

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**RELACIÓN ENTRE ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO SOCIAL CON EL
AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON VIH EN LA UMF 92 DEL IMSS EN EL AÑO
2019**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 92**

**“TESIS”
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
M.C. Y P. ORTIZ ALEJANDRE MARTHA NARAYANI.**

**REVISORES:
PH. D. ARCEO GUZMAN MARIO ENRIQUE
E. EN MF AVILES SANCHEZ MARIA EMILIANA
E. EN MF REYES JIMENEZ OLIVIA
E. EN MF FLORES GONZALEZ EDUARDO**

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021

**RELACIÓN ENTRE ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO
SOCIAL CON EL AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON
VIH EN LA UMF 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2019**

ÍNDICE

I.	MARCO TEÓRICO	8
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
	II.1 Argumentación	28
	II.2 Pregunta de investigación	29
III.	JUSTIFICACIONES	30
	III.1 Académica	30
	III.2 Científica	30
	III.3 Social	31
	III.4 Económica	31
	III.5 Epidemiológica	31
IV.	HIPOTESIS	33
	IV.1 Unidad de observación	33
	IV.2 Variables	33
	IV.2.1 Dependiente	33
	IV.2.2 Independientes	33
	IV.3 Relación lógica de variables	33
	IV.4 Dimensión espacio temporal	33
V.	OBJETIVOS	34
	V.1 General	34
	V.2 Especifico	34
VI.	METODO	35
	VI.1 Tipo de estudio	35
	VI.2 Diseño de estudio	35
	VI.3 Operacionalización de variables	37
	VI.4 Universo de trabajo	39
	VI.4.1 Criterios de inclusión	39
	VI.4.2 Criterios de exclusión	39
	VI.4.3 Criterios de eliminación	39
	VI.5. Instrumento de investigación	40
	VI.6 Descripción del proyecto	41
	VI.7 Limite de espacio y tiempo	41
	VI.8 Diseño de análisis	41
VII.	IMPLICACIONES ETICAS	43
VIII.	ORGANIZACIÓN	49
IX.	CREDITOS	50
X.	PRESUPUESTOS Y FINANCIAMIENTO	51
XI.	RESULTADOS	52
XII.	DISCUSIÓN	60
XIII.	CONCLUSIONES	62
XVI.	RECOMENDACIONES	63
XV.	BIBLIOGRAFIA	64

RESUMEN

Relación entre estigmatización y apoyo social con el autoestima del paciente con VIH en la UMF 92 del IMSS en el año 2019

Ortiz AMN* Paniagua CM**

Antecedentes: En nuestro país como en todo el mundo el VIH continua presente, este padecimiento es discriminado por la sociedad, entorpeciendo la calidad de vida de las personas que están infectadas; En investigaciones previas ya se ha sugerido abordar el estigma protegiendo a los pacientes y educando a la población general, también se ha investigado acerca del apoyo social y parece ser especialmente importante para las personas que viven con VIH.

Objetivo: Relacionar la estigmatización y el apoyo social con el autoestima del paciente con VIH en la UMF 92 del IMSS en el año 2019.

Material y métodos: Se realizará un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico, a 185 pacientes, a quienes se les aplicará el cuestionario de MOS, la escala de estigma para VIH de Berger y la escala de Rosseberg, se recabó la información en fichas individuales, se analizaron los resultados en el programa estadístico SPSS y Microsoft Excel.

Resultados: se obtuvo un 96% masculino y 4% femenino el grupo de edad que predominó fue de 18 a 40 años con un 48% la relación de variables fue a través de la prueba estadística Rho de Spearman con una significancia bilateral de 0.000, entre estigma, apoyo social y autoestima.

Conclusiones: Se acepta la hipótesis ya que se encontró que existía relación entre la presencia de estigma y el apoyo social con el autoestima de los pacientes con VIH.

PALABRAS CLAVE: Estigma, apoyo social, autoestima, VIH

SUMMARY

Relationship between stigmatization and social support with the self-esteem of the HIV patient in the UMF 92 of the IMSS in the year 2019

Ortiz AMN* Paniagua CM**

Background: In our country and throughout the world HIV is still present, this condition is discriminated against by society, hindering the quality of life of people who are infected; Previous research has already suggested addressing stigma by protecting patients and educating the general population, social research has also been investigated and seems to be especially important for people living with HIV.

Objective: To relate the stigmatization and social support with the self-esteem of the patient with HIV in the UMF 92 of the IMSS in the year 2019.

Material and methods: An observational, prospective, cross-sectional, analytical study will be carried out on 185 patients, to whom the MOS questionnaire, the Berger HIV stigma scale and the Rossemberg scale will be applied, the information was collected in individual files, the results were analyzed in the statistical program SPSS and Microsoft Excel.

Results: 96% male and 4% female were obtained. The predominant age group was 18 to 40 years old with 48%. The ratio of variables was through the Spearman Rho statistical test with a bilateral significance of 0.000, between stigma, social support and self-esteem.

Conclusions: Hypothesis is accepted since it was found that there was a relationship between the presence of stigma and social support with the self-esteem of HIV patients.

KEY WORDS: Stigma, social support, self-esteem, HIV

I.- MARCO TEÓRICO

En 1985, se publicó por primera vez la descripción de la infección aguda por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), refería que se trata de una enfermedad “similar a la mononucleosis”, basados en los registros clínicos de 12 hombres con seroconversión documentada al VIH durante seis meses; 11 de estos individuos experimentaron una enfermedad notablemente similar. En la literatura se han usado diferentes términos, entre estos se incluyen los siguientes; infección por VIH aguda, reciente, primaria y temprana, para referirse a intervalos variables después de la infección inicial con el virus. El término de “infección temprana por VIH” se utilizará para referirnos a un período aproximado de seis meses después de la adquisición del VIH. El término de “infección aguda por VIH” se utilizará para referirnos a la infección temprana sintomática, ya que esto refleja el uso común en la atención clínica.¹

Transmisión zoonótica: existen estudios filogenéticos moleculares que nos sugieren que el VIH fue una evolución a partir de un lentivirus, el virus de la inmunodeficiencia simia (SIV), que se ha encontrado en algunas subespecies de monos de Bioko (una isla frente a la costa africana) y de algunas subespecies de chimpancés en el Camerún. Los investigadores creen que todas las cepas de SIV que infectan a los primates en África divergieron de un antepasado común entre hace 32,000 y 78,000 años. En su cuarta década, es evidente que la epidemia mundial de VIH es diferente de la reconocida por primera ocasión entre un pequeño número de hombres homosexuales en 1981. La epidemia ha llegado a todos los países y a todas las poblaciones del mundo. La propagación de la enfermedad se ha visto más presente en países con recursos limitados, especialmente en África subsahariana y el sudeste asiático y continúa amenazando a otras poblaciones. Los principales modos por los cuales se puede adquirir el VIH son los siguientes:

1. Transmisión sexual; ya se por contacto heterosexual o por contacto en parejas homosexuales.
2. Transmisión parenteral, predominantemente se presenta entre usuarios de drogas inyectables.
3. Transmisión perinatal.

La importancia relativa de estos diferentes modos de transmisión en la conducción de la epidemia del VIH varía geográficamente y ha evolucionado con el paso del tiempo. ²

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Mundial:

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó, a finales del 2011, que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, esto se debe a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.

Nacional:

La tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100 000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100 000 habitantes. Los estados que concentran el mayor número de casos registrados de SIDA son: Distrito Federal 24 199 (15.9%), México 16 738 (11%), Veracruz 14 048 (9.2%).³

En nuestro país durante el año 2015 se registraron 4,756 defunciones, atribuibles a VIH/SIDA, con una tasa de mortalidad nacional de 3.93 por cada 100,000 Habitantes. En el Estado de México, en el año 2015, se registraron 417 defunciones con una tasa de mortalidad Estatal de 2.47 por cada 100,000 habitantes, ubicando al Estado por debajo de la 84 media nacional, situándonos en el Lugar No. 26, de acuerdo a la tasa obtenida. Por lo que respecta al número absoluto de defunciones, ocupamos el segundo lugar después del estado de Veracruz donde se registraron

700 defunciones, con una tasa de 8.6. En el Estado de México, en el año 2016, se registraron 424 defunciones con una tasa de mortalidad Estatal de 2.48 por cada 100,000 habitantes. ⁴

El registro nacional de casos de sida en la actualización del cierre del año 2019 nos indica que existe un total de 179,640 casos notificados de VIH y de sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrado, 15,653 casos nuevos diagnosticados de VIH y de sida notificados en 2019, que la distribución de los Casos Notificados de Sida según Grupo de Edad predomina a los 30-34 años de edad con un total de 40,296 casos que representa el 19.1%, seguido del grupo de edad 25 a 29 años, que presenta un total de 38,350 casos (18.2%). Los casos notificados de VIH con respecto al género fueron 173,446 hombres (82.2%) y para las mujeres 37,485 (17.8%).

Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen al Cierre de 2019*

Casos de Sida notificados (1983-2019*)	210,931
Casos notificados de VIH y de Sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrado	Total: 179,640 Sida: 87,571 VIH: 92,069
Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2018.	Total: 17,172 Sida: 6,397 VIH: 10,775
Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2019	Total: 15,653 Sida: 5,825 VIH: 9,828

**Distribución de los Casos Notificados de Sida
según Grupo de Edad y Sexo; México, 1983-2019***

Grupo de Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< de 1	588	52.8	526	47.2	1,114	0.5
1 - 4	834	52.0	770	48.0	1,604	0.8
5 - 9	415	50.4	408	49.6	823	0.4
10 - 14	321	58.6	227	41.4	548	0.3
15 - 19	3,011	71.0	1,228	29.0	4,239	2.0
20 - 24	17,691	80.2	4,363	19.8	22,054	10.5
25 - 29	32,169	83.9	6,181	16.1	38,350	18.2
30 - 34	33,919	84.2	6,377	15.8	40,296	19.1
35 - 39	28,184	84.1	5,343	15.9	33,527	15.9
40 - 44	20,541	82.9	4,235	17.1	24,776	11.7
45 - 49	13,983	82.3	3,015	17.7	16,998	8.1
50 - 54	8,950	81.3	2,053	18.7	11,003	5.2
55 - 59	5,565	80.9	1,312	19.1	6,877	3.3
60 - 64	3,226	82.0	708	18.0	3,934	1.9
65 y +	3,181	84.1	601	15.9	3,782	1.8
Ignorado	868	86.3	138	13.7	1,006	0.5
Total	173,446	82.2	37,485	17.8	210,931	100.0

5

Los hombres que informan prácticas homosexuales tienen las prevalencias más altas de infección. Las prácticas insertivo/receptivas tienen el mayor riesgo de infección, fundamentalmente por factores sociológicos más que biológicos. A pesar de que se demostró la protección que brinda el uso sistemático del condón, resulta preocupante la baja frecuencia de uso (5%). En estudios realizados se encontró que el 72% fueron asociados a comportamiento homosexual masculino. Las principales variables predictivas de seropositividad fueron haber referido más de 40 parejas sexuales en toda la vida, haber tenido relaciones sexuales con enfermos de SIDA e historia de enfermedades de transmisión sexual. El uso del condón fue muy bajo solo se reportó 5% en todos los encuentros sexuales. Se encontró efecto protector (estadísticamente significativo) entre uso de condón y seroprevalencia entre aquellos que usaron condón siempre. ⁶

Clasificación de la OMS

La definición de caso de la OMS de la infección por VIH incluye que se presente un resultado positivo en una prueba de anticuerpos del VIH confirmado por un resultado positivo en una segunda prueba de anticuerpos, diferentes del VIH o que presente una prueba virológica positiva confirmada por una segunda prueba virológica. El sistema de clasificación de la OMS para la estadificación de la infección por VIH establecida utiliza criterios inmunológicos o clínicos. ⁷

Se deben realizar pruebas de VIH para diagnosticarlo en pacientes que presenten signos y síntomas clínicos de infección aguda o crónica, así como en aquellos con una posible exposición al VIH. Las pruebas de VIH también deben incorporarse en la detección de rutina de individuos sanos y ser incluidos en las mujeres embarazadas. En casos de que sea una posible exposición al VIH: los pacientes que se presentan después de una exposición conocida de alto riesgo al VIH (p. Ej., Sexual o percutánea) deberán someterse a pruebas de infección por VIH y evaluar su tratamiento antirretroviral posterior a la exposición (TAR). Dichos pacientes deben someterse a pruebas de seguimiento en el transcurso de cuatro a seis meses (dependiendo del tipo de prueba que se use).

Las pruebas disponibles para el diagnóstico de infección por VIH incluyen aquellas que pueden detectar:

1. Anticuerpos contra el VIH (ELISA, transferencia Western)
2. Anticuerpo VIH y antígeno VIH
3. Antígeno del VIH
4. ARN del VIH (Tanto cualitativo como cuantitativo)

La capacidad de estas pruebas para detectar VIH-1 y VIH-2, así como ciertos grupos de VIH, depende del tipo de prueba que se use. ⁸

Características clínicas

- Infección asintomática : Se estima que entre el 10 y el 60 por ciento de las personas que presentan infección temprana por VIH no experimentarán síntomas , aunque la proporción exacta es difícil de estimar ya que los

pacientes generalmente llaman la atención debido a los síntomas y, por lo tanto, las infecciones asintomáticas a menudo permanecen sin ser detectadas.

- Curso temporal: en pacientes con infección sintomática aguda, el tiempo habitual desde la exposición al VIH hasta el desarrollo de los síntomas es de dos a cuatro semanas, aunque se han observado períodos de incubación de hasta diez meses.

La mayoría de los síntomas que se asocian con la infección aguda por VIH se resuelven por sí solos; sin embargo, la gravedad y la duración de los síntomas varían ampliamente de un paciente a otro.

Signos y síntomas: se pueden ver una gran variedad de síntomas y signos que se encuentran asociados con la infección aguda sintomática por VIH. Esta gran constelación de síntomas también se conoce con el nombre de síndrome retroviral agudo. Las series publicadas informan constantemente que los hallazgos más comunes son fiebre, linfadenopatía, dolor de garganta, erupción cutánea, mialgia / artralgia, diarrea, pérdida de peso y dolor de cabeza. Sin embargo ninguno de estos hallazgos es específico para VIH, pero ciertas características, especialmente la duración prolongada de los síntomas y la presencia de úlceras mucocutáneas, nos sugieren el diagnóstico. Síntomas constitucionales: la presencia de fiebre, fatiga y las mialgias son los síntomas más comunes reportados por pacientes con infección aguda por VIH. La fiebre en el rango de 38 a 40°C se encuentra presente en la gran mayoría de los pacientes con infección aguda sintomática por VIH. En un estudio de 41 pacientes, la temperatura máxima en fue de 38.9°C. ⁹

PRINCIPIOS UNIVERSALES PARA LA DETECCIÓN DE VIH

De acuerdo a los lineamientos internacionales y a la normatividad vigente en México, la aplicación de la prueba de detección de VIH en cualquier centro que brinde atención a la salud debe cumplir los siguientes principios:

1. Toda detección debe realizarse con autorización de la persona; en México, el consentimiento está normado por la Norma Oficial Mexicana 010- SSA2,

Para la prevención y el control de la infección por VIH y la NOM, del expediente clínico, vigentes.

