaña y voy a utilizar preservativo</i>
<u>C3 Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?</u>	5.3 Cambio de actitudes. No exclusión	<i>GD1. Si es prevención, ¿de qué? ¿De embarazo? ¿De ITS?... al final parece más embarazo GD3. Solo está enfocado a un tanto por ciento de la población, a una edad concreta...</i>
<u>C4 30 años de retos, 30 años de logros</u>		<i>GD1. Publicidad política... GD3. Es publicidad para el Gobierno</i>
<u>C5 #Transmite respeto</u>		<i>GD1. Hay que romper el estigma... no sé si esta campaña lo rompe GD2. Hay que respetar, no estigmatizar ni discriminar... GD3. El propósito de esta campaña es respetar a los que tienen VIH... pueden ser personas normales como tú o yo...</i>

Fuente: Elaboración propia.

6. Propuestas de mejora para una campaña efectiva

Los resultados de esta sexta y última categoría corresponden a las creencias individuales de cómo deberían ser las campañas preventivas para el VIH, con el suficiente impacto para que sean capaces de cambiar comportamientos y actitudes. El análisis de los 3 grupos de discusión sobre propuestas de mejora dieron resultados coincidentes, sobre todo en la identificación como personas y mujeres con el mensaje, protagonista, historia o cualquier otro indicador de la campaña: *Si no me identifico, no me llega...* (GD1.P3). En este sentido, todas las participantes coinciden en que, para que una campaña llame la atención, debe representar a las mujeres en su vida cotidiana, interpretando que esta representación desembocaría en la identificación real de ellas como mujeres, con la o las protagonistas de la campaña publicitada. Por tanto, se podría deducir que el acto (el mensaje) y el escenario, aun siendo importantes, es el *quién* y el *cómo*, el actor y el medio, donde se debería poner el acento, si el objetivo es crear consciencia en la población objetivo a través del impacto.

Siguiendo con las categorías de Burke, todas las participantes de los 3 grupos coincidieron que el actor no solamente debe crear la identificación de la población diana con ella, sino que, si esta es un personaje famoso o conocido,

el impacto se puede multiplicar, sobre todo por lo que puede representar a nivel social el liderazgo de una persona pública y de *moda* según el momento. Adicionalmente, vuelve a haber una coincidencia de todas las participantes, haciendo referencia al medio. De forma unánime, convergen en la misma opinión: ... *las emociones son la clave* (GD3.P4). Es decir, la campaña debe emocionar al espectador, ya sea como algunas participantes así lo expresaron, a partir de una historia. Las historias además de emocionar pueden causar expectación. En definitiva, para que se cumpla el propósito de una campaña, ha de haber una coherencia entre todas las categorías mencionadas, es decir, una interrelación entre ellas: ... *un mensaje sin emoción, historia y una persona significativa que te lo explique no sirve para nada...* (GD3.P1).

Tabla 31. Propuestas de mejora. Citas y conclusiones.

Categoría	Citas	Conclusiones
1. El Acto	<i>GD1. Fácil de recordar</i> <i>GD2. Con capacidad de hacerse viral</i> <i>GD3. Impactante...pero acompañado de algo más...</i>	El mensaje por sí solo no tiene un impacto relevante
2. El Escenario	<i>GD1. Mujeres en su vida cotidiana</i> <i>GD2. Acorde con la historia que se cuente</i> <i>GD3. Visual, que impacte</i>	El escenario debe ser visual, con una estudiada puesta en escena para crear atención
3. El Actor	<i>GD1. Mujeres con las que nos sentimos identificadas</i> <i>GD2. Los famosos siempre atraen...</i> <i>GD3. Famosas capaces de mover a mucha gente... como alguna cantante como Rosalía</i>	El actor debe significar socialmente para crear identificación y/o seguimiento
4. El Medio	<i>GD1. Las historias siempre quedan... emocionan</i> <i>GD2. Una buena narración es lo mejor para crear expectación</i> <i>GD3. Hay que explicar una historia. Si no hay historia, no hay nada...</i>	El medio debe provocar emoción, tanto a través de una música, una historia, una visualización o el conjunto de todas ellas
5. El Propósito	<i>GD1. Falta información de cómo llevarlo (el VIH)... hay que concienciar de que no somos bichos raros...</i>	Mensaje, escenario, actor y medio deben tener una

GD2. Faltan más campañas preventivas a todos los niveles...

coherencia en relación con el propósito

GD3. Faltan campañas de prevención... en general, a los jóvenes creo que les falta información... y a los no tan jóvenes también...

Fuente: Elaboración propia.

7. Discusión

El conformismo es el peor enemigo de la creatividad. Quien es incapaz de correr riesgos, no puede ser creativo.

O. Toscani, 2005

7.1 Introducción

El significado del VIH implica connotaciones no solo en relación con la salud, sino también a nivel social. En este sentido, múltiples investigaciones demuestran avances sustanciales a nivel biomédico respecto a los TAR y, consecuentemente, a la esperanza de vida para las PVVIH (58, 66, 67). Las estadísticas globales avalan estos resultados, distanciadas de los objetivos propuestos por ONUSIDA del 90-90-90 para el 2020, deseando proclamar el fin de la epidemia en el año 2030. Hoy en día, llama la atención la alerta de diversas organizaciones internacionales sobre el incremento de ITSs, lo que se interpreta con el aumento de prácticas sexuales de riesgo, aludiendo al sexo no protegido y, en consecuencia, a la exposición al VIH.

En otro orden de ideas, la cronificación y el control del VIH con TAR puede haber derivado en un exceso de confianza, interpretando que el VIH ya no es mortal, sobre todo en algunas poblaciones clave. En este marco, el VIH pasaría a ser actualmente una condición de laboratorio sin más, cuando se hace referencia al seroestatus de una persona, pasando la relevancia a la carga viral, es decir, indetectable es igual a intransmisible (I=I) (334). Adicionalmente, la no identificación con el VIH debido al significado social arraigado de los primeros casos diagnosticados hace 40 años, podría haber favorecido el contagio a personas no consideradas parte de una población clave, aun teniendo información y conocimiento sobre los mecanismos de transmisión, sobre todo a nivel sexual.

Partiendo de este escenario con relación al VIH y las ITSs, la prevención se ha considerado la herramienta más importante para advertir a la población de los riesgos que suponen las prácticas sexuales desprotegidas (335). A este respecto, se han realizado innumerables campañas publicitarias preventivas, utilizando medios de difusión masiva como herramienta de comunicación, desde el inicio de la epidemia hasta la actualidad, evolucionando y adaptándose a nuevos contextos, tanto sociales como tecnológicos. Consecuentemente, los resultados de esta investigación muestran una transformación de las campañas preventivas y de promoción de la salud sexual, con dos partes diferenciadas en el tiempo. Una primera parte dedicada a ofrecer información sobre el VIH, mecanismos de transmisión y prevención, sobre todo en los primeros años del

inicio de la pandemia. Una segunda parte enfocada a la prevención del estigma y discriminación hacia las PVVIH, lo que confirma los lentos cambios de los significados sociales, afianzados en el imaginario social e individual. Adicionalmente, en los estudios realizados focalizados en objetivos sociales e individuales, afrontamiento del diagnóstico o incluso adherencia al tratamiento, las muestras incluyen participantes mayoritariamente de género masculino (336, 337). Mientras que las investigaciones con muestras exclusivamente conformadas por mujeres disminuyen de forma significativa. En este sentido, un considerable número de investigaciones relacionadas con el VIH representan a la mujer como víctima de violencia de género, abusos sexuales, trabajadoras del sexo o PID (103, 338), enmarcándola en el paradigma de la vulnerabilidad, y por tanto, obviando a una parte importante de la población femenina. Este efecto puede ser, entre otros, la falta de reconocimiento de las mujeres como personas que también se pueden infectar por el VIH y que el uso del preservativo va más allá de evitar el embarazo exclusivamente. Subrayar que existe importante evidencia científica en que toma a la mujer como protagonista y es, en todas las investigaciones cuyo centro de interés hace referencia al embarazo, parto y lactancia, es decir, a la transmisión vertical (339-341), no solo a nivel fisiopatológico y de prevención, sino también en calidad de significados y factores influyentes a nivel social.

7.2 Interpretación de los resultados en base a los objetivos

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, en esta tesis se han realizado tres investigaciones consecutivas e interrelacionadas entre sí, cuyos resultados se han expuesto en el capítulo anterior, pero no se han interpretado detalladamente a la luz de la evidencia disponible. Con la intención de proporcionar coherencia estructural a la interpretación y discusión de resultados, se propone la exposición diferenciada en base a los objetivos específicos de cada una de las investigaciones que conforman esta tesis, y teniendo presente la situación inicial de partida:

Las campañas de prevención contra el VIH/sida difundidas en los medios de comunicación (prensa, televisión y radio) u otros medios como son las redes sociales en la actualidad, están enfocadas en su mayoría al género masculino,

quedando invisible, en la mayoría de los casos, la prevención y la promoción de la salud de la mujer. La implicación del colectivo femenino en la construcción de estrategias de prevención contra el VIH/sida puede favorecer el impacto de las campañas y aumentar su efectividad.

7.2.1 Objetivo específico 1. Identificar qué tipo de campañas de prevención y de difusión masiva para el VIH/sida, implementadas y evaluadas, se han realizado en EE.UU. y Europa desde el inicio de la infección, incluyendo a las mujeres como partes interesadas

La revisión de la literatura realizada demuestra la escasez de estudios actuales que evalúen tanto el contenido como el impacto social de las campañas publicitarias de prevención del VIH. La mayoría de los estudios se realizaron al inicio de la epidemia, cuando la mortalidad era extremadamente alta. En este marco, la efectividad y el diseño de las campañas de prevención del VIH/SIDA, ha sido una preocupación mundial desde que se identificó la infección por primera vez. El primer propósito al comienzo de la epidemia, como se puede observar en ARTA (279, 331), fue informar a toda la población sobre qué es el VIH y cómo se transmite. A este respecto, algunos autores evidenciaron que una campaña enfocada a toda la población no es efectiva ni ética, porque se pueden excluir a algunos grupos, como se excluyó al colectivo homosexual en las primeras campañas. En consecuencia, estos mismos autores afirmaron que la exclusión puede fortalecer los estereotipos existentes (329,331,342).

En relación a la evaluación de las campañas en el periodo inicial de la epidemia, se compararon los resultados sobre la efectividad de ARTA con países como Francia y el Reino Unido, donde se emitieron paralelamente campañas similares, y se observó que, en estos países, no surgió el mismo efecto que en EE.UU. (343). La efectividad de estas campañas y la exposición a los mensajes de las mismas se midió mediante una encuesta realizada a población entre 26 y 50 años, en Francia, Reino Unido y EE.UU., simultáneamente, con el objetivo de medir los comportamientos de riesgo, incluyendo conocimientos sobre el sida, comportamientos sexuales y uso de drogas, intentando identificar posibles cambios de comportamiento. Se confirmó que, haciendo referencia a la campaña

ARTA, en EE.UU. hubo una mayor exposición a los mensajes de prevención que en Francia y el Reino Unido, y como consecuencia, un cambio en las prácticas de riesgo en cuanto a la disminución de parejas sexuales, la abstinencia o evitar la prostitución, aunque no en el uso del preservativo, siendo el Reino Unido donde sí se apreció este cambio positivo de conducta (343) [ver tablas 32 y 33].

Tabla 32. Resultados emisión de campañas preventivas por medio de difusión y país.

Medio	Francia (N-2288)	Reino Unido (N-1833)	EE.UU. (N-1957)
Programas TV	52.5%	44.2%	64.2%
Anuncios TV	62.2%	59.0%	73.1%
Programas Radio	28.4%	19.3%	31.2%
Anuncios Radio	23.2%	19.2%	41.0%
Periódicos y revistas	61.0%	57.6%	69.1%
Anuncios en periódicos y revistas	40.6%	52.5%	53.4%
Carteles	43.7%	52.3%	36.4%

Fuente: 343

Tabla 33. Resultados cambios de comportamiento observados tras la emisión de las campañas.

Medio	Francia (N-2288)	Reino Unido (N-1833)	EE.UU. (N-1957)
Abstinencia	2.7%	6%	6.8%
Menos parejas sexuales	36.4%	45.7%	47.9%
Uso del preservativo	19.6%	25.2%	19%
Abandono de agujas	16.0%	11.6%	24%
Evitar prostitución	27.2%	36.1%	50.8%

Fuente: 343

En consonancia a lo expuesto, en una sociedad globalizada como la de hoy en día, surge la necesidad de conocer los diferentes patrones sexuales y las distintas culturas, con el objetivo de dirigir de forma efectiva los mensajes publicitarios preventivos (11, 12, 344, 345). Por tanto y dada la evolución de nuevas infecciones, con una tendencia creciente en grupos dispares, es fundamental desarrollar una comprensión intercultural más sensible sobre la infección por VIH, tal y como ya afirmó Parker (344) hace algunos años. En este sentido, Raheim (346) reconoce el desequilibrio de poder implícito en algunos discursos, sensible a la situación de las mujeres, en este caso. Consecuentemente, los mencionados discursos resultan pocos en términos de estrategias de prevención culturalmente significativas para las mujeres.

Asimismo, el análisis realizado de los mensajes de las campañas preventivas incluidas en esta revisión reveló categorizaciones lingüísticas masculinas y

femeninas asociadas con la victimización femenina y la hipersexualidad masculina. Ello denota un modelo enfocado a la relación entre las prácticas sexuales y el género, equiparando la masculinidad con la acción y la feminidad con la pasividad (344). En este sentido, Foucault (91) sostuvo que, en las campañas preventivas, las relaciones de poder surgieron como una forma de control social, en consonancia con Alonso y Casero (347), que argumentaron que el discurso implícito en el mensaje *está configurado como un recurso fundamental de poder, ya que quien tiene acceso al poder puede ejercer una fuerte influencia, en términos simbólicos, sobre la sociedad en general*). Por tanto, esta afirmación está en consonancia con las investigaciones de Swanson (329, 330), quien destacó la necesidad de un análisis profundo del discurso de los mensajes en los medios y los efectos de la difusión de estos. En este marco, este mismo autor relacionó la importancia de considerar el sistema político del momento con el tipo de mensajes que se lanzan a la población, pudiendo reforzar con ello algunos estereotipos existentes en discursos conservadores.

Adicionalmente, la efectividad de una campaña preventiva se mide por el grado en que la representación social y la identificación con el mensaje se traducen en prácticas más seguras (126). En contraposición, Feres (348) afirmó que las campañas preventivas pueden influir en la perspectiva de su audiencia, generando diferentes opiniones públicas sobre la enfermedad, sin generar necesariamente un cambio en el comportamiento. En consecuencia, la influencia del mensaje logra su objetivo cuando se toma en cuenta el poder del lenguaje para representar y construir significados; de la misma manera que no se debería obviar ninguna limitación política y/o financiera que pueda influir en el mensaje y su transmisión (330). Por tanto, un mensaje transmitido a través de los medios no es, por sí solo, efectivo; más bien, debe haber esfuerzos implícitos dirigidos a la construcción de apoyos sociales, autoestima e identidad, ya que la interpretación del mensaje se realizará en base a las experiencias individuales (349, 350).

Consecuentemente a lo descrito, esta revisión sugiere la necesidad de considerar, además del contexto sociocultural, el escenario sociopolítico al lanzar campañas de publicidad masiva. Como se ha mostrado, algunas de las campañas implementadas reflejaron las políticas conservadoras del momento en

sus mensajes. Se apoyaba a la familia tradicional, negando la voz de otros grupos, como el colectivo homosexual (330), invisibilizando a su vez el rol de la mujer. Por este motivo, la verdadera efectividad de estas campañas puede ser cuestionada, ya que se reforzaron pautas, consolidando estereotipos discriminatorios y estigmatizadores, que aún prevalecen en la actualidad. Los estereotipos, según Earnshaw et al. (351), pueden obstaculizar la prevención del VIH y el diagnóstico precoz, generando a su vez rechazo social y desigualdades entre los individuos estigmatizados, lo que dificulta el cambio social deseado.

Sin embargo, deshomosexualizar el fenómeno del VIH, sería el primer paso para aumentar la visibilidad de las mujeres (352). Ser mujer implica connotaciones de vulnerabilidad, discriminación y desigualdad, lo que lleva a una imagen estigmatizada en relación con el VIH no solo por lo que implica la infección, sino también por el papel de la mujer en la transmisión, ya sea vertical (madre-hijo/a) o sexual (estigma), relacionado con la promiscuidad y la prostitución (13). Por tanto, es la vulnerabilidad bio-psico-social de la mujer la que acredita la necesidad de campañas focalizadas en ellas, aunque la prevalencia de infección por VIH sea menor que en otros grupos o colectivos.

