

ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO QUE LOS PACIENTES CON VIH PERCIBEN DE
SU FAMILIA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CLEMENTINA DEL RÍO LÓPEZ

2024



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**“ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO QUE LOS PACIENTES CON VIH
PERCIBEN DE SU FAMILIA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL
DE ATENCIÓN”**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. CLEMENTINA DEL RÍO LÓPEZ

Dirigido por:

DR. OMAR RANGEL VILICAÑA

Querétaro, Qro. a Febrero del 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

Tesis

“ESTIGMATIZACIÓN Y APOYO QUE LOS PACIENTES CON VIH PERCIBEN DE SU FAMILIA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Clementina del Río López

Dirigido por:

M.D. Omar Rangel Villicaña

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Presidente

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Secretario

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Vocal

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno

Suplente

Mtra. Roxana Cervantes Becerra

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Enero, 2023.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad del VIH/SIDA es una enfermedad pandémica, infectocontagiosa, prevenible, que se considera un reto en salud pública por el impacto socio-económico y sanitario que genera en el sistema de salud. El contexto social en el que ellos viven actualmente donde la discriminación y el estigma siguen siendo una realidad. Ante esta situación, la familia debe ser la principal red de apoyo y piedra angular frente a esta condición de vida. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo, se realizó escalas de Likert de apoyo y estigmatización en 100 pacientes con VIH/SIDA del HGR1 en 2023, a través de muestreo no probabilístico seleccionado por conveniencia. Las variables estudiadas fueron el estigma, apoyo familiar, edad, sexo, orientación sexual y escolaridad. El análisis fue mediante estadística descriptiva utilizándose frecuencias, intervalos de confianza y porcentajes. Es un estudio que se realizó de acuerdo a normas éticas internacionales. **Resultados:** Se analizaron 100 pacientes con VIH/SIDA, el género predominante fue el masculino con 94% y 6% femenino, el promedio de edad fue 31-40 años, escolaridad con licenciatura en 66%; 87% empleado y la orientación sexual fue homosexual en 57%. En cuanto al grado de apoyo y estigmatización, el 98% percibieron alto apoyo familiar, y 97% con baja estigmatización. **Conclusiones:** Los pacientes con Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) que **asistieron a la consulta externa del HGR1**, se percibieron con baja estigmatización y mayor apoyo por parte de su familia.

Palabras clave: Apoyo familiar, Estigmatización, Percepción, VIH/SIDA.

Summary

Introduction: HIV/AIDS is a pandemic, infectious, preventable disease, considered a public health challenge due to the socio-economic and health impact it generates in the health system. The social context in which they currently live is a scenario where stigma and discrimination are a reality. Faced with this situation, the family should be the main support network and cornerstone in the face of this life condition. **Material and methods:** Observational, descriptive cross-sectional study, Likert scales of support and stigmatization were performed in 100 patients with HIV/AIDS from HGR1 in 2023, through non-probabilistic sampling selected for convenience. The variables studied were stigma, family support, age, sex, sexual orientation and education. The analysis was through descriptive statistics using frequencies, percentages and confidence intervals. Study subject to international ethical standards. **Results:** 100 patients with HIV/AIDS were analyzed, the predominant gender was male with 94% and 6% female, the average age was 31-40 years, schooling with 66%; 87% employed and the sexual orientation was homosexual in 57%. Regarding the degree of support and stigmatization, 98% perceived high family support, and 97% with low stigmatization. **Conclusions:** Patients with HIV/AIDS who attended the HGR1 outpatient clinic perceived themselves as having low stigmatization and greater support from their family.

Keywords: Family support, Stigma, Perception, HIV/AIDS.

Dedicatoria

A mis abuelos que aunque ya no están físicamente en este plano terrenal, se que siempre están conmigo, en cada paso, en cada logro e incluso en mis días más oscuros y que gracias a sus enseñanzas que día a día hacen de mí una mejor persona . Gracias .

A mi familia (Tios ,primos, sobrinos,cuñadas,) por todo su apoyo incondicional en cada una de mis metas y quienes me han impulsado a seguirme superando cada día.

A mi persona me permito reconocer mi esfuerzo y dedicacion por resistir y no desistir, a pesar de lo difícil que fuera la situación, me siento complacida y alegre de poder decir “Meta cumplida”.

Agradecimiento

A Dios y al universo por concederme el don de la vida, por darme una mente clara y receptiva para mejorar día en día mi quehacer profesional.

A mis Asesores, coordinadores y médicos de la UMF 9 " a quienes agradezco todas sus enseñanzas, motivación y sobre todo por su paciencia durante toda nuestra formación, muchas Gracias .

Al Dr. Raúl Melo Acevedo por brindarme las facilidades para poder realizar mi muestra para el trabajo de tesis.

A mis compañeros residentes, gracias por compartir los buenos y malos momentos, por las convivencias, por las guardias, por los viernes académicos, etc. En especial a Pam por apoyarme durante la redacción de mi tesis .

A mis amigos por ser y estar en momentos difíciles, por animarme siempre a seguir adelante y no desistir.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	4
II.1 Familia	7
II. 2 Apoyo Familiar	9
II. 3 Estigmatización	11
III. Fundamentación Teórica	13
IV. Hipótesis o supuestos	15
V. Objetivos	16
V.1 General	16
V.2 Específicos	16
VI. Material y métodos	17
VI.1 Tipo de investigación	17
VI.2 Población o unidad de análisis	17
VI.3 Muestra y tipo de muestra	17
VI.4 Técnicas o instrumentos	19
VI.5 Procedimiento	21

VII. Resultados	24
VIII. Discusión	33
IX. Conclusiones	39
X. Propuestas	40
XI. Bibliografía	41
XII. Anexos	51

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Tabla de percepción por Rango de Edad	24
VII.2	Tabla de resultado de género.	25
VII.3	Tabla de grado de escolaridad	26
VII.4	Tabla de ocupación	27
VII.5	Tabla de orientación sexual	28
VII.6	Tabla estado civil	29
VII.7	Tabla años de padecer la enfermedad	30
VII.8	Tabla de nivel de estigmatización	31
VII.9	Tabla de nivel de apoyo	32

Abreviaturas y siglas

UE: Unión Europea

HGR: Hospital General Regional

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ITS: Infecciones de transmisión sexual

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa conjunto con las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA 2021

PPVS: Estigmatización y discriminación a las mujeres portadoras de VIH/SIDA

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TAR: Terapia antirretroviral

TV: Transmisión vertical

UMF: Unidad de Medicina Familiar

VHB: Virus de hepatitis B

VHS: Virus herpes simple

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPH: Virus del papiloma humano

WB: Western Blot

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad del VIH/SIDA es una afección infectocontagiosa crónica caracterizada por una progresiva inmunodepresión debido a la destrucción de linfocitos T, células responsables de la inmunidad. Esta enfermedad a pesar de ser prevenible ha crecido en proporciones pandémicas, constituyendo actualmente un problema de salud pública en todo el mundo debido al impacto socio-económico y sanitario por los altos costos que genera su atención. El virus tiene una prodigiosa capacidad de mutar, destruir linfocitos T y de no presentar signos ni síntomas en el paciente durante años incluso décadas. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) provocado por VIH, es una pandemia caracterizada por inmunodepresión profunda, de transmisión sexual, transfusión sanguínea o transmisión vertical madre a hijo, que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas y oncológicas que conllevan a la muerte.

De acuerdo con el informe epidemiológico ONUSIDA 2021, desde los primeros casos hace 40 años, 78 millones de personas a nivel mundial han contraído el virus y 35 millones han muerto. Hasta el año 2020, vivían en el mundo 38 millones con VIH, siendo casi 2 millones <14 años. En México, el predominio en adultos de 20 a 49 años en 2014 fue de 0.2%, con disminución importante en la tasa de mortalidad. El IMSS generó en 2012 un gasto de \$98,614,832 derivado de complicaciones de la infección. De acuerdo con el Boletín Epidemiológico SINAVE 2020, Veracruz fue el estado con mayor número de casos nuevos, detectándose en Querétaro un total de 80 hombres y 12 mujeres en Estadio Clínico 1.

El proceso salud - enfermedad siempre ha acompañado a la humanidad y, por tanto, a la familia, sus determinaciones sociales hacen que adquiera características particulares dependiendo de su historia. Ante la presencia de una patología incurable en un elemento de la familia, el proceso de adaptación supone todo un reto para su funcionamiento. En este sentido, el diagnóstico por VIH provoca cambios en el enfermo, la familia y la sociedad, desencadenando un entorno de angustia, tensión emocional y dudas ante la enfermedad, obligando a los enfermos a introducir cambios en el estilo de vida, en su estructura y

funcionamiento, modificación de roles y nuevas distribuciones en las tareas familiares, poniendo a prueba la adaptabilidad y funcionalidad de la familia.

Con respecto al apoyo familiar , conceptualizado como la unión moral basado en el cariño comprensión, ayuda, amor, amistad y confianza que provoca al satisfacer las necesidades de los individuos, deberá mostrarse como una situación protectora y amortiguadora ante situaciones estresantes de sus miembros asociadas a una enfermedad grave, con la finalidad de evitar trastornos en su dinámica. Ante este escenario, la familia debe ser la principal red de apoyo y el pilar fundamental para afrontar de manera personal y grupal la nueva condición de vida, recayendo en ella, la responsabilidad del soporte emocional buscando fortalecer los lazos familiares para el mejoramiento de la persona con dicha enfermedad.

Aun en la actualidad, existe un estigma y rechazo social por el miedo a la enfermedad, por lo que representa la convivencia con él paciente y por todo lo negativo que se genera entorno a la misma. La estigmatización de la enfermedad, definida como una respuesta social caracterizada principalmente por un profundo rechazo, acompañada de comportamientos absurdos, tiene múltiples causas entre ellas su asociación a grupos de minorías como homosexuales y usuarios de drogas, siendo ellos los culpables de su condición por sus actividades de riesgo. Entre las consecuencias del estigma, destacan: el desgaste de vinculo afectivo una vez que se sabe el padecimiento, los efectos adversos causados no realizarse una prueba para la detección de anticuerpos de VIH , el estrés , la discriminación social, violencia física, pérdida del empleo, problemas para acceder a los servicios de salud y daño de relaciones con profesionales de la salud . Entre los efectos psicológicos negativos se encuentran la depresión , ansiedad, , culpa, pérdida de apoyo por parte de la sociedad y el aislamiento social que genera la presencia de efectos adversos en las familias, condicionándolos a que adopten posturas que limiten su capacidad para la búsqueda de apoyo al considerar la causa del sufrimiento como justificada. Sin embargo, las consecuencias de la estigmatización pueden enfrentarse, a través del apoyo social, particularmente

mediante las diferentes en redes de apoyo para combatir todos los aspectos negativos que la nueva condición genera .