2. Los resultados de la prueba deben siempre comunicarse a la persona y no deben ser informados en listados de manejo público. No se debe de informar sobre los resultados a otras personas sin la autorización expresa de la persona.
3. La consejería tiene 2 momentos; antes de la aplicación de la prueba en la cual se brinda al usuario la información suficiente sobre el procedimiento y el objetivo de la detección y posterior a la prueba, durante la entrega de resultados.
4. Se refiere a realizar la prueba de manera correcta, directamente relacionado con la calidad de los procesos de detección, a fin de no cometer errores en la entrega de los resultados y la calidad de las pruebas (marca, sensibilidad, especificidad, almacenamiento, etc.)
5. Se refiere a la vinculación de todas las personas con un resultado reactivo, a los servicios de prevención y atención de VIH, tanto para para la confirmación del diagnóstico y el inicio de tratamiento antirretroviral, así como para servicios de prevención ¹⁰

El tratamiento antirretroviral ha transformado a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y al sida, de una enfermedad que se consideraba anteriormente como mortal a una enfermedad crónica que les permite a las personas en tratamiento incorporarse a una vida productiva. Sin embargo, es necesario un manejo integral que les permita a estas personas llevar una buena calidad de vida. Por ello la Secretaría de Salud estableció un programa de acceso al tratamiento antirretroviral para las personas que viven VIH sin seguridad social. Cabe destacar que se ha logrado desde el 2003 alcanzar el acceso universal del tratamiento antirretroviral, planteando a partir de entonces ha sido el reto mantenerlo como una política sustentable y permanente. ¹¹

Selección del régimen antirretroviral: la elección final del régimen antirretroviral debe basarse en los resultados de las pruebas de resistencia a los medicamentos, sin embargo el tratamiento siempre se debe iniciar lo más pronto posible incluso si aún no se conocen los resultados de las pruebas de resistencia basales. En tales casos, se debe iniciar con un régimen que contenga un inhibidor de la proteasa potenciado. La resistencia transmitida clínicamente significativa a los IP potenciados con ritonavir y los inhibidores de la transferencia de cadena de integrasa de segunda generación (INSTI) es poco común. Una vez que los resultados de las pruebas de resistencia los tenemos disponibles, se pueden hacer modificaciones al tratamiento si es necesario. No parece haber un beneficio al usar regímenes intensificados en la infección temprana o aguda por VIH. Se debe mantener un monitoreo durante la terapia antirretroviral: después del inicio de la terapia antirretroviral durante la infección temprana por el VIH, los niveles de ARN viral deben verificarse regularmente para documentar y garantizar la supresión viral. El monitoreo rutinario de otras pruebas de laboratorio y de los efectos secundarios también es similar al recomendado para la infección crónica. La duración del tratamiento es una vez que se inicia el tratamiento, la TAR se continúa indefinidamente.¹²

En julio 3 del 2012, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó un autoexamen oral de VIH en el punto de atención (POC), OraQuick, para la venta sin receta (OTC), se trata de una autoevaluación de una enfermedad infecciosa, se considera que es un paso importante hacia la normalización del proceso de recibir un diagnóstico de VIH.

La FDA aprobó la prueba oral de VIH a pesar de que este test es menos sensible que una prueba de sangre, sin embargo tiene un gran potencial esta prueba de que más personas conozcan su estado serológico y, por lo tanto, eviten potencialmente miles de casos de transmisión del VIH.

Aunque aún falta evidencia para saber si las autoevaluaciones conducirán a que más personas conozcan su estado de VIH y si la autoevaluación puede implementarse y operacionalizarse como una estrategia en entornos globales. Se espera que esta prueba mejore las detecciones de VIH sida en un futuro.

De manera crucial, es importante demostrar que las personas que se autoevalúan pueden tener una seguridad razonable de la precisión de la prueba, especialmente para poblaciones con diferentes antecedentes y niveles de alfabetización. Además, se necesita evidencia de si la autoevaluación ofrecerá una alternativa privada y confidencial a la prueba de VIH en el centro con un conducto seguro para la atención y el tratamiento para mejorar los resultados tanto para las personas como para las poblaciones en riesgo.

Si se prueba que la autoevaluación ayuda a aumentar el conocimiento del estado serológico en aquellas personas que no buscan pruebas basadas en instalaciones y mejora los vínculos con las tasas de atención y tratamiento en la comunidad, entonces será un impacto para controlar el VIH a nivel de la población. Sin embargo, el estigma y la discriminación que se enfrentan en estos entornos siguen siendo barreras clave para las pruebas.

Las barreras adicionales incluyen miedo a la falta de confidencialidad de un resultado positivo de la prueba, falta de privacidad y mayor tiempo de espera para obtener un resultado de la prueba. Por lo tanto, no es de extrañar que aproximadamente seis de cada diez personas que viven con la infección por el VIH no hayan sido probadas en todo el mundo y, como consecuencia, desconocen su estado serológico del VIH.

En este contexto, la autoevaluación proporciona a las personas la opción de conocer su estado de VIH en la privacidad de sus hogares y, por lo tanto, tiene el potencial de negar los efectos del estigma y reducir la discriminación percibida. Un metanálisis relacionado comparó la precisión diagnóstica de las pruebas de POC de anticuerpos orales y de punción digital para demostrar que las pruebas de POC orales podrían desempeñar un papel en futuras iniciativas de autoevaluación.

Aunque la autoevaluación ofrece el potencial de aumentar el número de personas para autoexaminarse el VIH y, por lo tanto de llevar a más personas a la atención, los sistemas que pueden mantener la confidencialidad y operacionalizar la vinculación a la atención dentro de un plazo razonable son pertinentes para su éxito. Se necesitan más datos de diversos entornos para informar la escala global y las recomendaciones de políticas para las autoevaluaciones del VIH.¹³

Desde el descubrimiento de los primeros casos, las personas infectadas resultaron ser varones homosexuales, por lo que el virus ha estado rodeado de una serie de significados sociales y mitos, propiciando un marcado estigma en torno a la enfermedad. Agregando que no existe un adecuado conocimiento respecto al virus y la existencia de un marcado estigma construido a lo largo de la historia en torno a la enfermedad, se configuran con el impacto negativo que tiene el diagnóstico como seropositivo; esto propicia una serie de cambios psicológicos y sociales en quienes viven con VIH, que les llevan a ocultar su condición por temor a ser rechazados por familiares y grupos sociales, además del temor implícito de poder morir a causa de la infección.¹⁴

Goffman definió el estigma como la presencia de un atributo que desacredita profundamente. En esencia, un estigma es una “marca” o aspecto del ser socialmente devaluado. Este mismo autor recalcó que “realmente se necesita un lenguaje de relaciones, no de atributos” para describir el estigma. El estigma no es solo un producto de la “marca” en sí, sino más bien de interacciones sociales y relaciones en las que la “marca” se construye como un reflejo de la mancha de su poseedor. La teoría del estigma reciente ha enfatizado este aspecto de la teoría de Goffman, caracterizando el estigma como un proceso social, por ejemplo, conceptualizan el estigma como un proceso social que existe cuando los siguientes componentes coexisten dentro de una estructura de poder: etiquetado, estereotipos, separando, pérdida de estatus y discriminación.

Parker y Aggleton enfatizan el papel del contexto social en la construcción del estigma argumentando que el estigma opera en la intersección de la cultura, el poder y la diferencia. Describen el estigma como “central para la constitución del orden social”. El estigma juega un papel en el mantenimiento de la desigualdad social entre personas estigmatizadas y no estigmatizadas. Estas consideraciones teóricas sobre el estigma ofrecen información importante sobre cómo y por qué el estigma del VIH se desarrolla y es mantenido dentro de diferentes contextos sociales. Sin embargo, para construir una comprensión más completa del impacto

del estigma del VIH, estas conceptualizaciones a nivel social del estigma deben complementarse con conceptualizaciones a nivel individual del estigma. Diácono destacó este mismo punto, destacando la necesidad de integrar las dimensiones sociales e individuales del estigma para construir una teoría integral del estigma relacionado con la salud.

La falta de atención a los procesos individuales de estigma, las formas en que los individuos experimentan o adoptan el estigma, ha fomentado una serie de conceptos erróneos sobre el estigma del VIH. Por ejemplo, Deacon ha notado cómo el concepto de " estigma " a menudo se ha ampliado para incluir " discriminación ", de modo que los investigadores usan el término " estigma " para referirse a " tanto las creencias estigmatizantes como los efectos de estos procesos de estigmatización " Además, el impacto del estigma del VIH en las personas que no están infectadas por el VIH (es decir, los "estigmatizadores") a menudo no se diferencian del impacto del VIH en las personas que están infectadas VIH infectado (es decir, el "estigmatizado"). Esto es especialmente problemático dado que las conceptualizaciones a nivel social del estigma enfatizan el papel del poder en los procesos de estigma. ¹⁵

La rápida asociación entre estigma y VIH es debida a múltiples de motivos. Entre los motivos encontramos que la sociedad percibe aun la enfermedad con alta peligrosidad, el estigma es mayor cuando el atributo es percibido como peligroso para los demás, activando una de las funciones sociales del estigma: la evitación de la enfermedad. De igual forma se han identificado dos elementos que originan y sostienen el estigma relacionado con el VIH: las actitudes negativas hacia los grupos más expuestos o afectados y la falta de conocimiento que genera temor al contacto y la transmisión casual han hipotetizado que ambos componentes constituyen el núcleo básico de este tipo de estigma que trasciende los diversos contextos culturales particulares. Estos mecanismos son relativamente independientes y producen efectos diferenciales en la salud y calidad de vida de las personas con VIH. En consonancia con esta conclusión, existe un conjunto nutrido de investigaciones que han demostrado consistentemente las consecuencias

negativas del estigma relacionado con el VIH en la salud y bienestar de las personas con VIH y en los esfuerzos preventivos y asistenciales para contener la epidemia. El estigma entorpece las acciones preventivas, obstaculiza el acceso al testeo y atención y reduce la adherencia al tratamiento antirretroviral. De forma directa, resulta un estresor crónico con impacto inmediato en la salud de las personas con VIH.¹⁶

Un factor clave que afecta negativamente la atención es el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. El estigma y la discriminación persisten en los sistemas de prestación de atención médica en todo el mundo, violan los derechos humanos y obstaculizan el acceso y la participación en la continuidad de la atención del VIH. Las personas que viven con el VIH pueden temer ser identificadas como personas que viven con el VIH y el mal trato que podría derivarse de dicha identificación y, por lo tanto, evitar el acceso a los servicios.

Luego, una vez en tratamiento, las Portadores VIH pueden experimentar una serie de manifestaciones de estigma, desde abuso verbal hasta negligencia, denegación de atención y divulgación involuntaria de su estado serológico. A medida que las personas que viven con el VIH buscan atención fuera de sus entornos habituales de atención del VIH, existe cierta evidencia que sugiere que el riesgo de encontrar estigma relacionado con el VIH dentro del sistema de salud puede aumentar. Por ejemplo, una encuesta de dentistas en la India central encontró que solo el 39.2% de los dentistas estaban dispuestos a tratar a las personas con VIH. Dichas observaciones sugieren que el estigma del VIH también puede afectar el continuo de atención de Enfermedades no transmisibles, desde la prevención hasta el diagnóstico a través de la retención y la adherencia al tratamiento.¹⁷

En las sociedades actuales la presencia de estigma y la discriminación relacionados con el VIH y sida son obstáculos reconocidos y ampliamente prevalecientes para una respuesta efectiva a la epidemia del VIH. Pese a que se los ha identificado como una de las principales barreras para que se implementen acciones de prevención, atención y apoyo efectivas, así como para cumplir con los derechos de las poblaciones afectadas por la epidemia, pocos países en la región

centroamericana abordan este problema en forma prioritaria y con acciones concretas. Por el contrario, se han documentado grandes brechas y rezagos en el abordaje e implementación de estrategias nacionales destinadas a eliminar estos problemas.¹⁸

La presencia de estigma relacionado con el VIH/SIDA continúa presentando retos en la vida de las personas viviendo con VIH/SIDA y la sociedad en general. Este estigma promueve infecciones nuevas haciendo que sea más difícil realizar una adecuada la prevención y los esfuerzos que se realizan entre las personas que no saben su serostatus. Esto podría dificultar que las personas se realicen la prueba y entorpecer la calidad de vida de quienes ya están infectadas. El estigma relacionado con el VIH/SIDA impacta la salud mental causando depresión, baja autoestima y ansiedad. Además, influencia la salud física obstaculizando la adherencia al tratamiento antirretroviral y aumentando la progresión de la enfermedad. El estigma relacionado con el VIH/SIDA ha demostrado entorpecer la interacción social haciendo que los portadores de la enfermedad se sientan marginadas debido a su enfermedad y como consecuencia sus redes sociales se reducen significativamente o son completamente eliminadas. La necesidad de manejar el estigma que rodea el VIH/SIDA y sus efectos es de carácter urgente. Debido al incremento de casos de VIH que se espera ocurra para el 2020 el estigma que rodea la enfermedad probablemente será peor. Todavía, áreas específicas de investigación relacionadas con el estigma necesitan ser atendidas por los investigadores/as, ya que impactan la vida de las personas portadoras de la enfermedad de una manera dramática. Éste es el caso de la estigmatización por parte de profesionales de la salud.

Investigaciones previas han informado que las personas que sienten estigmatización por parte de profesionales de la salud enfrentan problemas para hacerse la prueba de VIH y para acceder a servicios de salud óptimos una vez han sido diagnosticadas. Poblaciones vulnerables, como las enfermas crónicamente (incluyendo aquellas que viven con VIH) tienen problemas accediendo a servicios de salud de calidad. Esta situación empeora cuando son identificadas como parte de un grupo estigmatizado y temen acceder a servicios de salud debido a la actitud

negativa de otras personas. El estigma relacionado con el VIH/SIDA entre proveedores de servicios de salud ha sido bastante documentado. Estas actitudes estigmatizadoras de los profesionales de la salud son desafortunadas, sobre todo cuando les revelan frecuentemente su estatus. ¹⁹

Las personas estigmatizadas no son víctimas pasivas del prejuicio, sino que son personas activas que responden ante la estigmatización. La literatura señala que existen varios factores que pueden moderar las estrategias que las personas estigmatizadas usan para afrontar el estrés derivado del estigma. Entre las más importantes se hallan el grado en que el estigma se puede ocultar y el grado en que la persona percibe control sobre el estigma o sobre sus respuestas.

Uno de los desafíos en la investigación sobre el estigma es su reducción. Sin embargo, existe un limitado número de intervenciones que se dirijan a mejorar las estrategias de afrontamiento de la estigmatización en las personas con VIH. El hecho de que dichas personas afronten activamente el estigma, puede tener importantes beneficios en la calidad de sus vidas. ²⁰

Los intentos de suicidio parecen ser muy frecuentes entre las personas que viven con VIH / SIDA en Francia, ya que una de cada cinco personas que viven con el VIH ha intentado suicidarse. Más específicamente, en Francia el 6% de los hombres y el 9% de las mujeres de la población general han intentado suicidarse, la experiencia de discriminación parece pesar mucho en lo que respecta a intentos de suicidio. Los participantes que habían intentado suicidarse informaron con mayor frecuencia el síndrome de lipodistrofia. Este resultado puede interpretarse en términos de la no aceptación de la imagen corporal que puede conducir a trastornos mentales y también al miedo a la estigmatización. Los autores han demostrado que debido a que la lipodistrofia da como resultado una modificación de la forma, puede ser un signo visiblemente externo del VIH y, por lo tanto, quienes la padecen pueden percibirla como una fuente de estigmatización. Estos resultados enfatizan la necesidad de desarrollar varios tipos de intervenciones.

En primer lugar, a nivel de interacción médico-paciente, existe la necesidad de tener en cuenta el síndrome de lipodistrofia durante el seguimiento de las personas que viven con VIH / SIDA. En segundo lugar, entre la población general, parece relevante explorar los patrones de visibilidad de la enfermedad. Es necesario subrayar el papel determinante del contacto con la familia, un resultado ya conocido, en el contexto específico de la infección por VIH donde los comportamientos discriminatorios son frecuentes y donde se debe resaltar el papel del contacto familiar. Los resultados sugieren que se deben implementar medidas de prevención del suicidio para cada tipo específico de vulnerabilidad. Las intervenciones deben dirigirse a las personas que tienen los diferentes factores asociados con intentos de suicidio en esta muestra representativa de personas que viven con VIH / SIDA. Además, los encargados de formular políticas deben prestar atención a la discriminación.²¹

CÓMO ABORDAR EL ESTIGMA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA A NIVEL SOCIETAL

Para poner fin al estigma y la discriminación contra las personas con VIH, ambos deben abordarse a nivel social. También es necesario abordar el estigma del VIH a nivel social para ayudar a las personas con infecciones por el VIH a vivir positivamente dentro de sus comunidades. Los investigadores han sugerido una variedad de enfoques. Avert presentó un marco de 4 partes para abordar el estigma del VIH los cuales son: proteger, incluir, empoderar y educar.