En otro orden de ideas, otro factor que dificulta la prevención podría ser el uso de mensajes que apelan al miedo. Según Putrevu (353), los mensajes negativos que intentan cambiar el comportamiento son más persuasivos que los mensajes positivos. Sin embargo, incluir el miedo en el contenido de los mensajes es obviamente más disuasivo que persuasivo. Si el cambio está motivado por el miedo, en lugar de la responsabilidad personal (233, 344), se podría cuestionar la efectividad real de las campañas. Varios autores afirman que el miedo produce altos niveles de ansiedad, pero no necesariamente cambia el comportamiento o las actitudes (91, 348). Sin embargo, otros investigadores concluyeron que el miedo y la tragedia son más efectivos que otras emociones más positivas; tal es el caso de las campañas de seguridad vial (354, 355), o las campañas dirigidas a dejar de fumar (356, 357). En este sentido, incluir emociones en los mensajes puede alentar el cambio del comportamiento deseado, aunque es necesario evaluar si el cambio incluye un aprendizaje sostenido a lo largo del tiempo. Para ello, el modelo de evaluación de Kirkpatrick (358) para conocer el impacto y consolidación del aprendizaje podría ser una estrategia a tener en cuenta en la

evaluación de campañas de prevención, dado que tiene en cuenta el impacto a largo plazo en términos de transferencia y mantenimiento. Asimismo, la evidencia sugiere que para que un mensaje provoque un cambio en la conducta, además de incluir emociones, el público objetivo debe verse a sí mismo como participante activo (347). Según Díaz y Núñez (352), las campañas en los medios de comunicación solo sirven para presentar el tema al público, y por sí mismas son insuficientes. Estos autores determinaron que la comunicación masiva debe complementarse con la participación. Ello está en consonancia con los resultados de Maibach et al. (359) sobre la prevención del SIDA, ya que confirmó que los participantes tenían una mayor probabilidad de desarrollar nuevos patrones de prácticas de bajo riesgo cuando participaban en una presentación que incluía la difusión de información. Asimismo, otros autores como Pantelic et al. (360) también proponen un cambio de modelo en la investigación centrada en la persona, con enfoques participativos, con el objetivo de garantizar una respuesta sostenible en el tiempo de las personas que participan en las investigaciones. Por tanto, es necesario resaltar la participación social en el diseño de una campaña, con miras a reducir el estigma, empoderar a los grupos sociales menos visibles, como las mujeres, e iniciar el cambio social con una visión transformadora. Por este motivo, dado que las necesidades de hoy varían enormemente con respecto a las investigaciones que se incluyen en esta revisión, se debería apelar por la autogestión en salud, enfatizando el empoderamiento individual e involucrando al público objetivo a través de metodologías participativas para la construcción de Campañas preventivas (361). Con estas premisas se podría valorar el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender en la construcción de mensajes (362). Hay que mencionar que el MPS de Nola Pender interpreta que para que un individuo modifique su conducta han de intervenir factores como la actitud y la motivación. En consecuencia, tales mensajes podrían abarcar desde el reconocimiento de experiencias pasadas hasta el comportamiento saludable como resultado final (362).

Asimismo, siguiendo en esta línea, se debería destacar en los mensajes la representación de la autogestión, entendida como reconocimiento del papel activo de las personas en su proceso de salud (363). Es por ello que los

profesionales de la salud podrían llevar a cabo una contribución significativa al diseño de campañas (352), lo que justificaría la inclusión de diversos profesionales, para lograr una visión interdisciplinaria en las campañas de prevención. Adicionalmente, y no menos importante, también se debe contemplar el punto de vista de las PVVIH, para construir mensajes sobre experiencias reales, tal y como se ha mencionado anteriormente, sobre la importancia del aprendizaje y sostenibilidad en el tiempo si se aboga por metodologías participativas. El objetivo final es hacer llegar la prevención a toda la población y, en consecuencia, que se produzcan los cambios deseados no solo respecto a la salud sexual sino también en relación al estigma y la discriminación.

Finalmente, se propone que la evaluación de las campañas, en términos de acción y su análisis a través de la perspectiva dramática de Burke (319), pueden dar luz a las descripciones de situaciones con las que se puede llegar a la población objetivo. Como ya se ha descrito con detalle en esta tesis, el método de Burke consiste en un análisis retórico donde se presupone que las situaciones humanas son intrínsecamente dramáticas y que la información presentada en los mensajes, sobre cuestiones de la situación humana, deben analizarse en términos de 5 elementos: configuración (cuándo y dónde), acto (qué), agente (quién), agencia (cómo) y propósito (por qué) (319). En consecuencia, la péntada de Burke es un modelo a tener en cuenta si la intención es analizar una campaña con una visión global.

7.2.2 Objetivo específico 2. Describir las características de las campañas de prevención del VIH realizadas en España y avaladas por el Ministerio de Sanidad

Tal y como finalizó la investigación anterior, seguir la péntada de Burke como método de análisis de las campañas preventivas estatales avaladas por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España podría ayudar a ilustrar la minuciosa disección que se realizó sobre ellas. Por ello, la discusión de esta segunda investigación se realiza ofreciendo un orden secuencial de las categorías principales, coincidiendo con la péntada de Burke: el acto, el escenario, el actor, el medio y el propósito.

1. El Acto

Esta primera categoría, tal y como ya se ha descrito anteriormente, da respuesta a la pregunta “¿El qué?”, es decir, la acción motivada, el mensaje principal de la campaña. El mensaje es el elemento y eje principal de cualquier campaña, lo que se desea transmitir. En los resultados de esta categoría, destacaron los mensajes normativos. Este tipo de mensajes hacen referencia al comportamiento adecuado y aceptado socialmente, y con ello, impulsar a que la población diana a la que va dirigida la campaña, realice la acción descrita por el verbo (364). En este sentido, cabe subrayar que este tipo de comunicación no deja espacio a la reflexión, perdiendo la connotación de recomendación para beneficio individual y/o colectivo, sin ofrecer ninguna conducta alternativa (292). Según Wells et al. (365), para que un mensaje imperativo tenga efecto, debe ir acompañado de argumentos que influyan en la conciencia individual. El fin es que las personas actúen por convicción propia y no por miedo a las consecuencias.

En este marco comunicativo, y teniendo en cuenta que un mensaje crea significado a partir de su interpretación, algunos autores apelan a la necesidad de interrelacionar el mensaje lingüístico con la imagen, con la finalidad de dar poder a la persuasión de la campaña, fruto de la interpretación textual icónico-verbal del receptor (366, 367). En esta misma línea, hay que subrayar que para que un mensaje sea efectivo y se transforme en significado, deben existir experiencias comunes, es decir, tener códigos comunes de comunicación que permitan conceptualizar y contextualizar el mensaje acorde a una situación (368). De acuerdo con Kaplún (369), *no hay comunicación posible sin un código común, sin identidad de códigos. Para comunicarnos eficazmente, necesitamos conocer el código de nuestros destinatarios y transmitir nuestro mensaje en ese código.*

Acorde a esta afirmación, para que un mensaje siga los códigos sociales establecidos, deberá cumplir una serie de factores que apunten al éxito de una campaña preventiva, incluyendo mensajes sencillos y motivadores, incluso con expresiones populares reconocidas por la población diana, para que así se

mantengan de forma sistemática en el tiempo, llegando a la consecución del objetivo inicial de la campaña.

2. El Escenario

Esta categoría centra los resultados en el cuándo y dónde. El uso de símbolos en las campañas para el VIH, como son el lazo rojo o el preservativo, pone de manifiesto la importancia de la simbología para la identificación, en este caso, con el VIH. Adicionalmente, autores como Ávila y Gras (292) afirmaron que, en España, se ha utilizado la metáfora en lo que concierne al VIH/sida, no solamente en el lenguaje, sino también en la imagen. En este sentido y relacionado con la imagen metafórica, dos campañas donde se pueden observar unos pies descalzos a punto de pisar unos cristales (C4, C5) podrían estar apoyando significados no solo de dolor o daño, sino de *no poder andar* en caso de contagio, promoviendo una construcción de significados alrededor del VIH parcializados y de prejuicios excluyentes (370). Aquí se puede interpretar que la metáfora culpabilizadora por ir descalzo, sin protección, surge de nuevo. Siguiendo en esta línea, campañas escenificadas en campeonatos o batallas que hay que ganar, C29, aludiendo a la dicotomía de éxito o fracaso, implicando a un error individual la prevención, cuando se adoptan prácticas sexuales menos seguras (292), demuestran una vez más, la representación acusadora para la PVVIH.

El escenario está en consonancia con lo que se denomina el lenguaje icónico. Este tipo de lenguaje, importante para la transmisión de mensajes y conceptos mediante imágenes, señas o símbolos, son reconocidos fácilmente por el receptor, favoreciendo su rápida interpretación: son aquellos que se asemejan a las imágenes que representan (371). Asimismo, el mismo mensaje divulgado de forma verbal, transmitido con lenguaje icónico, sugiere que el receptor debe procesar y realizar un esfuerzo para la interpretación de la imagen (371). Sin embargo, una combinación de lenguaje verbal e icónico, lenguaje icónico-verbal, simplifica la comprensión por parte del receptor, tal y como han demostrado algunos autores en sus investigaciones (372-374).

Otra parte importante de la *puesta en escena* en las campañas es el color y las características de este (brillo, intensidad e iluminación), considerándose una variable importante para que una imagen cause impacto. Cada color tiene su

significado, por la afectación directa o indirecta en las emociones del individuo y consecuentemente en su comportamiento (375), atribuyendo a este un gran valor comunicativo (376). Shin et al. (375), basándose en la psicología de la comunicación (376), afirmaron que el color rojo, relacionado como signo de peligro, y color del lazo simbólico vinculado a la solidaridad y compromiso con la prevención y aceptación de las PVVIH, se asocia también a la sangre y la pasión, los dos vehículos principales de transmisión del VIH. En esta misma línea, los blancos se pueden relacionar con productos relacionados con la salud, presentes en muchas de las campañas analizadas (C1, C3, C7, C8, C11, C17, C32, C34, C35), o la combinación de amarillo y negro como herramienta utilizada para resaltar un aviso o reclamo (C9, C12, C14, C31) y, consecuentemente, crear impacto (376).

Otra parte importante del escenario es el espacio donde están ubicadas las imágenes de las campañas. En este sentido, es necesario señalar que la imagen focalizada en un espacio privado queda relacionada con aquello que hace referencia a un interés personal e individual, dando fuerza al lugar donde se desarrollan las relaciones afectivas, al placer y a la sexualidad (377). Ello quedó representado en campañas como la de *SIN CONDÓN, no hay vuelta atrás.* (C4). Sin embargo, un espacio público, además de asociarse al movimiento, sugiere un espacio abierto a lo desconocido (377), como puede observarse en mensajes incluidos en algunas campañas nacionales, como la de *Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa? En tus relaciones sexuales, utiliza el preservativo* (C16, C19). Por tanto, el escenario donde ocurren los hechos, las imágenes y símbolos, parten de la identificación individual y colectiva de un grupo, siendo, en definitiva, la diferenciación y el sentido de pertenencia a un colectivo conceptos imprescindibles para que una campaña preventiva sea exitosa (378).

3. El Actor

Esta tercera categoría da respuesta a quién realiza la acción que se observa en la campaña, pudiendo ser una persona o un objeto. En este sentido, el actor (o la actriz) es una parte importante de la comunicación, utilizado como herramienta para llegar a la población diana a la que va dirigida un mensaje.

Actualmente, el uso creciente de las redes sociales ha provocado la aparición de un nuevo fenómeno social, cambiando antiguas formas de comunicación y, en consecuencia, también la publicidad. En este marco, surgen como actores/actrices de campañas publicitarias, los y las llamadas *influencers*: líderes de opinión o personajes famosos y famosas, que, aunque la imagen individual de cada una de ellas es la que marca el mensaje y la población diana a la que se dirige la campaña, hay diferencias en el significado de cada uno de ellos. Es decir, mientras que las personas consideradas *influencers* son conocedoras del tema al que representan, los líderes de opinión, también llamados prescriptores (personajes famosos mayormente), no es necesario que tengan conocimiento del producto que publicitan. Subrayar que los/las *influencers* gozan de cierta notoriedad en los *mass media* y las redes sociales (RRSS), con lo que la capacidad de persuasión es evidente, constatada por el número de seguidores, una valoración que forma parte de las características necesarias para ser un buen comunicador/a y ser considerado un *influencer* (379). Adicionalmente, algunos autores señalan que la exposición de la vida cotidiana de estos actores o *influencers*, la cercanía a ciertas secciones poblacionales y la participación de la comunidad como parte de la vida del *influencer* fortalecen la capacidad de influir en los seguidores (379, 380). Así lo corroboraba el *Estudio Anual de Redes Sociales* (381), confirmando que en España el 85% de la población utiliza RRSS y un 53% es seguidora de *influencers*, desglosado de la siguiente manera por género y edad:

- Mujeres: 59%
- 12-17: 78%
- 18-24: 69%
- 25-40: 60%

En consecuencia, utilizar personajes anónimos donde la población diana se pueda sentir identificada, obviando la distancia con el personaje famoso, podría aumentar la influencia en la toma de decisiones y cambios de comportamiento a corto plazo (382).

Por contraste, utilizar celebridades o personajes famosos y/o conocidos en la promoción de la salud puede incrementar la credibilidad de los mensajes (383), aumentando la probabilidad de conseguir los objetivos principales de las

campañas de prevención, sensibilización y concienciación, sobre todo a largo plazo (382).

En otro orden de ideas, respecto a los resultados de las campañas analizadas, es importante subrayar que ningún actor o actriz representa a personas mayores, se muestran jóvenes exclusivamente. Asimismo, los personajes públicos que dan visibilidad a alguna campaña son hombres homosexuales reconocidos socialmente C20, C33, otorgando un discutido valor a lo que ello representa, parcializando la prevención y reforzando estereotipos. La relación entre la infección por VIH y la identidad sexual, asociado a los grupos sociales donde se identificó inicialmente el virus, han hecho que la sociedad española en general considerara el VIH/sida como un problema del *otro*, de gays (279), manteniéndose aún en la actualidad, excluyendo a la mujer desde las diversas identidades sexuales.

4. El Medio

Esta categoría dirige los resultados en el cómo. En la categoría anterior ya se ha puesto de manifiesto el uso creciente, en la actualidad, de las nuevas tecnologías y las RRSS como herramientas canalizadoras de mensajes. Focalizar los mensajes en la prevención y/o promoción de la salud en este caso, a través de RRSS, puede favorecer la interacción y la acción colectiva (384). Si se consigue que la campaña publicitaria de prevención se vuelva viral, con la intersección de los dos factores principales, como son la motivación y la emoción (385), el mensaje preventivo se presupone, por tanto, llegará a un mayor número de personas. Adicionalmente, añadir la emoción en el mensaje puede considerarse una variable fundamental a tener en cuenta en una campaña para que esta cause mayor impacto al receptor (386). Por consiguiente, si la prevención se identifica con el proceso de la razón, las consecuencias podrían estar relacionadas con la emoción. En virtud de ello, si se consigue que el receptor se identifique con el mensaje, preventivo en este caso, obteniendo una experiencia sensorial y emocional adecuada, se logrará que el mensaje perdure en la memoria de la población objetivo durante tiempo (386). En este sentido, en las campañas analizadas, no se observan mensajes, imágenes o secuencias capaces de emocionar lo suficiente para que se recuerde en el tiempo y, por

tanto, sea capaz de cambiar actitudes o comportamientos individuales, lejos del [Póntelo, pónselo](#), campaña datada en 1990. El impacto de esta campaña fue tal, que se recuerda de forma espontánea y casi unánime en los 3 grupos de discusión realizados en esta tesis.

Adicionalmente, un elemento persuasivo capaz de provocar estados de ánimo y sentimientos es la música (387). Incluir una música adecuada en una campaña puede no solo aumentar la atención y retención del mensaje (388), sino, además, favorecer un cambio de comportamiento como consecuencia de las emociones generadas (389). Los resultados obtenidos en relación a la música parecen poco favorecedores si de causar emoción se trata, a excepción de la campaña *Transmite respeto* (C41), con música que propicia el estado de alerta de cualquier receptor, o la campaña *Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa? En tus relaciones sexuales, utiliza el preservativo* (C16, C19), con música rock que alerta a una población diana joven y, posiblemente, entusiasta de conciertos y ambiente nocturno.

De acuerdo con lo expuesto, los avances de las técnicas de la neurociencia aplicada en publicidad facilitarían la comprensión de los mecanismos conscientes y subconscientes de las personas en relación a los mensajes, la emoción y la toma de decisiones (260), favoreciendo la construcción de campañas más efectivas.