Justificación

Magnitud: El VIH/SIDA es una pandemia caracterizada por inmunosupresión progresiva considerada un reto en salud pública por el impacto que ocasiona en el sistema de salud. Hasta 2020, vivían en el mundo 38 millones de infectados, siendo los adolescentes y mujeres jóvenes 60% del total de nuevas infecciones, constituyendo un desafío a las instituciones y personal de salud responsable de su atención. La ONUSIDA busca impulsar medidas para aumentar las intervenciones para combatir el virus esperando ponerle fin para el año 2030.

Trascendencia: La principal vía de transmisión es relacionada con prácticas sexuales no protegidas, asumiéndose además conductas de riesgos como el alcohol, drogas y bajo su efecto las relaciones sexuales sin conciencia ni protección. Ante la situación de crisis que presentan las personas con VIH pueden experimentar trastornos físicos y emocionales que repercuten en la autoestima y que podrían tener efectos negativos y consecuencias fatales por lo vivido durante el proceso de la enfermedad, siendo importante brindar apoyo familiar y crear estrategias para enfrentar y reducir el impacto generado por ella y así mejorar su calidad de vida.

Vulnerabilidad: Los reportes epidemiológicos recientes indican que desde el año 2000 se estabilizó el porcentaje mundial de quienes viven con VIH y que disminuyó la tasa de mortalidad por SIDA , debido al acceso y avances en la medicina , marcando la desigualdad en las diferentes partes del mundo, buscando impulsar avances que garanticen el acceso a los servicios preventivos y curativos, manejo adecuado de la patología teniendo como enfoque los diferentes programas de prevención y promoción de la salud.

Factibilidad y Viabilidad: la finalidad de esta investigación se realizó para detectar la estigmatización y apoyo que pacientes con VIH perciben de su familia,

así como su vulnerabilidad ante la situación de estrés y crisis a la que está sometido e identificando redes de apoyo que los orienten a sobrellevar su enfermedad, convirtiéndola no solo en su responsabilidad sino en la de todos. Lo anterior se sustentó por la capacidad de disponer de recursos necesarios en la unidad de atención y actitud propositiva de los investigadores.

II. ANTECEDENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de infecciones y/o enfermedades transmisibles que son causa de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo, siendo su control fundamental para mejorar el nivel de la salud sexual y reproductiva de una población (Cáceres, 2019). Se encuentran entre las cinco primeras enfermedades en las que el adulto necesita atención médica (Pérez et al., 2019). Algunas son sífilis, gonorrea, virus de hepatitis B (VHB), virus herpes simple (VHS), virus del papiloma humano (VPH) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Crawford et al., 2016; Pérez et al., 2019).

El 86% de ellas se encuentran en países subdesarrollados, como en África subsahariana (Crawford et al., 2016; Johnston et al., 2016; Monge y Pérez, 2016).

El VIH es una enfermedad infectocontagiosa considerada como una enfermedad crónica, cuyas consecuencias psicológicas y sociales generan costosas y dolorosas pérdidas para el paciente, el sistema de salud y la sociedad, a pesar de ser prevenible, ha crecido en proporciones pandémicas siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial (Iglesias, 2015; Moreno et al., 2020).

En 1987, un subcomité de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el nombre virus de la inmunodeficiencia humana y se contó con la prueba Western Blot (WB) (Álvarez, 2017; Echeverry et al., 2017). El virus tiene una prodigiosa capacidad de mutar, destruye linfocitos T, células responsables de la

inmunidad en el organismo y la capacidad de no presentar signos, ni síntomas en el paciente, durante años y a veces por décadas (Echeverry et al., 2017).

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) provocado por el VIH, es una pandemia caracterizada por inmunodepresión profunda, de transmisión sexual, transfusión sanguínea o transmisión vertical (TV) madre a hijo (Más, 2016; Puente y Arias, 2016; Silva et al., 2016; Besse, 2018; Mehta et al., 2018; Fuentes et al., 2019; García y Grande, 2020), que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias y manifestaciones neurológicas, se presenta en varias fases que conlleva a la muerte (Iglesias, 2015; Silva et al., 2016).

El inicio clínico del SIDA constituye un problema de salud por su impacto socio-económico y sanitario, al ser una de las causas frecuentes de asistencia a hospitales (Mehta et al., 2018; Moreno et al., 2020).

De acuerdo con el informe epidemiológico del Programa Conjunto con las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA 2021 (ONUSIDA 2021), desde que se declararon los primeros casos hace 40 años, 78 millones de personas a nivel mundial han contraído el virus y 35 millones han muerto por enfermedades relacionadas con el SIDA. ONUSIDA (1996) ha liderado a nivel mundial, nacional y local para conseguir acabar y poner fin a la epidemia de SIDA para 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (NOM-010-SSA2, 2010; ONUSIDA 90-90-90, 2016; ONUSIDA, 2020; WHO, 2021).

Hasta 2020, 38 millones vivían con VIH en todo el mundo, de los cuales casi 2 millones son <14 años; 28 millones tenían acceso a terapia antirretroviral (TAR) (ONUSIDA-UNAIDS, 2021). De los países de la Unión europea (EU) se notificó una tasa del 5.8 por 100,000 hab. (ECDC, 2016; Elattabi et al., 2016; Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA España, 2016; WHO/Europe, 2019).

En América Latina se estima que 580 mil mujeres >15 años viven con la enfermedad, de las cuales 28 mil constituyeron nuevas infecciones (Pinzón y Vernaza, 2017; Oliva et al., 2021). Las mujeres social y culturalmente son vulnerables debido a la desigualdad de género, violencia, pobreza e inseguridad económica (Castrighini et al., 2019).

. En el mundo, 90-95% de los niños infectados han sido por TV, siendo indispensable ofrecer, examen serológico anti-VIH a toda mujer embarazada (Wu, 2015; Anangono et al., 2019).

En México, el promedio en adultos de 20-49 años en 2014 fue de 0.2%, con disminución importante en la tasa de mortalidad (Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA México, 2017). En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) debido a las complicaciones generadas de la infección, en el 2012 se generó un gasto de \$98,614,832 (Iglesias, 2015).

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico SINAVE semana 53 2020, los casos por entidad federativa de VIH reportaron a Veracruz con mayor número de casos nuevos y Tamaulipas con el menor; en Querétaro, se detectaron 80 hombres y 12 mujeres en Estadio Clínico 1 (Portal SINAVE, 2020).

El VIH se caracteriza clínico-inmunológicamente por producir un estado de inmunodeficiencia crónica y progresiva, imposibilitando en el paciente una respuesta inmunológica adecuada (Puente y Arias, 2016; Besse, 2018).

La diarrea es el síntoma gastrointestinal más frecuente en personas infectadas por VIH hasta en 40-80%, puede aparecer por el uso de antimicrobianos o efecto secundario del TAR (ONUSIDA, 2020; WHO, 2021). . para establecer el diagnóstico de infección de VIH se debe de establecer mediante la realización de diversas pruebas de. uno de los métodos específicos para que se los antígenos virales se reactiven de manera serológica es el WB, con especificidad mayor a 99% y cuya positividad confirma la infección (NOM-010-SSA2, 2010; ONUSIDA 90-90-90, 2016; Gómez et al., 2018).

La detección precoz es necesaria para el control y prevención de la diseminación, así como para aplicación de intervenciones dirigidas a mejorar su pronóstico. (Gómez et al., 2018)

El VIH/SIDA es una enfermedad de manejo médico, dada la efectividad del TAR, la cual ha logrado disminuir drásticamente la morbimortalidad de la infección, alcanzando en México en 2002 una cobertura de 100% (Arya et al., 2015; Shah et al., 2016; Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA México, 2017).

El TAR es imprescindible para estos pacientes debido a que disminuye la carga viral, pero se requiere de un estricto apego al mismo (Ávila et al., 2020).

Sin embargo, la adherencia al TAR en los pacientes es una variable en función de varios factores que pueden o no afectarla: factores sociodemográficos, cognitivos o emocionales (Echeverry et al., 2017; Mehta et al., 2018; Gutiérrez et al., 2019); el riesgo de caer en depresión es mayor en personas jóvenes recién diagnosticadas (Cano et al., 2016; Fernández et al., 2018), siendo vital el fomentar la creación o activación de redes de apoyo, como parámetro que facilite el camino hacia la autoeficacia, lo cual se verá reflejado en su estabilidad clínica (Miranda et al., 2015; Costa, 2018).

La falta de adherencia terapéutica, puede ser por variables psicosociales (la familia), socioculturales (amistades) y/o deficiente calidad de vida (Reis et al., 2017; Zamudio et al., 2017).

En los últimos años en la población mexicana el TAR ha ayudado a mejorar su calidad de vida, no así en mujeres indígenas con infección, donde el estigma en sus comunidades, la depresión, y su no resiliencia a la enfermedad se asocian negativamente con calidad de vida (Shah et al., 2016; Cordero, 2017).

La implementación exitosa y masiva del TAR, transformaron una enfermedad de alta y rápida mortalidad en una patología crónica, tratable, de larga sobrevida, con buena calidad de vida y reinserción social, laboral y familiar (Varela y Hoyos, 2015; Pérez et al., 2016; Boretzki et al., 2017; Quintero et al., 2017).

Así podemos considerar que parte importante de la recuperación de las personas que sufren alguna enfermedad es la familia.

Familia

La familia es definida por la OMS, como los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (Huerta, 2005), de acuerdo con el Consenso Canadiense, es el grupo

compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo (Huerta, 2005).

La familia, como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en Medicina Familiar se utiliza la clasificación de Geyman que incluye 5 fases: de Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia y de Retiro y Muerte (Membrillo, 2008).

El proceso salud - enfermedad siempre ha acompañado a la humanidad y, por tanto, a la familia, sus determinaciones sociales y su manifestación grupal o individual hacen que adquiera características particulares en cada una de ellas dependiendo de su historia, influyendo una gama de fenómenos como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida. (Huerta, 2005; Horwitz et al., 1985)

El diagnóstico de una enfermedad crónica e incurable en un miembro de la familia supone una prueba para el funcionamiento de ella, pues provoca cambios a nivel de su organización, haciendo que ésta se vuelque sobre sí misma con el fin de atender al enfermo (Irigoyen, 2005).