El concepto de inclusión requiere el rediseño y la implementación de servicios de atención médica que faciliten la provisión de tratamiento y atención imparciales del VIH al tiempo que hacen del estigma y la reducción de la discriminación un objetivo nacional, el concepto de empoderamiento ayuda a las personas con VIH a comprender sus derechos y actuar en violación de esos derechos. El concepto final, educar, está diseñado para proporcionar información precisa sobre el VIH que aborde el miedo a las personas infectadas por el VIH y cambie las actitudes sociales negativas sobre el VIH. Otro investigador sostuvo que los programas efectivos de VIH abordan las causas básicas del estigma del VIH y brindan servicios inclusivos

de VIH disponibles y accesibles para quienes los necesitan.⁸⁰ Cada vez más, se comprende que los programas efectivos de VIH incluyen una perspectiva de derechos humanos y se alistan individuos con VIH para ayudar a diseñar intervenciones. Aunque todavía estamos explorando lo que funciona, ya sabemos lo que no funciona. Estigmatizar a individuos o comportamientos conduce a enfoques punitivos que han demostrado ser ineficaces y pueden agravar la propagación del VIH. La criminalización del uso de drogas, el trabajo sexual y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no ha logrado disuadir o eliminar estos comportamientos. De hecho, el análisis de salud pública ha demostrado que respetar los derechos individuales y desarrollar asociaciones con individuos y grupos infectados por el VIH con alto riesgo de infección por el VIH ofrece una mayor efectividad para reducir la propagación de la enfermedad.²²

Se ha identificado un número creciente de programas de reducción del estigma del VIH dirigidos a diferentes poblaciones y utilizando diversos enfoques. La mayoría de ellos apuntan a reducir el estigma público mejorando el conocimiento de los participantes sobre el VIH porque se cree que el estigma es el resultado de conceptos erróneos sobre la condición en cuestión. Los críticos argumentan que el conocimiento por sí solo no necesariamente conduce a una disminución en los niveles de estigma. Los mecanismos de estigma contra las personas que padecen la enfermedad se manifiestan de tres maneras principales: estereotipos (cognitivos), prejuicios (afectivos) y discriminación (conductual) hacia dicha población. Por lo tanto, además de aumentar el conocimiento relacionado con el VIH, los programas de reducción del estigma también deberían apuntar a mejorar las actitudes multidimensionales de los participantes hacia las personas con VIH/ sida.

Para mejorar las actitudes, los investigadores han abogado por la promoción de la toma de perspectiva y la empatía de los participantes. Se ha demostrado que la promoción de la toma de perspectiva y la empatía disminuyen los estereotipos y mejoran las actitudes intergrupales y actitudes más positivas hacia las PVIH en entornos experimentales. Uno de los métodos más comunes para mejorar la toma de perspectiva y la empatía fue a través del contacto, que se refiere a todas las

interacciones entre los participantes y las personas estigmatizadas, con el objetivo específico de reducir la estigmatización.²³

Medición del estigma en personas con VIH: evaluación psicométrica de la escala de estigma del VIH. El cuestionario contiene los ítems para la Escala de estigma del VIH, así como medidas de otros constructos relacionados conceptualmente con el estigma para hacer posible la evaluación de la validez de constructo para el nuevo instrumento. Para este propósito, se incluyeron medidas de autoestima, afecto, apoyo social y conflicto social en el cuestionario.

Escala de estigma del VIH. Los elementos para medir el estigma percibido por las personas con VIH se desarrollaron en base a una extensa revisión de la literatura. Sobre el estigma y los aspectos psicosociales de la infección por VIH. El modelo conceptual del estigma percibido en personas con VIH se utilizó para asegurarse de que se abordaron todos los aspectos del fenómeno. Se identificaron expertos en estigma de las disciplinas de sociología, psicología y enfermería a partir de la literatura. Siete de estos expertos acordaron servir como revisores de contenido. Los artículos calificados como no relevantes o que necesitan una revisión importante fueron rechazados. También se pidió a los revisores que juzgaran la exhaustividad del conjunto de elementos y se les invitó a sugerir nuevos elementos o áreas de contenido para eliminar cualquier brecha que percibieran. Se proporcionó a los revisores el modelo conceptual del estigma percibido en el VIH utilizado para derivar los ítems con el fin de garantizar una interpretación coherente del constructo. En esta primera ronda de revisión, los artículos rechazados por más de uno de los siete revisores fueron descartados o reescritos. De los 184 artículos enviados a expertos en contenido en esta primera ronda, 82 artículos fueron descartados: 57 fueron rechazados por los revisores y 25 artículos fueron considerados redundantes. Los 102 artículos restantes se conservaron sin cambios o se revisaron ligeramente para mejorar la claridad. En la segunda ronda de revisión, estos 102 ítems fueron calificados por siete revisores expertos, de los cuales cinco habían participado en la primera ronda. De los 102 artículos en la segunda ronda, 96 se mantuvieron sin cambios, tres se simplificaron y se adoptaron dos nuevos artículos

sugeridos por un revisor. Esto dejó 101 elementos en la versión inicial del instrumento de estigma. Los 101 artículos de estigma se organizaron en dos secciones. La primera sección contenía 58 elementos que abordaban las experiencias reales del encuestado o sentimientos relacionados con tener VIH. Los ítems en la segunda sección abordaron situaciones en las que otros sabían que el encuestado tenía VIH. Debido a que algunos encuestados podrían no haber revelado su estado de VIH, las instrucciones de esta sección les pidieron a los encuestados que imaginaran cómo se sentirían en las circunstancias descritas por el artículo, incluso si en realidad no habían experimentado esa situación. ⁽²²⁾

Cada ítem de estigma podría responderse utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo) El Coeficiente alfa de entre .90 y .93 para las subescalas y .96 para el instrumento de 40 ítems proporcionaron evidencia de confiabilidad de consistencia interna. La escala de estigma del VIH fue confiable y válida con una muestra grande y diversa de personas con VIH.²⁴

Sistemas de apoyo social y características de redes sociales de adultos mayores con VIH.

La introducción de la terapia antirretroviral altamente activa ha tenido un profundo impacto en el curso de la enfermedad del VIH, transformándola en un trastorno crónico manejable con una esperanza de vida muy mejorada. Pero las consecuencias a largo plazo de vivir con esta enfermedad son preocupantes. Los adultos que envejecen con VIH se enfrentan a los desafíos Sistemas de apoyo social y características de redes sociales de adultos mayores con VIH. La investigación encuentra que los adultos mayores VIH positivos reportan 3 condiciones comórbidas en promedio además del VIH, lo que sugiere altos niveles de multimorbilidad y una carga considerable de enfermedad en este grupo. La depresión es una de las comorbilidades más comunes en esta población y está relacionada con enfermedades específicas y la multimorbilidad general. Las altas tasas de depresión son preocupantes, dada su relación con la mala adherencia al tratamiento del VIH, lo que resulta en resultados clínicos más pobres y una posible

mutación viral y el desarrollo de cepas de VIH resistentes al tratamiento. Las principales covariables de la depresión en esta población incluyen percepciones de aislamiento social (es decir, soledad) y falta de apoyo. La multimorbilidad junto con los problemas de salud mental sugiere que los adultos mayores con VIH necesitarán niveles crecientes de asistencia de sus redes sociales informales.

Apoyos sociales en la vida posterior: Los adultos mayores son cada vez más susceptibles a la reducción de las redes sociales a medida que experimentan la pérdida de parejas y amigos, el deterioro de la salud y otras transiciones de la vida intrínsecas al envejecimiento.

Los sistemas de apoyo social son un recurso crítico en la vida adulta, ya que estas redes son la fuente de cuidadores que brindan apoyo tanto instrumental como emocional en el manejo de enfermedades y otros desafíos de la vejez.

Apoyos sociales y envejecimiento con VIH: El estigma en sí mismo es un catalizador importante de la disminución de los recursos sociales entre las personas con VIH, al promover el ostracismo, el rechazo y la retirada autoprotectora por parte del individuo estigmatizado. El aislamiento social atribuido al estigma del VIH es mayor entre ciertos subgrupos, como los afroamericanos y las mujeres heterosexuales. Los factores relacionados, pero independientes de la infección por VIH, como el encarcelamiento, la homosexualidad y el uso de drogas intravenosas, son otras fuentes operativas de estigma y pueden exacerbar el aislamiento social de las personas con infección por VIH. Aunque el VIH afecta desproporcionadamente a los hombres homosexuales y bisexuales, la investigación encuentra que los hombres homosexuales y bisexuales VIH positivos se sienten estigmatizados por sus compañeros VIH negativos, lo que puede inhibir aún más la divulgación del VIH. Si las personas son reacias a revelar su estado serológico del VIH y, por lo tanto, su necesidad de apoyo, los apoyos pueden no llegar. El análisis de conglomerados de las características de las redes sociales identificó 3 tipos distintos de redes sociales en esta población. Estos datos están en línea con investigaciones anteriores que describieron redes sociales frágiles y dominadas por amigos de adultos mayores con VIH, que muestran una mayor dependencia de amigos en lugar de cónyuges / parejas, hijos y otros miembros de la familia. Sin embargo, nuestra tipología sugiere

que se justifica una descripción más matizada de estas redes sociales, ya que para algunos (tipo aislado) los amigos están casi ausentes y brindan poco apoyo, mientras que para otros (tipo integrado) hay niveles sustanciales de participación familiar y recepción de asistencia familiar, se descubrió que los tipos de redes sociales estaban significativamente relacionados con la recepción de asistencia de familiares y amigos, y las percepciones de disponibilidad y adecuación del apoyo instrumental y emocional. Como era de esperar, aquellos con tipos de red centrados en amigos recibieron la mayor parte de su asistencia de amigos, mientras que el grupo aislado con pocos amigos recibió una mayor asistencia en equilibrio de la familia, pero aún menos que el grupo integrado que había reportado una mayor variedad de funciones funcionales. Miembros de la familia. Sin embargo, para aquellos con redes centradas en amigos, la cantidad de asistencia recibida de amigos no compensó la falta de apoyo familiar.²⁵

El fenómeno del apoyo social es, desde los años setenta, uno de los temas que mayor atención acaparan entre los investigadores de las ciencias de la salud. Dicho interés nació por razones debido a que diversos estudios demostraron que el apoyo social es necesario para un adecuado mantenimiento de la salud y la mejoría en los pacientes portadores de VIH/ sida. Se encontró una relación entre la presencia de apoyo social, depresión, afrontamiento con la salud de los pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana que parece ser especialmente importante.²⁶

Hay algunos estudios que muestran una asociación directa entre el apoyo social y la salud física, la buena integración social se ha relacionado con la reducción de la mortalidad y la longevidad. Un vínculo positivo entre un buen apoyo social y una menor mortalidad tiene posibles implicaciones para la tasa de progresión de la enfermedad entre las personas con VIH. Se ha sugerido que la ausencia de apoyo social hace que una persona sea vulnerable a los efectos de eventos vitales adversos y, por lo tanto, indirectamente a la disminución de la función inmune. Solomon plantea la hipótesis de que el estrés y los factores psicosociales pueden influir en la replicación del VIH y la progresión del SIDA, y Antoni sugiere que

factores estresantes específicos del VIH, como recibir un diagnóstico positivo, pueden desencadenar una serie de problemas psicológicos y eventos neuroendocrinos que deterioran el funcionamiento inmune celular. Un programa de manejo del estrés psicosocial (que incluye estrategias de sensibilización de apoyo social) y ejercicio aeróbico parece haber tenido un éxito modesto en retrasar el deterioro inmune y la progresión de la enfermedad en individuos VIH positivos, aunque el ejercicio aeróbico también fue observado que tiene un efecto inmunológico beneficioso en los sujetos que resultaron negativos al VIH. En general, el apoyo social se asocia más fácilmente con el bienestar psicológico. La dirección de causalidad de la asociación entre los recursos sociales y el bienestar psicológico y el estado de salud física es poco conocida, y es un problema metodológico significativo que debe superarse, incluso en estudios longitudinales.

¿El buen apoyo social promueve el bienestar psicológico que a su vez promueve la buena salud, o la buena salud facilita la adaptación psicológica que a su vez atrae una red de apoyo más amplia? Tampoco está claro en qué etapa de la enfermedad (inicio, progresión o recuperación) es probable que el apoyo sea más influyente. Estos debates son relevantes para el papel del apoyo social y la capacidad de hacer frente a las personas con VIH. Existe una extensa literatura sobre el papel del apoyo social en las diferentes etapas de la muerte y las variaciones en los niveles de apoyo social de acuerdo con la cronicidad de la enfermedad, el dolor, el tipo y la ubicación de los síntomas, y el tipo de enfermedad. Los estudios que examinan el papel del apoyo social en el manejo de enfermedades crónicas y / o terminales a largo plazo generalmente han encontrado una asociación positiva entre el apoyo y los recursos psicológicos que ayudan a la víctima a sobrellevar la enfermedad. Existe evidencia de un vínculo entre el apoyo social y el bienestar psicológico de las personas con VIH, pero aún se requiere mucha información sobre qué aspectos particulares del apoyo social y la salud están asociados, y cómo esto cambia con el tiempo según la etapa del VIH. -enfermedad. En general, muchos de los estudios actuales de los Estados Unidos intentan “desempaquetar” los diversos elementos de apoyo social con cierto detalle, y muchos de estos estudios son longitudinales, lo que permite monitorear los cambios a lo largo del tiempo. Con respecto al apoyo social por

posición social, existe una brecha sustancial entre la literatura general de apoyo social en la que los parámetros sociales como el género, la clase y la raza son diferenciadores básicos, y gran parte de la literatura sobre el VIH que enfatiza las diferencias por categoría de transmisión. Lo que se requiere es más información sobre la medida en que las diferencias por categoría de transmisión son, de hecho, diferencias sociales “disfrazadas”. Por ejemplo, la mayoría de los hombres homosexuales “fuera de clase” son “de clase media” y la mayoría de los usuarios de drogas inyectables son de “clase trabajadora”. El hallazgo de que los hombres homosexuales dependen más de sus amigos y menos de sus familias para el apoyo social que los usuarios de drogas puede, por lo tanto, reflejar la composición particular de clase social de cada grupo en lugar de las diferencias en la orientación sexual o el uso de drogas. ²⁷

La atención y el apoyo son importantes por las siguientes razones:

1. Para facilitar el acceso inmediato al tratamiento cuando se diagnostica el VIH.
2. Para prestar apoyo a la adherencia al tratamiento para lograr la supresión vírica de las personas que viven con el VIH, por el bien de su propia salud y para prevenir la infección de otras personas que viven con el VIH.
3. Para aumentar la prevención y la gestión de infecciones relacionadas con el VIH.
4. Para afrontar los retos que supone vivir con el VIH. ²⁸

Los estudios han examinado el papel del apoyo social, un importante factor interpersonal, en la protección de las personas contra los riesgos del VIH. Una revisión sistemática de 41 estudios sobre el apoyo social y los comportamientos de riesgo de VIH concluyó que un mayor nivel de apoyo social se asoció con menos comportamientos de riesgo de VIH entre los adultos en general, así como entre las trabajadoras sexuales y las personas que viven con VIH / SIDA. Además, la hipótesis de amortiguación sugiere que el apoyo emocional obtenido de las redes sociales puede servir como un amortiguador, protegiendo a las personas frente a eventos estresantes y aumentando la capacidad de afrontamiento. Entre los

adolescentes, el apoyo percibido de los amigos se asoció con comportamientos de menor riesgo sexual entre las adolescentes, mientras que el apoyo percibido de la familia, no los amigos, se asoció con los comportamientos de menor riesgo sexual entre los adolescentes varones.²⁹

Lakey y Cohen presentaron tres perspectivas teóricas sobre la relación entre el apoyo social y la salud: el estrés y la perspectiva de afrontamiento, la perspectiva social construccionista y la perspectiva de la relación:

1. La perspectiva de estrés y afrontamiento propone que el apoyo social influye indirectamente en la salud al amortiguar el impacto negativo de los estresores.
2. La perspectiva construccionista social, basada en las teorías cognitivas sociales de la personalidad y el interaccionismo simbólico, propone que el apoyo social afecta directamente la salud al promover la autoestima y la autorregulación.
3. La perspectiva de la relación atribuye el apoyo social a las cualidades o procesos de relación.

Según la perspectiva de la relación, las cualidades de la relación, incluidos los lazos positivos (por ejemplo, compañía, intimidad) y los lazos negativos (conflicto social) entre las personas, pueden predecir problemas psicológicos y psicológicos.

El apoyo social ha sido reconocido como un importante factor de nivel sociocultural en la intervención de prevención del VIH, la literatura limitada ha sintetizado estudios sobre las relaciones entre el apoyo social y las conductas de riesgo relacionadas con el VIH.

Aunque existen considerables fundamentos teóricos para la asociación entre el apoyo social y los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH, los estudios empíricos presentan una imagen compleja de esta relación. Los resultados de los estudios existentes han sugerido que un mayor nivel de apoyo social (ya sea general o específico para el VIH) podría estar relacionado generalmente con menos comportamientos de riesgo relacionados con el VIH entre los FSW (menos

comportamientos de riesgo relacionados con el VIH), las PVVS y los adultos heterosexuales. Sin embargo, los resultados sobre las relaciones entre el apoyo social y los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH variaron entre las poblaciones y fueron inconsistentes entre los usuarios de drogas y adolescentes. Los hallazgos inconsistentes pueden ser el resultado de diferentes factores de confusión potenciales en los estudios. El apoyo social generalmente se ve como un aspecto positivo e importante de los comportamientos saludables o el cambio de comportamiento positivo. Sin embargo, el apoyo social puede ser un recurso para promover comportamientos de riesgo relacionados con el VIH en algunas circunstancias. Debido a que el apoyo social a menudo está integrado en una determinada red, la asociación entre el apoyo social y los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH puede verse influenciada por características o normas sociales de las redes de apoyo. Fisher sugirió que las normas sociales que sean consistentes con los esfuerzos de prevención del VIH promoverán comportamientos protectores, mientras que las normas sociales que sean inconsistentes con la prevención del VIH serán barreras de cambio de comportamiento positivo. Por ejemplo, el apoyo de una red que usa drogas puede reforzar las conductas de riesgo relacionadas con el VIH cuando sus normas sociales fomentan conductas de riesgo. Algunos de los hallazgos inconsistentes también pueden atribuirse a diferentes mediciones de resultados conductuales y apoyo social en diferentes estudios.³⁰

Se ha encontrado que el apoyo social modera la relación entre los factores concurrentes que pueden contribuir a una epidemia sinérgica (sindemia) que puede crear barreras para lograr la supresión viral por parte de los pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana que participan en terapia antirretroviral. Por el contrario, la falta de apoyo social se ha asociado con una mayor frecuencia de factores sindemicos que pueden afectar los riesgos del VIH, incluida la depresión, el uso de drogas múltiples y el coito anal sin condón.³¹

Muchas mujeres que viven con VIH experimentan desigualdades de poder de género, particularmente en sus relaciones íntimas, que les impiden alcanzar una salud sexual y reproductiva (SSR) óptima y ejercer sus derechos. Todas las mujeres que viven con el VIH deben recibir apoyo en sus elecciones voluntarias en torno a las relaciones sexuales y recibir información y recursos para participar en experiencias sexuales seguras y agradables, o para no tener relaciones sexuales según sus preferencias personales, con asesoramiento y apoyo adaptados a su decisión. Creación, deseos y necesidades. Apoyar a las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad para lograr su salud y derechos sexuales y reproductivos en todos los contextos epidémicos requiere superar las principales barreras para la aceptación del servicio, como la exclusión social y la marginación, la criminalización, el estigma y la desigualdad de género. Abordar las relaciones desiguales de género y poder y empoderar a las mujeres que viven con el VIH puede ser una parte de un enfoque integral para lograr estos objetivos.³²

La Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de septiembre de 1993 proclamó que el 15 de mayo de cada año se celebrará como el Día Internacional de las Familias. Para el año 2005, el tema de la celebración fue “VIH / SIDA y bienestar familiar”. El VIH / SIDA es una enfermedad que afecta a las familias de una manera profunda y trágica. Cuando un miembro de la familia, particularmente un padre, se enferma y se debilita, o muere, todos en la familia sufren. El VIH / SIDA ha afectado en gran medida y de manera desproporcionada la estructura y las funciones familiares, aumentando la vulnerabilidad de las familias que viven en la pobreza y en los países en desarrollo, que tienen la gran mayoría de las personas infectadas (ONUSIDA 2004). La fortaleza de las familias y las redes familiares es fundamental para determinar qué tan bien los individuos y las comunidades pueden hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias. Cuando se enfrenta a la discriminación social y otras dificultades relacionadas con el VIH / SIDA, una familia fuerte y solidaria es una de las primeras líneas de defensa. Los estudios de países desarrollados, así como los estudios relevantes que no son de intervención, sugieren que el apoyo familiar y social puede ser muy efectivo para ayudar a las PVVS a hacer frente al

VIH / SIDA. Las familias son pequeñas o grandes, compuestas por miembros que tienen la obligación de proporcionar una amplia gama de apoyo emocional, social, psicológico o material. Las familias tienen estructura, funciones, roles asignados, modos de compartir recursos, cultura grupal e historia compartida. Estructuralmente, las familias se pueden clasificar como nucleares, extendidas, conjuntas o creadas. ⁽³³⁾

Un estudio reciente en un país desarrollado encontró que los hombres VIH positivos tenían menos probabilidades de deprimirse si recibían el apoyo de sus familias herederas. En otro estudio de este tipo, los hombres VIH positivos que recibieron apoyo social de sus familias tenían menos probabilidades de tener comportamientos sexuales riesgosos que los hombres que no lo hicieron. El apoyo social es un factor importante para ayudar a las personas a adaptarse psicológicamente a vivir con la infección por VIH. Este tipo de apoyo promueve una sensación de bienestar emocional. Aunque algunas personas con VIH / SIDA tienen sistemas de apoyo familiar sólidos, muchas no. Otro estudio sobre el efecto del apoyo familiar en el bienestar psicológico de las parejas heterosexuales con al menos una pareja seropositiva VIH, mostró una asociación entre la falta general de apoyo familiar con la angustia psicológica. La situación puede ser peor en las zonas rurales. En comparación con sus contrapartes urbanas, las personas rurales con VIH informan una satisfacción significativamente menor con la vida, una menor percepción del apoyo social de los miembros de la familia y amigos, un menor acceso a la atención médica y de salud mental, una mayor soledad, más estigma comunitario, un mayor temor personal de que su Otros podrían aprender el estado serológico del VIH y estrategias de afrontamiento más desadaptativas (Heckman 1998). Un estudio realizado en México encontró que la mayoría de los miembros de la familia mostraron respuestas negativas al diagnóstico de VIH de un miembro de la familia. En este caso, el VIH se convirtió en un catalizador de conflictos familiares preexistentes. Los estudios han demostrado que la divulgación del estado serológico VIH positivo puede dar lugar a un mayor apoyo social, lo que a su vez tiene efectos positivos sobre el bienestar psicológico. En muchos casos, el aumento de la carga psicológica sobre los miembros de la familia empujó a la familia a

permanecer más unida y proporcionó una amplia dimensión de apoyo a las PVVS. El apoyo familiar en este contexto comienza con el proceso de divulgación y ayuda a las PVVS a hacer frente al VIH / SIDA. Las familias también proporcionaron asistencia financiera, apoyo en las rutinas diarias, asistencia médica y apoyo psicológico ³³

CUESTIONARIO DE MOS Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. En pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extra familiar. Los elementos del test son seleccionados de una forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, para que fueran fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas, este cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social. Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y auto administrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). El tener un buen apoyo social puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda. En consecuencia, tanto la salud física y psíquica mejoran al aumentar el apoyo social. ³⁴

La autoestima es una actitud interna que sustenta la construcción de la personalidad y el equilibrio psíquico, y depende de procesos adaptativos a lo largo de la vida. El concepto de autoestima se usa comúnmente en muchas disciplinas, sin embargo, parece que el consenso sobre su conceptualización y operacionalización aún no se ha logrado. La autoestima está vinculada a la motivación, el rendimiento, la

satisfacción laboral, la estabilidad emocional, el manejo efectivo del estrés y los conflictos, y la felicidad. Sin embargo, el concepto es complejo y abstracto. Actualmente, los autores no están de acuerdo con su conceptualización o su operacionalización. La autoestima es el resultado de una evaluación subjetiva que la persona realiza sobre sí misma. Esta evaluación le da valor a uno mismo que predispone a la autoaceptación. Por otro lado, un sentido de competencia y actitudes de aprobación indican hasta qué punto la persona se respeta a sí misma.³⁵

Numerosos estudios sugieren que la autoestima tiene un impacto significativo en la salud y la calidad de vida de un individuo (Trzesniewski et al., 2006; Somerville et al., 2010). Por ejemplo, las personas con baja autoestima (LSE) tienen más probabilidades de abandonar la escuela, tienen pocas perspectivas económicas (Trzesniewski et al., 2006) y califican peor su salud que las personas con alta autoestima (HSE) (Glendinning, 1998). Además, la baja autoestima es un factor de riesgo para varios trastornos psiquiátricos, tales como: depresión, ansiedad social, trastorno de estrés postraumático (Pyszczynski y Greenberg, 1987; Tennen y Affleck, 1993; Izgic et al., 2004; Boscarino y Adams, 2009), dependencia de sustancias (Trzesniewski et al., 2006), trastorno de personalidad evitativo, problemas de aprendizaje e hiperactividad por déficit de atención (Association, 1994). Es importante destacar que la autoestima juega un papel crucial en las interacciones sociales. Varios estudios han informado que las personas con baja autoestima centran su atención en cómo los ven los demás, lo que resulta en una alta sensibilidad a la crítica (Rosenberg y Owens, 2001; Baumeister et al., 2003), rechazo (Murray et al., 2002; Sommer y Baumeister, 2002) y angustia interpersonal (Tennen y Affleck, 1993). Esta alta sensibilidad lleva a las personas con baja autoestima a exhibir comportamientos autoprotectores como ocultar sus pensamientos y sentimientos (Rosenberg y Owens, 2001; Baumeister et al., 2003), evitar interacciones (Orth et al., 2008) y reducir cercanía interpersonal después de conflictos (Murray et al., 2002). Estos comportamientos deterioran las relaciones sociales (Orth et al., 2008) y, por lo tanto, aumentan los sentimientos de soledad en

personas con baja autoestima (Rosenberg y Owens, 2001; Baumeister et al., 2003).³⁶

Tradicionalmente se ha considerado a la autoestima como un componente clave de la salud y el bienestar psicológico. Este constructo ha sido el elemento principal de algunos programas de promoción de la salud en jóvenes relacionados con la prevención de la violencia, el consumo de sustancias y el comportamiento sexual de riesgo. Con una orientación humanista y unidimensional, Rosenberg señaló la necesidad de definir la autoestima desde la perspectiva del valor, es decir, como los sentimientos de valía personal y respeto hacia uno mismo. Estos valores servirán de principios, normas y criterios para la construcción del propio ser. Así pues, una alta autoestima se expresa mediante la auto-aceptación y la responsabilidad de las propias acciones, la auto-motivación, la capacidad de tolerar el estrés y de controlar las circunstancias. Por el contrario, una baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento y pasividad, falta de confianza, locus de control externo y ambigüedad sobre el propio valor personal. La literatura científica en el ámbito de la autoestima y la conducta sexual ha reflejado resultados en tres direcciones diferentes. Una parte de los estudios sugiere que una baja autoestima se asocia con relaciones sexuales precoces, mayor número de parejas sexuales, dificultades para la asertividad sexual y mayor frecuencia de prácticas sexuales de riesgo. Otra parte de los estudios demuestran que tener una alta autoestima puede influir negativa o positivamente en la salud sexual, mostraron cómo mayores puntuaciones en autoestima se relacionaban con actitudes positivas hacia el preservativo y mayor percepción de eficacia en la negociación de su uso. Sin embargo, Ugoji observa que los jóvenes con alta autoestima pueden realizar conductas sexuales de riesgo por su baja percepción de vulnerabilidad al riesgo. La tercera corriente de estudios muestra que no hay asociación entre la autoestima y las conductas sexuales de riesgo, o que estas asociaciones no son directas.³⁷

La escala de la autoestima de Rosenberg debe su nombre a su creador, Morris Rosenberg, un profesor y doctor en sociología que dedicó varios años de su vida al

estudio de la autoestima y el autoconcepto. Presentó la propuesta inicial de la escala en su libro: *Society and the adolescent's self-image* (La sociedad y la autoestima del adolescente). La escala de la autoestima de Rosenberg, aunque en un principio estaba destinada solo para adolescentes, después se adaptó a los adultos. Esto permitió evaluar poblaciones enteras e incluso las diferentes culturas, lo que dio lugar a hallazgos muy interesantes.

La escala de Rosenberg sobrevive hasta nuestros días para dar solución a una dificultad común en psicología, la de medir ciertas variables que influyen sobre nuestra conducta, sobre nuestros pensamientos y sobre nuestras emociones. Su formulación y su supervivencia nos recuerdan lo importante que es vigilar nuestra autoestima, cuidarla e intentar siempre que se encuentre en un nivel que nos aporte, y no que nos reste. Una autoestima sana es uno de los pilares del bienestar y al mismo tiempo la clave para sentirnos felices y a gusto en las diversas áreas de nuestra vida. ³⁸

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación:

Se ha construido un estigma a lo largo de la historia en torno a esta enfermedad, este estigma les genera un impacto negativo a las personas con el diagnóstico y les propicia una serie de cambios psicológicos y sociales, que les llevan a ocultar su condición por temor a ser rechazados por sus familiares y grupos sociales. La rápida asociación entre estigma y VIH se debió a la peligrosidad y el riesgo socialmente percibido respecto de la infección y es un obstáculo para una respuesta efectiva a la epidemia del VIH.

Acertadamente se ha presentado un número creciente de programas enfocados en la reducción del estigma del VIH, estos programas son dirigidos a diferentes poblaciones y utilizan diversos enfoques, logrando mejorar el conocimiento de los participantes sobre el VIH, ya que se cree que el estigma es el resultado de conceptos erróneos sobre la condición en cuestión.

La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha visto que tener apoyo social puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda.

Existen estudios en los que se encontraron evidencias de que los sujetos positivos para el VIH con niveles bajos de apoyo social así como estigma marcado experimentan más síntomas físicos, más desesperanza y baja autoestima, que aquellos con un nivel alto de apoyo social.

Si bien se han realizado múltiples estudios en relación a la estigmatización de los pacientes con VIH y la falta de apoyo social pocos han estudiado la relación de entre estos y pocos los han vinculado con la depresión aunada en los pacientes, por lo que es importante conocer los datos que arrojan las encuestas que pueden ser

factores para modificar a futuro. Frente a esta situación me surge la siguiente pregunta

II.2 Pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la estigmatización y el apoyo social con el autoestima del paciente con VIH en la UMF 92 en el año 2019?

III.- JUSTIFICACIONES:

III.1 ACADEMICA

La presente investigación se enfoca en relacionar la presencia de estigma y apoyo social con el autoestima en el paciente con VIH, permitirá que el personal de salud conozca la problemática adecuadamente y que se transmita la información a la población, generando nuevas áreas de oportunidad para poder realizar intervenciones adecuadas esperando se puedan erradicar, evitando complicaciones y permitiendo así una vida más sana.

III.2 CIENTIFICA

El virus de inmunodeficiencia humana es una patología que sigue presente en la población mexicana y ha estado rodeado de una serie de significados sociales y mitos, propiciando un marcado estigma en torno a la enfermedad, por lo cual es imprescindible realizar un estudio científico que nos indique si se presenta un marcado estigma en los pacientes con VIH. De igual forma la relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Existe poca evidencia científica que relacione de manera integral los aspectos psicosociales de las enfermedades con aspectos biológicos. En el Estado de México no existe un estudio que relacione la presencia de estigmatización y el apoyo social con el autoestima en el paciente con VIH.

III.3 SOCIAL:

En nuestro país como en todo el mundo el VIH continua siendo un problema de salud pública mundial y ha estado rodeado de una serie de significados sociales propiciando un marcado estigma en torno a la enfermedad, de igual forma la sociedad discrimina a esta población, esto dificulta que las personas con riesgo se

realicen las pruebas y se entorpece la calidad de vida de las personas que ya están infectadas; se pretende generar conciencia social ya que la relación entre apoyo social y autoestima elevada es especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

III.4 ECONÓMICA

La tasa de incidencia de casos reportados en el Estado de México ha ido en aumento y debido a que es una enfermedad altamente estigmatizada es difícil lograr una adecuada prevención, esto podría dificultar que las personas se realicen pruebas de detección y de igual forma entorpecer la calidad de vida de las personas que ya se encuentran infectadas.

Se debe minimizar la presencia de estigma para lograr crear mejor conciencia en la sociedad y un entendimiento adecuado de la enfermedad; de esta forma tener una adecuada prevención y minimizar así los gastos.

III.5 EPIDEMIOLOGICA:

Con base a la OMS el VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 32 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico. A finales de 2018 había aproximadamente 37,9 millones de personas con el VIH.

Según cifras de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México y el Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 3er. trimestre del 2019 existen 209,304 Casos de Sida notificados (1983-2019). Es por ello que esta patología se considera un problema de salud pública.

IV.- HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

Si existe estigma percibido y apoyo social mínimo, entonces se relaciona a una autoestima baja del paciente con VIH en la UMF 92 del año 2019.

Hipótesis nula:

Si existe estigma percibido y apoyo mínimo, entonces no se relaciona a una autoestima baja del paciente con VIH en la UMF 92 del año 2019.

IV.1 Unidad de observación

Pacientes con el diagnóstico de VIH mayores de 18 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No 92.

IV.2 Variables

IV.2.1 Dependiente: Autoestima

IV.2.2 Independiente: Estigma y Apoyo Social

IV.3. Relación lógica de variables

Si existe, entonces

IV.4 Relación espacio temporal

En la Unidad de Medicina Familiar No 92, durante el año 2019

V. OBJETIVOS

V.1 General

- Relacionar estigmatización y apoyo social con la autoestima del paciente con VIH en la UMF 92 del IMSS en el año 2019.

V.2 Específicos:

- Identificar el estigma percibido utilizando la escala de estigma de Berger en los pacientes con VIH de la UMF 92.
- Establecer el grado de apoyo social del paciente utilizando la escala de MOS en los pacientes con VIH de la UMF 92.
- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con VIH de la UMF 92 (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación).

VI.- MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo **observacional** ya que se presenciaron los fenómenos sin modificar intencionalmente a las variables. **Prolectivo** porque se recolectarán los datos, en los cuestionarios diseñados: Escala de estigma para VIH de Berguer, Escala de MOS para valorar apoyo social y Escala de autoestima de Rosenberg. **Transversal** ya que no se realizó seguimiento, las variables de resultado fueron medidas una sola vez en el tiempo. **Analítico** porque se realizó relación entre las variables de estudio. **Abierto** porque se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la aplicación de los instrumentos, se conocían las condiciones de la aplicación y las variables de estudio.

VI. 2 DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 92 Ciudad Azteca del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual otorga atención de primer nivel y se encuentra ubicada en Avenida Central sin número, Laderas del Peñón, Código Postal 55140, Ecatepec de Morelos, Estado de México; el cual cuenta con 32 consultorios, ambos turnos. Se captaron pacientes con VIH mayores de 18 años, de ambos sexos que cumplieran con los criterios de inclusión, se les explicó los riesgos y beneficios de su participación en la investigación, se obtuvo su consentimiento firmado, se procedió a la aplicación de los instrumentos validados para la obtención de datos mediante la escala de Rosenberg que consta de 10 ítems, evalúa la valía personal y satisfacción con uno mismo, con tres opciones de respuesta (autoestima elevada, media y baja) cuenta con un coeficiente alfa de cronbach 0.88, la escala de estigma de Berguer a pacientes con VIH que evalúa sobre la presencia de estigma personalizado, con dos opciones de respuesta (sin/con presencia de estigma personalizado) cuenta con un alfa de cronbach de 0.90 y el cuestionario de MOS que consta de 20 ítems evalúa la red familiar y extra familiar, con tres opciones de respuesta (apoyo máximo, medio y mínimo), cuenta con un alfa de cronbach de 0.97.

VI.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS						
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona a partir de su fecha de nacimiento.	Edad del paciente a momento actual referida al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	A) 18-40 años B) 41-60 años C) + de 61 años	1 2 3
SEXO	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Se les preguntó a los pacientes mediante una encuesta su sexo.	Cualitativa	Nominal	A) Mujer B) Hombre	4 5
ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	Estado civil del individuo referida al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	A) Casado B) Soltero C) Divorciado D) Viudo E) Unión libre	6 7 8 9 10
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela con el fin de obtener un título.	Grado escolar del paciente referido al momento de la encuesta.	Cualitativa	Ordinal	A) Primaria B) Secundaria C) Bachillerato D) Licenciatura E) Postgrado F) Ninguno	11 12 13 14 15 16
OCUPACIÓN	Trabajo asalariado al servicio de un empleador.	Se preguntó al paciente a que se dedica en el momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	A) Empleado B) Empresario C) Pensionado D) Desempleado	17 18 19 20

VARIABLES						
VARIABLE DEPENDIENTE AUTOESTIMA	Capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser merecedor de la felicidad. Según: Asociación Nacional para la Autoestima	Se otorgara la escala de Rosenberg a pacientes con VIH. Consta de diez ítems; Evalúan sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo Aplicación 5-10min Coeficientes alfa de Cronbach 0.88	Cualitativa	Ordinal	Autoestima elevada 40-30 puntos	21
					Autoestima media 29-26 puntos	22
					Autoestima baja Menos de 25	23
VARIABLE INDEPENDIENTE ESTIGMA	Ocurrencia simultánea en el marco de relaciones sociales de poder, de etiquetamiento estereotipación y separación grupal, acompañados de emocionalidad negativa, dirigida a un grupo de personas.	Se otorgara la escala de estigma para VIH de Berger a pacientes con VIH. Consta de cuarenta ítems; Evalúan sobre el estigma personalizado, divulgación, autoimagen negativa y actitudes publicas Aplicación 15 min Coeficientes alfa de Cronbach 0.90	Cualitativa	Nominal dicotómica	Presencia de estigma personalizado 68-34 puntos	24
					Sin presencia de estigma personalizado Menos de 33 puntos	25
VARIABLE INDEPENDIENTE APOYO SOCIAL	Red compuesta por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad.	Se otorgara el cuestionario de MOS a pacientes con VIH. Consta de veinte ítems; Evalúan sobre la red familiar y Extra familiar Aplicación 5-10 min Coeficientes alfa de Cronbach 0.97	Cualitativa	Ordinal	Apoyo máximo 95-58 puntos	26
					Apoyo medio 57-20 puntos	27
					Apoyo mínimo Menos de 25 puntos.	28

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

Con base en el censo otorgado por el servicio de ARIMAC de la UMF 92 de pacientes portadores de VIH se tiene un población total 185 pacientes mayores de 18 años de edad

La muestra consto de la totalidad de los pacientes mayores de 18 años portadores de VIH que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos con un tipo de muestreo no probabilístico, simple a conveniencia.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombre o mujer mayores de 18 años de edad con diagnóstico de VIH-SIDA
- Derechohabientes vigentes de la UMF 92
- Que deseen participar en el estudio
- Con firma previa de consentimiento informado

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que se encuentre en diagnóstico y/o tratamiento de trastorno psiquiátrico, síndrome orgánico cerebral, que interfiera con el estudio.
- Con estatus de embarazada

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que alguno de los instrumentos de recolección de datos o escalas de evaluación estén mal llenados o incompletos

VI.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se realizó la presentación y aceptación del comité con número de registro R-2019-1401-087. Se procedió a la captación de pacientes los cuales acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No 92, los datos de los pacientes fueron captados mediante instrumentos validados, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión. A los pacientes se les explicó el propósito de la investigación y se solicitó su participación previa lectura y firma de consentimiento informado (anexo 5), el investigador aplicó para su llenado una ficha de identificación (anexo

1), el cuestionario de autoestima de Rosenberg (anexo2), escala de estigma para VIH de Berger (anexo3) y la escala de MOS (anexo 4).

VI.5.1 Escala de autoestima de Rosenberg

VI 5.1.1 Descripción

Escala de Autoestima de Rosenberg Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

VI 5.1.2 Validación

Esta cuestionario presenta una confiabilidad aceptable con un alfa de Cronbach ($\alpha=.97$).

VI 5.1.3 Aplicación

Se aplicó el cuestionario a los participantes, consta de veinte ítems, esta prueba permite investigar 4 dimensiones de apoyo (el apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva, apoyo efectivo, el índice global de apoyo social se obtiene sumando los 19 ítems, de acuerdo con el puntaje si se obtiene 95-58 presentara un apoyo máximo, 57-20 apoyo medio y menos de 19 apoyo mínimo.

VI.5.2 Escala de estigma para VIH de Berger

VI 5.2.1 Descripción

En el año 2001, basándose en el modelo conceptual que previamente habían desarrollado Berger et al. idearon una escala con la que medir el estigma percibido por las personas VIH+ .Los resultados obtenidos se sometieron a un análisis factorial exploratorio, que permitió suprimir los ítems con menores puntuaciones,

quedando la escala final compuesta por 40, que se agruparon en cuatro factores o subescalas: estigma personalizado (18 ítems), preocupación por mostrarse VIH+ (12 ítems), autoimagen negativa (9 ítems) y preocupación por las actitudes de los demás hacia las personas con VIH (12 ítems).

VI 5.2.2 Validación

Esta escala presenta una confiabilidad aceptable con un alfa de Cronbach ($\alpha=.90$)

VI 5.2.3 Aplicación

Se aplicó el cuestionario a los participantes, consta de 40 ítems, Evalúan sobre el estigma personalizado, divulgación, autoimagen negativa y actitudes públicas, se evalúa la presencia de estigma personalizado conforme al puntaje obtenido de 68 a 34 puntos de considera presencia de estigma, menos de 33 puntos no existe presencia de estigma

VI.5.3 Escala de MOS

VI 5.3.1 Descripción

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar. Los elementos del test fueron seleccionados de una forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender, y restringidos a una única idea en cada caso. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

VI 5.2.2 Validación

Esta escala presenta una confiabilidad aceptable con un alfa de Cronbach ($\alpha=.88$).

VI 5.2.3 Aplicación

Se aplicó el cuestionario a los participantes, consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa. Se evalúa conforme al puntaje obtenido 40-30 puntos autoestima elevada, considerada como autoestima normal, 29-26 puntos autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla, menos de 25 puntos autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

VI.6 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Una vez aprobado por el comité local de investigación con el número de registro R-2019-1401-087, se procedió a la captación de los pacientes mayores de 18 años portadores de VIH los cuales acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No 92, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, años obteniéndose un total de 185 pacientes. Después de obtener el consentimiento firmado por los participantes se procedió a la aplicación de los instrumentos con una duración de llenado de 30 a 45 minutos se aplicaron tres encuestas, la escala de Rosenberg para valorar nivel de autoestima que es nuestra variable dependiente, posteriormente se otorgó la escala de estigma para VIH de Berger y el cuestionario de MOS. Una vez obtenida la información se concentró en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y se procedió a la evaluación procesamiento y tabulación mediante el programa estadístico Statistical Pack Age for the Social Sciences versión 22.0. (SPSS), para la realización del análisis estadístico. Al término el paciente fue informado en forma personal y con pleno respeto de los resultados obtenidos.

VI.7 LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 92 de lunes a viernes, en ambos turnos, se realizó durante el año 2019.

VI.8 DISEÑO DE ANÁLISIS

VI.8.1 REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una revisión sistémica de los instrumentos de recolección de datos aplicados, evaluando que las pacientes cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, posterior a ellos se procedió a la aplicación de las escalas de evaluación.

VI.8.2 CLASIFICACIÓN Y TABULACIÓN DE DATOS

Los datos se recolectaron y se vaciaron en el programa Microsoft Excel 2010, posteriormente se procedió a la evaluación procesamiento y tabulación mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 22.0. (SPSS), para la realización del análisis estadístico, haciendo una clasificación de variables, de acuerdo a un código asignado a cada ítem, para realizar las evaluaciones correspondientes de la variable dependiente y las independientes, así como las sociodemográficas.

VI.8.3 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Respecto al análisis estadístico descriptivo, las variables de estudio se les realizó para ver su distribución normal las pruebas estadísticas: media, moda, mediana, moda y distribución estándar con paquete estadístico SPSS 22.0.

VI.8 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS

Se efectuó a través de estadística analítica y descriptiva a las variables de estudio, para ver su distribución normal las pruebas estadísticas: media, moda, mediana, moda y distribución estándar con paquete estadístico SPSS 20.0.

Para las variables cualitativas la medición, se realizó con porcentajes frecuencias. Para las variables cuantitativas se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, moda, mediana y media, porcentajes y desviaciones estándar.

Realizará la relación de variables apoyo social y autoestima al ser variables cualitativas ordinales tanto dicotómicas como politómicas se utilizó (X^2) buscando la relación entre ellas como prueba de hipótesis. Los resultados obtenidos se

desarrollaron en tablas y graficas ilustrativas y finalmente se elaboraron las conclusiones.

TIPO DE VARIABLE	ANALISIS ESTADISTICO
Variables cualitativas	Porcentajes y frecuencias Graficas de pastel y de barras
Variables cuantitativas	Medidas de tendencia central Media, moda y mediana
Comparación de variables Estigma, Apoyo social y autoestima	Rho de Sperman

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente tesis se apega a los siguientes lineamientos:

Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el CIOMS en colaboración con la OMS y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

Lineamientos nacionales: Ley general de salud en materia de investigación para la salud, NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y la Ley de protección de datos personales.

- Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación

Es el prototipo de los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, cuya intención es asegurar que la investigación en seres humanos se llevará a cabo en forma ética. Existen tres principios básicos generalmente aceptados en la ética de la investigación con humanos, que se

encuentran plasmados en todos los códigos de ética, ellos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

1. Respeto por las personas. En el presente estudio los participantes ser tratados como agentes autónomos, ingresaran al estudio voluntariamente y con información adecuada.

2. Beneficencia. Se buscará asegurar su bienestar. Derivado de este estudio el paciente y su familia podrán conocer la calidad de vida y en caso de ser necesario se canalizara al paciente con el profesional que pueda mejorar las condiciones del paciente.

No maleficencia: Es considerado el más importante, y significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta. Este estudio no generara ningún tipo de daño físico o psicológico.

Justicia: Para cumplir con este principio, primero será necesario evaluar los criterios de selección de los sujetos de investigación para determinar si los individuos pertenecen a ciertas clases y son seleccionados sistemáticamente debido a su vulnerabilidad para ser manipulados, en lugar de ser seleccionados por razones relacionadas directamente con el problema que se está estudiando. Finalmente, cuando el desarrollo de dispositivos y maniobras terapéuticas resultan de investigaciones realizadas en ciertas poblaciones, la justicia exige que estos instrumentos y procedimientos estén disponibles para esas personas sin hacer consideración de su nivel socioeconómico. En este estudio todos los pacientes que formen parte del universo de estudio tendrán la misma posibilidad de participar, sin sufrir discriminación de algún tipo.

- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Cuenta con principios básicos: En la presente investigación ya se evaluaron los riesgos y beneficios previsibles para los participantes, se va a salvaguardar la integridad de las personas que acepten participar, se respetará la intimidad de las personas y se reducirá al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Cada participante será informado suficientemente de los objetivos,

métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas serán informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Se contará con consentimiento informado otorgado libremente por las personas.

- Código de ética médica de Núremberg

En 1997, el Código de Núremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Núremberg, en el que resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos.

Es por ello que el presente estudio cuenta con consentimiento informado, no se generará daño innecesario físico o mental, durante el curso del estudio los participantes tendrán la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento les sea imposible.

- Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaborado por el (CIOMS / OMS). Las pautas del CIOMS siempre se han redactado en colaboración con la OMS. Para las pautas actuales, se definieron mejor la naturaleza y el alcance de esta colaboración con la decisión conjunta de seguir las recomendaciones del Comité de Examen de Directrices de la OMS.

Pauta 1 Valor social y científico, y respeto de los derechos: En relación al valor social la información puede ser importante en razón de su relevancia directa para comprender o intervenir en un problema de salud importante o por la contribución esperada a la investigación que probablemente va a promover la salud de las personas o la salud pública. El valor científico se refiere a la capacidad de un estudio de generar información confiable y válida que permita alcanzar los objetivos enunciados de la investigación. El respeto de los derechos se manifiesta en los requisitos de obtener un consentimiento informado y de asegurar que los riesgos se minimicen y sean razonables en relación con la importancia de la investigación.

En el presente estudio se pretende comprender, analizar la presencia de estigma o sensación de discriminación que tienen las personas que padecen VIH, así mismo si presentan disminución de la autoestima y se creará un grupo de autoayuda para los pacientes, se invitara a formar parte a todos los participantes. La información se obtendrá de instrumentos que analizan y determina presencia de estigma, baja autoestima y si presentan apoyo, a todos los participantes se les proporcionara consentimiento informado.

Pauta 4 Posibles beneficios individuales y riesgos de participar en una investigación
Muchas intervenciones y procedimientos de investigación conllevan riesgos para los participantes. En términos generales, el riesgo ha de entenderse como el estimado de dos factores: primero, cuán probable es que un participante sufra un daño físico, psicológico, social o de otro tipo; y segundo, cuál es la magnitud o importancia de ese daño, se crearan intervenciones para minimizar el riesgo en los participantes, así mismo se fijaran medidas para proteger la confidencialidad de los datos personales.

Pauta 6 Atención de las necesidades de salud de los participantes: La obligación de atender las necesidades de salud de los participantes corresponde al investigador. Se informara previamente a iniciar el estudio a los participantes que se contarán con medidas o intervenciones para minimizar el riesgo y que en caso de requerirse se canalizara para atención médica, se dará un seguimiento durante y posterior al estudio.

Pauta 7 Involucramiento de la comunidad: especialmente importante ya que en el presente estudio se incorporan grupos con enfermedades que estigmatizan, a fin de enfrentar cualquier posible discriminación. Se incorporara a la comunidad lo antes posible para tener un buen funcionamiento del estudio y para que la comunidad pueda comprender el proceso de investigación, se alentara a los miembros a exponer cualquier inquietud que puedan tener desde el inicio del estudio y a medida que avanza la investigación.

Pauta 9 Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado:

El consentimiento informado es un proceso que obliga a dar la información relevante al posible participante, asegurarse de que la persona haya comprendido adecuadamente los datos relevantes y haya decidido o rehusado a participar sin haber sido objeto de coacción, influencia indebida o engaño, protege la libertad de elección de la persona y respeta su autonomía. La información debe proporcionarse en un lenguaje sencillo que el posible participante pueda entender.

En el presente estudio el consentimiento informado se dará a los participantes quienes serán libres de participar, se redactó en lenguaje sencillo y se brindara a los participantes la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas antes o durante la investigación.

Pauta 15 Investigación con personas y grupos vulnerables: las personas son vulnerables porque no tienen la capacidad relativa (o absoluta) de proteger sus propios intereses. Las personas pueden ser vulnerables porque alguna de las circunstancias (temporales o permanentes) en que viven hace menos probable que otros estén atentos y se preocupen por sus intereses. Esto puede suceder con personas marginadas, estigmatizadas o que enfrentan exclusión social o prejuicio, lo que aumenta la probabilidad de que otros pongan sus intereses en riesgo, de manera intencional o no.

En el presente estudio el riesgo que implica es mínimo y se diseñaron medidas de protección para promover la toma voluntaria de decisiones, limitar el potencial de violación de la confidencialidad.

Pauta 18 Las mujeres como participantes en una investigación: La presunción general actual que favorece la inclusión de las mujeres en las investigaciones, en muchas sociedades las mujeres siguen siendo socialmente vulnerables en la realización de estudios. Por ejemplo, pueden sufrir negligencia o daño debido a su condición de sometimiento a una autoridad, su vacilación o incapacidad para hacer preguntas y una tendencia cultural a negar o tolerar dolor y sufrimiento. Cuando las mujeres en estas situaciones son posibles participantes en una investigación, se debe tener especial cuidado en el diseño de la investigación y la evaluación de los riesgos y beneficios, así como en el proceso de consentimiento informado.

Se dará consentimiento informado y se les dará el tiempo necesario y un ambiente apropiado para que tomen la decisión de participar o no en el estudio.

- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos:

Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos. Se respetará plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Artículo 4 Beneficios y efectos nocivos: habrá beneficios directos para los participantes y se reducirá al máximo los posibles efectos nocivos. Artículo 5 Autonomía y responsabilidad individual. Se respetará la autonomía de los participantes en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones. Artículo 6 Consentimiento. Se cuenta con consentimiento informado basado en la información adecuada y se podrá revocar en todo momento y por cualquier motivo. Artículo 8 Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal Al tratarse de un grupo especialmente vulnerables serán protegidos y se respetará la integridad personal de dichos individuos. Artículo 9 Privacidad y confidencialidad La información no se usará para fines distintos para los que se obtuvo el consentimiento. Artículo 10 Igualdad, justicia y equidad. Todos los participantes serán tratados con justicia y equidad. Artículo 11 No discriminación y no estigmatización Ningún participante será sometido a discriminación o estigmatización alguna.

- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Los participantes tendrán beneficios al ser incluidos en el estudio, se contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, se protegerá la privacidad de los participantes.

Se considera como riesgo mínimo ya que en la presente investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio es mínima, se realizarán procedimientos comunes como la aplicación de cuestionarios en los que no se manipulará la conducta del sujeto, pero en los que se tratan aspectos sensitivos de la conducta.

- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos:

En el estudio se va a garantizar que no se exponga a los participantes a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Se protegerán los datos personales de los participantes

- Ley de protección de datos personales: Los datos serán manejados con privacidad, no serán usados con ningún otro fin, los participantes tendrán derecho a solicitar la cancelación de sus datos personales de los archivos o registros.

Este estudio se considera **CON RIESGO MINIMO** para el paciente porque puede presentar incomodidad en la aplicación del instrumento Escala de estigma para VIH de Berger, lo que puede ocasionar en el sujeto en estudio algún conflicto o molestia al contestarlo debido al contenido del cuestionario, sin embargo, se les explicara a todos los participantes de forma más detallada que aspecto quiere medir el instrumento, en caso de ser necesario el paciente puede elegir no seguir contestando el cuestionario, no se alterara la evolución natural de la enfermedad del paciente, ni alteran funciones vitales y no se realizaran procedimientos invasivos.

Comités de ética e investigación: El protocolo pasara por el comité de ética de investigación para consideración, comentarios, consejos y aprobación antes de comenzar el estudio. El comité considerara las leyes y reglamentos que se encuentran vigentes en nuestro país, así como las normas internacionales vigentes.

Consentimiento informado: Se solicitara de manera voluntaria la participación en la investigación a las personas que cumplan con los criterios de inclusión; las personas que acepten participar lo harán mediante el consentimiento informado diseñado para tal efecto. De ser necesario o apropiado se consultara con los familiares del participante.

Cada participante recibirá información adecuada acerca de los objetivos, métodos, posibles conflictos de intereses, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio, afiliaciones institucionales, fuentes de financiamiento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. Los participantes serán informados respecto al derecho de participar o no en la investigación y de retirarse cualquier momento que lo deseen, sin exponerse a represalias.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Y P. Ortiz Alejandre Martha Narayani

Director de Tesis: E. EN M.F. Paniagua Cortez Mauricio

IX.CRÉDITOS

M.C. Y P. Ortiz Alejandro Martha Narayani

E. EN M.F. Paniagua Cortez Mauricio

X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El estudio conto con los siguientes recursos:

X.1 RECURSOS HUMANOS

Se contó con un investigador el cual llevo a cabo las tareas de investigar, encuestar y analizar los resultados obtenidos, se encuestó a 185 pacientes portadores de VIH los cuales con previa autorización y firma de consentimiento informado, se contó con el Dr. Mauricio Paniagua Cortez como asesor temático y metodológico.

X.2 RECURSOS FÍSICOS

Los recursos físicos fueron proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el cual se contó con las áreas específicas para el desarrollo de las actividades como aplicación de las encuestas dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 92 para la obtención de la información requerida, así como una computadora con los programas Microsoft Excel 2010 y programa estadístico SPSS.

X.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros fueron proporcionados por la beca asignada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

XI. RESULTADOS

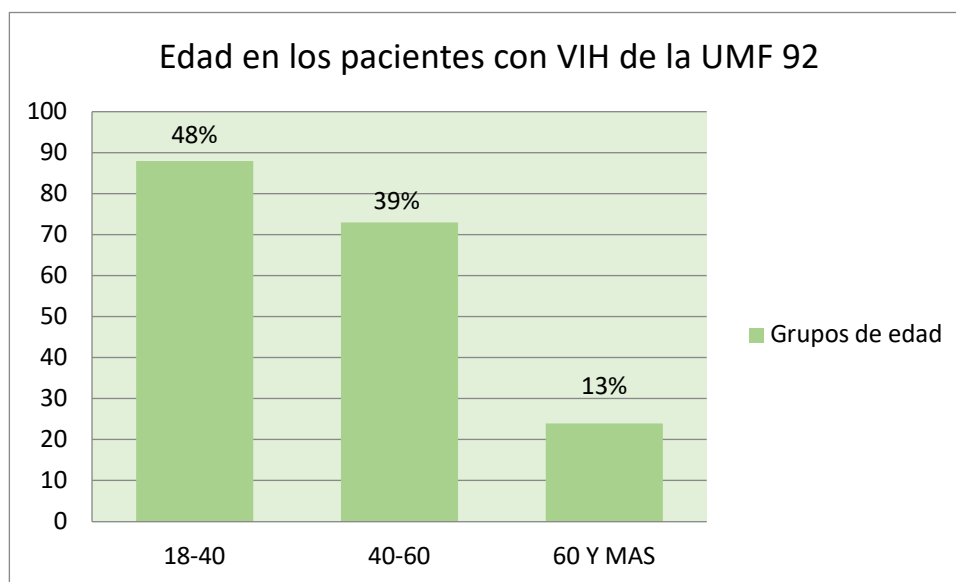
Se aplicaron 185 encuestas de tipo transversal a pacientes; en cuanto a grupo de edad de 18 a 40 años de edad es del 48% (n=88), seguido del grupo de 40-60 años de edad con un 39% (n=73%), seguido del grupo 60 y más años de edad con un 13% (n=24) La edad media fue de 42 años con una moda de 34 años. (Gráfico 1)

Tabla 1. Porcentajes de edad en pacientes con VIH de la UMF 92

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
18-40	88	48%	48	48
40-60	73	39%	39	87
60 Y MAS	24	13%	13	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

Gráfico 1 Porcentaje de edad en pacientes con VIH de la UMF 92



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

En cuanto a sexo, se aplicaron a ambos sexos, la muestra conformada por 96% del sexo masculino (n=177) y 4% del sexo femenino (n=8) (gráfico 2)

Tabla 2 Porcentajes de sexo (genero) en paciente con VIH de la UMF 92

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
MASCULINO	177	96%	96	96
FEMENINO	8	4%	4	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019.

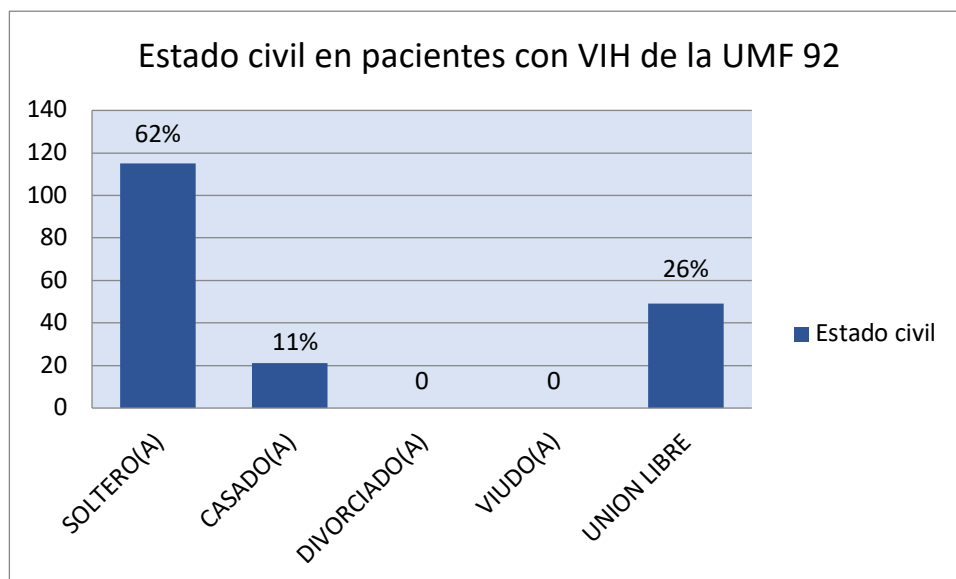
En cuanto al estado civil el 62% de los pacientes son solteros(n=115), el 26% se encuentran en unión libre (n=49), seguidos del 11% que se encuentran casados (n=21), no se presentaron pacientes con estado civil divorciado o viudo. (Gráfico 3)

Tabla 3 Porcentajes de estado civil en pacientes con VIH de la UMF 92

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
SOLTERO(A)	115	62%	62	62
CASADO(A)	21	12%	12	74
DIVORCIADO(A)	0	0%	0	74
VIUDO(A)	0	0%	0	74
UNION LIBRE	49	26%	26	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

Gráfico 3 Porcentaje de estado civil en pacientes con VIH de la UMF 92



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

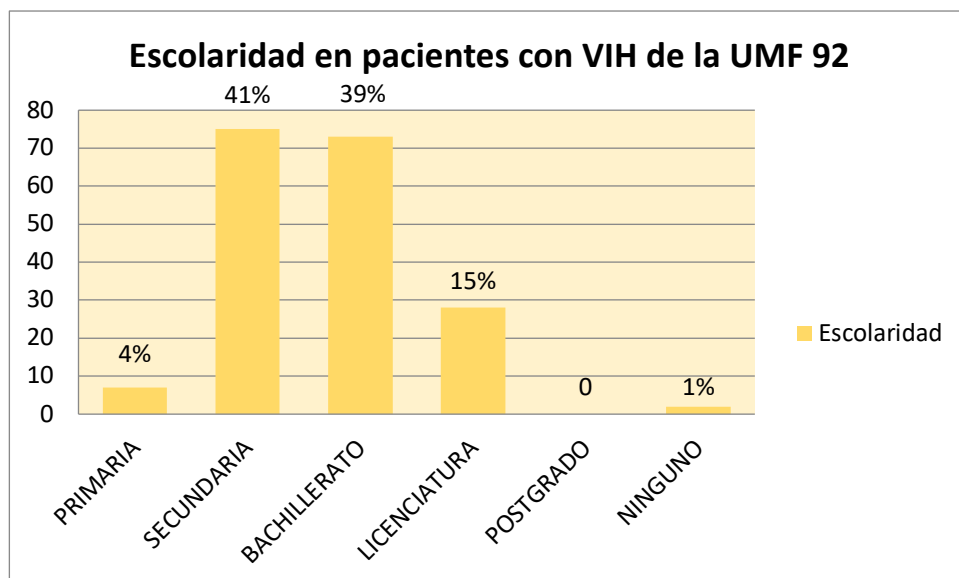
En cuanto a la escolaridad de los paciente se encontró que el 41% tienen primaria completa (n=73), 39% bachillerato completo (n=73), 15% licenciatura completa (n=28), 4% primaria completa (n=7), 1% ningún grado de estudios (n=2) y no se reportó pacientes con postgrado. (Gráfico 4)

Tabla 4 Porcentajes de escolaridad en pacientes con VIH de la UMF 92

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMARIA	7	4%	4	4
SECUNDARIA	75	41%	41	45
BACHILLERATO	73	39%	39	84
LICENCIATURA	28	15%	15	99
POSTGRADO	0	0%	0	99
NINGUNO	2	1%	1	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019.

Gráfico 4 Porcentaje de escolaridad en pacientes con VIH de la UMF 92



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

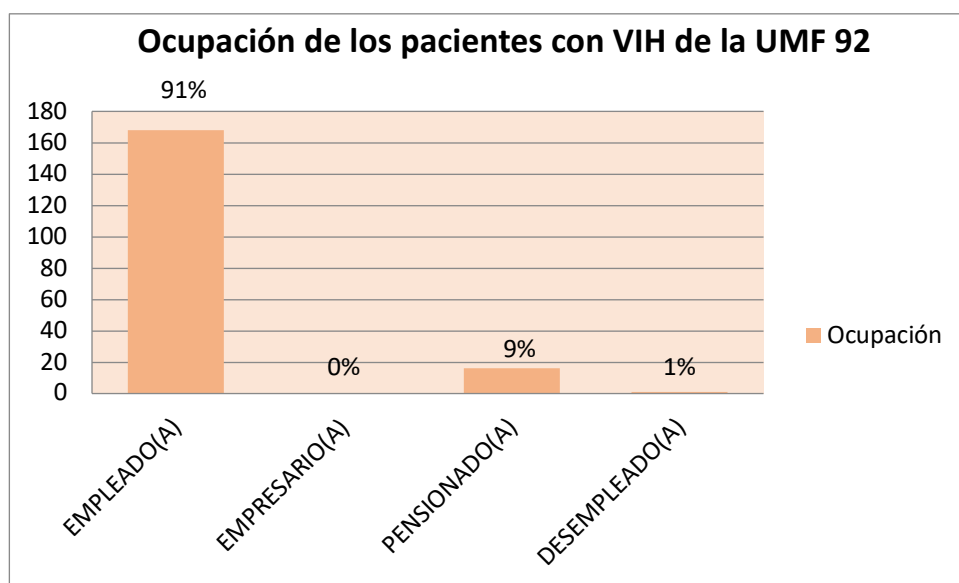
En cuanto a ocupación el 91% de los pacientes son empleados (n=168), seguidos del 9.4% que son pacientes pensionados (n=16) y finalmente 0.6% desempleado (n=1), no se encontraron pacientes empresarios. (Gráfico 5)

Tabla 5 Porcentajes de ocupación en pacientes con VIH de la UMF 92

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
EMPLEADO(A)	168	91%	91	91
EMPRESARIO(A)	0	0%	0	91
PENSIONADO(A)	16	9%	9	99
DESEMPLEADO(A)	1	1%	1	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

Gráfico 5 Ocupación de los pacientes con VIH de la UMF 92



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

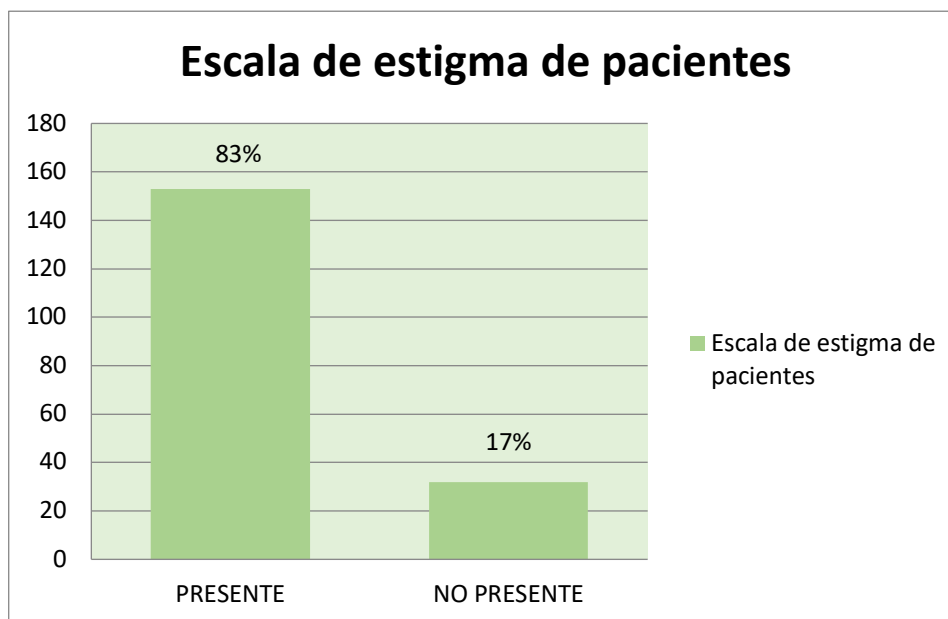
Se aplicó el instrumento escala de estigma para VIH de Berger a pacientes con VIH, el cual refleja la presencia o no se estigma, se observó que el 83% de los pacientes presentan presencia de estigma (n=153), mientras que el 17% de los pacientes no presento presencia de estigma (n=32). (Grafico 6)

Tabla 6 Porcentajes de estigmatización en pacientes con VIH de la UMF 92

ESTIGMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
PRESENTE	153	83%	83	83
NO PRESENTE	32	17%	17	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019.

Gráfico 6 Porcentaje de estigmatización en pacientes con VIH de la UMF 92



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

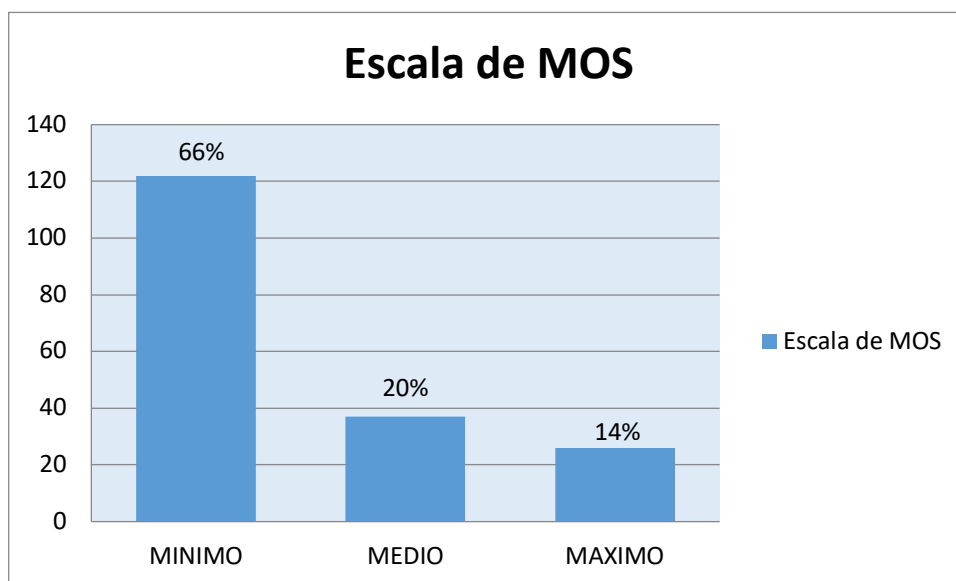
Se aplicó el instrumento Escala de MOS, que evalúa el apoyo social que presentan los pacientes, se observó que el 66% presenta un apoyo mínimo (n=144), 20% presenta un apoyo medio (n=20) y el 14% de los pacientes presentaron un apoyo máximo (n=18). (Gráfico 7)

Tabla 7 Porcentajes de apoyo social en pacientes con VIH de la UMF 92

APOYO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
MINIMO	122	66%	66	66
MEDIO	37	20%	20	86
MÁXIMO	26	14%	14	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019.

Gráfico 7 Porcentaje de apoyo social en pacientes con VIH de la UMF 92



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

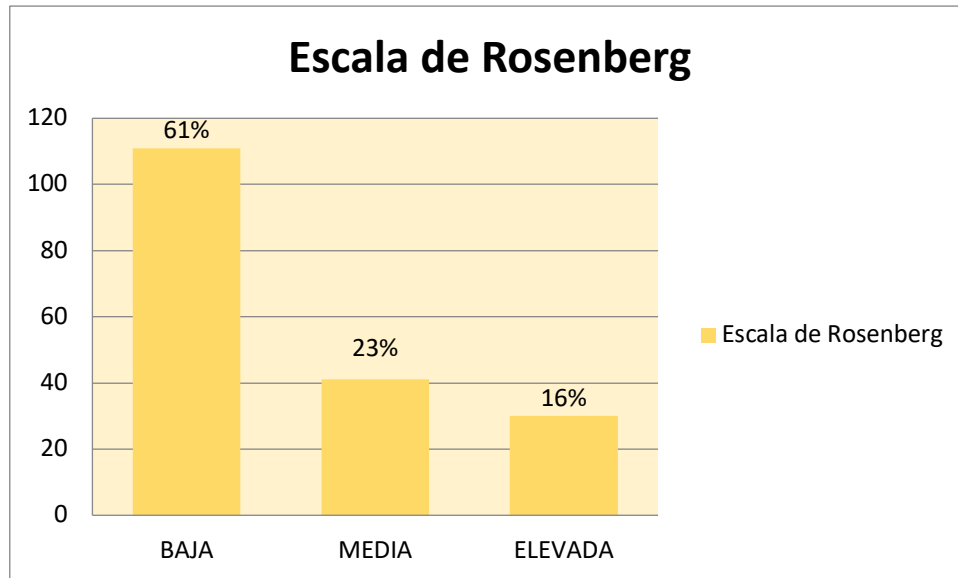
Se aplicó el instrumento escala de Rosenberg, el cual refleja si presenta autoestima baja, media o elevada, presentando 61% de los pacientes autoestima baja (n=128), 23% de los pacientes autoestima media (n=27) y 16% (n=30) de los pacientes autoestima elevada. (Gráfico 8)

Tabla 8 Porcentajes de grado de autoestima en pacientes con VIH de la UMF 92

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDADO	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJA	128	69%	69	69
MEDIA	27	15%	15	84
ELEVADA	30	16%	16	100
TOTAL	185	100%	100	100

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

Gráfico 8 Porcentaje de grado de autoestima en pacientes con VIH de la UMF 92.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de la UMF 92 en el año 2019

Tabla 9. Comprobación de hipótesis relación entre estigma percibido y autoestima en el paciente con VIH.

Con respecto al análisis de variables de estigma y autoestima se encontró lo siguiente estigma presente con autoestima baja 69% (n=128), estigma presente y autoestima media 10 % (n=19), estigma presente y autoestima elevada 3% (n=6), estigma ausente y autoestima media 4% (n=8) y estigma ausente con autoestima elevada 13% (n=24)

		Autoestima			Total	Porcentaje
		autoestima baja- porcentaje	autoestima media- porcentaje	autoestima elevada- porcentaje		
estigma categoría	Estigma presente	128 - 69%	19 - 10%	6 - 3%	153.00	82.70%
	Estigma ausente	0 - 0%	8 - 8%	24 - 13%	32.00	17.30%
Total		128 - 69%	27 - 15%	30 - 16%	185.00	100.00%

Fuente: base de datos, paquete estadístico SPSS

Tabla 10. Comprobación de hipótesis relación entre apoyo social y autoestima del paciente con VIH.

Con respecto al análisis de variables de apoyo social y autoestima se encontró lo siguiente apoyo mínimo con autoestima baja 68% (n=125), apoyo mínimo con autoestima media 9% (n=16), apoyo mínimo con autoestima elevada 2% (n=3), apoyo medio con autoestima baja 0.5% (n=1), apoyo medio con autoestima media 4.5% (n=9), apoyo medio con autoestima elevada 7% (n=13), apoyo máximo con autoestima baja 1% (n=2), apoyo máximo con autoestima media 1% (n=2), apoyo máximo con autoestima elevada 8% (n=14)

		Autoestima			Total	Porcentaje
		autoestima baja- porcentaje	autoestima media- porcentaje	autoestima elevada- porcentaje		
apoyo social categorizado	apoyo mínimo	125 - 68%	16 - 9%	3 - 2%	144	78%
	apoyo medio	1 - 0.5%	9 - 4.5%	13 - 7%	23	12%
	apoyo máximo	2 - 1%	2 - 1%	14 - 8%	18	10%
Total		128	27	30	185	100%

Fuente: base de datos, paquete estadístico SPSS

Tabla 11. Comprobación de hipótesis relación entre estigma, apoyo social y autoestima del paciente con VIH.

Se realizó la relación de variables mediante el método estadístico Rho de Sperman con una significancia de 0.000, el cual es una significancia bilateral. Entre estigma, apoyo social y autoestima en pacientes con VIH de la UMF 92, el cual se muestra a continuación.

Estigma categoría			autoestima			Total	Porcentajes
			autoestima baja	autoestima media	autoestima elevada		
Estigma presente	apoyo social categorizado	apoyo mínimo	125 - 82%	14 - 9%	2 - 1%	141	92%
		apoyo medio	1 - 1%	5 - 3%	3 - 2%	9	6%
		apoyo máximo	2 - 1%	0 - 0%	1 - 1%	3	2%
	Total		128	19 - 12%	6	153	100%
Estigma ausente	apoyo social categorizado	apoyo mínimo		2	1	3	9%
		apoyo medio		4	10	14	44%
		apoyo máximo		2	13	15	47%
	Total			8	24	32	100%
	apoyo social categorizado	apoyo mínimo	125	16	3	144	78%
		apoyo medio	1	9	13	23	12%
		apoyo máximo	2	2	14	18	10%
	Total		128	27	30	185	100%

Correlaciones

			Estigma	Apoyo Social	AutoEstima
Rho de Spearman	Estigma	Coeficiente de correlación	1.000	.765**	.741**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	185	185	185
	Apoyo Social	Coeficiente de correlación	.765**	1.000	.758**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	185	185	185
	AutoEstima	Coeficiente de correlación	.741**	.758**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	185	185	185

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

XII. DISCUSIÓN

De acuerdo al centro nacional para la prevención y el control del VIH y el sida los casos notificados según el sexo en México hasta el año 2019 era de 173,446 en hombres que equivale al 82.2% y de 37,485 mujeres que equivale a 17.8% de los casos, en los resultados de esta investigación también hubo predominio del sexo masculino que represento 96% de los casos reportados. ⁵

El registro nacional de casos de sida en la actualización del cierre del año 2019 nos indica que con respecto al sexo fueron 173,446 hombres (82.2%) y para las mujeres 37,485 (17.8%), en las encuestas aplicadas se observó que en la población de la UMF 92 la mayoría de los portadores de VIH son del género masculino.⁵

Según Radusky P. la asociación entre estigma y VIH se debe a múltiples razones, una de las principales razones es que la enfermedad es percibida como peligrosa creando evitación de las personas con dicha enfermedad, la presencia de estigma se sostiene por la falta de conocimiento que genera temor al contacto produciendo efectos negativos en la calidad de la vida, estos hallazgos coinciden con los observados en el presente estudio ya que existe falta de conocimiento de la patología lo cual genera rechazo por parte de la sociedad en general. ¹⁴

El estigma relacionado con el VIH según Varas-Díaz N y cols. Impacta a la salud mental causando depresión, baja de autoestima, aumentando la progresión de la enfermedad y de igual forma entorpece la interacción con la sociedad y reduce las redes sociales significativamente, en la población estudiada los pacientes con presencia de estigma presentaron de igual forma autoestima baja y en ocasiones presencia de apoyo social mínimo. ¹⁷

Diversos estudio han demostrado que la presencia de apoyo social por parte de la sociedad es necesaria para un adecuado mantenimiento de la salud, Remor E

encontró relación entre la presencia de apoyo social y la depresión en este grupo de pacientes, en el presente estudio se encontró que los pacientes que presentan un mayor apoyo social afrontan de mejor forma los retos que supone vivir con VIH.

24

El virus ha afectado en gran medida y de manera desproporcionada a las familias de los pacientes ONUSIDA refiere que la fortaleza de las familias y las redes familiares son fundamentales para hacer frente a la enfermedad, ya que la familia fuerte y unida es una de las primeras líneas de defensa.³¹

Trzesniwski sugiere que las personas con autoestima baja tienen más altas probabilidades de presentar alteraciones en la salud, así como trastornos psiquiátricos como depresión. Otros estudios indican que la presencia de autoestima baja se relaciona con relaciones sexuales precoces, mayor número de parejas sexuales, dificultad para la asertividad sexual y mayor frecuencia de prácticas sexuales de riesgo. Si bien ya se ha estudiado que los pacientes con VIH/sida debido a la presencia de estigmatización y la falta de apoyo social presentan autoestima baja, se podría creer que aumenta significativamente más su riesgo de presentar prácticas sexuales de riesgo, por lo que debemos actuar para evitar que se presenten los factores que precipitan a disminución del autoestima.³⁴

XIII. CONCLUSIONES

Las variables sociodemográficas no distan de lo indicado en las encuestas de salud a nivel nacional ya que la mayoría de la población que se estudió resultó del género masculino menores de 40 años de edad, de igual forma la mayoría de los pacientes dio positivo a ser homosexual.

En cuanto a la estigmatización se observó que los pacientes de la UMF 92 en su gran mayoría presentan estigma presente, el cual se sostiene por la falta de conocimiento que genera temor al contacto y les produce efectos negativos en la calidad de vida, entorpece las acciones de prevención, genera que las personas no acudan a realización de detecciones y reduce la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Se presentó un mínimo apoyo social en su mayoría, lo cual se ha relacionado con una mayor frecuencia de factores sindemicos que aumentan los riesgos del virus, incluida la depresión y la disminución en el autoestima de los pacientes.

De acuerdo a la evaluación del nivel de autoestima de los pacientes de encontré que en su gran mayoría presenta una autoestima baja, demostrando que el nivel de depresión guarda relación con la presencia de estigmatización y con un apoyo social mínimo, por lo cual considero que es prioritario realizar intervenciones de afrontamiento de la estigmatización en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Se demostró que existe relación significativa entre la presencia de estigma presente, el apoyo social mínimo con un nivel de autoestima baja en los pacientes con VIH de la UMF 92 en el 2019, lo que permite aceptar nuestra hipótesis de trabajo y descartar la hipótesis nula.

XIV RECOMENDACIONES

- Realizar intervenciones dirigidas a las personas con VIH para capacitar acerca de cómo afrontar la presencia de estigma, creando en la unidad de medicina familiar grupos de autoapoyo para pacientes con VIH, se deben realizar intervenciones con el fin de empoderar a los pacientes para que así comprendan adecuadamente sus derechos y actúen en violación de los mismos.
- Otorgar pláticas a la población total de los pacientes acerca del tema de VIH, se debe proporcionar información precisa sobre el virus de la inmunodeficiencia humana que aborde el miedo a las personas infectadas por el VIH y cambie así las actitudes sociales negativas. Se pretende combatir el prejuicio y la discriminación y crear actitudes más tolerantes.
- Dar sesiones a los médicos familiares para dar a conocer los resultados del estudio aplicado en la UMF 92 y crear conciencia en los médicos del alto grado de estigmatización y del poco apoyo que se les da como sociedad, se debe orientar a los médicos acerca de una atención imparcial a los pacientes con VIH/sida.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Sax P. Acute and early HIV infection: Pathogenesis and epidemiology. [Internet] [citado 04 de junio 2018] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-pathogenesis-and-epidemiology>.
2. Quinn T. Global epidemiology of HIV infection. [Internet] [citado 29 de julio 2018] [4 p.] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection>
3. Secretaria de salud, Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiologica del VIH- sida. [Interne] [citado en septiembre del 2012]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236888/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf
4. Instituto de Salud del Estado de México. [Internet]. Estado de México Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/isem/tp_vs_estadisticas
5. INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Internet]. México: INEGI; 2017. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/encig/2017/default.html> consultado el 24 de noviembre de 2019.
6. Izazola-Licea J. Transmisión homosexual del VIH/sida en México. [Internet] [citado 17 de junio 2018] [6 p.] disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/smp/article/view/5888/6636>
7. Sax P. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and Adolescents. [Internet] [citado 17 de junio 2018] [3 p.] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents?search=the%20natural%20history%20and%20clinical%20features%20of%20hiv%20infection%20in%20adults%20and%20adolescents.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

8. Sax P. Screening and diagnostic testing for HIV infection [Internet] [citado 03 de julio 2018] [3 p.] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/screening-and-diagnostic-testing-for-hiv-infection>
9. Sax P. Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis [Internet] [citado 17 de junio 2018] [5 p.] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=acute-and-early-hiv-infection-clinical-%20manifestations-and-diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
10. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. Guía para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana VIH 2018 [Internet] [citado 2018] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286892/Gu_a_de_detecci_n_de_VIH_Censida_2018_VF.pdf
11. Secretaria de Salud. Guía de manejo antiretroviral de las personas con VIH. [Internet] [Citado en 2018] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/470115/Fragmento_Gu_a_de_Manejo_ARV.pdf
12. Sax P. Acute and early HIV infection: Treatment. [Internet] [citado 17 de junio 2018] [5 p.] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-treatment>
13. Pant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadhais C, et al. Supervised and Unsupervised Self-Testing for HIV in High- and Low-Risk Populations: A Systematic Review. PLoS Med 10 [Internet] 2013. [citado 17 de junio 2018] 17 (2): 7-24. Disponible en: <http://dx.doi:10.1371/journal.pmed.1001414>
14. Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L, Posada-Zapata IC. Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. Convergencia [Internet]. [citado 15 de junio 2018](7):57-74. Disponible desde: <http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v25n76/2448-5799-conver-25-76-00057.pdf>

15. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From Conceptualizing to Measuring VIH Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS Behav.* [Internet] 2009 [citado 17 de junio 2018] 13(6):1160-77. Disponible desde: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
16. Radusky P, Zalazar V, Arístegui I, Sued O, Mikulic IM. Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH en Buenos Aires, Argentina [Internet] 2017 [citado 17 de junio 2018] 17 (2): 7-24. Disponible en: <https://www.dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/669>
17. Stockton MA, Giger K, Nyblade L. A scoping review of the role of HIV-related stigma and discrimination in noncommunicable disease care [Internet]. 2018 junio [citado 17 de junio 2018] 13(6):1–18. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199602>
18. ONUSIDA. [Internet] Índice de estigma y discriminación en personas con VIH [citado 2018 Jun 17] disponible en: <http://onusidalac.org/1/images/2017/indice-ED-200218.pdf>
19. Varas-Díaz N, Neilands TB, Guilamo-Ramos V, Cintrón Bou FN. Desarrollo de la Escala sobre el Estigma Relacionado con el VIH/SIDA para Profesionales de la Salud mediante el uso de métodos mixtos. *Rev Puertorriquena Psicol.* 2008;19:183–215.
20. Fuster-Ruiz de Apodaca M, Molero F, Ubillos S. Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it *Anales de psicología.* [Internet]. 1 de enero del 2016. [citado junio del 2018];32(1):39-49 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16743391005>
21. Préau M, Bouhnik A., Peretti-Watel P, Obadia Y, Spire B, Group tA. Suicide attempts among people living with HIV in France. *AIDS Care.* [Internet]. 1 de enero del 2016. [citado junio del 2018];;20(8):917-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09540120701777249>

22. Sowell R. Stigma and Discrimination Threats to Living Positively with Human Immunodeficiency Virus. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2018 [citado junio del 2018] 53(1):111–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.10.006>
23. Winnie W. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2017. Sept [citado junio del 2018];19(1):1–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617304215>
24. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Res Nurs Health*. [Internet]. 1 de enero del 2001. [citado junio del 2018] 24(6):518- 29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.10011>
25. Brennan-Ing, M., Seidel, L., & Karpiak, S. E. (2016). Social Support Systems and Social Network Characteristics of Older Adults with HIV. *HIV and Aging*. . [Internet]. 1 de enero del 2016. [citado junio del 2018] Disponible en: 159–172. doi:10.1159/000448561
26. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Elsevier [Internet]. 2002 [citado junio del 2018]; 30(3):143–8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2)
27. Gill Green. Social support and HIV, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, [Internet] 2016 [citado junio del 2018] 5:1, 87-104 Disponible en: DOI: 10.1080/09540129308258587
28. ONUSIDA. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016. [citada Junio 2018]. Disponible en: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
29. Fang L, Chuang D-M, Al-Raes M. Social support, mental health needs, and HIV risk behaviors: a gender-specific, correlation study. *BMC Public Health*. [Internet] 2012 [citado 04 de junio 2019]; 30 (3): 143-148. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6985-9>

30. Qiao, S., Li, X., & Stanton, B. (2013). *Social Support and HIV-related Risk Behaviors: A Systematic Review of the Global Literature*. *AIDS and Behavior*. [Internet] 2013 [citado 04 de junio 2019]; 18(2), 419–441. Disponible desde: <https://doi:10.1007/s10461-013-0561-6>
31. Painter TM, Song EY, Mullins MM, Mann-Jackson L, Alonzo J, Reboussin BA, et al. Social Support and Other Factors Associated with HIV Testing by Hispanic/Latino Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the U.S. South. *AIDS Behav* [Internet]. 2019, mayo [citado 2019 Jun 04] Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31102108>
32. Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, et al. (2017) Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. *PLoS ONE* 12(8): e0180699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180699>
33. Mohanan P, Kamath A. Family support for reducing morbidity and mortality in people with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD006046. DOI: 10.1002/14651858.CD006046.pub2. www.cochranelibrary.com
34. Ahumada de la R del Castillo L, Muñoz B, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia* [Internet]. 2005, enero [cited 2019 Jun 04]; 6 (1). Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/267808696_Validacion_del_cuestionario_MOS_de_apoyo_social_en_Atencion Primaria
35. Christina Doré, « L'estime de soi : analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 2017, mayo [citado 2019 Jun 04] Disponible desde: <https://DOI.10.3917/rsi.129.0018>.
36. Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, et al. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. [Internet]. 2017, mayo [citado 2019 Jun

04] PLoS ONE 12(8): e0180699. Disponible desde:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180699>

37. Ruiz E, Ballester-Arnal R, Gil Llario M, Giménez-García C. El papel de la autoestima en la prevención del VIH de jóvenes españoles. *INFAD Psicol.* [Internet]. 2017 Oct. [cited 2019 Jun 04]; 2(1): 15-21. Disponible desde:

<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/914/793>

38. Lemus R. La escala de la autoestima de Rosenberg, una herramienta muy útil [Internet]. 2017 Jun [Cited 2018 Jun 17]. Available from:

<https://lamenteesmaravillosa.com/la-escala-la-autoestima-rosenberg-una-herramienta-util/>

X.- ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 92

ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE
CON VIH EN LA UMF 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2019”

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO:

Edad:

Sexo:

Contesta las siguientes preguntas, subrayando la opción con la que más te identifiques

1.- ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

1) Soltero(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viudo(a) (5) Unión libre

2.- ¿CUAL ES SU ESCOLARIDAD:

(1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Licenciatura (5) Posgrado (6)
Ninguno

2.- ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

(1) Empleado(a) (2) Empresario(a) (3) Pensionado(a) (4) desempleado(a)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 92

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO:

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 92

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO:

ESCALA DE ESTIGMA PARA VIH DE BERGER A PACIENTES CON VIH.

Encierra en un círculo las letras o números que van con tu respuesta. Totalmente en desacuerdo (TD), en desacuerdo (D), de acuerdo (A) o totalmente de acuerdo (TA).

	TD	D	A	TA
1.- En muchas áreas de mi vida nadie sabe que tengo VIH				
2.- Me siento culpable porque tengo VIH				
3.- Las actitudes de las personas sobre el VIH me hacen sentir peor acerca de mí mismo				
4.- Decirle a alguien que tengo VIH es arriesgado				
5.- Las personas con VIH pierden su trabajo cuando los empleadores los descubren				
6.- Trabajo duro para mantener mi VIH en secreto				
7.- siento que no soy una persona tan buena como las otras porque tengo VIH				
8.- Nunca me siento avergonzado de tener VIH				
9.- Las personas con VIH son tratadas con repudio				
10.- La mayoría de la gente cree que una persona que tiene VIH está sucio				
11.- Es más fácil evitar nuevas amistades que preocuparse sobre decirle a alguien que tiene VIH				

12.- Tener VIH me hace sentir sucio				
13.- desde que me entere que tengo VIH me siento separado y aislado del resto del mundo				
14.- La mayoría de las personas piensa que una personas con VIH es asqueroso				
15.- Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona				
16.- La mayoría de las personas con VIH son rechazadas cuando otros lo descubren				
17.- Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH				
18.- Algunas personas que saben que tengo VIH se han distanciado				
19.- Desde que me entere que tengo VIH, me preocupa que las personas me discriminen				
20.- La mayoría de la gente se siente incómoda con alguien con VIH				
21.- Nunca siento la necesidad de ocultar el hecho que tengo VIH				
22.- Me preocupa que la gente pueda juzgarme cuando se enteran que tengo VIH				
23.- Tener VIH en mi cuerpo es desagradable para mi				

Muchos de los ítems en esta próxima sección asumen que les has dicho a otras personas que tiene VIH, o que otros saben. Esto puede ser no cierto para ti, si el ítem se refiere a algo que no te ha sucedido imagínate en esa situación y después responde en función de cómo piensas que se sentiría que los demás reaccionarían ante usted

	T	D	A	TA
24.- Me ha dolido como las personas reaccionaron al saber que tengo VIH				

26.- Lamento haberles dicho a algunas personas que tengo VIH				
27.- Decirle a otras personas que tengo VIH ha sido un error				
28.- Algunas personas evitan tócame una vez que saben que tengo VIH				
29.- Las personas que me preocupan dejaron de llamar después de saber que tengo VIH				
30.- La gente me ha dicho que contraer VIH es lo que merezco por como viví mi vida				
31.- Algunas personas cercanas de mi tiene miedo de que otros los rechacen si se sabe que tengo VIH				
32.- La gente no me quiere cerca de sus hijos una vez que saben que tengo VIH				
33.- la gente se ha alejado físicamente de mi cuando se entera que tengo VIH				
34.- Algunas personas actúan como si fuera culpa mía tener VIH				
35.- He dejado de socializar con algunas personas debido a sus reacciones ante el hecho de que tengo VIH				
36.- he perdido amigos diciéndoles que tengo VIH				
37.- Les he dicho a personas cercanas a mí que mantengan el hecho de que tengo VIH en secreto				
38.- Las personas que saben que tengo VIH tienden a ignorar mis puntos buenos				
39.- La gente me tiene miedo una vez que saben que tengo VIH				
40.- Cuando las personas descubren que tiene VIH, buscan defectos en tu persona				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 92

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO:

ESCALA N° 2: DE MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares ...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraze.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	RELACIÓN ENTRE ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO SOCIAL CON EL AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON VIH EN LA UMF 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2019						
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA						
Lugar y fecha:	DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, UMF 92, ESTADO DE MEXICO.						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	Les estamos invitando a participar en una investigación para demostrar que cuando las personas tienen vergüenza, miedo y que no tienen un apoyo social adecuado presentaran disminución de la satisfacción personal y puede ocasionar que no acudan con el médico o que no lleven un tratamiento adecuado.						
Procedimientos:	Se llevarán a cabo mediante encuestas como instrumento de medición, a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 92 previa firma de autorización de este consentimiento informado						
Posibles riesgos y molestias:	No se presenta riesgo, puede presentar incomodidad en la aplicación del instrumento Escala de estigma para VIH de Berger, lo que puede ocasionar molestia al contestarlo debido al contenido del cuestionario, sin embargo, se les explicara a todos los participantes de forma más detallada que aspecto quiere medir el instrumento, en caso de ser necesario el paciente puede elegir no seguir contestando el cuestionario no se alterara la evolución natural de la enfermedad del paciente, ni alteran funciones vitales y no se realizaran procedimientos invasivos.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se invitará a formar parte a todos los participantes a un grupo de autoayuda, en caso de que presenten autoestima baja o se encuentren con sentimientos de discriminación se insistirá en la participación en el grupo de autoayuda.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado se entregará en forma individual al terminar de analizar la información, procurando la confidencialidad y la protección de datos personales, de cada paciente. En caso de que usted lo requiera y este de acuerdo se canalizara con su médico familiar para dar seguimiento y establecer estrategias de mejora.						
Participación o retiro:	Usted es libre de participar o no en el estudio. Durante la participación nos comprometemos a responder dudas o aclaraciones. Es libre de retirarse en cualquier momento del estudio.						
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos personales obtenidos durante el estudio que pudieran ayudar para la identificación de los pacientes se mantendrán como confidenciales. A cada paciente se le identificará solamente con número de folio y todos los datos personales que ayuden a la identificación serán resguardados por el investigador principal en documentos aparte.						
En caso de colección de material biológico (No aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Se dará seguimiento estrecho al paciente						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Ortiz Alejandra Martha Narayani Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar Tel: 4434111143 narayani.alejandre@gmail.com						
Colaboradores:	Asesor Temático y Metodológico Medico Familiar Mauricio Paniagua Cortez Profesor Titular de la Especialidad TEL 5545116106 jegm25@gmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



Ecatepec de Morelos, Estado de México a 11 de marzo de 2019

Oficio No. 15.30.05 2110/1494/EDUCMED/23/2019

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE PARA REALIZACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Por este medio me permito informarle que no hay inconveniente para la realización de los proyectos de investigación de los médicos residentes de dicho curso, para el año académico 2019. El proyecto lleva como título: **ESTIGMATIZACION Y APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON VIH EN LA UMF 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2019**

AUTOR: Ortiz Alejandre Martha Narayani

ASESOR METODOLOGICO Y TEMATICO: MAURICIO PANIAGUA CORTEZ

Agradeciendo su atención y su invaluable apoyo para el cumplimiento de los programas universitarios e institucionales, quedo de usted.

ATENTAMENTE.


DRA. MARINA LAURA MARTINEZ MORGADO
DIRECTORA
UMF 92

Ccp: 