En otro orden de ideas, el medio también hace referencia a la herramienta utilizada para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de campañas, con la finalidad de mejorar el bienestar social e individual. Esta definición hace alusión al marketing social (233). Autores como Igartua (390) y Rodríguez García (391) consolidaron la idea de que una campaña publicitaria es persuasiva *per se*; por tanto, se suma al objetivo de la publicidad social, en que además de transmitir información se debe persuadir al receptor con la finalidad de que cambie, modifique o refuerce actitudes y comportamientos.

5. El Propósito

En esta quinta y última categoría, se da respuesta a las preguntas de por qué y para qué. Los resultados respecto al propósito de las campañas están en

consonancia con el Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH propuesto por el Ministerio de Sanidad (281). En el Plan Estratégico del 2013-2016 se consideraron 4 líneas estratégicas, cuya línea II pertenecía al diseño de programas de prevención y promoción de la salud para el VIH y otras ITS. La prórroga hasta el 2020 y el nuevo Plan 2021-2030 (392) añaden la implementación de nuevas estrategias adicionales a las ya definidas o potenciación de las descritas inicialmente, incluyendo el siguiente objetivo referente al género, la discriminación y el estigma:

Abordar, adoptando un enfoque de género las necesidades actuales de las personas con el VIH de cara a su inserción social y laboral y a la mejora de su calidad de vida, a través de la eliminación del estigma y de la discriminación asociados al VIH y al sida, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación, el respeto de los derechos humanos y la diversidad de las personas afectadas, muy especialmente en el caso de las mujeres.

Según el objetivo propuesto, remarcar el camino, aún largo, que queda por recorrer. Adicionalmente, los resultados cumplen con los objetivos de la publicidad social. Para ello, se presupone una comunicación persuasiva dirigida a un grupo diana, con el fin de aceptar o modificar ideas, actitudes, prácticas y conductas (233), ya mencionado en categorías anteriores. En este caso, el objetivo de las campañas se centra en evitar nuevas transmisiones por el VIH, mediante prácticas preventivas saludables, además de modificar actitudes estigmatizadoras y de discriminación hacia las PVVIH. Estos objetivos forman parte del Plan Nacional del Sida 2021-2030 (392), en su última versión, construido en base a cuatro estrategias principales: prevención, diagnóstico precoz, inicio temprano de los antirretrovirales y el manejo de la cronicidad y, por último, la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Las campañas analizadas en esta tesis datan como intervalo de emisión entre los años 1989 y 2019; sin embargo, analizado el propósito de las campañas avaladas por el Ministerio de Sanidad, éstas coinciden con las estrategias propuestas en el Plan Nacional del Sida, sobre todo si se sitúa la mirada en la evolución de los

mensajes, iniciándose con campañas basadas únicamente en información y prevención de la transmisión, otras donde se anima a hacerse la prueba para establecer el diagnóstico precoz si fuera preciso, y las últimas datadas del 2019 con el mensaje “Transmite respeto”. Destacar que estas últimas incluyen una serie de mensajes relacionados con acciones de la vida cotidiana, que el mero hecho de realizarlas no transmite el VIH (C41):

Gráfico 18. Campaña 2019. Transmite respeto.



Fuente: 296

Posteriormente a las campañas analizadas, el Ministerio de Sanidad publicó en el 2021 una campaña con el mensaje principal *Vive en positivo* (393), en el marco del Pacto Social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH (394), con dos imágenes principales, el de un hombre, por un lado, y una mujer por otro:

Gráfico 19. Campaña 2021. Vive en positivo.



Fuente: 296,393

Subrayar que, aunque esta campaña no ha sido incluida en el análisis de datos de esta investigación, el mensaje principal confunde en cuanto a quién va dirigido el mensaje, si a la PPVIH o a la población en general, con el objetivo de contribuir a la no discriminación de las PPVIH. Un segundo mensaje, que puede pasar inadvertido por el tamaño de la letra, sí deja claro que *Nadie debería ver limitados sus derechos y oportunidades por tener VIH*. Una vez más, se corrobora la importancia de analizar en profundidad una campaña si el objetivo es que sea efectiva desde cualquier perspectiva.

7.2.3 Objetivo específico 3. Identificar qué tipo de mensajes incluidos en las campañas publicitarias de prevención del VIH, emitidas por el MSCBS del Gobierno de España, han tenido un impacto positivo en las mujeres

Los resultados obtenidos en esta tercera y última parte de esta tesis, aun habiendo sido analizados en los tres grupos de discusión, solo en cinco campañas de todas las analizadas en el estudio anterior se observaron diversas coincidencias con los resultados del análisis de todas las campañas, tomando de referencia la péntada de Burke. En este sentido, las mujeres en general, indistintamente del GD al que pertenecen, coinciden con el poco impacto autopercibido de los mensajes de las campañas en general y surgiendo diferencias sobre cómo creen que deberían ser estos mensajes si el objetivo, tal y como ya se ha mencionado, es el cambio de comportamientos y actitudes. Por un lado, el grupo de las profesionales de la sanidad abogan por mensajes preventivos y opinan que desde el mismo sistema sanitario se debería protocolizar, en las revisiones anuales, ginecológicas o no, la inclusión del VIH en las analíticas de control, estandarizando así el camino hacia la normalización del VIH desde el mismo epicentro del sistema sanitario. Ello está en consonancia con García de Olaya (395), que afirmó que es, en el contexto de la Atención Primaria (AP), donde se representa una excelente oportunidad para llevar a cabo intervenciones que promuevan el diagnóstico precoz. En este marco, otros autores concluyeron también que propiciaría el diagnóstico precoz en AP facilitar la prueba del VIH a personas con criterios conductuales (396), afín a la *Guía de Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario*,

publicado por el Ministerio de Sanidad (397). Cabe señalar que estas recomendaciones están publicadas hace unos ocho años y que, por tanto, deberían actualizarse, ya que algunos criterios han quedado algo antiguos y pudiendo favorecer estereotipos, estigma y discriminación desde la misma AP. En atención a lo descrito, en el contexto asistencial, se ha demostrado que, todavía a día de hoy, algunos profesionales, como médicos y enfermeras, continúan teniendo actitudes estigmatizadoras hacia PPVIH, sobre todo aquellos y aquellas profesionales que no trabajan de forma habitual con PVVIH (174). En consecuencia, se evidencia la necesidad de poner atención en la prevención del estigma y la discriminación mediante mensajes informativos de cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH. Este tipo de mensajes son los que reivindican sobre todo las MVVIH, participantes del grupo focal 1, con el objetivo de informar a la población los significados de *estar indetectable*, la maternidad y qué fluidos y cuáles no transmiten el VIH, poniendo el acento en la atención de la salud en la mujer, más allá de la imagen heteronormativa a la que se vincula en las campañas analizadas. En este sentido, el análisis de Del Río et al. (398) sobre el análisis visual de algunas campañas confirma la invisibilidad de la mujer en las campañas para el VIH y cuya representación, si la hay, se reduce a su alusión por la presencia del hombre en relaciones heteronormativas, lejos de otras identidades sexuales.

Por tanto y siguiendo en esta línea, es necesario reconocer la falta de visibilidad de la mujer en las campañas fuera de la heteronormatividad. No hay campañas donde la mujer que tiene sexo con mujeres (MSM), mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres (MSMH) o mujeres *trans* queden representadas. La prevención hace alusión exclusivamente al preservativo masculino, descuidando la prevención mediante el preservativo femenino, traduciendo la escenificación a una mirada machista sobre el placer masculino, obviando el placer de la mujer.

Por tal razón, Fuster et al. (399) defienden que para frenar el desarrollo del VIH y, por tanto, mejorar la prevención, es necesario abordar la dimensión de género en los determinantes de salud. Con ello, el enfoque sería hacia la *cero discriminación*, objetivo de la OMS del 90-90-90 para el 2020 (400).

Siguiendo con los objetivos 90-90-90, añadir la propuesta de incluir un cuarto objetivo 90, con la pretensión de obtener una mejor calidad de vida para las PVVIH (401). Asimismo, cabe remarcar lo ambiguo del concepto, ya que influye el contexto social y la construcción de éste en el tiempo. La OMS (402) define la calidad de vida como *la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.*

En consecuencia, los mensajes lanzados a través de campañas de difusión masiva deberán estar acordes al contexto social y cultural. Ello está en consonancia no solo con los anhelos expresados por las MVVIH, apelando, en definitiva, a mensajes que les ayuden a mejorar su calidad de vida social, sino con los apuntes del resto de mujeres, con la coincidencia en que, para que una campaña impacte, debe *emocionar*. Éste es el marco del neuromarketing en publicidad y la aplicación de estrategias dirigidas a despertar emociones y sensaciones, a la población diana a la que se enfoca una campaña (403). A este respecto, todas las mujeres participantes en los tres grupos de discusión realizados coinciden en la idea sobre quién ha de ser el actor (según la péntada de Burke) en las campañas. En este sentido, además de ser mujer, aunque no descartan la inclusión de hombres, como personas implicadas en relaciones heterosexuales, apelan a la diversidad y al concepto de *shock advertising* o publicidad de impacto. Un ejemplo de este tipo de publicidad es la campaña de la firma de moda Benetton difundida en la década de los 90 por Oliviero Toscani, polémico por su forma de comunicar sobre temas tabú como las guerras, el racismo y también el VIH/sida. De ahí la imagen, publicada en 1992, *Enfermo moribundo de sida*, que aunque a día de hoy no se corresponde con la realidad sobre el VIH/sida, sí que la esencia de la imagen, donde el impacto y la emoción están presentes, puede valer como referencia para la construcción de una campaña con impacto social.

Gráfico 20: *Enfermo moribundo de sida* (1992).



Fuente: 404.

Siguiendo con los actores de las campañas, las participantes coincidieron por unanimidad sobre la importancia de 2 factores:

1. La identificación con el actor
2. Que sea una celebridad o *influencer*

Ello está en consonancia, por un lado, con el concepto de *storytelling* o narración de historias. Para Freire (405), el uso del relato *invita al usuario a la interacción, la co-creación y la libre distribución y cuya finalidad es la creación de vínculos con el usuario mediante la emotividad, el entretenimiento y la experiencia*. En definitiva, crear impacto a partir de la emoción y a través de una historia, tal y como reclaman las participantes de esta investigación. Y, por otro lado, el que sea un o una *influencer* quien relata la historia o lanza el mensaje. En este sentido, se deberá tener en cuenta el medio de difusión para relacionarlo con el tipo de *influencer* más adecuado. Siguiendo a Djarafova et al. (406), los *influencers* pueden ser tradicionales, aludiendo a celebridades, o no tradicionales, como serían *bloggers, youtubers, titokers o celebridades Instafamous*. Las mujeres participantes en los 3 grupos de discusión coincidieron incluso en el nombre de algunas celebridades de moda del momento, subrayando que el éxito de un o una *influencer* en las RRSS o de una celebridad radica en la identificación de sus seguidores con él o ella. Este hallazgo está en consonancia

con Mau (407) y Levin (408), quienes consideran que es a través de *influencers* y su trabajo en las RRSS, se puede ayudar a dar visibilidad a un servicio o producto, llegando a poder afectar a la decisión de una compra determinada, lo que, en este caso, se debería aplicar a la *compra* de cambios de comportamientos y actitudes frente al VIH, las MVVIH y las PVVIH en general.

Llegado a este punto, es importante mencionar algunas de las sugerencias de las participantes, en los 3 grupos de discusión, que aluden a la representación de la mujer en las campañas. La imagen de vulnerabilidad estereotipada y autoestigmatizada, en algunos casos observada en las campañas, justifica la necesidad de incluir mensajes donde se invoque el empoderamiento femenino. En este sentido, es importante tener en cuenta la interseccionalidad (409, 410) como paradigma en la construcción de campañas. La mujer, por el hecho de ser mujer, ya experimenta discriminación en algunos ámbitos sociales, estigmatizándola si, además, es una MVVIH, confluyendo así varios factores. En consecuencia, el enfoque de la interseccionalidad en la construcción de una campaña puede ser una valiosa herramienta si se utiliza para exponer las múltiples dominaciones a las que se encuentran sometidas las mujeres y las MVVIH, estando conforme a Hill Collins (409), quien considera que hay diferentes formas de exclusión, interconectadas entre sí, además del género exclusivamente. En esta misma línea, Crenshaw (410), aunque ella hizo referencia a las mujeres negras, trasladando el mismo concepto a las MVVIH, aboga por indagar y comprender las estructuras de opresión que desencadena en patrones de subordinación de las mujeres. En este contexto toman protagonismo campañas con mensajes de empoderamiento y resiliencia, sustituyendo a la representación de vulnerabilidad en el contexto de mujer y VIH. Asimismo, las mismas participantes de los grupos de discusión sugieren mensajes y campañas donde se involucre a la mujer, tanto a nivel individual como colectivo, considerando estrategias e intervenciones, incluyendo las distintas variables que se han ido mencionando: identidad sexual, contexto social, actitudes, comportamientos de riesgo, prevención, discriminación o estigma, con el objetivo principal de darle poder y autorresponsabilizarla de su propia salud sexual.

Ha quedado demostrado que el engranaje interdisciplinar y, sobre todo, participativo de la población diana hacen que lanzar una campaña de prevención efectiva sea un proceso largo y laborioso. Aun así, es necesario dejar constancia de diversas ideas aportadas por las participantes de los grupos focales de discusión y elementos clave para co-construir una campaña efectiva. Para ello se identifican los fundamentos, según ellas, en las siguientes tablas y siguiendo el mismo orden secuencial, seguido hasta el momento, de la pñntada de Burke, ampliamente descritos y justificados en apartados anteriores [ver tabla 34].

Tabla 34. Categoría y elementos clave para una campaña efectiva.

CATEGORÍA	ELEMENTOS CLAVE
El Acto	Protección individual/Prevención estigma social
El Escenario	Indistinto. La fuerza de la campaña está en el actor y el medio
El Actor	Celebridades del momento/ <i>Influencers</i> de RRSS
El Medio	Emocional/Narración de historias reales
El Propósito	Empoderamiento de las mujeres frente a la salud sexual Cambio social de actitudes hacia las PVVIH

Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo en la misma línea, a continuación se exponen diferentes mensajes como primeras ideas, según se considere la campaña: prevención (VIH, transmisión, estigma o prevención), diagnóstico precoz o empoderamiento [ver tabla 35].

Tabla 35. Ejemplos de mensajes.

TIPO DE CAMPAÑA	MENSAJES PRINCIPALES
PREVENCIÓN (transmisión)	<i>Yo lo tengo aunque no lo parezca... no te lances a la piscina sin pensar...</i>

PREVENCIÓN (estereotipos, estigma y discriminación)

Si estoy indetectable, no contagio
Las chicas de las 3 letras: V.I.H

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Míratelo, no pasa nada...
Yo también me apunto

Tú puedes decidir, tú puedes tirar adelante

EMPODERAMIENTO

Tú decides... está en tus manos, es tu vida

No me cuentes cuentos

Fuente: Elaboración propia.

Para finalizar, mencionar que durante el desarrollo del GD1 (MVVIH), las mujeres participantes propusieron la realización de una campaña en formato calendario, protagonizado por ellas mismas. Cada mujer sería la representante principal de un mes en concreto. El grupo se caracterizó por la diversidad de perfiles, lo que añadiría valor a la campaña. La propuesta inicial como título del calendario fue *Las chicas de las 3 letras (VIH)*. El lema viene por la explicación de una de las participantes, guineana de procedencia, la cual explicó que, en su país, no se nombra el VIH como tal, tildando a las PVVIH como *portadoras de las 3 letras*. Por otra parte, la diversidad mencionada entre ellas, además de *dar la cara* y explicar sus historias, no carentes de emoción, daría significado al objetivo de visibilizar a la mujer en toda su globalidad, expansión y simbolismo. Sin embargo, aunque a priori puede ser una idea viable, faltaría perfilar el diseño, tipo de campaña, mensajes, difusión y población diana, enfatizando en la protección hacia la salud sexual de la mujer. Por último, es importante tener en cuenta la evaluación de la campaña en términos de impacto y cambios de comportamientos. Para ello, es relevante considerar estrategias evaluativas, ya mencionadas en apartados anteriores, como modelos de evaluación, análisis críticos y de contenido de las campañas, con el objetivo de examinar y constatar la efectividad real y el aprendizaje sostenido en el tiempo de las campañas divulgadas.