De esta manera, el apoyo familiar es el pilar fundamental en situaciones de estrés de sus integrantes, la ausencia de comunicación con familiares, el no contar con pareja y la falta de un adecuado funcionamiento puede generar vulnerabilidad y molestia. La presencia de acontecimientos vitales estresantes relacionados con enfermedades y etapas de transición en la vida de la persona, puede condicionar trastornos en su dinámica, lo cual puede incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación (Méndez et al., 2004).

El impacto en la salud familiar dependerá de la habilidad y capacidad que tenga la misma para enfrentar los cambios en pro de adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como un sistema, aceptando ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones (Johnston et al., 2016).

Apoyo Familiar

La familia es reconocida como la fuente natural de apoyo social (red de apoyo) más cercana y de más fácil acceso a los individuos que contribuyen como lo es el cuidador primario del paciente con VIH/SIDA pareciendo ser lo anterior universalmente aceptado, pero el miedo y estigma social ha venido a poner a prueba esa afirmación (Irigoyen, 2005).

El apoyo familiar conceptualizado como la unión moral basada en la comprensión, ayuda, cariño, confianza, amor y amistad que produce seguridad al satisfacer las necesidades de los individuos, deberá mostrarse como una situación protectora ante situaciones estresantes asociadas a una enfermedad grave (Membrillo, 2008).

El nivel de apoyo social se define como la calidad del apoyo que se brinda a partir de las relaciones en las redes sociales y asociándose a la mejora de la salud física y mental tanto en personas sanas o enfermas. En la literatura, dos categorías de apoyo social han prevalecido: instrumental y/o emocional. (Irigoyen, 2005; Membrillo, 2008)

La primera categoría se refiere a la disponibilidad de la ayuda de otras personas en la gestión o resolución de situaciones prácticas y operacionales de la vida cotidiana, tales como el apoyo material y financiero o ayuda con varias actividades cotidianas (Anzures, 2013); el apoyo emocional consiste en conductas tales como escuchar, prestar atención o hacer compañía, lo que hace la persona sentirse cuidada y/o estimada. (Anzures, 2013)

La red de apoyo social es una red de relaciones sociales que cada individuo mantiene, incluyendo las personas más cercanas, como la familia y amigos cercanos. (Anzures, 2013) La red social de apoyo influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y en la búsqueda de atención médica, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares. (Anzures, 2013)

Las condiciones y el entorno psicosocial están asociados a eventos estresantes de la vida diaria e influyen de manera importante en el núcleo familiar.

Sobre el sistema familiar recae principalmente la responsabilidad de soporte emocional y provisión de información, que termina siendo la piedra angular del afronte personal y grupal frente a la nueva condición de vida (Velasco y Luna, 2006; García, 2015).

El paciente tendrá que realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en diferentes aspectos de su vida cotidiana, se ve sometido directamente con la enfermedad, con los efectos secundarios de los tratamientos, el cambio de roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o de trabajo, los cambios en la imagen corporal y el afrontamiento de la propia muerte. (García, 2015)

Ante este escenario, la familia puede reaccionar agrupando más estrechamente a sus integrantes (cohesión) fortaleciendo los vínculos de afecto y comprensión, aunque en otras origina separación (dispersión) y vínculos lejanos.

El proceso del funcionamiento y dinámica familiar al verse afectado por estas situaciones emocionalmente desgastantes o hechos generadores de estrés, desencadenando en su entorno angustia, tensión emocional y dudas ante la enfermedad, obliga a introducir en ellos cambios en su estructura y funcionamiento, transformando su estilo de vida, cambio de roles y nuevas distribuciones en las tareas familiares, poniendo a prueba la adaptabilidad y funcionalidad de la familia para alcanzar el equilibrio y posterior a ello, un grado de desarrollo mayor al que tenían, poniendo de manifiesto su creatividad familia, al adoptar nuevos roles o asumir el liderazgo familiar (González, 2000; Membrillo, 2008; Alcántara, 2008).

La resiliencia se ha utilizado para señalar la capacidad de las familias para superar las crisis o situaciones difíciles y alcanzar un grado de desarrollo mayor al que tenían, lo que puede calificarse como un crecimiento espiral dialéctico, superan sus crisis y pone de manifiesto la creatividad de la familia, al adoptar nuevos roles o asumir el liderazgo familiar (Méndez et al., 2004; Rodríguez et al., 2004).

Estigmatización

La interpretación y la presencia de toda actitud negativa que se asocie al vih / sida y que se haga de manera directa las personas que presentan esta condición , han sido denominados como estigma vinculado al SIDA. Una de las cualidades que desacredita socialmente a la persona que lo padece al grado de someterlo al rechazo ,la soledad y sobre todo al aislamiento se le denomina estigma.. Este tipo va de estigmatización va dirigida a personas portadoras o no infectadas con o sin manifestaciones clínicas.

La estigmatización de la enfermedad donde la respuesta estereotipada y social se caracteriza por comportamientos contradictorios, irracionales y un rechazo profundo, es multifactorial que se puede combinar con la existencia de otros estigmas. la condición de la persona portadora está asociada a que la enfermedad es progresiva e incurable ,generándoles sentimientos de culpabilidad ,por la práctica de actividades de riesgo, por su aspecto físico (etapa muy avanzada) generando la evitación social.. Por otro lado, su asociación con estigmas pre-existentes puede verse cuando se atribuye la epidemia a grupos como los/as homosexuales, usuarios/as de drogas y grupos de minorías (Varas y Toro, 2005).

Una persona con estigma y con la condición del vih/sida puede ocultarse por muchas razones, una de las principales es visualizarse como amenaza tanto para la sociedad como para la salud debido a que se les considera generadores de emociones negativas a las personas con las que se relaciona, hacerle sentir que no aportan nada sociedad y que no entra en el círculo de personas consideradas como normales, haciendo más complicada la interacción con otras personas

Algunas de las consecuencias del estigma causan el deterioro de la relaciones de las relaciones interpersonales cuando se sabe enfermo, el desarrollo de emociones negativas emitidas por la persona con infección, los efectos propios de la enfermedad causados por la no realización de prueba para la

detección de anticuerpos del vih y el estrés al tratar de evitar que se enteren de su condición

La presencia de nuevas infecciones en personas con vih/sida es otra de las consecuencias negativas debido a que se tienen prácticas de riesgo inseguras, el difícil acceso o pérdida de servicios de salud, en el ámbito laboral el despido o falta de empleo, la discriminación por parte de la sociedad y daño en la relación con personas que se encuentran trabajando en el ámbito de la salud tanto física como mental.

En el aspecto psicológico se puede dar cambios en la parte emocional, generando la presencia de diversos sentimientos como trastornos de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, la evitación social y principalmente la alteración en la funcionalidad familiar, limitando así a las personas a buscar el apoyo en la sociedad, la familia ,en el trabajo, justificando el sufrimiento causada por estas acciones que les causa por su condición.. Sin embargo, las consecuencias de la estigmatización pueden ser enfrentadas eficientemente, a través del apoyo social, particularmente de la participación en redes de apoyo para combatir las consecuencias negativas del fenómeno (Varas y Toro, 2005).

Estudios de Investigación

Un estudio de investigación realizado por Puente en 2017 titulado “Percepción del estigma y apoyo familiar en pacientes con infección por VIH / SIDA” llevado a cabo en el HGR 1 IMSS en Morelia, Mich., estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, analizaron 59 pacientes mediante 2 vertientes, “Percepción del sujeto con VIH / SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia” y “Percepción del sujeto con VIH / SIDA acerca de la estigmatización a que o somete su familia”, encontraron que en 57 pacientes (96.6%) percibieron apoyo familiar y se encontró que un (3.4%) que percibieron estigma, concluyendo la fortaleza de las redes de apoyo en estos pacientes (Puente, 2017).

Un trabajo de investigación llevado a cabo por Campillay en 2019 titulado “Estigma y discriminación en personas con VIH / SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios”, cuyo propósito fue reflexionar sobre dicha situación. La imagen negativa de la enfermedad se ha mantenido siendo uno de los aspectos que ha dificultado el acceso al tratamiento, su adhesión y educación para el cambio de conducta en los grupos de riesgo (Campillay y Monárdez, 2019).

Una investigación realizada por Bautista-Samperio en 2011, titulada “Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador de SIDA”, llevado a cabo en una UMF 94 en la Cd. De México, estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y ambilético, analizaron 42 pacientes mediante 3 “Percepción del sujeto con VIH / SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia”, “Percepción del sujeto con VIH / SIDA acerca de la estigmatización a que o somete su familia” y “Test de Adherencia al tratamiento Morisky-Green”, encontraron que en 21 pacientes (50%) percibieron apoyo familiar, en 14 (33.33%) estigmatización y en 24 (57%) una alta adherencia terapéutica, concluyendo la percepción de apoyo familiar máximo muestra una relación significativa con la adherencia (Bautista y Garcia, 2011)

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El VIH es una enfermedad infectocontagiosa crónica y tratable caracterizada por una intensa inmunodepresión, cuyas consecuencias e impacto psicosocial y económico generan costosas y dolorosas pérdidas para el paciente, el sistema de salud y la sociedad, constituyendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. (Iglesias, 2015; Moreno et al., 2020).

Desde sus primeros casos, se ha relacionado la vía sexual como la principal vía de transmisión, introduciéndose la noción de prácticas de riesgo como la mala praxis en conductas sexuales no planificadas cada vez a edades más

tempranas; además de que muchas veces se asumen actitudes de “riesgos”, que incluyen consumo de alcohol y/o drogas y bajo su efecto las relaciones sexuales sin protección. (Besse, 2018; Mehta et al., 2018; Fuentes et al., 2019; García y Grande, 2020)

De acuerdo con el informe epidemiológico ONUSIDA (2021), desde que se declararon los primeros casos hace 40 años, 78 millones de personas a nivel mundial han contraído el virus y 35 millones han muerto por enfermedades relacionadas con el SIDA, existiendo hasta el año 2020 en todo el mundo 38 millones de personas que vivían con VIH. (ONUSIDA 2021) socialmente la existencia del vih en numerosas partes del mundo hacen del estigma y discriminación una realidad. Así lo muestran resultados de varias encuestas reportadas en la literatura, mencionando que una de cada tres personas evita el contacto con personas diagnosticadas con VIH en diferentes escenarios de la vida cotidiana. (Varas y Toro, 2005).