8. Conclusiones

La presente tesis, cuyo escenario de partida apuntaba a la invisibilidad de la mujer en las campañas de prevención del VIH, difundidas en medios de difusión masiva, corrobora, paralelamente a la invisibilidad, el bajo impacto de las campañas respecto a mensajes y, en consecuencia, la baja efectividad de las campañas. Respecto al bajo impacto autopercebido y, por tanto, la posible ineffectividad de las campañas, hay que enfatizar que, aun no siendo un objetivo de esta tesis, es un resultado lo suficientemente relevante para no ser ignorado. Adicionalmente, considerar como fruto de los resultados obtenidos la complejidad en la construcción de una campaña publicitaria de prevención, donde deben engranarse una serie de variables, más allá de un propósito específico a una población diana. En este sentido implicar a la mujer, entendida más allá de la heterosexualidad, incluyendo a otras identidades sexuales no heteronormativas (MSM, MSMH y mujeres trans), en estrategias preventivas, beneficiaría la efectividad de las campañas en torno a la responsabilidad y empoderamiento individual, dirigidas a la prevención y protección de la salud sexual.

En consecuencia, se puede concluir que:

1. Los resultados obtenidos y argumentados en la revisión sistemática, llevada a cabo en la parte inicial del desarrollo de esta tesis, confirman que la evaluación del impacto preventivo de las campañas se realizó a partir del análisis crítico del contenido de los mensajes, la exposición al mensaje y la reacción de la población objetivo en la búsqueda de información; no obstante, dadas las escasas publicaciones al respecto, probablemente por la dificultad evaluativa cuando de comportamientos y actitudes se trata, deja en evidencia la necesidad de actualizar la prevención con campañas publicitarias y, en consecuencia, la necesidad de desarrollar campañas de prevención del VIH difundidas a través de los medios de comunicación masiva y las redes sociales actuales.
2. Referente al análisis de las campañas estatales, la mayoría de ellas, centran la prevención en la utilización del preservativo y el diagnóstico precoz. Las campañas más actuales, añaden información sobre la prevención en la pre y post-exposición. Paralelamente, algunas campañas cuyo mensaje apelaba a la responsabilidad individual y/o

colectiva, con mensajes normativos indicando comportamientos adecuados o no adecuados, se podría confirmar que son favorecedores de discursos culpabilizadores, además de reforzar estereotipos y comportamientos excluyentes a nivel social. En cuanto a la población objetivo, la mayoría de las campañas se dirigen a una población joven. No se encuentran campañas dirigidas a población mayor ni a mujeres de forma individual. La mujer que se muestra en las campañas analizadas aparece siempre en situaciones heteronormativas, sin cabida a otras identidades sexuales como MSM, MSMH y mujeres trans. La única campaña donde se muestra a la mujer de forma individual evoca la madurez, la soledad y la vulnerabilidad.

3. La péntada de Burke se ha utilizado como recogida, agrupación y análisis sistemático de datos en dos de las tres investigaciones llevadas a cabo en esta tesis. Agrupar la información recogida atribuyendo de forma definida y preestablecida desde un inicio las categorías principales y coincidiendo cada categoría con la péntada de Burke: El acto, el escenario, el actor, el medio y el propósito, ha representado una ventaja inicial. Partir de categorías predeterminadas ha demostrado ser una herramienta agilizadora para la sistematización de datos, contribuyendo a la confirmación y demostración de la invisibilidad de la mujer en las estrategias preventivas vinculadas al VIH.
4. En referencia a los medios de difusión masiva, entendidos como herramientas físicas o virtuales, se constata la coyuntura de su utilización dependiendo de la población diana a la que se desea llegar. Sin embargo, el aumento exponencial de personas que utilizan las RRSS, no solo como entretenimiento, sino como método de expansión en otros campos, como pueden ser el empresarial o el científico, convierten a las RRSS en una herramienta esencial a tener en cuenta para la publicación y difusión de campañas de prevención. Adicionalmente, la capacidad de celebridades y/o influencers para sumar seguidores e incidir en los cambios de comportamiento de las

personas, se transforman en actores esenciales para la difusión de mensajes.

5. Adquiere una especial relevancia la escasa eficacia autopercebida por las mujeres respecto a las campañas de prevención del VIH, afirmando que ningún mensaje de los expuestos para el análisis en esta tesis les impacta lo suficiente como para llevar a cabo un cambio de actitud o comportamiento. Ante tal sentencia, son las mismas mujeres las que identifican varios elementos clave a considerar en la construcción de una campaña. Estos elementos coinciden con la necesidad de crear campañas por ellas y para ellas, con el objetivo común de sentirse representadas y, por tanto, identificadas con el tema.
6. Para finalizar, se constata la necesidad de implicación de las mujeres, como eslabón esencial, para la co-creación, difusión y posterior evaluación de campañas, junto a profesionales como enfermeras, expertos en neuromarketing, políticos o publicistas. Adicionalmente, se ratifica la dificultad de cambiar prácticas si la población objetivo no se siente identificada con el problema; de ahí la importancia de incluir la metodología participativa en la construcción y evaluación de campañas preventivas. Incluir a profesionales de la salud, mujeres y PVVIH en la construcción de campañas podría ayudar a adoptar enfoques críticos de los mensajes y favorecer un cambio de comportamientos y actitudes tanto a nivel individual como colectivo, además de inducir a las participantes, un aprendizaje sostenido en el tiempo, consolidando conocimientos y traduciéndolos en cambios. Todo ello justifica la necesidad de más investigación al respecto con metodologías de Investigación-Acción-Participación-Aprendizaje.

9. LIMITACIONES, PROPUESTAS Y LINEAS DE FUTURO

Tal y como han corroborado los resultados de esta tesis, la falta de visibilidad de las mujeres en las campañas de prevención del VIH es una constante desde el inicio de la pandemia en el año 1986, más allá de la imagen heteronormativa atribuida en los medios de difusión masiva. Adicionalmente, el poco o nulo impacto autopercebido por las mujeres participantes en relación a las campañas analizadas, avaladas por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España y por tanto, financiadas con dinero público, constatan la necesidad de campañas de prevención dirigidas a mujeres, incluyendo en la prevención a las mujeres heterosexuales, las MSM, MSMH y mujeres *trans*. Para ello, es necesario co-construir campañas con la implicación de las mismas mujeres por un lado, junto a un equipo multidisciplinar por otro. En el equipo multidisciplinar se entiende el trabajo conjunto de enfermeras, expertos en neuromarketing y publicistas, entre otros. El objetivo, siempre dirigido a favorecer la toma de decisiones de las mujeres desde una óptica priorizada por la información y una actitud empoderada frente a preservar su propia salud sexual. Paralelamente, la práctica clínica enfermera favorece el entorno para promover intervenciones preventivas hacia las mujeres mediante estrategias dirigidas hacia la educación sanitaria tanto individual como colectiva.

9.1 LIMITACIONES

En este apartado se exponen y discuten las limitaciones identificadas a nivel metodológico en cada una de las 3 investigaciones llevadas a cabo, respecto a la muestra, datos obtenidos e interpretación de los mismos, derivadas del marco y situación en que se ha llevado a cabo esta tesis. Añadir a las limitaciones metodológicas la complejidad de la situación de pandemia por COVID-19 vivida durante los dos últimos años, que no ha hecho más que alargar el tiempo para poder finalizar la tesis, además de dificultar nuevos encuentros con participantes.

9.1.1 Investigación 1. Revisión sistemática de la literatura

Los resultados obtenidos en esta investigación son escasos y muy centrados en una sola campaña, la campaña ARTA, pudiéndose interpretar como una limitación metodológica, sesgada en la elección de los estudios para analizar, originando una muestra poco representativa. Ciertamente, la falta de estudios de

investigación con el objetivo de evaluar campañas preventivas contra el VIH se hace aún más notorio cuando se pretende que la mujer o el colectivo femenino en general sea la población diana de la campaña, complicando la búsqueda de estudios publicados al respecto. Adicionalmente, aun realizando una búsqueda en diversas bases de datos y ampliando la temática a diferentes disciplinas, con el fin de poder mostrar una mirada diversa y heterogénea, no se han encontrado gran cantidad de estudios que cumplan los criterios de inclusión de la revisión, y los elegidos para su análisis son antiguos, datando el más actual del año 2011 y, por tanto, constatando la retrospectividad de los hallazgos.

Asimismo, una limitación relevante en esta primera investigación está asociada a la presentación de los resultados, ya que, al ser la mayoría artículos basados en la campaña ARTA, la dificultad en no caer en cómo se ha evaluado exclusivamente esta campaña ha sido una constante en el análisis e interpretación de los resultados y conclusiones.

Por otra parte, se debe tener en cuenta la limitación relacionada con la calidad de los estudios, considerando que, aun siendo evaluada la calidad metodológica de los mismos, se observaron carencias, posiblemente asociadas a la fecha de publicación de las investigaciones.

Finalmente, no olvidar el tiempo invertido en la revisión sistemática, puesto que es un proceso largo y entretenido, con un producto final poco gratificante con relación a las expectativas iniciales.

9.1.2 Investigación 2. Revisión y análisis de las campañas de prevención del VIH del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España

Esta segunda investigación manifiesta limitaciones en relación con la accesibilidad de las campañas. La constante actualización de la página web del Ministerio de Sanidad ha repercutido en el acceso a las primeras campañas, disponibles inicialmente, pero que dejaron de estarlo al inicio del estudio.

Asimismo, aunque la muestra es representativa en el contexto del Estado español, ocasiona una importante dificultad o nula transferibilidad a otros contextos, incluso similares.

Respecto a la metodología, el análisis cualitativo con las categorías ya definidas y preestablecidas desde un inicio, basadas en la p ntada de Burke, ofrece como ventaja inicial la facilidad para organizar los datos de forma sistemática. Sin embargo, tiene la desventaja de que pueden presentarse sesgos derivados de la subjetividad de la investigadora en la agrupación de datos, lo que puede influir en la validez del estudio. Aun así, la pretensión de demostrar la invisibilidad de la mujer en las campañas de prevención del VIH queda más que confirmada, ofreciendo una perspectiva aproximada de cómo se ha desarrollado la evolución de las campañas en el territorio español desde el inicio de la pandemia, limitando la verdadera eficacia de las campañas, dejando pendiente en consecuencia la realidad preventiva de las mismas.

9.1.3 Investigación 3. Impacto preventivo autopercebido de las campañas en mujeres

Esta tercera y última investigación se caracteriza por el reclutamiento de una muestra intencionada y heterogénea, pero que no muestra todas las realidades. En este sentido, ha faltado representación de algunos grupos de mujeres, como MSMH, MSM y mujeres *trans*. Por otra parte, la recogida de datos mediante grupos focales de discusión no est  exenta de subjetividades individuales que pueden afectar a los resultados finales, tomando en cuenta, adicionalmente, la complejidad para analizar los datos y compararlos con los otros dos GD. En este sentido, añadir la subjetividad de la investigadora en dos momentos importantes: la primera, fijada en la moderación de los GD, ya que, al ser conocedora de la temática a investigar, podría haber influido en algunas respuestas de las participantes. En segundo lugar, en la extracción y agrupación de datos, tampoco está exenta de cierta subjetividad. Consecuentemente, los resultados no se pueden generalizar más allá del mismo contexto estudiado. Limitación, por otra parte, intrínseca a la investigación cualitativa.

Adicionalmente, partir de un guion semiestructurado con categorías preestablecidas, en este caso, igual que la investigación anterior, basando las categorías en la p ntada de Burke, puso de manifiesto una vez más la facilidad para agrupar posteriormente los datos, pero restando autenticidad al desarrollo espontáneo de los GD. Cabe señalar que el guion preestablecido sirvió para centrar la discusión en algún momento puntual, pero en el GD1 (MVVIH) fue

difícil seguir la pauta, ya que la necesidad de compartir las experiencias individuales de cada una de ellas, hablar sobre el tema y discutir sobre carencias sociales y políticas fue mayor que el interés por analizar campañas de prevención que, a la mayoría de ellas, no les repercutió en nada. Ello constató el bajo impacto autopercibido de los mensajes. Remarcar que ellas mismas, después de reír, llorar y compartir, se empoderaron de tal manera, que propusieron espontáneamente una campaña de mujeres para mujeres en formato calendario, *Las chicas de las 3 letras*.

Por último, las limitaciones metodológicas expuestas, resultas durante el desarrollo de esta tesis, contextualizan los resultados, pero sin anular el trabajo realizado. Al contrario, pone de relieve la necesidad de empoderamiento de las mujeres frente a las relaciones de poder y subordinación para romper el estigma y la discriminación social.

9.2 Propuestas y líneas de futuro

La primera intención, antes de iniciar esta tesis, era la de co-construir una campaña de prevención del VIH dirigida a mujeres como población diana, utilizando la metodología de Investigación-Acción-Participación. La falta de tiempo y la complejidad en diseñar una campaña efectiva y de impacto han negado esta posibilidad, descartando esta como objetivo en esta tesis. Sin embargo, se ha constatado la necesidad de campañas dirigidas a la mujer como centro de interés, lo que justifica la presentación y argumentación de diversas líneas de investigación, algunas de ellas, sugeridas por las mismas mujeres participantes en los GD:

- 1. Prevención desde la AP:** Tal y como se expuso en los resultados de la tercera investigación, las mujeres trabajadoras en el núcleo del sistema sanitario propusieron trabajar la prevención del VIH en la mujer desde la atención primaria, normalizando el lenguaje y el diagnóstico precoz. Para ello, sería necesario explorar los conocimientos, creencias y prejuicios actuales en el personal sanitario frente al VIH. Aunque existen estudios al respecto, implementar intervenciones de info-formación dirigidos al personal sanitario ayudaría a consolidar los conocimientos, por una parte,

e iniciar un camino hacia la prevención del estigma y la discriminación, por otra.

- 2. Necesidades de las MVVIH:** Se han investigado desde diferentes ópticas las necesidades de las PVVIH. Respecto a las MVVIH, la mayoría de los estudios, están centrados en las necesidades sobre la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, es prioritario conocer cuáles son las necesidades reales de las MVVIH, sobre todo a nivel social. El propósito final sería mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Estudios realizados con metodologías cualitativas ayudarán a profundizar en un tema a menudo invisible. La finalidad es dar voz a las mujeres desde una perspectiva de empoderamiento, individual y colectivo, encarando a una sociedad patriarcal. Para ello es esencial incluir el paradigma y los modelos feministas como marco en las investigaciones.

- 3. Investigación-acción-participación-aprendizaje (IAPA):** Con el objetivo de co-construir campañas efectivas, se propone materializar una campaña en la que las mujeres participen en su desarrollo de forma que, además de llevar a cabo una intervención de mujeres para mujeres, les permita, simultáneamente, cambiar actitudes y comportamientos hacia el VIH desde el aprendizaje, consolidando conocimientos y transfiriéndolos a la población. Para ello, se sugiere la utilización de la metodología IAP como método de investigación, utilizando algunos resultados de esta tesis como parte de la primera fase de la IAP, fase diagnóstica de la temática a tratar.

- 4. Visibilidad no heteronormativa:** Las campañas de prevención de difusión masiva se han desarrollado mayoritariamente dirigidas a población de GBHSH, relaciones heterosexuales o, en otro contexto, dirigido a población en general, manteniendo el objetivo de los mensajes de prevenir el estigma y la discriminación. No se han desarrollado campañas dirigidas a población diana de mujeres no heteronormativas, como MSM, MSMH y mujeres *trans*. Para ello cabe la necesidad de dar visibilidad a estos grupos, investigando cuáles son sus necesidades no

solo de prevención respecto a la salud sexual, sino también hacia el respeto, la prevención del estigma y la discriminación. Adicionalmente, se sugiere la implementación de campañas de concienciación, utilizando las RRSS, además de la televisión y el cine, como medios de comunicación de difusión masiva.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McManus FG, Mercado-Reyes A. Vidas inimaginadas: gubernamentalidad y medialidad en la prevención del VIH/sida. Debate Fem [Internet]. 2017 [consultado el 2 de septiembre de 2019]; 54: 34-62. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.df.2017.06.001>
2. Del Rio C, Curran JW, Mandell G. Epidemiology and Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Human Immunodeficiency Virus Infection. En: Mandell D. Bennett's principles and practice of infectious diseases. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009. p. 1635-61.
3. De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. AIDS. 2012; 26(10): 1205-13.
4. Informe mundial. Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida [Internet]. [Ginebra]: ONUSIDA; 2010 [consultado el 15 de julio de 2016]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC1958_GlobalReport2010_full_es_1.pdf
5. ONU Mujeres. Hechos y cifras: el VIH y el SIDA [Internet]. [Nueva York]: ONU Mujeres; [2015] [consultado el 15 de julio de 2016]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
6. ONUSIDA. Hoja informativa: últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [Ginebra]: UNAIDS; [2021] [consultado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
7. Woman who have sex with woman, in all their diversity: putting their needs and right on the HIV agenda. En: Community Innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2011 [consultado el 15 de julio de 2016]. Disponible en: https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf
8. Orcasita Pineda LT, Palma García DM, Munévar Cabal J. Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. Rev Psicol Univ Antioquia. 2013; 5(2): 63-79.
9. Lameiras Fernández M. La infección VIH/SIDA en la mujer. Una reflexión sobre la intervención. Rev Psicol Salud. 1996; 8(1): 41-63.

10. González JAS, Machado, MG. Caracterización antropológica de género en el enfoque de riesgo de las ITS/VIH/SIDA [Internet]. En: IX Interpsiquis. Cuba: Bibliopsiquis; 2008 [consultado el 15 de julio de 2016]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/caracterizacion-antropologica-de-genero-en-el-enfoque-de-riesgo-de-las-its-vih-sida>
11. Cordero Ramos N, Silveira Passos T, Barroso Pavía R. Género, feminización del VIH/sida y vulnerabilidad: intervención social con trabajadoras del sexo. En: Colectivos en situación de vulnerabilidad. Personas con necesidades de oportunidades. Descendiendo a la práctica de la intervención profesional. Madrid: Dykinson; 2018. p. 198-221.
12. Bianco M, Mariño A, Ré M. Violencia contra las mujeres y VIH/sida en cuatro países del MERCOSUR: Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte [Internet]. Buenos Aires: Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer; 2009 [consultado el 17 de julio de 2016]. Disponible en: http://feim.org.ar/pdf/publicaciones/Informe_Regional_violencia.pdf
13. Martínez ENR, Gavidia NG. Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. Opción. 2006; 22(50): 9-28.
14. Guía práctica para la integración de la perspectiva de género en los programas de prevención del VIH [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado el 17 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/guiaPrevencionVIH_Accesible.pdf
15. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit. 2004; 18(S2): 47-54.
16. Rodríguez Salazar T. Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación. Comuni Soc. 2009; (11): 11-36.
17. Obiols J. Mujeres que viven con VIH/Sida: posicionamientos subjetivos frente a la infección. En: VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2014.
18. Strazzulla J. Le SIDA, 1981-1985: les débuts d'une pandémie. Paris: La Documentation française; 1993.

19. Casabona J. El sida, ¿una epidemia secuestrada? El Periódico de Catalunya [Internet]. 1 de diciembre de 2009 [consultado 21 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.colegaweb.org/index.php/opinioticias-113/2601-el-sida-iuna-epidemia-secuestrada>
20. Terrones Rodríguez AL. Pensamiento dominante, educación y medios de comunicación. Sophia. 2018; 24(1): 313-36.
21. Chandran D. social media and HIV/AIDS: Implications for Social Work Education. J Soc Work Educ [Internet]. 2016 [consultado 2 de octubre de 2020]; 35(3): 333-43. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02615479.2016.1154659?journalCode=cswe20>
22. Blanco JLT. El tratamiento del VIH-sida en los periódicos españoles, una investigación colaborativa. RECS. 2011; 1(1): 4-17.
23. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [Internet]. New York: ONUSIDA; 2015 [consultado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
24. Bendito P, Cofiño R, DAgostino M. Prevención del VIH a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 21 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/VIH_TIC.pdf
25. HIV and transgender and other gender-diverse people [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2021 [consultado 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_en.pdf
26. Fact Sheet 2022 [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2022 [consultado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
27. AIDSinfo [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2022 [consultado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://aidsinfo.unaids.org/>

28. Vigilancia epidemiológica en España 2019 [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica; 2020 [consultado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf
29. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS [Internet]. 2006 [consultado 15 de julio de 2016]; 20(10): 1447-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aids.0000233579.79714.8d>
30. Álvarez MG, Lavalle MH, Ahumada CA. Retraso diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Rev Avanz Salud. 2019; 3(1): 34-44.
31. Bisbal Pardo OV. Presentadores tardíos en la infección VIH: prevalencia, características epidemiológicas, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, respuesta al tratamiento antirretroviral y supervivencia en la Cohorte del Hospital 12 de Octubre [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2021.
32. Díez M. Diagnóstico tardío de la infección por VIH. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2011 [consultado 22 de julio de 2016]; 13(2): 35-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200001&lng=es
33. Carrillo-Maravilla E, Villegas-Jiménez A. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. Rev Invest Clin. 2004; 56(2): 130-3.
34. Centers for Diseases Control. Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981; 30(21): 250-2.
35. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med. 1981; 305(24): 1425-31.
36. Gallo RC, Montagnier L. AIDS in 1988. Sci Am. 2008; 259(4): 40-51.
37. Bermúdez MP, Sánchez AI, Buéla-Casal G. Análisis de la evolución del SIDA en España. Suma Psicológica. 1999; 6(2): 175-94.
38. Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. Guía práctica del SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Antares; 2002.
39. Holguín Á, Soriano V. Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clín. 2000; 115(20): 775-8.

40. Delgado R. Características virológicas del VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clín.* 2011; 29(1): 58-65.
41. VIH y SIDA ¿Cuál es la diferencia? [Internet]. [ciudad desconocida]: NIVinfo; [fecha desconocida] [consultado 10 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/infographics/vih-y-sida-cual-es-la-diferencia>
42. Gilbert PB, McKeague IW, Eisen G, Mullins C, Guéye-Ndiaye A, Mboup S, et al. Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. *Stat Med.* 2003; 22 (4): 573-93.
43. Gutiérrez VR. (2011). Tatuaje y Salud. *ASRI.* 2011; (0).
44. WHO HIV/AIDS [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2020 [consultado 12 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
45. García F, Álvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clín.* 2011; 29(4): 297-307.
46. Guías del ECDC y e OEDT: prevención y control [Internet]. [Solna]: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades; 2011 [consultado 10 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/es/publications/Publications/1110_12_Guidance_ECDC-EMCDDA.pdf
47. Fauci AS, Clifford L. Human immunodeficiency virus (HIV) disease: AIDS and related disorders. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison Principles of internal medicine.* 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1852-913.
48. Vivas Arceo C, Benavides SA, de Jesus Trujillo J, Panduro A, Rivas Estilla AM. Hepatitis C Virus: prevalence and routes of infection among blood donors of West Mexico. *Hepatol Res.* 2003; 25(2): 115-23.
49. Dolengevich-Segal H, Rodríguez-Salgado B, Ballesteros-López J, Molina-Prado R. Chemsex. Un fenómeno emergente. *Adicciones.* 2017; 29(3): 207-9.
50. Fernández-Dávila P. "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Rev Multidiscip Sida.* 2016; 4(7): 41-65.

51. Martin TC, Ingiliz P, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, et al. HCV reinfection incidence and outcomes among HIV infected MSM in Western Europe. *J Hepatol.* 2016; 64(2): S138-9.
52. Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), el Grupo de Estudio de Sida (GeSida/SEIMC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el HIV con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical [Internet]. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida; 2007 [consultado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/va/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Recomendaciones_VIH_embarazoyprevencion_Junio2007.pdf
53. De José MI, Jiménez de Ory S, Espiau M, Fortuny C, Navarro ML, Soler-Palacín P, et al. A new tool for the paediatric HIV research: general data from the Cohort of the Spanish Paediatric HIV Network (CoRISpe). *BMC Infect Dis.* 2013; 13: 2.
54. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS.* 2008; 22(8): 973-81.
55. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [consultado 20 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocEmbarazoMarzo2013.pdf>
56. La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2015 [consultado 10 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11078:2015-cuba-eliminates-mother-hiv-syphilis&Itemid=1926&lang=es

57. Chávez ABC, Rodríguez ARZ, Quimi AXY, Cárdenas GLS. Prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual. Dominio de las Ciencias. 2021; 7(4): 121.
58. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [consultado 21 de mayo de 2021]. Disponible en: https://gesidaseimc.org/wpcontent/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COM_PLETA_Julio.pdf
59. Pachón J, Pujol E, Rivero A. La infección por el VIH. Guía práctica. Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; 2003.
60. Castillo JAL. Diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida. MediSan. 2014; 18(3): 299-301.
61. Loza E, Planes A, Rodríguez M, Cercenado E, Cantón R. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 3a Hemocultivos. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2003.
62. Reynolds SJ, Muwonga J. OraQuick® ADVANCE Rapid HIV – ½ antibody test. Expert Rev Mol Diagn. 2004; 4(5): 587-91.
63. Lupera SGC, Gómez CAB, Cedeño EMC, Castro CEB. VIH/SIDA: pruebas y su efectividad. RECIAMUC. 2019; 3(1): 653-69.
64. Mínguez-Gallego C, Vera-Remartinez EJ, Albert-Coll M, Roldán-Puchalt MC, Aguilar-Climent M, Rovira-Ferrando RE, et al. Cambios en las características clínico-epidemiológicas de los nuevos casos de infección por el VIH-1 en Castellón (España) y su repercusión en la presentación tardía (1987-2011). Enferm Infecc Microbiol Clín. 2015; 33(3): 173-80.
65. Teva I, de la Paz Bermúdez M, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Psicol Salud. 2004; 14(2): 229-35.
66. Moriano CF. (2018). Infección por VIH. Panorama Actual Med. 2018; 42(419): 1133-67.
67. Grimberg M. Narrativas del cuerpo: Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. Cuad Antropol Soc. 2003; (17): 79-99.

68. Domínguez CC, de la Cruz Cantillo K, Barliza YI, Lora EJ. Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en paciente con VIH/SIDA. En: Estudios del desarrollo humano y socioambiental. Barranquilla: Corporación Universitaria Reformada; 2018. p. 126-50.
69. Ministerio de Sanidad y Política Social. Resolución acordada en la Reunión nº29 de la Unidad Técnica de Codificación para CIE 9 MC el día 25 de febrero de 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 21 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_Informativa_codificacion_HIV.pdf
70. Strategic timing of antiretroviral treatment (START). ClinicalTrials.gov. 2015 [consultado 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048>
71. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [consultado 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
72. Codina C, Knobel H, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Farm Hosp. 1999; 23(4): 215-29.
73. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Prim. 2009; 41(6): 342.
74. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. [Washington]: Department of Health and Human Services; 2022.
75. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Guia_RecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf
76. Barroso J, Leblanc N, Flores D. It's not just the pills: A qualitative metasynthesis of HIV antiretroviral adherence research. J Assoc Nurses AIDS Care. 2017; 28(4): 462-78.

77. Shubber Z, Mills EJ, Nachega JB, Vreeman R, Freitas M, Bock P, et al. Patient-reported barriers to adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *PloS Med.* 2016; 13(11): e1002183.
78. Ruiz del Valle, Ochoa Loo JP, Villacres García FE. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martín Icaza". *Dominio de las Ciencias.* 2017; 3(2): 849-65.
79. Polo R, Knobel H, Morillo R, coordinadores. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
80. Pebody R. Yes, the same life expectancy as HIV-negative people, but far fewer years in good health [Internet]. Londres: NAM AIDSMAP; 2020 [consultado 21 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.aidsmap.com/news/mar-2020/yes-same-life-expectancyhiv-negative-people-far-fewer-years-good-health>
81. Esteban ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva.* 2006; 2(1): 9-20.
82. Nash M, Marre D. Multiculturalismos y género: Perspectivas interdisciplinarias. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2001. (99)
83. Falcón CM. Género, desigualdad e inclusión. *Boletín CF+S [Internet].* 2009 [consultado 10 de abril de 2020]; (41). Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n41/acmen.html>
84. Serret E. El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina. Azcapotzalco: Universidad Autónoma Metropolitana; 2001
85. Comas D'Argemir D. Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. Barcelona: Icaria/Institut Català d'Antropologia; 1995.
86. Ortner S. Entonces, ¿Es la mujer el hombre lo que la naturaleza a la cultura?. *Rev Antropol Iberoamericana.* 2006; 1(1): 12-21.
87. De Beauvoir S. *El segundo sexo* (1949). Buenos Aires: Siglo XX; 1981.
88. Torres Cueto MA, Roca Zayas AA, Caballero Delgado E, González Hernández A, López Gómez AB, Gómez Delgado Y, et al. Educación de la sexualidad y prevención de las ITS y el VIH/sida desde los enfoques de género, de derechos y sociocultural. La Habana: Ministerio de Educación; 2011.

89. Butler J. El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 2007.
90. Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. Nueva Antropología. 1986; VIII(30): 95-145.
91. Foucault M. Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1994.
92. Stolcke V. ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad?. Política y Cultura. 2000; 14: 25-60.
93. González M, Núñez CG, Galaz Valderrama C, Troncoso L, Morrison Jara R. Sexual and gender diversity: Logic and uses in public action. Psicoperspectivas. 2018 [consultado 20 de abril de 2020]; 17(1): 1-5. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1315>
94. Weeks J. Lenguajes de la sexualidad. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2012.
95. Hernández J. CROI 2016: VIH y transexualidad, una prioridad a la cola de las políticas de prevención y atención. Barcelona: Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt- VIH); 2016.
96. Agentes de Salud - Bloque VII: Salud y prevención para personas trans. Madrid: UNAD; 2020.
97. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
98. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas. Barcelona: Debolsillo; 2012.
99. Grimberg M, Margulies S, Wallace S. Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre el SIDA. Un abordaje antropológico. En: Kornblit A, compilador. Sida y sociedad. Buenos Aires: Espacio; 1997. p. 107-123.
100. Martínez Nicolás M. Epidemia y media. La construcción simbólica del sida en el discurso periodístico. En: Actas sobre el Encuentro FIPSE de Investigación de la Perspectiva Social del VIH/SIDA [CD-Rom]. Valencia: Universidad de Valencia; 2007.
101. Araujo R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes?. Novedades en Población. 2015 [consultado 18 de junio de 2017]; 11(210): 89-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007

102. Feito L. Vulnerabilidad. En: Anales del sistema sanitario de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2007. p. 7-22.
103. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública de México. 2002; 44(6): 554-64.
104. Ruiz Rivera N. La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. Investigaciones Geográficas. 2012; (77): 63-74.
105. Carvajal A. Papel de la mujer en la lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. Caracas: Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas; 2013 [consultado 11 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff8081813b4c32e8013c478bf6d101ae>
106. Volkow P, Balandrán D, Rodríguez AE. La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. Actual Sida. 2012 [consultado X de X de 20XX]; 20(78): 111-9. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>
107. Celorio M. Violencia biopolítica contra poblacions de la diversidad sexual: homofobia, derechos humanos y ciudadanía precaria. El Cotidiano. 2017; (202): 17-29.
108. Guerra AR. Sexualidades no heteronormativas, vulnerabilidades y ética de protección. Revista Sexología y Sociedad. 2018; 24(1).
109. Gázquez MV. Vulnerabilidad social, genealogía del concepto. Gac Antropol. 2021; 37(1).
110. Farmer P, Connors M, Simmons J, editores. Women, poverty, and AIDS: Sex, drugs, and structural violence. Monroe: Common Courage Press; 1996.
111. Higgins JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. Am J Public Health, 2010; 100(3): 435-45.
112. Rodríguez-Contreras R. La estrategia de ONUSIDA-OMS frente al VIH. Análisis epidemiológico. Actual Med. 2011; 96(784): 64-70. (129)
113. Enria G, Fleitas M, Staffolani C. Programas de Salud y Género: Mujeres con VIH/SIDA. Estud Soc. 2010; 18(35). 275-92.
114. Corea G. The invisible epidemic: The story of women and AIDS. New York: HarperCollins; 1992.