Asimismo, y más graves, son las actitudes discriminatorias que expresa la población. Uno de los problemas sociales que acompañan al VIH/SIDA es la estigmatización, aunado al intenso temor que siente la familia ante esa enfermedad, sin tomar en cuenta el impacto que puede ocasionar provocando que en la mayoría de las veces nieguen el apoyo que el enfermo requiere, generando en ellos consecuencias importantes en sus vidas, tanto en lo individual, lo familiar como lo social, siendo la manera de actuar y sentir, lo que producirá ya sea un acercamiento o alejamiento, necesitando ser más asertivos para responder a las adversidades que se presenten durante este proceso. (Varas y Toro, 2005).

Ante este escenario, la familia debe ser la principal red de apoyo y piedra angular del afronte personal y grupal frente a la nueva condición de vida, recayendo en ella, la responsabilidad del soporte emocional buscando fortalecer los lazos familiares para afrontar la enfermedad. (González, 2000; Membrillo, 2008; Alcántara, 2008)

Paciente con VIH: Paciente con enfermedad viral infectocontagiosa crónica caracterizada por una inmunosupresión progresiva y profunda debido a la destrucción las células responsables de la inmunidad en el organismo y de linfocitos T, células responsables de la inmunidad en el organismo, imposibilitando en el paciente una respuesta inmunológica adecuada. El virus tiene una prodigiosa capacidad de mutar, destruir linfocitos T y además de no presentar síntomas ni signos en el paciente durante muchos años y a veces durante décadas.

Apoyo: Es la Unión moral que se encuentra basada en la comprensión, cariño, ayuda, confianza, amistad Y amor, que genera seguridad, logrando satisfacer las necesidades de las personas.

Estigmatización: Atributo o característica que hace que el individuo que lo porta sea considerado como parte de un grupo inaceptable o negativo e inferior. Respuesta estereotipada social, que se caracteriza por un rechazo profundo acompañado de un bagaje de comportamientos irracionales contradictorios.

IV. HIPÓTESIS

Para los estudios de investigación de tipo descriptivos, únicamente se emplean hipótesis de trabajo y estas se plantean a partir del objetivo general del protocolo de investigación, el cual a su vez surge de la pregunta de investigación. En términos estrictos la hipótesis de trabajo no se acompaña de la demostración estadística directa. (Villarreal, 2018).

Hipótesis de Trabajo

La percepción de apoyo que la familia les brinda a pacientes con VIH es mayor del 96%, y la percepción de estigmatización a que lo somete su familia es menor del 4% en una unidad de segundo nivel.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Determinar la estigmatización y el apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en una Unidad de segundo nivel de atención.

V.2 Objetivos específicos

Determinar la estigmatización que los pacientes con VIH perciben de su familia en una Unidad de segundo nivel de atención.

Determinar el apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en una Unidad de segundo nivel de atención.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de Investigación.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal

VI.2 Población

En Población derechohabiente con diagnóstico de VIH / SIDA, adscrita al HGR # 1 IMSS de la ciudad de Querétaro, Qro., que acudieron a la consulta externa de control mensual durante el 2023.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

VI.3.1 Criterios de selección

- Pacientes derechohabientes con diagnóstico de VIH que acudieron a consulta externa de segundo nivel.
- Pacientes derechohabientes ambos sexos, mayores de 18 años que acudieron a la consulta.
- Pacientes con VIH del HGR # 1 que aceptaron participar de forma voluntaria.

Criterios de exclusión

- Pacientes con VIH del HGR # 1 que acudieron a la consulta externa y presentaron alguna discapacidad psicomotriz u otras capacidades diferentes y sin acompañante o cuidador que le asistiera para contestar el instrumento de evaluación.

Criterios de eliminación

- Pacientes con VIH de la consulta externa del HGR # 1 con respuestas incompletas en el instrumento.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron las siguientes: Estigma, apoyo, edad, sexo, orientación sexual, escolaridad, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad.

Tamaño de muestra.

Se calculó mediante la fórmula para para estudios descriptivos población infinita estimar una proporción en estudios descriptivos, con un nivel de confianza del 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($Z= 1.96$), una precisión de 3%, asumiendo una prevalencia del apoyo familiar del 96% y un margen de error del 5% ($d= 0.05$), obteniendo un total de $n=59$ pacientes; estimando una proporción esperada de pérdidas de un 15% dándonos una muestra total mínima de $n=68$ pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA, a través de un muestreo no probabilístico seleccionado por conveniencia.

$$n= \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

$n=$ Tamaño muestral

$Z\alpha^2= 1.96$

$p= 0.96$

$q= 0.04$

$\delta^2= 0.05 \%$

$$n= \frac{(1.96)^2 (0.96) (0.04)}{(0.05)^2}$$

$$n= \frac{(3.8416) (0.0384)}{0.0025}$$

$$n= \frac{0.14751}{0.0025}$$

$$n= 59$$

VI.4 Técnicas e instrumentos

Método.

Se realizó por método directo a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación sobre el apoyo y la estigmatización que las personas con VIH/SIDA perciben de su familia.

Instrumento de Recolección.

Se utilizó Hoja de recolección de datos para la obtención de información sociodemográfica del paciente con VIH, tal como sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil y preferencia sexual.

Para evaluar la auto-percepción del nivel de estigmatización que el paciente siente que su familia le brinda con algunas conductas, pensamientos y emociones que experimenta, se aplicó a través de método directo el instrumento estructurado “Percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre la estigmatización a que lo somete su familia” (Anexo I) validado y adaptado por Sinibaldi-Gómez en su investigación “Construcción y validación de un instrumento”, llevado a cabo en el Instituto de Terapia Familiar, Cencalli.

Este instrumento está constituido por una escala unidimensional formada por 27 reactivos con pesos factoriales entre 0.882 y 0.520 y un análisis de alfa de Cronbach de 0.9642, a través de 5 factores o indicadores: rechazo, evitación, discriminación, ataque físico y exterminio de la persona y el grupo con el cual se identifica; con opciones de respuesta y puntaje en Escala de Likert de: totalmente en desacuerdo 1 punto, en desacuerdo 2 puntos, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3 puntos, de acuerdo 4 puntos, totalmente de acuerdo 5 puntos; con una calificación mínima de 27 puntos y una máxima de 135 puntos; una escala que permitió clasificar la auto-percepción sobre el nivel de estigmatización en: Alto o Mayor grado de percepción de estigmatización (>81 puntos), y Bajo o Menor grado de percepción de estigmatización (<81 puntos);

el punto de corte o punto medio del puntaje total (81 puntos) muestra ambigüedad.

Para evaluar la auto-percepción del nivel de apoyo que el paciente siente que su familia le brinda mediante algunas conductas, pensamientos y emociones que experimenta, se aplicó también por método directo el instrumento estructurado “Percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia” (Anexo II), validado y adaptado por Sinibaldi-Gómez en su investigación “Construcción y validación de un instrumento”, llevado a cabo en el Instituto de Terapia Familiar, Cencalli. Este instrumento está constituido por 19 reactivos agrupados en 3 factores o indicadores: preocupación familiar por el enfermo, apoyo emocional y percepción del apoyo familiar por el enfermo, con pesos factoriales entre 0.823 y 0.418 y un análisis de alfa de Cronbach general de 0.8826; con opciones de respuesta y puntaje en Escala de Likert de: totalmente en desacuerdo 1 punto, en desacuerdo 2 puntos, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3 puntos, de acuerdo 4 puntos, totalmente de acuerdo 5 puntos; con una calificación mínima de 19 puntos y una máxima de 95 puntos; una escala que permitió clasificar la auto-percepción sobre el nivel de apoyo en: Alto o Mayor grado de percepción de apoyo (>57 puntos), y Bajo o Menor grado de percepción de apoyo (<57 puntos); el punto de corte o punto medio del puntaje total (57 puntos) muestra ambigüedad.

Los instrumentos de percepción de apoyo y percepción de estigma son directamente proporcionales: a mayor estigma, menor apoyo. Finalmente, una vez que se recabó la información, se procedió a su registro elaborándose una base de datos en hoja de Excel, así como elaboración de tablas y gráficas para su análisis.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la aprobación por el comité local de investigación y ética en salud, se solicitó la autorización de los médicos responsables de la (clínica de VIH), contando con su aprobación.

Se procedió a realizar una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia dentro de las instalaciones del HGR # 1 de Querétaro, Qro., se invitó a participar en el estudio a los pacientes que acudieron a la consulta externa de medicina Interna en el turno vespertino, se otorgó el consentimiento informado para la aceptación de su participación del estudio, posteriormente, se encuestó al paciente para el llenado de la hoja de recolección de datos. Se solicitó al paciente el llenado de los instrumentos de estigmatización y de apoyo que los pacientes con vih/sida perciben de su familia. Por último, se evaluaron los instrumentos y en caso de que el paciente presentara puntuación de alto estigma o escaso apoyo familiar se le informará al médico internista para hacer el envío con el formato de 4 30 200, especificando el resultado de su evaluación con la finalidad de facilitar la derivación a los servicios de psicología, trabajo social.

VI.5.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico fue mediante estadística descriptiva a través de medidas de frecuencias, promedios y porcentajes, con un IC del 95%, empleando el programa estadístico SPSS versión 22. Estudio sujeto a normas éticas internacionales.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En materia de investigación en salud, se promovió y aseguró el respeto a las vidas humanas, protegiendo la integridad del sujeto y sus derechos individuales, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, párrafo tercero que establece el derecho a la

protección en salud, realizándose la presente investigación con apego al reglamento de la Ley general de salud, en materia de investigación para la salud (título segundo, capítulo I, artículo 17, sección 1) que establece lineamientos y principios generales con acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y que denote cumplimiento de aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeto a investigación; mencionado en los artículos siguientes: título primero capítulo único, artículo 2, artículo 3 fragmento I, II, III, IV y V. Título segundo de los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, capítulo I de las disposiciones comunes artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14, capítulo II, III, VII y IX. Siempre prevalecieron las posibilidades de riesgos predecibles. Artículo 17, sección 1) correspondiendo a una investigación sin riesgo, al sólo aplicarse instrumentos de evaluación.

En materia de protección a su privacidad que menciona el artículo 16 relacionado con los artículos 20, 21 apartados I, II, III, IV, VII, VIII, artículo 22 apartados I, II, III, IV, y V que obedecen a lo estipulado en el código de Núremberg en los artículos del I al IX en materia de investigación en seres humanos se solicitó el consentimiento informado firmando el sujeto la carta realizada para este protocolo (Anexo III), como expresión de autonomía del paciente, garantizando la protección de sus datos personales y el manejo de la información de forma anónima, estableciendo así que el material recolectado únicamente se utilizó con fines de la investigación; los participantes fueron informados dándoseles una explicación clara de la investigación, objetivos y procedimientos que fueron realizados, además de informarles sobre los riesgos y beneficios de la investigación con la cual se determinó el apoyo y la estigmatización que los pacientes con VIH perciben de su familia. Durante el estudio se garantizó dar respuesta a todas sus interrogantes, dando la libertad de retirarse en caso de haberlo solicitado.