115. Amaro H. Los derechos reproductivos de las mujeres en la era del SIDA: nuevas amenazas para la lección informada En: Fried MG, editor. Del aborto a la libertad reproductiva: transformando un movimiento. Boston: Prensa del Extremo Sur; 1990. p. 245-54.
116. Fineman MA. The vulnerable subject: anchoring equality in the human condition. *Yale J Law Fem.* 2008; 20(1): 1-23.
117. Timmer A. A quiet Revolution: Vulnerability in the European Court of Human Rights. En: Fineman MA, Grear A, editores. *Vulnerability. Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics.* Ashgate: Farnham/Burlington; 2013. p. 147-70.
118. Fineman MA. Equality, autonomy, and the vulnerable subject in law and politics. En: *Vulnerability.* London: Routledge; 2016. p. 13-27.
119. Amatriain RMC. (2019). Vulnerabilidad en el campo de medicina. *Droit, Santé et Société.* 2019; 3(3): 3-7.
120. Ruet C. La vulnérabilité dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. *Rev Trimest Droits Homme.* 2015; 102: 317-40.
121. Burgorgue-Larsen L, director. *La vulnérabilité saisie par les juges en Europe.* París: Pedone; 2014.
122. Perona N, Rocchi G. Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Kairos.* 2001; 15(8).
123. Delgado Ruiz M. Salud y diversidad cultural. El inmigrante como usuario del sistema público sanitario. En: Anrubia E, editor. *Cartografía cultural de la enfermedad.* Murcia: UCAM; 2003. p. 55-79.
124. Fernández-Martorell M. *Creadores y vividores de ciudades. Ensayos de antropología urbana.* Barcelona: EUB; 1996.
125. Fernández-Martorell M. *Antropología de la convivencia.* Madrid: Cátedra; 1997.
126. Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al vih/sida (ONUSIDA). Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2005 [consultado 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf

127. Parker R. Cambio de sexualidades: masculinidad y homosexualidad masculina en Brasil. *Alteridades*. 2002; 12(23): 49-62.
128. González CG. La compleja relación violencia de género-SIDA. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2009; (3): 82-105.
129. Santos R. *Levantarse y luchar: Cómo superar la adversidad con la resiliencia*. Barcelona: Conecta; 2013.
130. Berkes F, Colding J, Folke C, editores. *Navigating social-ecological systems: building resilience for complexity and change*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
131. Ospina Muñoz DE, Jaramillo Vélez DE, Uribe Vélez TM. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Invest Educ Enferm*. 2005; 23(1): 78-89.
132. Harvey MR. Una visión ecológica del trauma psicológico y la recuperación del trauma. *Rev Estrés Traumá*. 1996; 9(1): 3-23.
133. Infante-Espinola F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Meillo A, Suárez-Ojeda EN, compiladores. *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 31-53.
134. Vanistendael S. *Cómo crecer superando los percances*. Barcelona: Gedisa; 2003.
135. Grotberg E. Promoviendo la resiliencia. En: Kotliarenco A, Cáceres I, Álvarez C, editores. *Resiliencia: construyendo en la adversidad*. Santiago de Chile: Ceanim; 1996. p. 33-48.
136. García M, Vesga M, Domínguez E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev Latinoam de Cien Soc Niñez Juv [Internet]*. 2013 [consultado 10 de agosto de 2017]; 11(1): 63-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>
137. Badallo Carbajosa A. *Estigma y Salud Mental España*. Madrid: Grupo 5; 2012.
138. Bouvier P. *La resiliencia, una mirada que abre horizontes*. Ginebra: Servicio de Salud de la Juventud; 2010.
139. Casares J. *Diccionario ideológico de la lengua española*. Barcelona: Gustavo Gili; 1942.
140. Sau V. *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: ICARA Editorial; 1990.

141. Gamba S. Feminismo: historia y corrientes. En: Diccionario de estudios de género y feminismos. Buenos Aires: Biblos; 2008. p. 1-8.
142. Lagarde M. Identidad y subjetividad femenina. Managua: Puntos de Encuentro; 1992.
143. Butler J, Soley-Beltrán P. ¿El fin de la diferencia sexual?. En: Deshacer el género. Barcelona: Paidós; 2006. p. 278.
144. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2000.
145. Foucault M. Historia de la sexualidad. Vol I. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI; 1976.
146. Bosch E, Ferrer V, Alzamora A. El Laberinto patriarcal. Barcelona: Antropos; 2006.
147. Poncela AMF. Violencia hacia las mujeres en el lenguaje: género gramatical, estereotipos y narrativas. *Sémata Cienc Soc Humanid.* 2019; (31).
148. Bituga-Nchama P. Los estereotipos de género en la construcción de la mujer fang: una educación patriarcal para la sumisión. *Cátedra.* 2020; 3(3): 143-60.
149. Cuenca Sánchez M. La ciencia y sus olvidadas: la ineludible presencia de los sesgos de género y el androcentrismo en la construcción del conocimiento científico. *Rev Estud Culturales.* 2018; 11(22): 43-55.
150. Larbalestier J, editor. *Daughters of Earth: Feminist Science Fiction in the Twentieth Century.* Middletown; Wesleyan University Press; 2006.
151. Benveniste A. Otra antropología para pensar las experiencias feministas. *MILLCAYAC Rev Digit Cienc Soc.* 2015; 2(2): 71-8.
152. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Univ Chic Legal Forum.* 1989; 140: 25-42.
153. Culturamas [Internet]. [ciudad desconocida]: Gonzalez I; Olympe de Gouges: “Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana” (1791); 7 de septiembre de 2012 [consultado 31 de enero de 2016]; [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.culturamas.es/blog/2012/09/07/declaracion-de-los-derechos-de-la-mujer-y-de-la-ciudadana-1791-por-olympe-de-gouges/>
154. Brah A, Phoenix A. Ain't I a Woman? Revisiting intersectionality. *J Int Womens Stud.* 2004; 5(3): 75-86.
155. Collins PH, Sirma B. *Intersectionality.* Cambridge: Polity Press; 2016.

156. Del Hoyo Moreno I. El estigma al servicio del poder dominación y resistencias desde la interseccionalidad. *Feminismo/s*. 2019; 33: 65-90.
157. Juliano D. *Tomar la palabra. Mujeres, discursos y silencios*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2017.
158. Phelan JC, Bruce GL, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two?. *Soc Sci Med*. 2008; 67: 358-67.
159. Tyler I. Resituating Erving Goffman: From stigma power to black power. *The Sociological Review*. 2018;66(4):744–65.
160. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for Public Health. *Am J Public Health [Internet]*. 2012 [consultado 17 de agosto de 2021]; 102(7): 1267-73. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2012.300750>
161. Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Soc Sci Med*. 2012; 74(11): 1712-20.
162. Algarin AB, Zhou Z, Cook CL, Cook RL, Ibañez GE. Age, Sex, Race, Ethnicity, Sexual Orientation: Intersectionality of Marginalized-Group Identities and Enacted HIV-Related Stigma Among People Living with HIV in Florida. *AIDS Behav [Internet]*. 2019 [consultado 17 de agosto de 2021]; 23(11): 2992–3001. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-019-02629-y>
163. Reid T. El sentido común y la sociología clásica. *Sociológica*. 1998; 11(31).
164. Banchs M. Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación. *Boletín de AVEPSO*. 1991; XIV(3): 3-16.
165. Durkheim E. *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
166. Moscovici S. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul; 1979.
167. Farr R. Las representaciones sociales. En: Moscovici S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós; 1984. p. 495-506.
168. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Moscovici S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós; 1984. p. 469-494.

169. Di Giacomo JP. Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. In: Dario Paez et al. Pensamiento, Individuo y sociedad: Cognición Y representación social. Madrid: Fundamentos; 1987. p. 278–96.
170. Billig M. Studying the thinking society: social representations, rhetoric, and attitudes. En: Breakwell G, Cantes D, editores. Empirical approaches to social representations. Oxford: Clarendon Press; 1993.
171. Wagner W, Hayes N. Everyday discourse and common sense. The theory of social representations. Houndmills: Palgrave; 2005.
172. Araya Umaña S. Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión. Cuad Cienc Soc [Internet]. 2002 [consultado 15 de marzo de 2019]; 127: 41. Disponible en: <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>
173. Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH: Orientaciones para que los países implementen programas efectivos que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2020 [consultado 12 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_es.pdf
174. Vorasane S, Jimba M, Kikuchi K, Yasuoka J, Nanishi K, Durham J, et al. An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017 [consultado 10 de enero de 2021]; 17(1): 125. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2068-8>
175. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. AIDS Behav [Internet]. 2009 [consultado 7 de marzo de 2021]; 13(6): 1160-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511707/>
176. Chocarro Á, Alonso Ó, García M, Alonso S, Delgado MJ, Merino SM, et al. Evolución de los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general sobre la infección por el VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2008 [consultado 7 de marzo de 2021]; 26(6): 330-37. Disponible en: <https://doi-org.ure.uab.cat/10.1157/13123837>

177. Velo-Higueras C, Cuéllar-Flores I, Sainz-Costa T, Navarro-Gómez ML, García-Navarro C, Fernández-McPhee C, et al. Jóvenes y VIH. Conocimiento y conductas de riesgo de un grupo residente en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019; 37(3): 176-82.
178. Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos *Med Clin*. 2012; 138(2): 534-40.
179. Nehl EJ, Klein H, Sterk CE, Elifson KW. Prediction of HIV sexual risk behaviors among disadvantaged African American adults using a syndemic conceptual framework. *AIDS Behav*. 2016; 20(2): 449-60.
180. Cejudo-Cortés CMA, Corchuelo-Fernández C, Tirado-Morueta R. Uso de la teoría de las representaciones sociales para comprender las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2018 [consultado 15 de marzo de 2019]; 92: e201809048. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201809048.pdf
181. Freire FC. Las redes sociales trastocan los modelos de los medios de comunicación tradicionales. *Rev Lat Comuni Soc*. 2008; 11(63).
182. Herrera HH. Las redes sociales: una nueva herramienta de difusión social networks: a new diffusion tool. *Reflexiones*; 2012; 91(2): 121-8.
183. Durkheim E. *De la division du travail social: étude sur l'organisation des sociétés supérieures*. Paris: F. Alcan; 1893.
184. Boyd D, Ellison N. Social network sites definition, history, and scholarship. *J Comput Mediat Commun [Internet]*. 2008 [consultado 15 de mayo de 2021]; 13(1): 210–30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>
185. Ali S, Qamar A, Habes M, Al Adwan MN. Gender Discrepancies Concerning Social Media Usage and its Influences on Students Academic Performance. *Utopía Prax Lat*. 2021; 6(1): 321-33.
186. García del Castillo J, García del Castillo-López Á, Dias PC, et al. Social networks as tools for the prevention and promotion of health among youth. *Psicol Refl Crít [Internet]*. 2020 [consultado 15 de mayo de 2021]; 33: 13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00150-z>

187. The Global State of 2021. Digital Trends 2021 [Internet]. [Vancouver]: Hootsuite; 2021 [consultado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hootsuite.com/resources/digital-trends>
188. De-Frutos-Torres B, Pastor-Rodríguez A, Martín-García N. Consumo de las plataformas sociales en internet y escepticismo a la publicidad. Prof Inf [Internet]. 2021 [consultado 17 de febrero de 2022]; 30(2): e300204. Disponible en: http://www.profesionaldelainformacion.com/contenidos/2021/mar/de_frutos-pastor-martin.pdf
189. Estudio de inversión publicitaria en medios digitales 2020 [Internet]. Madrid: IAB Spain; 2021 [consultado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://iabspain.es/estudio/estudio-de-inversion-publicitaria-en-medios-digitales-2020/>
190. Carrasco G, Lorenzo S. Redes sociales y factor de impacto de las revistas biomédicas. Rev Calid Asist. 2012; 27(5): 247-8.
191. Tudela Torres E, Tranche Iparraguirre S. Contamos y cuentas: redes sociales. Aten Primaria. 2012; 44(1): 1-2.
192. Matarín Jiménez TM. Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2016 [consultado 26 de octubre de 2022]; 6(1): 62-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3328>
193. Anand S, Gupta M, Kwatra S. Social Media and Effective Health Communication. Int J Soc Sci Interdiscip Res [Internet]. 2013 [consultado 26 de octubre de 2022]; 2(8): 39-46. Disponible en: <https://indianresearchjournals.com/pdf/IJSSIR/2013/August/5.pdf>
194. Vasquez LMG, Rico AP, Tavares RWB. Tuits saludables: el uso e importancia de Twitter para la prevención en salud. Contratexto. 2017; (28): 17-43.
195. Searle J. La construcción de la realidad social. Barcelona: Paidós; 1997.
196. Valkenburg PM, Peter J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. J Adolesc Health [Internet]. 2011 [consultado 16 de agosto de 2019]; 48(2): 121-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21257109/>

197. Linne J. Usos comunes de Facebook en adolescentes de distintos sectores sociales en la Ciudad de Buenos Aires. *Comunicar* [Internet]. 2014; 22(43): 189-97. Disponible en: <https://doi.org/10.3916/C43-2014-19>
198. Urresti M. *Ciberculturas juveniles: vida cotidiana, subjetividad y pertenencia entre los jóvenes ante el impacto de las nuevas tecnologías*. Buenos Aires: La Crujía; 2008.
199. Maya Jariego I, Holgado Ramos D. 7 ejemplos de intervención basada en redes. *Redes*. 2017; 28(2): 145-63.
200. Valente TW. Network Interventions. *Science*. 2012; 337(6090): 49-53.
201. Lewin K. *Field theory in social science*. Londres: Tavistock Publications; 1951.
202. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2013 [consultado 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-lasalud-1986-SP.pdf>
203. Declaración de Yakarta sobre promoción de salud en el siglo XXI. [Washington]: OMS/OPS; 1997.
204. Moodie R. Declaración Ministerial de México para la promoción de la Salud. Declaración presentada en: V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad [Internet]; 5-9 de junio de 2000 [consultado 18 de septiembre de 2021]; Ciudad de México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10210/6_Declaracion_Mexico.pdf
205. Asamblea de la Salud. Promoción de la salud en un mundo globalizado: informe de la Secretaría. [Washington]: Organización Mundial de la Salud; 2006.
206. World Health Organization. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud. Conferencia presentada en: 7th Global on Health Promotion [Internet]; 26-30 de octubre de 2009 [consultado 19 de mayo de 2016]; Nairobi. Disponible en: https://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf
207. La declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas. Declaración presentada en: Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [Internet]; 10-

- 14 de junio de 2013 [consultado 20 de mayo de 2016]; Helsinki. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
208. Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Washington]: Organización Mundial de la Salud; 2016.
 209. Armas CS, García MH, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32: 5-12.
 210. Kotler P, Zaltman G. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. J Mark. 1971; 35: 3-12.
 211. Andreasen A. Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995.
 212. Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. Marketing 3.0: Cómo atraer a los clientes con un marketing basado en valores. Madrid: LID Editorial Empresarial; 2013.
 213. Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. Marketing 3.0: From products to customers to the human spirit. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010.
 214. Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. Marketing 4.0. New Jersey: John Wiley & Sons; 2017.
 215. Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. Marketing 5.0: Tecnología para la humanidad. Madrid: LID Editorial; 2021.
 216. Lindstrom M. Buyology. New York: Crown Publishing Group; 2010.
 217. Hazeldine S. Neuro-sell: How neuroscience can power your sales success. London: Kogan Page; 2014.
 218. Lee N, Broderick AJ, Chamberlain L. What is neuromarketing? A discussion and agenda for future research. Int J Psychophysiol [Internet]. 2007 [consultado 18 de mayo de 2021]; 63(2): 199-204. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876006001073?via%3Dihub>
 219. Marichamy K, Sathiyavathi JK. Neuromarketing: The new science of consumer behavior. Tacftful Manag J. 2014; 2(6).
 220. Hsu M. Neuromarketing: Inside the Mind of the Consumer. Calif Manag Rev [Internet]. 2017 [consultado 18 de mayo de 2021]; 59(4): 5-22. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0008125617720208>

221. Stanton SJ, Sinnott-Armstrong W, Huettel SA. Neuromarketing: Ethical Implications of its Use and Potential Misuse. J Bus Ethics [Internet]. 2017 [consultado 18 de mayo de 2021]; 144(4): 799-811. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10551-016-3059-0>
222. Kotler P, Roberto EL. Marketing Social: estrategia para alterar o comportamento público. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
223. Morgan P, Voola R. Integrated marketing communications (IMC) in a social marketing context: an application to practice-drug and alcohol treatment services. En: Australia and New Zealand Marketing Academy Conference. Brisbane: Griffing University; 2000.
224. Mendonça PME, Schommer PCO. Marketing e suas Relações com o Social: Dimensões Conceituais e Estratégicas [CD-Rom]. En: Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (ENANPAD). Anais Florianópolis: ANPAD; 2000.
225. Andreasen AR. Ética e marketing social. São Paulo: Futura; 2002.
226. Lambin JJ. Le marketing stratégique: fondements, méthodes et applications. París: McGraw-Hill; 1986.
227. McCarthy J. Basic Marketing: a managerial approach. Homewood: Richard D. Irwin; 1960.
228. Booms B. Marketing strategies and organizational structures for service firms. Chicago: AMA; 1981.
229. Kotler P. El Marketing según Kotler. Cómo crear, ganar y dominar los mercados. Barcelona: Paidós; 1999.
230. Weinreich NK. What is social marketing? [Internet]. [ciudad desconocida: editorial desconocida]; 2006 [consultado 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.social-marketing.com/WhatIs.html>
231. Borden NH. The concept of the marketing mix. J Advert Res. 1964; 4(2): 2-7.
232. Calviño Valdés M. Psicología y marketing. La Habana: Ciencias Sociales; 2001.
233. Kotler P, Roberto EL. Marketing social. Estrategias para cambiar la conducta pública. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
234. Forero Santos JA. El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. Soc Escen. 2009; (20).

235. Vieites R. Cómo elaborar el análisis DAFO. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2012.
236. Wehrich H. The Tows Matrix - a Tool for Situational Analysis. Long Range Plan. 1982; 15(2): 54-66.
237. Kotler P, Armstrong G. Fundamentos de Marketing. 11ª ed. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación de México; 2013.
238. MarketingPower.com [Internet]. [ciudad desconocida: editorial desconocida; fecha desconocida] [consultado 07 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.marketingpower.com>
239. Feliu E. La publicidad social. En: Información, producción y creatividad en la comunicación. Madrid: Fundación General de la Universidad Complutense de Madrid; 2004. p. 659-72.
240. Espuelas V, Sáez M. Marketing viral: ni vale para todos, ni todo vale. Anuncios. 2006; (1165): 30-1.
241. Wilson RF. The six simple principles of viral marketing. Web Mark Today. 2000; 70(1): 232.
242. Sivera S. Publicidad contagiosa: claves creativas del marketing viral. Barcelona: Editorial UOC; 2016.
243. Kotler P, Lee NR. Up and Out of Poverty: The Social Marketing Solution. New Jersey: Wharton School Publishing; 2009.
244. Woerndl M, Papagiannidis S, Boulakis M, Li F. Internet-induced Marketing Techniques: Critical Factors in Viral Marketing Campaigns. Int J Bus Sci Appl Manag. 2008; 3(1): 33-45.
245. Vriest L, Gensler S, Leeflang PSH. Popularity of Brand Posts on Brand Fan Pages: An Investigation of the Effects of Social Media Marketing. J Interact Mark. 2012; 26(2): 83-91.
246. Litvin SW, Goldsmith RE, Pan B. Electronic Word of Mouth in hospitality and tourism management. Tour Manag. 2008; 29: 458-68.
247. Phelps JE, Lewis R, Mobilio L, Perry D, Raman N. Viral marketing or electronic word-of-mouth advertising: Examining consumer responses and motivations to pass along email. J Advert Res. 2004; 44(4): 333-48.
248. Sarmiento Guede JR. La comunicación de 'boca en boca' vs. la de 'boca en boca electrónica': Análisis de sus principales diferencias. Ámbitos. 2015; (30): 1-17.

249. Sarmiento Guede JR. La experiencia de la calidad de servicio online como antecedente de la satisfacción online: estudio empírico en los sitios web de viajes. *Investig Turist.* 2017; (13): 30-53.
250. Gladwell M. *The Tipping Point*. Boston: Back Bay Books; 2002.
251. Redolar D. Neurociencia: la génesis de un concepto desde un punto de vista multidisciplinar. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc.* 2002; 29: 346-52.
252. Braidot N. *Neuromarketing: neuroeconomía y negocios*. Madrid: Puerto Norte-Sur; 2005.
253. Smidts A. *Kijken in het brein: Over de mogelijkheden van neuromarketing* [Internet]. ERIM Inaugural Address Series Research in Management. 2002. [consultado 20 de octubre de 2022] Disponible en: <http://hdl.handle.net/1765/308>
254. *Neuromarketing: Nuevas fronteras de la investigación de mercados* [Internet]. [ciudad desconocida: editorial desconocida; fecha desconocida] [consultado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.spri.eus/euskadinnova/es/enpresa-digitala/agenda/neuromarketing-nuevas-fronteras-investigacion-mercados/2721.aspx>
255. Droulers O, Rouillet B. Emergence du neuromarketing: apports et perspectives pour les praticiens. *Décis Mark.* 2007; (46): 9-21.
256. Lindstrom M. *Buyology. Verdades y mentiras de por qué compramos*. Barcelona: Gestión2000; 2010.
257. Schiffman L, Kanuk L. *Comportamiento del consumidor*. México: Pearson Educacion; 2005.
258. Zaltman G. *How customers think*. Boston: Harvard Business School Press; 2003.
259. Feenstra R. *Ética de la publicidad: Retos en la era digital*. Madrid: Dykinson; 2014.
260. Tapia A, Martín E. Neurociencia y publicidad. Un experimento sobre atención y emoción en publicidad televisiva. *Innovar.* 2017; 27(65): 81-92.
261. Braidot N. ¿Por qué tus clientes se acuestan con otros si dicen que les gustas tú?. Madrid: Gestión 2000; 2009.
262. Mora F. *El Cerebro Sintiente*. Barcelona: Ariel; 2000.
263. Sachs ME, Habibi A, Damasio A, Kaplan JT. Decoding the neural signatures of emotions expressed through sound. *Neuroimage.* 2018; 174: 1-10.

264. Retana JÁG. La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. Rev Educ. 2012; 36(1): 1-24.
265. Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. Nat Rev Neurosci. 2001; 2: 661-70.
266. Boto A. Las neuronas espejo te ponen en el lugar del otro. El País [Internet]. 19 de octubre de 2005 [consultado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: https://elpais.com/diario/2005/10/19/futuro/1129672806_850215.html
267. Ramachandran VS. The Tell-Tale Brain. New York: W.W. Norton & Company; 2011.
268. Salmon CR. Storytelling. La máquina de fabricar historias y formatear las mentes. Barcelona: Península; 2008.
269. Wong, S. How Brand storytelling drives customer loyalty. [ciudad desconocida]: 3TierLogic; 2022
270. Kan T. Storytelling as effective advertising. This day Newspapers [Internet]. 14 de marzo de 2019 [consultado 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.thisdaylive.com/index.php/2019/03/14/storytelling-as-effective-advertising/>
271. Navarro C. Creatividad Publicitaria Eficaz. 4ª ed. Madrid: ESIC Editorial; 2015.
272. Atarama-Rojas T, Castañeda L, Ojeda A. El storytelling y la condensación de historias en el mundo publicitario. Rev RIHUMSO [Internet]. 2018 [consultado 18 de octubre de 2019]; (13): 1-19. Disponible en: <http://rihumso.unlam.edu.ar/index.php/humanidades/article/view/136/pdf>
273. Arbaiza F, Huertas S. Comunicación publicitaria en la industria de la moda: branded content, el caso de los fashion films. Rev Comun. 2018 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 17(1): 9-33. Disponible en: <https://revistadecomunicacion.com/article/view/27>
274. Rocha G. Cómo transmitir mensajes memorables. IEEM Rev Neg. 2015; 84-5.
275. Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. [Washington]: Organización Mundial de la Salud; 2019 [consultado 19 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
276. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [consultado 19 de

- agosto de 2020]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/salud-publica-consumo/epidemiologia/its/Vigilancia%20VIH_SIDA%20en%20Espa%C3%B1a%202017_21112018.pdf
277. Aliaga J, García Cortés J. De amor y rabia. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia; 1993.
278. Prevención [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [fecha desconocida] [consultado 27 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/home.htm>
279. Hernández R. El SIDA ante la opinión pública: el papel de la prensa y las campañas de prevención estatales en la representación social del sida en España. Studium: Rev Humanid. 2009; 15: 237-68.
280. Montenegro M, Pujol J. Conocimiento Situado: Un Forcejeo entre el Relativismo Construccinista y la Necesidad de Fundamentar la Acción. Rev Interam Psicol. 2003; 37(2): 295-307.
281. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Prórroga 2017-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [consultado 15 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/.../sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf
282. Estevez Jimenez P, Terrón Blanco J. El diseño de campañas sobre el ictus y su evaluación: una revisión de 10 años de literatura científica (1999-2009). Obs J [Internet]. 2011 [consultado 8 de enero de 2019]; 5(1): 123-56. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/obs/v5n1/v5n1a07.pdf>
283. Bretón-López J, Buela-Casal G. Cuestionario para la evaluación del impacto de campañas publicitarias sobre prevención del VIH/SIDA. Psicothema. 2006; 18(3): 556-63.
284. Martín G, Roqueta J, Pazos J, Timón M. Eficacia percibida de las campañas preventivas dirigidas a HSH positivos. Poster presentado en: XV Congreso Nacional sobre el Sida; 5-8 de junio de 2012; Madrid.

285. Passerino L. Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Rev Cienc Salud*. 2013; 11(2): 217-33.
286. Igartua JJ. Mejor convencer entreteniéndolo: comunicación para la salud y persuasión narrativa. *Rev Comun Salud*. 2012; 1: 69-83.
287. Moyer-Gusé E, Chung A, Jain P. Identification With Characters and Discussion of Taboo Topics After Exposure to an Entertainment Narrative About Sexual Health. *J Commun*. 2011; 61(3): 387-406.
288. Moyer-Gusé E, Nabi RL. Explaining the Effects of Narrative in an Entertainment Television Program: Overcoming Resistance to Persuasion. *Hum Commun Res*. 2010; 36(1): 26-52.
289. Alvarado M, Del Campo S. Una reflexión crítica sobre la publicidad estatal. *El Estado ¿anunciante social?*. *Telos*. 2005; 64: 67-73.
290. Arroyo Almaraz I. El valor de las ideas para el cambio social: Publicidad social, Biopolítica y Neuroética. *CIC Cuad Inf Comun*. 2013; 18(0): 223-41.
291. Sáez X. Análisis de efectividad de campañas masivas de prevención de drogas. Santiago: Fundación Paz Ciudadana; 2002.
292. Ávila R, Gras P. "No sin él": análisis crítico del discurso de las campañas de prevención del VIH dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en España (2006–2011). *Discurso Soc*. 2014; 2: 137-81.
293. Agha S. The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors. *AIDS Care*. 2003; 15(6): 749-62.
294. Feo Acevedo C, Feo Istúriz O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde Debate*. 2013; 37(96): 84-95.
295. Alcalay R. The impact of mass communication campaigns in the health field. *Soc Sci Med*. 1983; 17(2): 87-94.
296. Campañas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [consultado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/campañas/portada/home.htm>
297. Noar S, Palmgreen P, Chabot M, Dobransky N, Zimmerman R. A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: have we made progress?. *J Health Commun* [Internet]. 2009 [consultado 25 de julio de 2017]; 14(1): 15-42. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730802592239?journalCode=uhcm20>

298. Huedo T, Boyntonb M, Warrena M, LaCroixa J, Careyc M, Johnsona B. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean Nations, 1995–2008: a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2010; 14(6): 1237-51.
299. Villar Barquín F. Escribir el VIH/SIDA en femenino. En: *Investigación joven con perspectiva de género IV*. Madrid: Universidad Carlos III; 2021. p. 113-22.
300. Puerto MJG. Retos en el cuidado de las mujeres con VIH. *Rev Multidiscip Sida.* 2014; 2(3): 43-57.
301. González M. Marcha del orgullo por la diversidad sexual. Manifestación colectiva que desafía las políticas del cuerpo. *Cotidiano [Internet]*. 2005 [consultado 16 de julio de 2017]; 20(131): 90-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513111>
302. Richardson D. The social construction of immunity: Hiv risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Cult Health Sex.* 2000; 2(1): 33-49.
303. VIH/SIDA y determinantes sociales de la salud [Internet]. Madrid: Prosalus; 2012 [consultado 14 de agosto de 2019]. Disponible en: https://prosalus.es/sites/default/files/publicaciones/hoja_diciembre_12.pdf
304. Ayres JR, Paiva V, França JR. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En: Paiva V, Ayres JR, Buchalla C. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
305. Mestre Mestre R., Teorías contemporáneas sobre identidad femenina y discriminación de género. En: Monereo C, Monereo JL, directores y coordinadores. *Género y derechos fundamentales*. Granada: Comares; 2010. p. 3-47.
306. Terigi F. La inclusión como problema de las políticas educativas. *Quehacer Edu.* 2010; (100): 75-8.
307. Morales A, Espada J, Orgilés M. Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosoc Interv.* 2016; 25(3): 135-41
308. Fuster-Ruiz de Apodaca M, Laguía A, Molero F, Toledo J, Arrillaga A, Jaen A. Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish

- population: a cross-sectional national survey. *BMC Public Health*. 2017; 17(1): 234.
309. Granados-Cosme J, Torres-Cruz C, Delgado-Sánchez G. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud Públ México*. 2009; 51(6): 474-88.
310. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jiménez-Iglesias A., García-Moya I, et al. Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018 del Estudio HBSC en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
311. Marston C, King E. Factors that shape Young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*. 2006; 368(9547): 1581-6.
312. Dean HD, Fenton K. Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Rep [Internet]*. 2014 [consultado 27 de abril de 2018];125:1-5. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00333549101250S401>
313. Jackson SM, Cram F. Disrupting the sexual standard: Young women's talk about heterosexuality. *Br J Soc Psychol*. 2003; 42(1): 113-27.
314. Saura S, Jorquera V, Rodríguez D, Mascort C, Castellà I, García J. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Aten Primaria*. 2019; 51(2): 61-70.
315. Villa-Rueda AA, Onofre-Rodríguez DJ, Colina JADDL, Churchill S, Mendoza-Catalán G. "¿Por qué pasa esto? Porque vivimos en una sociedad que constantemente te dice que no eres mujer": género y riesgo del VIH en mujeres trans del noreste mexicano. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2022 [consultado 10 de octubre de 2022]; 38(2): e00266920. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nMDKCSJjSmRnGcZLKNYzCGP/?lang=es&format=pdf>
316. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clín*. 2010; 135(11): 507-11.
317. Higgins JPT, Green S, editores. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]*. [ciudad desconocida]: The Cochrane Collaboration; 2011 [consultado 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>

318. Programa de habilidades en lectura crítica en español [Internet]. Alicante: CASPE; 2017 [consultado 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
319. Burke K. A grammar of motives. Berkeley: University of California Press; 1962.
320. Pérez TP. La perspectiva constructivista en la investigación social. Rev Tend Retos. 2005; (10): 39-64.
321. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3(2): 77-101.
322. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. [Thousand Oaks]: Sage; 1985.
323. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310(20): 2191-4.
324. The Belmont Report [Internet]. [ciudad desconocida]: National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; 1979 [consultado 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
325. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, (6 de diciembre de 2018).
326. Bush AJ, Boller GW. Rethinking the role of television advertising during health crises: A rhetorical analysis of the federal AIDS campaigns. J Advert. 1991; 20(1): 28-37.
327. Donovan RJ, Jason J, Gibbs DA, Kroger F. Paid advertising for AIDS prevention-would the ends justify the means?. Public Health Rep. 1991; 106(6): 645-51.
328. Ratzan SC, Payne JG, Massett HA. Effective health message design: The America Responds to AIDS campaign. Am Behav Sci. 1994; 38(2): 294-309.
329. Swanson DJ. Mass Media Messages, Myths and Martyrs: Analyzing "American Responds to AIDS" Public Service Announcements, 1987-1992. Comunicación presentada en: 79th Speech Communication Association Annual Meeting; 18 de noviembre de 1993; Miami.
330. Swanson DJ. Repellent and Shameful": The Portrayal of AIDS in" America Responds to AIDS" Broadcast Public Service Announcements, 1987-1992. Comunicación presentada en: Annual Sooner Communications Conference; 3 de abril de 1993; Oklahoma.

331. Woods DR, Davis D, Westover BJ. "America Responds to AIDS": its content, development process, and outcome. *Public Health Rep.* 1991; 106(6): 616-22.
332. Walls CT, Lauby J, Lavell K, Derby T, Bond L. Exposure to a community-level HIV prevention intervention: who gets the message. *J Community Health.* 1998; 23(4): 281-99.
333. Davis KC, Uhrig J, Rupert D, Frazee J, Goetz J, Slater M. Effectiveness of a mass media campaign in promoting HIV testing information seeking among African American women. *J Health Commun.* 2011; 16(9): 1024-39.
334. Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Corbelli GM, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. *J Int AIDS Soc.* 2018; 21(S6): 163.
335. Bretón-López J. Análisis de la publicidad preventiva de VIH/SIDA y su impacto en adolescentes en función de variables psicológicas [Tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
336. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit.* 2004; 18(5): 47-54.
337. Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/GESIDA sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH [Internet]. Madrid: GEDISA; 2012 [consultado 11 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesidadcyrc2012-Documentoconsenso-asistenciaVIHMujeres.pdf>
338. Campillay Campillay M, Monárdez Monárdez M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Rev Bioét Derecho.* 2019; (47): 93-107.
339. Huertas A. Comprender la toma de decisiones reproductivas en mujeres con VIH, un reto para la mejora de los cuidados. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; [Internet]. 2020 [consultado 12 de febrero de 2021] Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/241273>
340. Álvarez D, Zaballos M, Hernando V. Las mujeres que viven con VIH también esperan a las cigüeñas. *Rev Multidiscip Sida* [Internet]. 2018 [consultado 12 de febrero de 2021]; 6(13): 1-3. Disponible en:

<https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/las-mujeres-que-vivencon-vih-tambien-esperan-a-las-ciguenas/>

341. Rubiano YL, Munevar RY, Goethe B. Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA. Rev Salud Uis [Internet]. 2016 [consultado 12 de febrero de 2021]; 48(3): 353-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6752724.pdf>
342. Freimuth VS, Hammond SL, Edgar T, Monahan JL. Reaching those at risk: A content-analytic study of AIDS PSAs. Commun Res. 1990; 17(6): 775-91.
343. Wells JA, Sell RL. Project HOPE's international survey of AIDS educational messages and behavior change: France, the United Kingdom, and the United States. Chevy Chase: Project HOPE; 1990.
344. Parker R. Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil. Med Anthropology Q. 1987; 1(2): 155-75.
345. Silva V. Comunicación y Salud. Inmediaciones Comun [Internet]. 2001 [consultado 17 de octubre de 2018]; 3(3): 119-37. Disponible en: <https://revistas.ort.edu.uy/inmediaciones-de-la-comunicacion/issue/viewIssue/224/2>
346. Raheim S. The reconstruction of AIDS as a women's health issue. En: Parrott RL, Condit CM, editores. Evaluating Women's Health Messages. Thousand Oaks: Sage; 1996. p. 402-13.
347. Alonso-Muñoz L, Casero-Ripollés A. La influencia del discurso sobre cambio social en la agenda de los medios. El caso de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca. Rev Cienc Soc. 2016; 11(1): 25-51.
348. Feres Contrera W. Discursos múltiplos: as campanhas oficiais de Aids e as fronteiras simbólicas do receptor. Saúde Colect. 2007; 4(18): 189-93.
349. Remafedi GJ. Preventing the sexual transmission of AIDS during adolescence. J Adolesc Health Care. 1998; 9(2): 139-43.
350. Kress GR, Van Leeuwen T. Reading images: the grammar of visual design. London: Routledge; 2006.
351. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, Lee IC, Copenhaver MM. Stereotypes about people living with HIV: implications for perceptions of HIV risk and testing frequency among at-risk populations. AIDS Educ Prev. 2012; 24(6): 574-81.
352. Díaz JL, Núñez J. Los factores olvidados del VIH, una mirada crítica. Liminales. Escritos Psicol Soc. 2016; 1(7): 204-15.