Esta investigación fue sometida a evaluación por un Comité de Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación del Instituto Mexicano

del Seguro Social mencionado en el título quinto, artículo 98 y 99, capítulo I y III de la Ley General de Salud establecido en la sección sexta del artículo 71 y 72 del Reglamento Médico del IMSS, siendo conducido por el director de tesis o investigador responsable, adscrito al IMSS, con formación docente y estudio en Medicina Familiar, así como por la investigadora residente de Medicina Familiar.

Basado todo lo anterior, en lo establecido en la declaración de Helsinki siendo la última revisión en la 64ª asamblea General en Fortaleza, Brasil en 2013, la cual estipula en sus artículos 7, 9, 24, 25 y 32 por lo que la Asociación Médica Mundial y sus diferentes miembros promueven sus principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Clasificación de la investigación según el riesgo: Investigación sin riesgo.

Los procesos se apegaron a las normas éticas, código de Núremberg, al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas. Las contribuciones se vieron reflejadas en la obtención de datos que permitieron medir el grado de violencia que, por la enfermedad, la familia infringe hacia el sujeto implicando una red de apoyo para el mejoramiento de la persona con VIH/SIDA.

La información obtenida fue manejada en forma confidencial manteniendo el anonimato de los pacientes al utilizar folios, la cual será resguardada en la computadora personal del investigador principal durante 5 años. Dicha información será confidencial, no del conocimiento público, encriptando los datos obtenidos con el programa Bitlocker para solo ser vistos por los responsables del estudio.

VII. Resultados

De acuerdo con la base de datos en el Hospital General Regional de zona 1 de Querétaro los pacientes con VIH adscritos al en el servicio de medicina interna (VIH), se obtuvo un tamaño de la muestra de 100 pacientes con VIH.

Dentro de los grupos etarios que se vieron más afectados fueron de los siguientes rangos de edades: 31 a 40 años obteniendo un porcentaje de 36%, continuando con el grupo de 20 a 30 años con un 32%, siguiendo con el rango de edad de 41 a 50 años con un 23 %, en penúltimo lugar está el grupo de 51 a 60 años con un 8% y el grupo que obtuvo el último lugar fue el de 61 a 75 años con 1%.

Siendo que la edad con mayor prevalencia fue del rango de 31 a 40 años, que constituye la edad productiva participantes en el mercado laboral.

Cuadro VII.1 Nivel de percepción de estigma y apoyo de pacientes con vih por rango de edad.

n= 100

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje	IC del 95%
20-30 AÑOS	32	32.0	22.9-41,1
31-40 AÑOS	36	36.0	21,8-50,2
41-50 AÑOS	23	23.0	6,3-39,7
51-60 AÑOS	8	8.0	5,5-21,5
61-75 AÑOS	1	1.0	4,9-6,9
TOTAL	100	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

El sexo que se observó con mayor prevalencia es el sexo masculino con un 94% y en menor presencia el sexo femenino con un 6%.

Cuadro VII.2 Características sociodemográficas de la población en estudio por genero

n= 100

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Masculino	94	94.0	89,3-98,7
Femenino	6	6.0	1,3-10,7
Total	100	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

Dentro del nivel de escolaridad se observó que el 66% tenían escolaridad de Licenciatura, seguido de Bachillerato 15%, continuando con secundaria 9%, contando con minoría la escolaridad de posgrado 7% y primaria con un 3 %.

Cuadro VII.3 Característica sociodemográfica en base al nivel de escolaridad de la población estudiada.

n= 100

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC 95%
Primaria	3	3.0	0,3-6,3
Secundaria	9	9.0	0,5-17,5
Bachillerato	15	15.0	0,9-29,1
Licenciatura	66	66.0	42,5-89,5
Posgrado	7	7.0	8,2-22,2
Total	100	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

Como ya se había mencionado en el estudio la edad con mayor prevalencia es la productiva por lo que el 87% estuvo constituida por empleados, en segundo lugar estuvo compuesta por el grupo de obreros con un 8%, en tercer lugar encontramos a las amas de casa con un 3% y en último lugar lo obtuvieron los grupos de pensionados y estudiante con un 1%.

Cuadro VII.4 Características sociodemográficas en base a la Ocupación de la población estudiada

n=100

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC 95%
Ama de casa	3	3.0	8,9-14,9
Obrero	8	8.0	13,6-29,6
Empleado	87	87.0	56,9-117,1
Pensionado	1	1.0	8,9-10,9
Estudiante	1	1.0	8,9-10,9
Total	100	100.0	100

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

En cuanto a la orientación sexual, la de mayor prevalencia fue la Homosexualidad con un 58%, continuando con la heterosexualidad cual obtuvo un 26%, Bisexualidad con 12% y en último lugar pero no menos importante encontramos al grupo de transgénero con 4% .

Cuadro VII.5 Características sociodemográficas en base a la Orientación sexual.

n=100

Orientación Sexual	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC 95%
Heterosexual	26	26.0	17,4-34,6
Homosexual	58	58.0	48,3-67,7
Bisexual	12	12.	5,6-18.4
Transgénero	4	4	0.2-7.8
Total	100	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

El estado civil predominante es la soltería con un 69%, enseguida encontramos a los que se encuentran en unión libre con 18%, en el rubro de casados se obtuvo un 10%, en penúltimo lugar se encontraron a los viudos con un 2% y finalmente en último lugar estuvo el grupo de divorciado con 1%.

Cuadro VII.6 Características sociodemográfica en base a estado civil

n= 100

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Soltero	69	69.0	13,7-24,3
Casado	10	10.0	28,9-48.9
Divorciado	1	1.0	12,9-14,9
Unión libre	18	18.0	39.5-75,5
Viudo	2	2	0,7-4,7
Total	100	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

El tiempo de evolución de la enfermedad juega un papel importante para presentar posibles complicaciones por lo que en este rubro los más afectados fueron los que estuvieron en el rango de 1 a 5 años con 67% y en último lugar se encontró a los del rango de 6 a 13 años con un 33%.

Cuadro VII.7 Características sociodemográficas por tiempo de padecer la enfermedad del vih

n=100

Años de padecimiento de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
1-5 años	67	67.0	63-63,0
6-13 años	33	33.0	37.0-100
total	100	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de la investigación “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en un segundo nivel de atención.

En los grupos de estigmatización se obtuvieron los siguientes resultados, con respecto a estigmatización se observó que un 97% con bajo grado y un 3% con un alto grado.

Cuadro VII.8 Nivel de percepción de estigmatización que los pacientes con vih perciben de su familia

n= 100

Estigmatización	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Alto grado	3	3.0	0,3-6.3
Bajo grado	97	97.0	93,7-100,3
Total	100	100.0	

Fuente: Instrumento de “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia” en un segundo nivel de atención.

Con respecto al apoyo se observó que un 98% de los pacientes se sabe apoyado y desapoyado un 2%.

Cuadro VII.9 Nivel de percepción de apoyo que los pacientes con vih perciben de su familia.

n= 100.

Nivel de apoyo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Alto apoyo	98	98.0	95,3-100,3
Bajo apoyo	2	2.0	0,7-4,7
Total	100	100.0	

Fuente: Instrumento de “Estigmatización y Apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia” en un segundo nivel de atención.

VIII. DISCUSIÓN

El VIH ha sido una de las enfermedades que ha afectado a millones de personas en todo el mundo, ocasionando un impacto psicosocial y económico, generando elevados costos para el sistema de salud, El paciente Y la familia. Además de los desafíos físicos y emocionales que conlleva el VIH y a pesar de los avances en términos de prevención y tratamiento, los pacientes a menudo continúan enfrentando estigmatización y discriminación en diferentes ámbitos de sus vidas debido a su condición. el apoyo que se recibe por parte de sus familias es uno de los aspectos principales y más importantes es el apoyo que reciben de sus familias, ya que estas relaciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes.

Con la finalidad de detectar la estigmatización y apoyo que pacientes con VIH perciben de su familia , así como su vulnerabilidad ante la situación de estrés y crisis a la que está sometido se realizó la presente investigación, destacando la importancia de conformar redes de apoyo sólidas y comprensivas que los orienten a sobrellevar su enfermedad y además luchar contra la estigmatización que debe ser una responsabilidad y esfuerzo colectivo para garantizar una sociedad más inclusiva y empática.

Un estudio de investigación realizado por Puente en 2017 titulado “Percepción del estigma y apoyo familiar en pacientes con infección por VIH / SIDA” llevado a cabo en el HGR #1 IMSS en Morelia, Mich., estudio observacional, descriptivo y transversal, analizaron 59 pacientes mediante 2 vertientes, “Percepción del sujeto con VIH / SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia” y “Percepción del sujeto con VIH / SIDA acerca de la estigmatización a que lo somete su familia”, encontrando que el 96.6% (57) de ellos percibieron apoyo familiar y 3.4% (2) percibieron estigma, concluyendo la fortaleza de las redes de apoyo en estos pacientes (Puente, 2017).

Con resultados similares a nuestra investigación en donde identificamos una autopercepción del nivel de apoyo del 97% (97) que perciben de su familia y

una autopercepción de estigmatización del 3% (3). El apoyo incondicional de la familia juega un papel fundamental en la vida de los pacientes con VIH, derivado de los beneficios emocionales, psicológicos y físicos que generan.

Cuando los pacientes se sienten apoyados y comprendidos por sus seres queridos, experimentan una mejora significativa en su bienestar emocional, en adherencia terapéutica y en calidad de vida. Este apoyo fortalece la resiliencia de los pacientes y les ayuda a enfrentar los desafíos asociados con la enfermedad. Una red de apoyo amplia, que incluya amigos, grupos de apoyo y profesionales de la salud, puede ser crucial para quienes no encuentran el apoyo necesario en su familia, puesto que les brinda información, comparten experiencias similares, ofrecen orientación emocional y les ayudan a conectarse con los recursos necesarios.

Un trabajo de investigación llevado a cabo por Campillay y Monárdez en 2019 titulado “Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios”, tuvo como propósito el reflexionar sobre dicha situación, mostrándonos como la enfermedad se ha mantenido con una imagen discriminativa aún en el equipo de salud, SITUACION que ha dificultado la adhesión al tratamiento , el acceso al tratamiento, y educación para generar el cambio de conducta en los grupos de riesgo, resultados similares a la investigación realizada por Bautista-Samperio en 2011, titulada “Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador de SIDA”, llevada a cabo en una UMF 94 Cd. De México, analizaron 42 pacientes mediante 3 indicadores “Percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia”, “Percepción acerca de la estigmatización a que lo somete su familia” y “Test de Adherencia al tratamiento”, encontrando en 14 (33.33%) estigmatización, a diferencia de los resultados obtenidos en nuestra investigación en donde la percepción de estigmatización fue sólo en 3 (3%).

uno de los principales problemas a los que las autoridades y organismos internacionales deben hacer frente es a la estigmatización y discriminación a las personas portadoras de VIH/SIDA (PPVS) a nivel global. De acuerdo con

Campillay y Monárdez, los contextos en donde más ocurre no sólo involucra al ámbito familiar, sino también al sanitario, siendo donde más se ha descrito discriminación generando una diversidad de controversias hacia el personal de salud, quienes debiesen actuar con integridad en consecuencia a los códigos éticos para un correcto ejercicio de la profesión y principios bioéticos, sin embargo, a pesar de ello en los resultados de encuestas realizadas a ellos el 23% no compraría comida a una PVVS, 16% sugieren que ninguno de sus ingresos sea destinado a servicios públicos y 38% cree que los jefes tienen derecho a conocer la salud de sus empleados. La manifestación de prácticas estigmatizadoras y discriminatorias dirigidas a aquellas personas infectadas y “sospechosas” de estarlo sugieren la coexistencia de información médica “científica” con los mitos y creencias vinculados con VIH/SIDA .

Con respecto a los factores evaluados mediante el instrumento de auto-percepción de la estigmatización, el indicador de mayor afección de acuerdo con los resultados de nuestra investigación fue el de “discriminación” con promedio de 1.10 (DE ± 0.52), resultados similares evidenciados en la literatura (Bautista-Samperio, 2011; Enoch y Piot, 2017; Nevedal y cols., 2017; Campillay y Monárdez, 2019), siendo determinante la discriminación que ocurre en los diferentes contextos familiar, social y sanitario, la cual ha generado en PPVS, barreras limitando el acceso a la salud y a todos sus derechos, afectando drásticamente su calidad de vida y volviéndose un gran obstáculo para el tratamiento y prevención de la enfermedad. En los estudios y en el contexto social, han mostrado mayor discriminación hacia la mujer joven con VIH/SIDA; en el familiar, sufren de exclusión al evitar todo tipo de contacto a causa de la enfermedad; y siendo el ámbito de la salud donde se han descrito atropellos muy graves a los derechos humanos en personas portadoras. A la hora de abordar integralmente a una PPVS se deben considerar que el estigma es uno de los aspectos más importantes . Investigaciones previas demuestran la importancia y el alto porcentaje de estigma sentido que tienen las personas con VIH, así como el impacto a nivel biopsicosocial (Almanza & Flores, 2012; Moral & Segovia, 2015)

en la baja adherencia al tratamiento, en la falta de revelación del diagnóstico, en las deficientes interacciones sociales y situaciones de participación social.

En relación con el perfil sociodemográfico de los estudios e investigaciones analizados en la literatura científica, la infección por VIH afecta predominantemente al sexo masculino (Bautista y García, 2011; Besse-Díaz y cols., 2018; Gutiérrez-Gabriel y cols., 2019) con reportes que van desde un 75% hasta un 83% con respecto a la mujer, con un rango de 28 a 39 años preponderando los pacientes de la 3ª década de la vida con un promedio de edad según el artículo revisado que va de 34 a 39.5 años hasta en un 65%, cifras semejantes a las reportadas por ONUSIDA, 2021 y que coinciden también con los de nuestro trabajo, correspondiendo al perfil sociodemográfico reportado en nuestro país, destacando un predominio del sexo masculino en un 96% (96), con una media de edad de 36.14 años y con una prevalencia por grupo etario de 20-39 en un 66% (66). Los indicadores anteriores, se justifican debido a que en la sociedad contemporánea son más frecuentes las conductas sexuales que implican mayor riesgo para infecciones, como son: el inicio de las relaciones sexuales, desprotegidas y no planificadas de manera cada vez más precoz, cambios frecuentes de pareja y realizar prácticas de riesgos. EL consumo de alcohol o drogas y cuando están bajo su efecto existe la participación sin plena consciencia del hecho y sin protección. Fernández-Silva (2018) menciona que, pese a no ser el grupo etario predominante, se ha observado un aumento considerable en el grupo de adultos mayores y proyectándose aún mayor incremento como consecuencia de la prolongación de la vida resultante de la efectividad del tratamiento antirretroviral.

Con respecto a los indicadores correspondientes al estado civil y escolaridad, en la bibliografía analizada según Pérez-Morente (2019) y Bautista y García (2011) el 79% eran solteros y 34 a 36% tenían estudios superiores y de licenciatura; resultados semejantes a los obtenidos en nuestra investigación y acordes a los datos del perfil sociodemográfico de nuestro país, destacando también en el estado civil una prevalencia de los solteros en una 69% (69) y una

escolaridad predominante de nivel superior licenciatura de 66% (66). Los indicadores anteriores, se justifican debido a ser quienes tienen mayor probabilidad de caer en comportamientos de riesgo que aumentan la exposición al VIH, al participar en relaciones sexuales casuales o tener múltiples parejas, lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH si no se toman las precauciones adecuadas; en cambio un nivel de educación alto implica mayor consciencia y acceso a servicios de salud para más información sobre su enfermedad, con una mayor comprensión para recibir atención médica adecuada así como la importancia de la adherencia terapéutica para mejorar su calidad de vida.

De acuerdo con indicador correspondiente a la orientación sexual, la revisión y análisis de la bibliografía científica muestra una orientación homosexual sobresaliente (Pérez-Morente y cols., 2019) desde un 58.8% hasta un 67.2% según la literatura consultada; cifras que coinciden con los datos de nuestro reporte donde la orientación homosexual con 57% (57) y bisexual con 26% (26) fueron las mayores tendencias.

Las cifras de los estudios epidemiológicos más recientes muestran que el porcentaje mundial de quienes viven con VIH presento una estabilización desde el año 2000 y se observó que la tasa de mortalidad por SIDA disminuyó considerablemente, debido al acceso y avances farmacológicos, sin embargo, a nivel mundial estos resultados son diferentes . La presente investigación fue realizada con la finalidad de determinar la estigmatización y apoyo que pacientes con VIH perciben de su familia, así como su vulnerabilidad ante la situación de estrés y crisis a la que está sometido e identificando redes de apoyo que los orienten a sobrellevar su enfermedad, convirtiéndola no solo en su responsabilidad sino en la de todos. Conocer y analizar estos datos de una unidad médica que brinda asistencia y educación a las personas portadoras de VIH, además de formar recursos humanos, permitirá impulsar avances en la atención integral de sus necesidades sanitarias y trazar estrategias en salud en los diferentes niveles

de atención para lograr iniciativas de control y prevención, cuidado integral, educación terapéutica adecuada y sobretodo mejorar la calidad de vida en personas con VIH/SIDA, con la finalidad de disminuir la morbilidad, complicaciones y mortalidad por esta enfermedad.

IX. CONCLUSIONES

La investigación realizada determina que fue menor la estigmatización al que fueron sometidos los pacientes con vih y el apoyo brindado por parte de la familia fue mayor ya que de acuerdo los resultados arrojados en esta investigación el 98% percibió apoyo familiar y el 97% percibió baja estigmatización.

Lo anterior permite corroborar la hipótesis de investigación planteada ya que la percepción de apoyo que la familia les brinda a pacientes con vih es mayor del 96% y la percepción de estigmatización a que lo somete su familia es menor del 4% en una unidad de segundo nivel.

IX. PROPUESTAS

1. Que el médico familiar junto con el equipo de salud multidisciplinario (trabajo social, psicología) brinde una atención médica integral a los pacientes con vih/sida para intensificar la respuesta frente al VIH, con la finalidad de introducir terapia antirretroviral oportuna, mantener la adherencia terapéutica, evitar complicaciones tempranas, mejorar el pronóstico y su calidad de vida.
2. Que el personal de salud continúe con las acciones de promoción y prevención a la salud mediante diferentes cursos en línea y presencial, estableciendo un lenguaje incluyente, basado en el respeto mutuo, trato digno, empatía , continuar con la realización de jornadas o campañas de pesquisa en pacientes con factores de riesgo o grupos vulnerables para la detección precoz de casos de vih/sida en etapas asintomáticas.
3. Hacer uso de los diferentes grupos de ayuda con que cuenta la institución para fortalecer el vínculo colectivo y social, con la finalidad de mejorar la salud física y mental promoviendo la no discriminación y estigmatización de cada uno de los pacientes con vih/sida,
4. Derivar a familias estigmatizadoras de personas con vih/sida al área de trabajo social, Psicología, Psiquiatría para brindarle apoyo psicoterapéutico individual y familiar para el manejo del estrés y de las emociones que se generan a partir de la enfermedad, así como de la adaptabilidad y reestructuración necesaria del entorno familiar y social.
5. Permitirle al paciente expresar la decisión del manejo su enfermedad para el fortalecimiento de la relación médico-paciente y derivar al servicio de Psicología de acuerdo al resultado de los cuestionarios aplicados y haciéndolo partícipe de la evolución de su enfermedad para una mejor adherencia al tratamiento.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*; 93-107.
- Almanza, A. & Flores, F. (2012). Resistencia a la discriminación: Narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*; 22 (2): 173-184.
- Álvarez-Carrasco RI. (2017). Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Med Peru*;34 (4): 309-16.
- Anangono-Morales HP., Gómez-Peláez GW., Luna-Rodríguez HA. (2019). Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). *Rev Ciencias de la Salud*; 5 (2): 453-466. <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2019.vol.5.n.2.453-466>.
- Anzures C. (2013). *Medicina Familiar*. 2da. Edición, Editorial Corinter. México: 345-392.
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S. G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. (2016). Madrid.

Arya S, Lal P, Singh P, Kumar A. (2015). Recent advances in diagnosis HIV and future prospects. *Indian J of Biotechnol*; 15: 9-18.

Ávila-Cabrera JA, García-Méndez FM, Fonseca-Marrero CA. (2020). Evolución histórica del diagnóstico de la infección por el VIH en Cuba; 59 (278): e936. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/936.

Bautista-Samperio L, García, TM. (2011). Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del SIDA. *Atención Familiar*; 18 (1): 4-7.

Besse-Díaz R. et al. (2018). Enfoque clínico y epidemiológico de pacientes con VIH/SIDA atendidos en un servicio de urgencias y emergencias. *MEDISAN*; 22 (7): 497-505.

Boretzki J, Wolf E, Wiese C, Noe S, Balogh A, Meurer A, et al. (2017). Highly specific reasons for nonadherence to antiretroviral therapy: results from the German adherence study. *Patient Prefer Adherence*; 11: 1897-906. doi: 10.2147/PPA.S141762.

Cáceres-Burton K. (2019). Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Rev Chilena Infectol*; 36 (2): 221-233.

Campillay C, Monárdez M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH / SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Rev Bioética y Derecho*; 47: 93-107.

Cano-Gutiérrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. (2016). Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*; 33(3): 1-6.

- Castrighini CD, Reis RK, Neves LA, Melo ES, Gir E. (2019). Caracterización epidemiológica de personas que viven con VIH/sida. Rev Cubana Enferm [Internet]; 35 (1): 1. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1683>
- Cordero MV. (2017). La adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA y estrategias para su optimización. Revista Rol de Enfermería; 40(1): 28-34.
- Costa-J DM, Torres TS, Esteves CL, Mendes LP. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and metaanalysis. J Int AIDS Soc; 21: e25066. doi: 10.1002/jia2.25066.
- Crawford G, Lobo R, Brown G, Macri C, Smith H, Maycock B. (2016). HIV, other blood-borne viruses and sexually transmitted infections amongst expatriates and travellers to low- and middle-income countries: A systematic review. Int J Environ Res Public Health; 13 (12): 1249.
- Echeverry M, Herrera-Cano CE, Betancur-Pulgarín CL. (2017). Características económicas de complicaciones en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana hospitalizados. Rev. cienc. cuidad; 14 (1): 23-39. <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.805>.
- Elattabi M., Ruíz-Algueró M., Hernando V., Díaz A. (2016). Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA: Situación en Europa y en España, 2015. Boletín Epidemiológico Semanal; 24 (10): 147-156.
- Enoch J, Piot P. "Human Rights in the Fourth Decade of the HIV/AIDS Response: An Inspiring Legacy and Urgent Imperative". Health and Human Rights Journal 2017; 19 (2): 117-122.

European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe. (2016). HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC. Available from: [http:// ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf).

Fernández-Silva CA., Lopez-Andrade CI., Merino-Jara C. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. *Rev Cuid;* 9 (2): 2201-14. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.522>

Fuentes-Beltrán L, Castro Peraza M, Pérez Chacón D, Rodríguez Delgado F, et al. (2019). Enfoque de género en la evolución de las estrategias de prevención y control del VIH/SIDA en Cuba. *Rev Cubana Med Trop [Internet];* 71 (3): e375. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602019000300002&lng=es.Epub 03-Mar-2020_

García Escobar J. (2015). El soporte socio familiar del paciente con enfermedad renal crónica. *Alma Mater;* 2(3): 203-214.

García-González JM y Grande R. (2020). Contribuciones del cambio en mortalidad por sida a la esperanza de vida en España. *Salud Pública de México;* 62 (2): 211-214.

Gómez-Venegas AA., Moreno-Castaño LA., Roa Chaparro JA. (2018). Enfoque de la diarrea en pacientes infectados con VIH. *Rev Colomb Gastroenterol;* 33 (2): 150-60.

González B. (2000). Las Crisis Familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr;* 16 (3): 280-286.

- Gutiérrez-Gabriel I., et al. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Rev Chilena Infectol*; 36 (3): 331-339.
- Horwitz Campos N, Florenzano Urzúa R, Ringeling Polanco I. (1985). *Familia y Salud familiar. Un enfoque para la atención primaria*. Febrero.
- Huerta-González J.L. (2005). La familia en el proceso salud-enfermedad. *Medicina Familiar*. Primera Edición, Editorial Alfil. México; 198-222.
- Iglesias CM , Reyes G, Terán RM, Ortiz MM. (2015). Treinta años del VIH - SIDA: perspectivas desde México. 2015. México D.F., Histórica.
- Irigoyen C. (2005). *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. 2da. Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México: 335-384.
- Johnston L, Oumzil H, El Rhilani H, Latifi A, Bennani A, Alami K. (2016). Sex Differences in HIV Prevalence, Behavioral Risks and Prevention Needs Among Anglophone and Francophone Sub-Saharan African Migrants Living in Rabat, Morocco. *AIDS Behav*; 20(4):746–53.
- Más-Bermejo P. (2016). Epidemiología y salud pública en Cuba: estrategia en el control de enfermedades. *Rev Cubana Salud Pública*; 42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200001.
- Mehta SR, Chaillon A, Gaines TL, González-Zúñiga PE, Stockman JK, Almanza-Reyes H, et al. (2018). Impact of public safety policies on human immunodeficiency virus transmission dynamics in Tijuana, Mexico. *Clin Infect Dis*; 66:758-64.doi: 10.1093/cid/cix884.

- Membrillo-Luna, A. (2008). Familia: Introducción al estudio de sus elementos. 3ra Edición. ETM. México D.F.
- Méndez López M, Gómez López VM, García Ruíz ME, Pérez Lopez JH, Navarrete Escobar A. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabetico tipo 2. Revista Médica IMSS. Enero.
- Miranda-Ulloa E, Romero-Ruíz S, Briceño-Espinoza R, Santos-Anaya D. (2015). Evaluación de tres marcas comerciales de Pruebas Rápidas para la detección del VIH. Rev Peru Med Exp Salud Pública; 32 (2): 404-5.
- Monge S, Pérez-Molina JA. (2016). Infección por el VIH e inmigración. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin; 34: 431-8.
- Moral, J. & Segovia, M. (2015). Discriminación en la familia a mujeres que viven con VIH. Psicogente; 18 (33): 89-103. Doi: <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.5>
- Moreno-Solís OA., Carrillo Aguiar LA., González-Pérez B., Salas-Flores R. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud ante el VIH/SIDA en el primer nivel de atención. *South Florida Journal of Development*; 1 (4): 221-229. <https://doi.org/10.46932/sfjdv1n4-006>
- Nevedal A, Neufeld S, Luborsky M, Sankar A. "Older and Younger African Americans' Story Schemas and Experiences of Living with HIV/AIDS". *J Cross Cult Gerontol*; 2017; 32 (2): 171–189.
- Norma Oficial Mexicana (2010). NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. México.
- Oliva-Venereo DC, Ning-Toirac E, Viñas-Martínez AL. (2021). Características clínico-epidemiológicas de mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 1986-2016. Rev haban cienc méd [Internet]; 20 (3):

e4124.

Disponible

en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4124>

ONUSIDA-UNAIDS. (2021). Monitoreo Global del SIDA 2021. Estimaciones epidemiológicas preliminares de ONUSIDA para 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

ONUSIDA. (2020). Monitoreo Global del SIDA 2020 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

ONUSIDA. 90-90-90 (2016). Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [Internet]. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

Pérez ER, Soler YMS, Hung YF, Rondón MZ. (2016). Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. AMC; 20 (2): 177-87.

Pérez-Morente MA, Campos-Escudero A, Sánchez-Ocón MT, Hueso-Montoro C. (2019). Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. Rev Esp Salud Pública; 93: e1-13.

Pinzón Fernández MV, Vernaza Pinzón P. (2017). Riesgos para infecciones de transmisión sexual o VIH en adolescentes. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca [Internet]; 19 (1): [Aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/ojs2/index.php/rfcs/article/view/165>

- Portal SINAVE (sistema nacional de vigilancia epidemiológica). (2020). Boletín Epidemiológico SINAVE/DGE/Salud 2020; ultimo acceso Julio 2021.
- Puente-González VC. (2017). Percepción del Estigma y Apoyo Familiar en pacientes con infección por VIH / SIDA. Tesis Posgrado en Medicina Familiar, Morelia, Mich; 1-67.
- Puente-Saní V, Arias-Deroncerés IJ. (2016). Inicio del SIDA o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. MEDISAN; 20 (8).
- Quintero-Quiñónez JF, Goodman-Meza D, Burgos-Regil JL, Muñoz-Carvajal FA, Zúñiga-de Nuncio ML, Ornelas-Aguirre JM. (2017). Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection in Mexico. Rev Med Inst Mex Seg Soc; 56: 126-31. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im182b.pdf>.
- Reis Rk, Melo ES, Castrighini CC, Galvão MTG, Toffano-Malaguti SE, Gir E. (2017). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en personas que viven con VIH/SIDA. Salud Ment; 40(2): 57-62. <http://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.008>
- Rodríguez-Abrego et al. (2004). Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Médica IMSS. México D.F; 42 (2): 97-102. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im042b.pdf>
- Shah S, Kongre V, Kumar V, et al. (2016). A study of parasitic and bacterial pathogens associated with diarrhea in HIV-positive patients. Cureus; 8 (9): e807. doi:10.7759/cureus.807.

- Silva-Reyes I, Del Campo-Mulet E, Nápoles-Smith N, Cuba-García M. (2016). Aspectos clínico-epidemiológicos en pacientes con coinfección por SIDA y tuberculosis en Santiago de Cuba. MEDISAN; 20 (10). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000010.
- Varas-Díaz, Toro-Alfonso. (2005). La Estigmatización del VIH/SIDA y la Vida Gregaria: Contradicciones en el Desarrollo de Redes de Apoyo de Personas que Viven con VIH/SIDA en Puerto Rico. Ciencias de la Conducta; 20 (1): 111-142.
- Varela-Arevalo MT, Hoyos-Hernández PA. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Rev Salud Pública; 17: 528-40. DOI:<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>.
- Velasco-Campos ML, Luna-Portilla MR. (2006). Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Psicología aplicada. México: Editorial Pax: 57-84
- Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. (2017). Registro Nacional de casos de SIDA actualización al cierre de 2017; Secretaria de Salud, dirección general de epidemiología, Centro Nacional para la prevención y control de VIH/SIDA (CENSIDA). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328393/RN_Cierre_2017.pdf
- WHO/Europe. (2019). Media centre-Half of all women with HIV are diagnosed late in Europe [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/half-of-all-women-with-hiv-are-diagnosed-late-in-europe>

World Health Organization. (2021). Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021: OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf;jsessionid=0B21C2E4F227B0DC9176173453EB8151?sequence=1>

Wu Elba. (2015). Infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños y adolescentes: Más de 25 años en Chile. *Rev. chil. infectol.* [Internet]; 32 (Suppl 1): 44-56. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000100004&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000100004.

Zamudio-Rodríguez A, Aguilar-Navarro S, Avila-Funes JA. (2017). Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/sida y síndrome de fragilidad. *Gac Med Mex*; 153: 598-607. <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.17002875>

XI. ANEXOS

XI.1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Datos Sociodemográficos:

Nombre: _____ N.S.S.: _____

Género: F _____ M _____ Edad: _____

Escolaridad:

Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado
------------	----------	------------	--------------	--------------	----------

Ocupación:

Hogar	campesino	obrero	Empleado	Pensionado o jubilado	Desempleado
-------	-----------	--------	----------	--------------------------	-------------

Orientación sexual:

Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Lesbiana	Transgénero
--------------	------------	----------	----------	-------------

Estado civil:

Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo
---------	--------	-------------	------------	-------

Años de evolución de la enfermedad:

1 a 5 años	6-13 años
------------	-----------

XI.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDINA FAMILIAR # 09
OOAD QUERÉTARO, QRO.**



FOLIO

INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL SUJETO CON VIH/SIDA ACERCA DE LA ESTIGMATIZACIÓN A QUE LO SOMETE SU FAMILIA

Los enunciados de este cuestionario evalúan algunas conductas, pensamientos y emociones que uno experimenta sobre su familia cuando se es portador de VIH o se padece de SIDA. Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y decida conforme a la escala que abajo se muestra qué tanto piensa, siente o hace lo mencionado. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial. Responda y marque uno sólo de los números para cada enunciado. ¡Muchas gracias!

- 5: Si está totalmente de acuerdo con el contenido de la oración.
 4: Si está de acuerdo con el contenido de la oración.
 3: Si no está de acuerdo ni en desacuerdo con el contenido de la oración.
 2: Si está en desacuerdo con el contenido de la oración.
 1: Si está totalmente en desacuerdo con el contenido de la oración.

1. Desde mi diagnóstico de VIH/sida, algunos miembros de mi familia desean agredirme físicamente.	1	2	3	4	5
2. Algunos miembros de mi familia desearían hacerme desaparecer de sus vidas.	1	2	3	4	5
3. Por tener VIH/sida, algunos miembros de mi familia realizan acciones que saben que me pueden lastimar físicamente.	1	2	3	4	5
4. Me siento repudiado.	1	2	3	4	5
5. Por tener VIH/sida, no se me permite compartir la mesa con los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6. Mi familia se comporta como si le avergonzara mi presencia.	1	2	3	4	5
7. Desde mi diagnóstico de VIH/sida, algunos	1	2	3	4	5

miembros de mi familia desearían olvidarse que existo.					
8. Desde que mi familia sabe mi diagnóstico, me maltrata.	1	2	3	4	5
9. Algunos de mis familiares me excluyen por ser como soy.	1	2	3	4	5
10. Debido a mi enfermedad, no se me permite compartir el baño con los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
11. Desde que tengo VIH/sida, algunos miembros de mi familia niegan que son mis parientes.	1	2	3	4	5
12. Algunos miembros de mi familia me insultan por mi estilo de vida.	1	2	3	4	5
13. Desde mi diagnóstico, para algunos miembros de mi familia ya no existo.	1	2	3	4	5
14. Algunos miembros de mi familia me agreden verbalmente a partir de mi diagnóstico.	1	2	3	4	5
15. A raíz del diagnóstico de VIH/sida en mi persona, mi familia me excluye de las reuniones familiares.	1	2	3	4	5
16. Por el hecho de tener VIH/sida, mi familia se ha alejado de mí.	1	2	3	4	5
17. Por el hecho de tener VIH/sida, algunos miembros de mi familia consideran que tienen derecho a gritarme.	1	2	3	4	5
18. Por mi enfermedad, algunos miembros de mi familia desearían expulsarme de nuestra casa.	1	2	3	4	5
19. A partir del diagnóstico de mi enfermedad, algunos miembros de mi familia piensan que si me logran aniquilar (aunque sea mentalmente), podrían borrar su deshonra.	1	2	3	4	5
20. Cuando estamos en familia, siempre surge un comentario de rechazo hacia mí.	1	2	3	4	5
21. A causa de mi enfermedad, algunos de mis familiares me demuestran su odio escondiéndome mis cosas.	1	2	3	4	5

22. Me siento ignorado por mi familia.	1	2	3	4	5
23. A partir del diagnóstico de mi enfermedad, algunos miembros de mi familia desearían verme muerto.	1	2	3	4	5
24. Mis familiares me golpean a causa de mi enfermedad.	1	2	3	4	5
25. Algunos miembros de mi familia consideran que debo morir por esta enfermedad.	1	2	3	4	5
26. A raíz de mi diagnóstico de VIH/sida, algunos miembros de mi familia me agreden verbalmente.	1	2	3	4	5
27. Algunos de mis familiares me han llegado a escupir ahora que saben qué enfermedad tengo.	1	2	3	4	5

Calificación de instrumento

- a. Sumar la calificación de los puntajes.
- b. El puntaje obtenido es la calificación del instrumento.
- c. Comparar el puntaje con el punto medio o de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo.

El punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio

Puntaje máximo	135
Punto medio o de corte	81
Puntaje mínimo	27

A mayor puntaje, mayor grado de percepción de estigmatización.



INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL SUJETO CON VIH/SIDA SOBRE EL APOYO QUE LE BRINDA SU FAMILIA

Los enunciados de este cuestionario evaluarán algunas conductas, pensamientos y emociones que uno experimenta sobre su familia cuando se es portador de VIH o se padece de SIDA. Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y decida conforme a la escala que abajo se muestra qué tanto piensa, siente o hace lo mencionado. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial. Responda y marque uno sólo de los números para cada enunciado. ¡Muchas gracias!

- 5: Si está totalmente de acuerdo con el contenido de la oración.
- 4: Si está de acuerdo con el contenido de la oración.
- 3: Si no está de acuerdo ni en desacuerdo con el contenido de la oración.
- 2: Si está en desacuerdo con el contenido de la oración.
- 1: Si está totalmente en desacuerdo con el contenido de la oración.

1. Pese a la enfermedad, mi familia se preocupa por mi bienestar	1	2	3	4	5
2. Siento que algunos miembros de mi familia me aman	1	2	3	4	5
3. Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida	1	2	3	4	5
4. Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar esta enfermedad	1	2	3	4	5
5. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuánto se preocupa por mí	1	2	3	4	5
6. Me siento escuchado por algunos miembros	1	2	3	4	5

de mi familia					
7. Desde que me dijeron que padecía de VIH/sida, algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal	1	2	3	4	5
8. Siento que algunos miembros de mi familia me animan	1	2	3	4	5
9. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar	1	2	3	4	5
10. Me siento comprendido por algunos miembros de mi familia	1	2	3	4	5
11. Siento que algunos miembros de mi familia me cuidan cuando me siento mal de salud	1	2	3	4	5
12. A algunos miembros de mi familia les es importante estar disponibles para brindarme apoyo emocional	1	2	3	4	5
13. Siento que algunos miembros de mi familia realmente desean entenderme	1	2	3	4	5
14. Mi familia se preocupa por mi estado de salud	1	2	3	4	5
15. Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia al tomar decisiones	1	2	3	4	5
16. Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia cuando hablo con ellos acerca de lo que me está pasando	1	2	3	4	5
17. Mi familia se preocupa por mi estado de ánimo	1	2	3	4	5
18. Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de ayudarme	1	2	3	4	5
19. Me siento protegido por algunos miembros de mi familia cuando estoy enfermo	1	2	3	4	5

Calificación de instrumento

- Sumar la calificación de los puntajes.
- El puntaje obtenido es la calificación del instrumento.
- Comparar el puntaje con el punto medio o de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo

Puntaje máximo	95
Punto medio o de corte	57
Puntaje mínimo	19

A mayor puntaje, mayor grado de percepción de apoyo.

XI.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adulto)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Estigmatización y apoyo que los pacientes con VIH perciben de su familia en una Unidad de segundo nivel de atención.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, Querétaro, Mayo 2022
Justificación y objetivo del estudio:	El VIH/SIDA es una enfermedad considerada un reto en salud pública debido al impacto que ocasiona en los sistemas de salud. Ante la presencia de una enfermedad crónica e incurable, el proceso de adaptación es un reto por todo lo que representa dicha enfermedad, que provoca cambios tanto en el enfermo, la

	sociedad, así como en la familia, buscando fortalecer los lazos familiares para el mejoramiento de la persona con dicha enfermedad. La situación del rechazo social, así como el miedo a la enfermedad, transforma las vidas de éstos pacientes, ya que en ocasiones pueden llevarlo a poner en riesgo su vida. Objetivo: Conocer si usted se siente rechazado por parte de su familia y ofrecerle los servicios necesarios para mejorar su condición
Procedimientos:	Se le realizará un cuestionario que nos ayude a identificar si usted se siente rechazado por parte de su familia, por el hecho de padecer VIH/SIDA si no entiende alguna pregunta del cuestionario le apoyaremos en ese aspecto y pueda marcar su respuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este cuestionario no representa ningún riesgo para su salud, aunque con alguna pregunta podrá o no sentir incomodidad
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si se identifica que usted se siente rechazado se canalizará a los servicios correspondientes como psicología y trabajo social con apoyo de jefatura de departamento clínico y permita que usted se encuentre mejor.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información y resultados obtenidos serán tratados de manera confidencial y encriptados en el programa electrónico siendo conocidos únicamente por los investigadores del estudio, además de que los resultados ayudaran para la investigación, para generar estrategias para el manejo de pacientes como usted.
Participación o retiro:	Usted será libre de participar o de abandonar el estudio, en cualquier momento en el que este contestando el cuestionario y decida retirarse, no le afectará en la atención médica que usted recibe y cualquier otro servicio por el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso y resguardo de la información será anónimo, confidencial y encriptado con software BitLlocquer
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar para este estudio. <input type="checkbox"/> No autorizo que se tomen muestras para este estudio ni para estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos de esta investigación.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse	Dr. Omar Rangel Villicaña, Médico Familiar, Matrícula 99232145, adscrito al HGR #1, Santiago de Querétaro, Qro. Tel (442) 372

a: 5399, Correo: hobbit2000@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Clementina del Río López. Residente de Medicina Familiar adscrito al HGR #1, Santiago de Querétaro, Qro. Matrícula: 98233763 Teléfono: (732) 106 7785. Correo electrónico: walquiria14@hotmail.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 4° 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 adolescente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
--------------------------------	---

Nombre y firma del padre de familia:

Testigo: _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013