353. Putrevu S. An examination of consumer responses toward attribute-and goal-framed messages. *J Advert.* 2010; 39(3): 5-24.
354. Segura-García R. Evolución y efectividad de los spots de la DGT. *Opción.* 2015; 31(3): 1188-99.
355. Castelló Mayo E. Las campañas de educación vial de la Dirección General de Tráfico: de la sensibilización a la victimización. *Rev Comun.* 2010; 1(8): 1-14.
356. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet.* 2010; 376(9748): 1261-71.
357. Durkin S, Bayly M, Brennan E, Biener L, Wakefield M. Fear, sadness and hope: which emotions maximize impact of anti-tobacco mass media advertisements among lower and higher SES groups?. *J Health Commun.* 2018; 23(5): 445-61.
358. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluación de acciones formativas: los cuatro niveles. Barcelona: Gestión 2000; 2006.
359. Maibach E, Flora JA. Symbolic modeling and cognitive rehearsal: Using video to promote AIDS prevention self-efficacy. *Commun Res.* 1993; 20(4): 517-45.
360. Pantelic M, Stegling C, Shackleton S, Restoy E. Power to participants: a call for person-centred HIV prevention services and research. *J Int AIDS Soc.* 2018; 21(S7): e25167. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/jia2.25167>
361. Expósito MC, Hernández KR. La prevención del VIH/sida desde una perspectiva de género. Propuesta de un programa de intervención psicológica. *Psicol Salud.* 2013; 22(2): 155-61.
362. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Meléndez O, María R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm Univ.* 2011; 8(4): 16-23.
363. Feijoo Cid M. "Mi sangre está enferma, yo no": narrativas del mundo sida y la gestión del tratamiento [Tesis en Internet]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2013 [consultado 16 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/130933>
364. Gramática descriptiva de la lengua española. Madrid: Espasa; 1999.
365. Wells W, Moriarty S, Burnett J. Publicidad. Mexico: Pearson Educación; 2007.
366. Guerra-Casanellas CAM. Análisis semiolingüístico de una "mezcla perfecta". *Santiago.* 2012; (129): 485-97.

367. Simón YV, Melian IGG. Hacia una perspectiva semio-pragmalingüística para la interpretación de un cartel de bien público para la prevención del VIH/SIDA. *Papéis*. 2021; 25(49): 43-63.
368. Barranquero Carretero A. Comunicación participativa y educación en medios: implicaciones del concepto de prealimentación (“feed-forward”) de Mario Kaplún. En: Congreso Euro-Iberoamericano de Alfabetización Mediática y Culturas Digitales. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010.
369. Kaplún M. Una pedagogía de la comunicación. Madrid: Ediciones de la Torre; 2010.
370. Cuevas Martín J, Aparicio Azacárraga P, Manso Fernández B. La imagen negada mito e ideología en la imagen de la persona con VIH. *Polít Soc*. 2013; 50(2): 707-32.
371. De Saussure F, Bally C, Sechehaye A, Riedlinger A, Alonso A, Sechehaye A. Curso de lingüística general. Madrid: Alianza; 1991.
372. Casanellas AMG. El texto icónico-verbal en los mensajes promocionales preventivos de salud (VIH/SIDA): el cartel. *Cien PC*. 2009; (3): 22-34.
373. Ferrer L, Arechavala C, Cianelli R, Repeto P, Sapag J, Bernales M, et al. Bringing men into HIV/AIDS prevention in Chile. [Santiago de Chile]: Catholic University of Chile; 2006.
374. ¿Necesitas un influencer? [Internet]. [ciudad desconocida]: Iniciativapymes; 2017 [consultado 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.iniciativapymes.com/necesitas-un-influencer/>
375. Shin YB, Woo SH, Kim DH, Kim J, Kim JJ, Young Park J. El efecto sobre las emociones y la actividad cerebral por la luz directa / indirecta en el entorno residencial. *Neurosci Lett*. 2015; 584: 28-32.
376. Añaños E, Estaún S, Tena D, Tena M, Valli A. Psicología de la comunicación. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
377. Soto P. Lo público y lo privado en la ciudad. *Casa Tiempo*. 2009; 2(17): 54-8.
378. Barthes R. Retórica de la imagen. *La Semiología*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1972.
379. Elorriaga Illera A, Monge Benito S. La profesionalización de los youtubers: el caso de Verdeliss y las marcas. *Rev Lat Comun Soc*. 2018; 73: 37-54.

380. Segarra-Saavedra J, Hidalgo-Marí T. Influencers, moda femenina e Instagram: el poder de la influencia en la era 2.0. *Rev Mediterr Comun.* 2017; 9(1): 313-25.
381. Estudio de Redes Sociales 2022 [Internet]. Madrid: IAB Spain; 2022 [consultado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://iabspain.es/estudio/estudio-de-redes-sociales-2022/>
382. Agrawal J, Kamakura W. The Economic Worth of Celebrity Endorsers: An Event Study Analysis. *J Mark.* 1995; 59(3): 56.
383. Martínez J, Ruiz M, Vivo M. El uso de personajes famosos en las campañas de screening de cáncer de colon. *Quest Public.* 2013; 1(18): 18-38.
384. Benito J. Las redes y los movimientos sociales ¿una acción colectiva o marketing viral?. *Rev ICONO14.* 2015; 13(1): 125-50.
385. Gómez A. Claves de la publicidad viral: De la motivación a la emoción en los vídeos más compartidos. *Comun Rev Medios Comun Educ.* 2014; (43): 199-207.
386. Torreblanca FJ, Juárez D, Sempere MF, Mengual A. Neuromarketing: La emocionalidad y la creatividad orientada al comportamiento del consumidor. *3C Empres Invest Pensam Crít.* 2012; (6): 20-30.
387. Sánchez-Porras M. La persuasión de la música en la publicidad. El ejemplo Coca-Cola. *Hist Comun Soc.* 2014; 18: 349-57.
388. Santacreu O. La música en la publicidad [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2002.
389. Gorn G. The Effects of Music in Advertising on Choice Behavior: A Classical Conditioning Approach. *J Mark.* 1982; 46(1): 94-101.
390. Igartua JJ. Psicología de la publicidad. San Sebastián: Ibaeta Psicología; 1996.
391. Rodríguez García S. Connotación y persuasión en la imagen publicitaria. Granada: Planetbuk; 2009.
392. Plan de prevención y control de la infección por el VIH y las ITS 2021-2030 en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevenion_y_Control1.pdf

393. Materiales de la Campaña #ViveEnPositivo [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas21/DiaMundialSida2021/DMS2021Materiales.htm>
394. Pacto social por la No discriminación y la Igualdad de trato asociada al VIH [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [fecha desconocida] [consultado 21 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://pactosocialvih.es/>
395. García de Olalla P, Caylá JA. ¿Es posible disminuir el retraso diagnóstico en la infección VIH?. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 580-2.
396. Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*. 2016; 92(5): 387-92.
397. García CC, Ortés JV, Martín MTR, Shopova TP, Ordobás M. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
398. El Río Almagro A, Baya Gallego A. Imágenes infectadas por los estereotipos: análisis visuales de las campañas de (des) información institucional y otros imaginarios sobre la prevención de VIH/SIDA. *Arte Mov* [Internet]. 2013 [consultado 14 de octubre de 2022]; (9): 81-90. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/artymov/article/view/1219>
399. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, de Benito E, Poveda A, Rohlf s I, Sampedro E. Dimensión social del VIH y respuesta estatal. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018; 36(S1): 10-4.
400. ONUSIDA. 90-90-90 an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2014 [consultado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
401. Lazarus V, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, del Amo Valero J, et al. Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. *BMC Med*. 2016; 14: 94.
402. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37(S2): 74-105.

403. Montoya Cadavid A. El neuromarketing y su aplicación en las estrategias de mercadeo de la Empresa Cacharrería Mundial S.A.S. Medellín: Universidad de Medellín; 2014.
404. Moreno B. The imagen [Internet]. La Roda: Análisis de la fotografía que cambió la cara del SIDA. 29 de octubre de 2020 [consultado 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.theimagen.com/analisis-de-la-fotografia-que-cambio-la-cara-del-sida/>
405. Freire A. El relato como herramienta de contenido de marca: conceptualización, clasificación y metodología de análisis del storytelling dirigido a niños [Tesis]. Barcelona: Universitat Abat Oliba; 2017.
406. Djafarova E, Trofimenko O. Exploring the credibility of online celebrities' Instagram profiles in influencing the purchase decision of young female users. *Comput Human Behavi.* 2017; 68: 1-7.
407. Mau D. The rise of “Instagram brands”: how the platform in leveling the fashion playing field. [ciudad desconocida]: Fashionista; 2018. Disponible en: <https://fashionista.com/2018/05/instagram-fashion-brands-business-model>
408. Levin A. Creator-centric strategies. En: *Influencer Marketing for Brands*. Berkeley: SpringerLink; 2020. p. 79-84.
409. Hill Collins P. *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Londres: Routledge; 1990.
410. Crenshaw KW. Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. En: *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Bellaterra; 2012. p. 87-122.

11. ANEXOS

11.1 INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Sra. Mireia Navarro Sebastián, secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS del Hospital Universitari Vall d'Hebron,

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Hospital Universitari Vall d'Hebron, en el cual la Comisión de proyectos de investigación está integrada, se reunió en sesión ordinaria n.º 405 el pasado 29/11/2019 y evaluó el proyecto de investigación PR(AG)459/2019 titulado *La invisibilidad de la mujer en las campañas publicitarias de prevención de difusión masiva contra el VIH/Sida*, que tiene como investigadora principal a la Dra. Rosa Badía Royes del Servicio de Infecciosas de nuestro Centro.

Versión de documentos

Memoria de Proyecto	v01.0, 26.10.2019
HIP/CI	v01.0, 26.10.2019

El resultado de la evaluación fue el siguiente:

Aprobado

El Comité, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015, y su composición actual es la siguiente:

Presidenta:

- SOLEDAD GALLEGO MELCÓN (Médico)

Vicepresidente:

- JOAN SEGARRA SARRIES (Abogado)

Secretaria:

- MIREIA NAVARRO SEBASTIÁN (Química)

Vocales:

- LLUÍS ARMADANS GIL (Médico)
- FERNANDO AZPIROZ VIDAUR (Médico)
- VALENTINA BALASSO (Médica)
- ESTHER CUCURULL FOLGUERA (Médica Farmacóloga)
- INÉS M DE TORRES RAMÍREZ (Médica)
- ELADIO FERNÁNDEZ LIZ (Farmacéutico de Atención Primaria)
- INMACULADA FUENTES CAMPS (Médica Farmacóloga)
- JAUME GUARDIA MASSÓ (Médica)
- JUAN CARLOS HORTAL IBARRA (Profesor de universidad)
- MARIA LUJAN IAVECCHIA (Médica Farmacóloga)
- ALEXIS RODRÍGUEZ GALLEGO (Médico Farmacólogo)
- JUDITH SÁNCHEZ RAYA (Médica)
- MARTA SOLÉ ORSOLA (Personal de Enfermería)
- PILAR SUÑÉ MARTÍN (Farmacéutica Hospital)
- VÍCTOR VARGAS BLASCO (Médico)
- GLORIA GÁLVEZ HERNANDO (Enfermería)
- ORIOL ROCA GAS (Médico)
- ESPERANZA ZURIGUEL PÉREZ (Enfermería)
- ANA BELÉN ESTÉVEZ RODRÍGUEZ (Abogada experta en protección de datos)

En dicha reunión del Comité de Ética de Investigación con medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Sra. Mireia Navarro

Secretaria del CEIm

11.2 Hoja de Información para participar en un proyecto de investigación

Proyecto de investigación titulado La invisibilidad de la mujer en las campañas publicitarias de prevención del VIH/sida

Investigadora principal y doctoranda, Sra. Alicia Lluva Castaño

Objetivo:

- Le solicitamos su participación en este proyecto de investigación cuyo objetivo principal es **Evaluar el impacto de las campañas de prevención en las mujeres, la identificación con el tema y la realidad que se produce en los mensajes audiovisuales, para finalmente proponer posibles mensajes audiovisuales dirigidos a las mujeres, como estrategia de prevención y protección de la salud.**

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Los resultados de esta investigación permitirán la construcción de nuevas campañas de prevención de difusión masiva (radio, prensa, televisión y otras redes sociales) más efectivas. La propuesta de mensajes dirigidos a las mujeres puede influir de manera directa en la identificación con el tema por parte de ellas y, por consiguiente, en una mayor efectividad de la campaña. La difusión masiva de campañas preventivas también puede influir en un cambio de comportamientos de riesgo y un cambio social en relación al significado sobre el VIH/sida.

Beneficios:

Es posible que de su participación en este estudio no se obtenga un beneficio directo. Sin embargo, la identificación de posibles factores relacionados con la prevención del VIH, el estigma y la discriminación de personas que viven con el

VIH podría beneficiar en un futuro a otras mujeres y contribuir a un mejor conocimiento y prevención de esta infección.

Procedimientos del estudio:

Su participación consistirá en permitirnos realizarle una entrevista individual o grupal, audio-grabada para conocer su vivencia como mujer espectadora de las campañas publicitarias de prevención de difusión masiva emitidas en España. La entrevista se realizará en un lugar tranquilo y seguro que usted elija, en el caso de las entrevistas individuales, y en el módulo docente de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron para las reuniones grupales.

Protección de datos personales:

De acuerdo con la normativa vigente europea y nacional de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio.

En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada en condiciones de seguridad por Alicia Lluva Castaño o por una institución designada por ella.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal de investigación del proyecto designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información.

De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá dirigirse a la investigadora principal del proyecto Alicia Lluva Castaño.

Para mayor información, puede dirigirse al siguiente *link*:

<https://www.aemps.gob.es/investigacionClinica/medicamentos/docs/anexo8c-Ins-AEMPS-EC.pdf>

Participación voluntaria y derecho de revocación del consentimiento:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

Si necesita más información sobre este estudio, puede contactar con la investigadora responsable y doctoranda Sra. Alicia Lluva Castaño, Tel. 609161159

11.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: **La invisibilidad de la mujer en las campañas publicitarias de prevención del VIH/sida.**

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con: _____ (nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria y que no recibiré compensación económica.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Accedo a que los investigadores responsables de este estudio me contacten en el futuro en caso de que se estime oportuno para añadir nuevos datos a los recogidos:

Sí No

Fecha y firma de la participante

Fecha y firma del investigador

**11.4 APARTADO PARA LA DENEGACIÓN O REVOCACION DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO (FIRMA DE LA PARTICIPANTE Y/O
FAMILIAR/REPRESENTANTE)**

Yo.....
o el familiar/representante (*si procede*).....
de la participante (nombre de la participante)
..... deniego/revoco el
consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado.

Esta revocación de consentimiento informado supone que desde la fecha en la que se firma el mismo no se podrán recoger más datos sin que esto perjudique a la conservación de los datos resultantes de las investigaciones que se hubiesen realizado con carácter previo.

Fecha de la denegación/revocación.....

Firma: