



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR,
CIUDAD DE MÉXICO



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

TESIS

"APRECIACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, SUSCEPTIBILIDAD Y
AUTO EFICIENCIA A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO HIV/SIDA-65 EN
PERSONAL DE SALUD DE LA UMF 21"

NÚMERO DE REGISTRO: R-2022-3703-064

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. JESÚS HERNÁNDEZ CORONEL

ASESOR
DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ LARA



CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS



DRA. JENNIFER HERNÁNDEZ FRANCO
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DRA. ALYNE MENDO REYGADAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

ASESOR DE TESIS



DRA. BEATRÍZ MARTÍNEZ LARA
ASESORA DE TESIS
MEDICO ADSCRITO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicarle esta tesis a mis padres, que siempre han estado apoyándome en todas las circunstancias, cariño y empatía, quienes a pesar de las adversidades que ocurrieron en esas épocas estuvieron conmigo, así como, a José Carlos quien ha estado conmigo en las buenas y en las malas, me ha brindado de apoyo, cariño, empatía y me ha propulsado a seguir adelante con mis sueños.

A mis perritos Lucero, Jaqui y Tobi que, aunque no me brindan un apoyo verbal o argumentativo, lo hacen de forma emocional.

A los docentes que me impartieron clases, y médicos que día con día aprendía de ellos y de sus diversas formas de otorgar la consulta.

A mis amigos siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas.

INDICE

01. RESUMEN	6
02. ABSTRACT	7
03. MARCO TEÓRICO	8
04. JUSTIFICACIÓN	28
05. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
06. OBJETIVOS	31
07. MUESTREO	32
08. CRITERIOS DE SELECCIÓN	34
09. VARIABLES	35
10. MATERIAL Y METODOS	39
11. CONTROL DE SESGOS	41
12. ASPECTOS ÉTICOS	42
13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	46
14. RESULTADOS	47
15. DISCUSIÓN	60
16. CONCLUSIÓN	63
17. BENEFICIOS	64
18. SUGERENCIAS	65
19. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	66
20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
21. ANEXOS	72
22. INSTRUMENTO	74

RESUMEN

"Apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21"

Beatriz Martínez Lara¹, Jesús Hernández Coronel²

Antecedentes: La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) es considerado una infección de transmisión sexual, que ataca a las células del sistema inmunológico, generando una disfunción inmunológica. **Objetivo General:** demostrar la apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21.

Material y métodos: Se aplicó el instrumento denominado HIV/SIDA-65 el cual consta de 65 ítems y tiene una duración de aproximadamente 15 minutos. Se realizó un análisis descriptivo. **Recursos e infraestructura:** Los recursos fueron proporcionados por parte del investigador. Se aplicaron las encuestas en la unidad de la UMF 21. **Experiencia de grupo:** El grupo cuenta con experiencia suficiente para llevar a cabo esta investigación. **Tiempo a desarrollar:** Septiembre a Noviembre del 2022. **Resultados:** Se aplicó el instrumento a 129 personas, de los cuales 76% eran mujeres con un predominio de carrera técnica (31.8%). Se encontró un conocimiento correcto del 86%, y un conocimiento erróneo de 6%; actitud positiva 49% estaba de acuerdo, actitud negativa 87% estaba en desacuerdo y neutra con el 81% en desacuerdo; susceptibilidad el 75% se encontraba de acuerdo y en cuanto autoeficiencia el 75% estaba en desacuerdo. **Conclusión:** el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar necesita enfatizar mayor su conocimiento sobre el tema, para así poder generar medidas de prevención

1. Médico especialista en Medicina Familiar. 2. Médico Residente de segundo año en Medicina Familiar.

ABSTRACT

"Appreciation of knowledge, attitudes, susceptibility, and self-efficiency through the instrument HIV/AIDS-65 in health personnel of the UMF 21"

Beatriz Martínez Lara¹, Jesús Hernández Coronel²

Background: Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection is considered a sexually transmitted infection, which attacks the cells of the immune system, generating immune dysfunction. **General Objective:** Demonstrate the appreciation of knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficiency through the HIV/AIDS-65 instrument in health personnel of the UMF 21. **Material and methods:** The instrument called HIV/AIDS-65 was applied, which consists of 65 items and lasts approximately 15 minutes. A descriptive analysis was made. **Resources and infrastructure:** Resources were provided by the researcher. The surveys were applied in the UMF 21 unit. **Group experience:** The group has enough experience to carry out this research. **Time to develop:** September to November 2022. **Results:** The instrument was applied to 129 people, of which 76% were women with a predominance of technical career (31.8%). A correct knowledge of 86% was found, and an erroneous knowledge of 6%; positive attitude 49% agreed, negative attitude 87% disagreed and neutral with 81% disagreed; susceptibility 75% agreed and as for self-efficacy 75% disagreed. **Conclusion:** the health personnel of the Family Medicine Unit need to emphasize their knowledge on the subject, to generate prevention measures.

1. Medical specialist in Family Medicine. 2. Second year Resident Physician in Family Medicine.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Las infecciones de transmisión sexual son enfermedades que se transmiten de persona a persona a través de contacto sexual pudiendo o no haber penetración.

(1) La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) es considerado una infección de transmisión sexual que ataca a las células del sistema inmunológico generando una disfunción inmunológica. Este virus se encuentra en la sangre y los fluidos de los órganos sexuales (líquido preeyaculatorio, semen, secreciones vaginales) y en la leche materna.

A nivel mundial existen dos Lentivirus genéticamente diferentes, el de VIH 1 y VIH 2, siendo el primero el más frecuente, mientras que el VIH 2 se encuentra confinada a las regiones de África, sin embargo, se sabe que este Lentivirus es menos contagioso. El origen de la epidemia de VIH 1 se ha documentado en Kinshasa en la actual República Democrática del Congo en los años de 1920, desde donde se extendió a otras áreas de África, Europa y el resto del mundo. Existe una amplia variedad de subtipos, desde el subtipo A, hasta el subtipo K. El subtipo B es el que se ha denominado pandemia mundial mientras que los demás serotipos se encuentran confinados a regiones de África y Europa. (2) A pesar de que se tenía el conocimiento de esta enfermedad, de forma moderada, fue hasta 1983, en donde se identificó al retrovirus, y hasta 1985 fue aislado. (3)

Anteriormente se creía que el virus solo se transmitía de forma vertical, sin embargo, las investigaciones del patólogo Myron Essex, determinó que la transmisión no solo se podía producir de forma vertical, sino que también horizontal, asociado a la transmisión de hepatitis B, no obstante, no se tomó en consideración debido a que posterior a esto, se vio involucrado con luchas sociales de la comunidad LGBTTTIQ. En 1983, Patricia Kanki, observó el patrón, así como la inmunodeficiencia asociada a disminución de CD4 y asociación de enfermedades oportunistas. En esta ocasión se identificó el virus en simios, en donde se le denominó Virus de Inmunodeficiencia

de Simios (VIS). Este virus, se asoció en este mismo año, a la infección por VIH-2, asociado a zoonosis, sin embargo, se desconocía el origen del VIH-1, aunque se ha secuenciado el virus, y se tienen una homología con el VIS del 50% no se ha determinado a la fecha el origen del VIH-1. (3)

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estima que la incidencia a nivel mundial es de aproximadamente 1.7 millones en el 2018, y se estima que existe una prevalencia en el 2018 de 37.9 millones de personas y solo 24.5 millones de pacientes reciben tratamiento antirretroviral. (4) Mientras que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estima que para el 2020, 37.6 millones de personas viven con la infección por VIH, y solo el 84% de estas personas conocían el diagnóstico, mientras que 16% no conocían su diagnóstico; de estas el 27.4 millones de pacientes, cuentan con acceso a la terapia antirretroviral. La tasa de mortalidad es del 42%, secundario a infecciones oportunistas. (5)

En México, el control epidemiológico sobre VIH está dado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, quienes reportan que en 1983 en México sólo se habían reportado 67 casos, mientras que desde ese periodo hasta el año 2020 se estima una incidencia de 315 177 con un pico de edad de 25 a 29 años, con un estimado de 62 497 casos, representando el 19.8% de casos totales. En el 2020 se consideró que 8 469 de casos se transmitieron vía sexual, representando un 98.1% comparado con la vía sanguínea con 0.9%, y perinatal del 1.0%. La tasa de mortalidad estimada de 1983 a 2020 es de 34.9%. En la Ciudad de México se evaluó que existe una prevalencia de 44 684 casos, y de estos 40 030 son hombres, y 4 654 son mujeres. (6)

Los factores asociados con incremento de riesgo de infección por virus de VIH, incluye a los hombres que tienen sexo con hombres, hombres y mujeres que tienen múltiples parejas sexuales, personas quienes utilizan drogas intravenosas, personas que intercambian sexo por dinero, drogas o alguna comodidad, personas

cuenten con alguna pareja pasada o presente con el diagnóstico de VIH, personas que cuenten con antecedente de enfermedades de transmisión sexual, personas que se encuentren en tratamiento de hemofilia, y que reciben múltiples transfusiones sanguíneas, pacientes quienes recibieron transfusiones de 1978 a 1985. (7)

Tras la implementación de la terapia antirretroviral combinada, se ha observado una disminución de la incidencia del Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida, también denominado SIDA, así como un aumento en la esperanza de vida, y mejor calidad de ésta, así como una disminución de la incidencia de enfermedades oportunistas. (8)

La partícula infecciosa de VIH consta de una bicapa lipídica derivada de la célula del huésped que contienen una alta cantidad de glicoproteína gp120 en la envoltura viral, y de la proteína transmembranal de gp41, unida a ella se encuentra una capa proteínica esférica llamada matriz, y dentro de esta se localiza la estructura de cápside, la cual contiene dos copias idénticas de ARN viral y las proteínas virales necesarias para la replicación del virus, las cuales incluyen las enzimas de transcriptasa reversa, integrasa y proteasa. El virus de VIH 1 cuenta con un gran tropismo hacia las células que presentan en su superficie el receptor CD4, por lo que puede infectar a los linfocitos T, monocitos/macrófagos, células dendríticas, y microglía. El ciclo de vida del virus empieza con la interacción de la glicoproteína gp120 en su superficie y el dominio extracelular N-terminal del receptor CD4, así como de los correceptores CCR5/CXCR4. La formación de este complejo conduce a cambios conformacionales en la glicoproteína gp41, lo que desencadena la fusión de la membrana y la subsiguiente entrada de la cápside viral en el citoplasma de la célula del huésped. Una vez que se descubre, la cápside desaparece sin embargo las enzimas y la proteína accesoria Vpr permanecen juntas para convertir el ARN viral en una doble hebra de ADN, que será transportado al núcleo para su integración. En el núcleo la integrasa se encargará de catalizar la inserción del ADN viral de doble cadena en el cromosoma de la célula del huésped, creando así un

pro-virus, pudiendo seguir tres diferentes destinos: 1) permanecer de forma latente hasta su activación; 2) replicar de manera controlada; o 3) sufrir una replicación masiva con consiguiente efecto citopático en la célula. Este pro-virus va a fungir como plantilla para la síntesis de proteínas estructurales (Cag y Env), enzimas como (transcriptasa inversa, polimerasa e integrasa) así como proteínas reguladoras y accesorias como (Tat, Rev, Nef, Vif, Vpu, y Vpr). (9)

Tras el efecto citopático que se encuentra en las células inmunitarias que cuentan con el receptor CD4, existe un decremento de la inmunidad, e inversamente proporcional genera un aumento de las partículas virales en la sangre. La etapa de latencia se establece en las células con receptores CD4 de larga vida o de memoria, por lo tanto, corresponde la principal dificultad en la remisión del VIH. Mientras que la etapa activa se presenta de forma aguda y crónica.

La primera se determina mediante la escala Fiebig la cual divide en 7 estadios la primoinfección, la primera denominada eclipse que es considerado desde el ingreso del virus hasta los primeros 21 días; el estadio I, en esta etapa el ARN viral se vuelve positivo y dura de 5 a 10 días; el estadio II en donde el antiguo p24 se vuelve positivo con una duración de 4 a 8 días; estadio III en donde las pruebas de ELISA se vuelve positivo y tiene una duración de 2 a 5 días; etapa IV se puede encontrar en Western Blot de forma indeterminada y dura de 4 a 8 días; etapa V, el Western Blot se vuelve positivo pero antígeno p31 negativo y tiene una duración de 40 a 122 días; y por último, el estadio VI, en donde el Western Blot se vuelve positivo y antígeno p31 positivo, y su duración es indeterminada. (ver anexo 1) (10)

La segunda, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, generó una clasificación que hoy en día es la más utilizada, siendo propuesta en 1993, en donde tomó aspectos clínicos y bioquímicos, clasificándose en A, B y C; y 1, 2, y 3 respectivamente. Teniendo en cuenta que el estadio C3 era considerado etapa de SIDA. Dentro del estadio 1 se observaba la cuenta linfocitaria T CD4 mayor a 500; el estadio 2, de 499 a 200; y el estadio 3 menos de 200. En cuanto a las

características clínicas el estadio A es infección asintomática, infección aguda, linfadenopatía generalizada; en el estadio B es infección crónica sin condiciones no definitorias de SIDA, como candidiasis orofaríngea, o vaginal, síndrome diarreico crónico, síndrome febril, baja de peso, leucoplaquia vellosa, herpes zoster, listeriosis, nocardiosis, angiomas bacilar, endocarditis, enfermedad pélvica inflamatoria, polineuropatía periférica, púrpura trombocitopénica idiopática o displasia cervical; en el estadio C son condiciones clínicas indicadoras de SIDA como son: tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, neumonía por *Pneumocystis Jiroveci*, criptococosis meníngea o extrapulmonar, toxoplasmosis cerebral, enfermedad por micobacterias atípicas, retinitis por citomegalovirus, candidiasis esofágica, traqueal o bronquial, encefalopatía por VIH, leucoencefalopatía multifocal progresiva, criptosporidiosis, isosporidiasis, úlceras mucosas o cutáneas con duración mayor a un mes, neumonía recurrente, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin o linfoma del sistema nervioso central, cáncer cervicouterino invasor, síndrome constitutivo. (11) Esta escala sirve para estadificar a los pacientes y estimar el riesgo de progresión de la enfermedad. (ver Anexo 2)

La sintomatología habitual en estos pacientes en la infección aguda, que se denomina también síndrome de seroconversión aguda, es poco específica, e incluso llega a ser similar a mononucleosis infecciosa, influenza o hepatitis, llegan a presentar fiebre, astenia, adinamia, mialgias artralgiás, linfadenopatía, faringitis y rash. Dicha sintomatología se presenta del 40 al 90% de los pacientes, sin embargo, no acuden a consulta médica por similitud a un cuadro respiratorio. Durante esta etapa la carga viral en sangre se encuentra exponencialmente elevada, por lo que son altamente contagiosos. (7)

Todos los pacientes que presenten los factores de riesgo previamente mencionados son candidatos a realizar una prueba de tamizaje, sin embargo, también se debe de realizar tamizaje, en personas que tengan relaciones sexuales sin conocer el estado serológico de la persona, o si son portadoras, o se encuentran en tratamiento de alguna comorbilidad como tuberculosis, hepatitis B o hepatitis C, víctimas de violencia sexual, a toda mujer que se encuentre embarazada, lactantes que se

hayan encontrado en contacto o exposición con la enfermedad, personas que utilizan o hayan utilizado la profilaxis pre exposición y la profilaxis post exposición, personas que por factor ocupacional se encuentran en contacto con sangre o fluidos. (7)(10)(12)

La frecuencia con la que se debe de realizar estas pruebas de tamizaje debe de ser, en promedio cada 3 a 6 meses, debido al riesgo de eclipse que ocurre y el periodo de ventana que previamente se comentó, sin embargo, las nuevas pruebas de ELISA de cuarta generación disminuyen este periodo estimado. (12)

Para el diagnóstico se pueden utilizar pruebas de tamizaje, caracterizadas por tener alta sensibilidad, como son las pruebas rápidas. Las pruebas rápidas tienen un tiempo de ejecución de 20 minutos o menos, no se necesita de un equipamiento especializado y tienen incorporados sistemas de control de calidad interno, tienen una sensibilidad comparable con las pruebas ELISA, sin embargo, tienen una especificidad menor de 98 – 99% y 98% respectivamente. Las pruebas de ELISA de cuarta generación tienen un periodo de ventana menor, por consiguiente, se puede realizar el diagnóstico de forma precoz comparada con las pruebas rápidas. Cuenta con una sensibilidad de 99% y una especificidad del 99.5%; esto se debe a que esta prueba identifica IgG, IgM y Antígeno p24 siendo este último uno de los principales componentes virales que se encuentran de forma precoz, siendo este el estadio II de Fiebig. (12)

Las principales causas por lo que se producen falsos negativos es el periodo de ventana que es el tiempo en el que una persona se infecta con VIH hasta el momento en el que el sistema inmunológico produce niveles de anticuerpos detectables con pruebas diagnósticas, durante este periodo por el efecto citopático y el aumento precoz de las concentraciones virales en sangre son altamente contagioso. Otras causas por las cuales se pueden producir falsos negativos es en pacientes que se encuentren en terapia inmunosupresora, en disfunción linfocitaria,

en estadios de SIDA, en enfermedades crónico-degenerativas que producen colapso inmunológico, errores de laboratorio. (12)

Los falsos positivos son frecuentes en las pruebas rápidas, las causas son variadas sin embargo, se puede presentar en reacciones cruzadas, debido a que los pacientes cuentan con enfermedades que pueden generar esto, como hipergammaglobulinemia, vacunaciones recientes por hepatitis B, rabia, o influenza, y por la presencia de anticuerpos con características similares a la de VIH, como los anti HTLV, en neoplasia hematológicas como plasmocitomas o enfermedades autoinmunitarias como Lupus Eritematoso Sistémico. El embarazo también puede generar reacción cruzada sin embargo es mínima la incidencia de este caso siendo <5%. De igual forma se puede presentar en aquellos factores dependientes del laboratorio clínico. (12)

La prueba de antigenemia de p24 es una prueba altamente específica sin embargo por su baja sensibilidad no se recomienda como prueba de tamizaje, puede detectar de 11 a 13 días después de la infección, por lo que puede detectar a los pacientes con VIH agudo, y permanecer alta después de la infección aguda hasta por un mes.

La prueba de Western Blot es altamente específica, sin embargo, la razón por la que no se considera prueba de tamizaje es su alto costo, y se toma en cuenta las proteínas p24 o p41. (12)

Para realizar el diagnóstico la Organización Mundial de la Salud recomienda el empleo de dos pruebas con mecanismo diferente para corroborar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. Dos pruebas positivas es confirmatorio de VIH. (7)(12)

El tratamiento inicial se debe empezar sin importar la sintomatología, o las características bioquímicas que se encuentren. Todo paciente que cuente con el diagnóstico de VIH debe de iniciar con un tratamiento farmacológico. En la cohorte

START (Stragic Timing of AntiRetroviral Treatment) (13), es un ensayo clínico en donde participaron 35 países, que incluyó una población de 4 685 personas infectadas por VIH 1 que presentaban cifras de linfocitos CD4 superior a 500/ μ l y que fueron seguidas durante un tiempo de 3 años, los pacientes se asignaron aleatoriamente a iniciar tratamiento antirretroviral de forma inmediata o diferirla hasta que el número de linfocitos CD4 sea menor a 350/ μ l. La carga viral plasmática media al inicio fue de 12 759 copias/ml y la de linfocitos CD4 651 células/ μ l. Se valoró a los pacientes que presentaban algún evento definitorio de SIDA y en aquellos pacientes en quienes se defirió el inicio del tratamiento se presentó en un 4.1%, mientras que en los que se inició de forma precoz fue de 1.8%, teniendo una reducción del riesgo de 57% con un IC95% de 30 a 70%, esta diferencia, género que era altamente superior por lo que el estudio fue interrumpido por el comité de ética. En los pacientes en los que se inició tratamiento precoz, el riesgo para presentar cáncer era de 64% (IC95%: 34% a 81%). La mayoría de estos eventos ocurrieron mientras los pacientes tenían una carga viral de CD4 mayor a 500 / μ l. (14)

Los principales motivos por el cual se debe de iniciar el tratamiento de una forma precoz es la reducción de la morbilidad asociados, como enfermedades cardiovasculares, renales, hepáticas, neurológicas, oncológicas, enfermedades oportunistas y neoplasias asociadas a SIDA, la recuperación y preservación de la función inmunológica, alargar la expectativa de supervivencia, evitar la pérdida de los pacientes de la atención médica (abandono), disminuir las posibilidades de transmitir el VIH, generar una mejor calidad de vida. (15)

Los grupos de fármacos que se utilizan hoy en día son los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos como Lamivudina, Zidovudina Emtricitabina, Tenofovir disoproxil fumarato, Tenofovir alafenamida, Abacavir; los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos como Efavirenz, Raltegravir, Nevirapina; inhibidores de la integrasa como Raltegravir, Elvitegravir, Dolutegravir y Bictegravir; inhibidores de la proteasa como Saquinavir, Ritonavir,

Lopinavir, Indinavir. (14) La combinación de 3 fármacos diferentes, pueden generar un estado de indefectibilidad (<39 copias), lo que condiciona la no transmisión del virus. (14)(15)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida establece esquemas de tratamiento para todos los pacientes que cuenten con el diagnóstico de VIH, los esquemas recomendados para pacientes que no han recibido tratamiento previo va encaminado a dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa más un inhibidor de integrasa. Este régimen se recomienda en una sola tableta, como tratamiento co-formulado de Bictegravir/Tenofovir Alafenamida/ Emtricitabina, debido a su alta barrera genética, así como Dolutegravir/Abacavir/Lamibudina, sin embargo, este último no se recomienda en pacientes que cuenten con comorbilidades cardiovasculares debido a su alto perfil tóxico. (15)

El primero es producido por la empresa farmacéutica Gilead Sciences con una presentación de Biktarvy (Bictegravir/Tenfovir Alafenamida/Emtricitabina) 50/200/25 mg de 30 tabletas con un precio de hasta \$13 mil pesos mexicanos; mientras que el segundo es fabricado por la farmacéutica GSK con el nombre Triumeq (Dolutegravir/Abacavir/Lamibudina) 600/50/300 mg de 30 tabletas tiene un costo de aproximadamente \$16 mil pesos mexicanos. Realizando los cálculos pertinentes en promedio el costo anual por paciente que utiliza Biktarvy es de \$156 000 pesos mexicanos, mientras que el de Triumeq \$192 000 pesos mexicanos. Por tal motivo, y los altos costos que representa esta patología, es básico realizar medidas de prevención, y detección. (15)

A pesar de que este tipo de tratamiento es más seguro, no exime las altas interacciones farmacológicas debido a que inhiben la enzima CYP450 3A4, así como existen fármacos que inhiben la adecuada absorción del medicamento como los inhibidores de la bomba de protones, antagonistas H2, o antiácidos, e incluso cationes polivalentes que se encuentran en suplementos alimenticios, suplemento

de hierro, calcio, magnesio, aluminio reducen la absorción de los antirretrovirales. (16)

Las metas del tratamiento es la supresión máxima y duradera de la viremia plasmática, prevención de mutaciones a resistencia farmacológicas, conservar el mejor número de CD4, así como mejorar la adherencia farmacológica. (16)

El estilo de vida saludable debe de estar basado en alimentación, eliminación de tabaco y ejercicio. Se sabe que el proceso de historia natural de la enfermedad del propio VIH condiciona un proceso inflamatorio, lo que genera un aumento de marcadores de la inflamación, aumento de marcadores de la coagulación y actividad endotelial, así como engrosamiento de la íntima. (17)

En países desarrollados se estima del 9 al 20% de los próximos 10 años de su diagnóstico tienen riesgo moderado a alto de desarrollar infarto agudo al miocardio, y se estima que la longevidad de los pacientes va a aumentar conforme se controle adecuadamente la carga viral y los CD4. (18) Las enfermedades cardiovasculares asociadas a VIH incluyen la disfunción ventricular izquierda, derrame pericárdico, endocarditis infecciosa, arritmias asociadas a QT prolongado, hipertensión pulmonar, hipertensión arterial sistémica. Sin embargo, recientemente la aterosclerosis prolongada y la enfermedad coronaria aguda, se ha convertido en la principal causa de muerte en pacientes con infección por VIH. Acompañado a lo antes mencionado, también se observa dislipidemia y resistencia a la insulina. (18)

En un estudio en donde se analizó 571 pacientes con infección por VIH en donde se realizó la medición de riesgo cardiovascular por tres escalas diferentes: Evaluación Sistemática del Riesgo Coronario Europeo (SCORE), puntuación de Framingham (FRS) y la puntuación de recolección de datos sobre eventos adversos de medicamentos anti-VIH (DAD), en donde se observó puntuación de 4.4%, 20.5%, 10.3% respectivamente. A la par se encontró que aunado a la infección por VIH el 53% presentaba tabaquismo el 42% el perímetro abdominal se encontraba por

arriba de 90 cm en hombre y 80 cm en mujeres, 40% presentaba IMC mayor a 25, y un 33% presentaba síndrome metabólico previamente establecido. (18)

También se sabe que el efecto inflamatorio sistémico crónico condiciona un incremento en los niveles de triglicéridos y la reducción de colesterol total, lo que representa un aumento de la actividad inmune. Los medicamentos utilizados para el tratamiento presentan una dislipidemia aterogénica caracterizada por aumento de HDL y aumento de triglicéridos, acompañado de elevación de colesterol total y LDL, la activación de macrófagos producto de la infección condiciona una disfunción endotelial y aumento de ateromas. (17)

Conocimiento de VIH

El conocimiento es un proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprender su mundo y realización como individuo y especie. Estudiado por la epistemología que define como el estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias. También puede ser definido como el campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico. (19)

La teoría del conocimiento plantea tres grandes cuestiones: 1) la posibilidad de conocer ¿Qué posibilidad tiene el hombre de conocer? Que puede resolverse por el escepticismo esta posibilidad se traduce en dudar en las capacidades del hombre para conocer y por lo tanto alcanzar alguna verdad absoluta, se pone en duda todo, desconfianza de la razón y aun de sus propias impresiones; el dogmatismo sostiene que si es posible conocer y que para lograrlo solo existen verdades primitivas o evidentes. 2) La naturaleza del conocimiento es decir cuál es la esencia del conocimiento, se proponen dos grandes vertientes: el idealismo que como doctrina reduce el conocer al mundo a una actividad espiritual e identifica lo real como racional; el realismo al contrario sostiene que el hombre sólo puede conocer al ser en sí mismo o al ser real únicamente cuando su juicio es o está acorde con su

realidad. 3) Los medios para obtener el conocimiento, implica que se vale el hombre para iniciar y desarrollar el conocimiento. (19) Se sabe que el conocimiento gestiona como la motivación y facilitación de las personas estrategias conducidas y dirigidas a la obtención de los objetivos organizacionales. (20)

Se estimó la implementación de metas globales para VIH, en la cual, en el 2030, se requiere que el 95% de la población joven tenga hábitos, conocimiento y capacidades para protegerse así mismo la infección VIH, así mismo el 75% de la población se beneficie de la sensibilización como medida preventiva, para disminuir la discriminación existente por este padecimiento, y con un número menor al 200 000 de nuevas infecciones de VIH en el mundo.

Se realizó un estudio con 318 individuos en Colombia, a quienes se les aplicó un instrumento con 18 preguntas con rangos de edad de 13 a 21 años de edad con un 51.3% entre los 16 a 18 años de edad. El 76.4% de la población conoce las vías de transmisión de VIH, mientras que el 33.3% pensaba que la transmisión se daba a través de mosquitos. El 95 a 99% no reutilizaba preservativo sin embargo el 87.5 a 95.3% reutilizó el condón en su primera relación sexual. El 91% de los estudiantes sintieron temor a la enfermedad. (21)

El conocimiento es fundamental para proteger a los adolescentes y jóvenes de VIH, también se ha observado una disminución en la educación sexual de los adolescentes, principalmente en temas de enfermedades de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia humana.

En un estudio experimental, realizado en la universidad de Colón en Panamá. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio obteniendo 310 estudiantes seleccionados, en donde se presentan un 60% mujeres y un 40% hombres, de estos un 90% eran solteros, el 93% de los estudiantes tenían conocimiento sobre VIH mientras que el 7% negó tener conocimientos. De los cuales el 61% tienen inicio de vida sexual activa, de estos el 59% iniciaron su vida sexual antes de los 18 años,

con un promedio de 16 años. El 85% tenía relaciones heterosexuales, y el 15% presentaba relaciones homosexuales. El 52% de los participantes jamás se han realizado una prueba de VIH, de los cuales el 52% de los participantes no utilizaron condón durante su primera relación sexual. Por lo cual se puede observar una alta incidencia de relaciones sexuales sin protección, en jóvenes que, a pesar de tener la información sobre el virus de inmunodeficiencia humana, no todos realizan prácticas sexuales con protección. (22)

La actitud de acuerdo con la real academia lo define como el comportamiento que enfrenta un individuo frente a la vida, por lo que esta puede ser de diferentes formas y manera, en cuanto a la percepción del individuo. Un estudio en México, en donde se indago el conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales de salud ante VIH/SIDA en primer nivel de atención en donde se aplicó un instrumento llamado CAP que evalúa conocimiento, actitudes y prácticas en donde se evaluaron 81 trabajadores entre los cuales se encontró que la cantidad de conocimiento oscilaba entre un 81 % y un 66.7 %, mientras que el porcentaje de actitudes de 42 a un 22%, y prácticas de un 61% a un 40%, demostrando que a pesar de que el personal de salud cuenta con conocimiento durante su formación, este se vuelve bajo y las actitudes son negativas en cuanto a las infecciones de VIH. (23)

Si bien, parte fundamental de la prevención del VIH, esta mediada a través de la difusión de información con respecto a medidas de protección y campañas de concientización dirigido a la población en general, el personal de salud no cuenta con capacitaciones adecuadas, para así disminuir la discriminación, y concientizar a el resto de la población. Actualmente la información llega por medio del uso de redes sociales, y se difunde información errónea del mismo, por esta razón se implementó el instrumento titulado VIH/SIDA-65.

El instrumento VIH/SIDA-65, es una adaptación en Colombia. Este consta de 65 ítems y se divide en siete subescalas: conocimiento correcto sobre el VIH/SIDA (20 ítems), idea erróneas sobre prevención y transmisión del VIH (20 ítems), actitudes

negativas hacia personas con SIDA (5 ítems), actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA (5 ítems), actitudes negativas hacia los preservativos (5 ítems), percepción en susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems), y percepción de auto eficiencia en el uso del preservativo (5 ítems). Cuenta con un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.79 para el instrumento. (24)

La auto eficiencia se define como la percepción o creencia personal de las propias capacidades en una situación determinada, en el caso de VIH los instrumentos que evalúan este rubro son con el fin de identificar las actitudes frente a encuentros sexuales sin protección, o situaciones que puedan condicionar un incremento en la incidencia y prevalencia de este padecimiento.

En 2020 se realizó un estudio en donde se reclutaron a través de cuatro centros para personas de Nueva Jersey y Pensilvania, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, con una población de 104, se les realizó el cuestionario HIV-KQ-18 debido a que este tipo de instrumento es útil en la población con bajo nivel de alfabetización, utilizando este instrumento como una versión más corta que la antes mencionada, así como se adicionaron 38 preguntas las cuales abordan la susceptibilidad percibida de la participación. 81.7% de los participantes fueron mujeres, el 59.6% de la población no contaba con algún título universitario. Un total de 73 participantes indicaron que eran VIH negativos, mientras que el resto no estaban seguros respecto a su estado serológico. La puntuación promedio por la prueba HIV – KQ – 18 tuvo una puntuación media de 10.8 con una desviación estándar de 3.9, las puntuaciones más altas representaban mayor conocimiento respecto a la infección por VIH. La ecuación de regresión fue de 6.47 con una $P=0.014$. Se observó de igual manera que las personas que tienen ingresos más altos tenían conocimiento sobre VIH mayor, mientras que los que tenían ingresos bajos, desconocían sobre el tema. El 16.7% de los participantes percibían que la probabilidad de infectarse por VIH era baja, mientras que el 76.9% de los participantes referían que la probabilidad era nula. Por otro lado, el 87% considera que la infección por VIH era muy grave y de estos 89.8% refirió que valía la pena

cuidarse para evitar contagiarse por VIH, motivo por el cual se observó que la atención primaria con respecto a la información y prevención de la infección por VIH se encuentra poco establecida, y no existen medidas que puedan ayudar a prevenir la infección por VIH. (25)

En Indonesia se utilizó un estudio transversal que se empleó un muestreo probabilístico en el cual se incluyeron 120 mujeres con VIH, este estudio, utilizó tres instrumentos la escala de estigma de VIH de Berger, el cuestionario de conocimientos sobre el VIH (VIH-KQ-18) y el cuestionario de comportamiento sexual seguro (SSVQ). En esta escala se identificó pacientes con edad promedio de 18 a 40 años de edad (81.7%), habiendo completado la educación secundaria, teniendo el 52.5%, el 68.3% se encontraba desempleada, de estas 66.7% estaba casada y el 64.2% eran amas de casa. Mostraron un alto estigma de 50.8%, el 70% de la población pese a padecer esta infección poseían un conocimiento escaso del 70%, mientras que el 30% tenía conocimiento adecuado. y de estas 56.7% presentaba prácticas sexuales de riesgo, de estas el 30% refería nunca haber utilizado condón durante el coito a pesar de que conocían que este método servía para prevenir la infección de VIH. El 30% lo utilizaba a veces, el 13.3% lo usaba a menudo y solo el 26.7% lo utilizaba en todas sus prácticas sexuales. Los conocimientos bajos con respecto al VIH se ven relacionado con las prácticas de riesgo. (26)

Se realizó un metaanálisis en donde se hizo un análisis de estudios sobre VIH/SIDA en donde se obtuvieron 3930 estudios de la búsqueda de base de datos, y se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, obteniendo una población diana de 38 estudios. En la que el porcentaje de conocimientos sobre VIH/SIDA en población general fue de 74.4% (IC95% 66.8 – 82.0). El conocimiento en médicos fue de 94.1% mientras que en población general fue de 70.8%, mientras que la población que no contaba con estudios universitarios fue de 64.6%. Con los datos obtenidos se encontró que la falta de conocimiento es amplia y puede contribuir a la falta de percepción de riesgo, se observó una mayor heterogeneidad del conocimiento sobre VIH/SIDA en países con economía baja. (27)

En África, en donde se cuenta con más del 70% de los casos de VIH, se realizó un meta análisis, en donde se analizaron 36 estudios, en los cuales se realizó intervención comunitaria en pares, en educación comunitaria e intervención psicológica en donde se incluyó evidencia basa en audio, siete de los estudios informaban sobre la perspectiva de las personas después de realizar una intervención, sobre el conocimiento del uso del condón, así como, medidas de reducción de las relaciones de riesgo. Posterior a la intervención, se realizó una medición del conocimiento en donde mostraron una OR que van desde 1,63 (IC del 95%: 1,21-2,20) a 15,88 (95%). % IC: 7,43–33,93, en combinación con el conocimiento del uso del condón genero una reducción del riesgo de 3.09 y la diferencia de las probabilidades sobre el correcto uso del condón fue de 1.83 – 5.22 con una $p < 0.0001$. También se identificó que las intervenciones por sí solas sobre VIH, aumento el conocimiento sobre el uso correcto del condón en los grupos de intervención (OR: 2.53, IC del 95%: 1.33-4.82, $p = 0.005$). Con respecto al conocimiento de las rutas de transmisión, todos los estudios demostraron más información en los grupos a los que se les realizó una intervención educativa con respecto al VIH, en comparación que los que no. Todos los estudios demostraron que, las personas que tenían mayor conocimiento sobre VIH podían identificar las formas de transmisión de el mismo OR que van desde 1,82 (IC del 95%: 0,82 - 4,03) a 32,53 (IC del 95%: 14,14 a 74,86). Con un OR combinado de 5.86 (IC del 95% 2.26 a 12.97) con un $p < 0.001$. Con los datos previamente establecidos, el metaanálisis concluyo probabilidad significativa más alta de conocimiento correcto entre el grupo de intervención (OR = 4,35, IC del 95% = 3,21–5,90, $p < 0,001$), así como de las relaciones sexuales (OR: 5,86, IC del 95%: 2,65-12,97, $p < 0,001$). Además, se estableció que, a mayor conocimiento, se conocía más con respecto al uso del condón como medida preventiva para la transmisión para VIH. El análisis mostró leve inferioridad de contagios en comparación los grupos en donde no se aplicó alguna medida educativa OR: 0,97, IC del 95%: 0,66–1,41, $p = 0,854$) sin embargo, no fue significativa. (28)

Se realizó un metaanálisis el cual evaluó las estrategias y efectividad de los programas de reducción del estigma para VIH para así mejorar el conocimiento y reducir las actitudes negativas. El presente metaanálisis se revisaron 42 estudios, en las que se evaluó la intervención con D de Cohen = 0.48 con IC95% [0.30 – 0.66] y sin grupo de control con D de Cohen =0.42 con IC95% 0.28 – 0.57, en donde se encontró efecto significativo y mejora de las actitudes a aquellos que recibieron alguna intervención con D de Cohen 0.39 IC95% [0.23 – 0.55] y sin intervención con una D de Cohen 0.25 IC95% [0.11 – 0.39]. Los análisis demostraron que ante una intervención educativa la información aumentó en las personas, y el estigma que se tenía hacia las personas que viven con HIV, fue menor en comparación al grupo el cual no se le realizó algún tipo de intervención. El metaanálisis concluyó que entre mayor es el conocimiento de las personas con respecto a la enfermedad, menor es el estigma hacia las personas que viven con VIH, por consiguiente, menor es la infección y el contagio de esta enfermedad. (29)

En el año 2020, se realizó una tesis titulada, construcción y validación de instrumentos para evaluar el nivel de conocimiento en adolescentes de 10 a 19 años sobre prácticas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual: VIH/SIDA. La cual consta en la elaboración de un instrumento, de 30 preguntas con el fin de evaluar el conocimiento de adolescentes de 10 a 19 años. Se realizaron 4 rondas de evaluación con 5 expertos amplios del tema. Previo a la aplicación se realizó prueba piloto con 10 adolescentes. En promedio fue calificada con 8.5, considerado aceptable. Se le aplicó la fórmula de alfa de Cronbach la cual fue de 0.77, obteniendo validez interna. (30)

El nivel de conocimiento no solo ha sido medido a la población en general, sino que también hacia los profesionales de salud, debido que, al ser una pandemia, con gran impacto hacia la calidad de vida de las personas, y complicaciones, así como aumento de gastos institucionales que provoca, se han estado midiendo, la cantidad de conocimiento del personal médico, y del personal de enfermería. En Estados Unidos se realizó una medición del nivel de conocimiento, en estudiantes de

enfermería de pregrado, así como el personal docente de dichos estudiantes. Se realizó en un total de 29 participantes y se recopilaron los datos de los mismos, el 75% de los participantes tenían de 25 a 39 años de edad y solo el 25% de los estudiantes tenían la edad de 25%. De estos 93% eran mujeres mientras que el 7% eran hombres. Dentro de este grupo el 64% no tenían ningún conocido que viviera con este diagnóstico, y solo un estudiante había participado en una capacitación. Se utilizó un instrumento cuantitativo denominado HIV – KQ – 18, en promedio a la implementación del estudio, se lleva a cabo en 10 minutos. Además, al ser personal de salud también se implementó el cuestionario de VIH/SIDA para proveedores y personal de atención médica, el cual fue desarrollado y validado por la Federación internacional de Planificación Familia, en la región del hemisferio occidental en el 2013. Este segundo instrumento constaba de 55 preguntas incluidas preguntas relacionadas con la actitud de los proveedores de salud. En este cuestionario se tomaron en cuenta respuestas de preguntas de verdadero, falso y algunas de opción múltiple. Este cuestionario, toma alrededor de 15 minutos en realizarse. Se realizó un medición de los conocimientos, posteriormente, se realizó un experiencia educativa con ponentes expertos en los campos de VIH, tanto en el campo laboral, como pacientes que cuentan con el diagnóstico, y conocer la forma en la que viven las personas con este diagnóstico, se les habló sobre los mecanismos de transmisión, sobre, los componentes del tratamiento las bases del tratamiento, metas de los pacientes, complicaciones y enfermedades de oportunistas ocasionadas por la enfermedad, el papel que juega el personal de salud en la prevención detección y tratamiento oportuno. Los resultados observados fueron que previo a la intervención educativa el 29% de los participantes no se sentía preparado para atender pacientes con VIH el 64% se sentía algo preparado y solo el 7% de los participantes se sentían preparados. Después de la experiencia por seis semanas el 54% de los participantes se sintió totalmente preparado y el 46% se sentía algo preparado para atender a los pacientes que viven con VIH/SIDA. Se observó una diferencia significativa en cuanto a los puntajes en el instrumento HIV – KQ – 18, con puntajes altos posterior a la actividad ($p = 0.002$). Teniendo que la puntuación general es de 18, antes de la experiencia educativa la puntuación media fue de 14.3

con una Desviación estándar de 3.2, y después de la experiencia educativa la puntuación promedio era de 16.9 con una Desviación Estándar de 1.5, dentro del análisis se observó que había preguntas escasas en donde la respuesta fue verdadera en ambas ocasiones previo al teste, y posterior de el mismo, y muchas otras las cuales fueron errónea al inicio, y posterior fueron correctas. Con los datos previamente obtenidos, se observó que, pese a que los estudiantes de pregrado en enfermería lleven en sus estudios básicos temas de VIH, es un tema infravalorado por parte de las instituciones educativas, y muchas veces no se cuenta con el conocimiento necesario para poder tratar pacientes que viven con VIH. Se observa que los estigmas por lo que los trabajadores de salud tratan a los pacientes que viven con VIH, genere que en múltiples ocasiones estos no obtengan una adecuada adherencia. Además, las pruebas diagnósticas no son realizada a la población que tiene factores de riesgo, por lo tanto, no se realiza un diagnóstico oportuno y atención de él mismo, también se observó que el hecho de mantener a los pacientes con adecuado tratamiento y adecuada supresión viral mitiga el contagio por parte de este virus, por consiguiente, una disminución de la transmisión y contagiosidad de este. Este estudio también dio a conocer la estigmatización que tienen los trabajadores de salud con respecto al virus debido a que no se cuenta con la información necesaria, o la información que se obtuvo es antigua. Los resultados demostraron cambios significativos en cuanto a la actitud de los trabajadores de salud, y a la tolerancia y magnitud que llega a tener esta enfermedad. (31)

Con los estudios previamente mencionados, se puede observar que el nivel de conocimientos que la población en general y de él personal de salud con respecto al VIH/SIDA, es inferior a lo esperado, y como respuesta de la falta de conocimiento se ha estado estigmatización a los pacientes que viven con VIH. Parte fundamental del trabajo de los médicos de primer nivel de atención es conocer a los pacientes y establecer un enfoque de riesgo para identificar aquellas causas por las cuales se puede producir alguna enfermedad, por consiguiente, el informar a los pacientes con respecto a esta enfermedad, va a ayudar conocer más de el mismo, y disminuir la estigmatización que se tiene de él mismo. (32) Así como observar aquellas

medidas de prevención que se pueden reforzar en base a los resultados obtenidos, por consiguiente, extrapolar los datos de dichos estudios para implementar medidas en salud que vayan enfocadas a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, y la historia natural de la enfermedad del VIH, y que si se cuenta con el virus o se vive con el mismo, poder otorgar herramientas para que vaya disminuyendo la estigmatización que se tiene entre la población y entre el personal de salud, y así generar una mejor adherencia de los pacientes, pudiendo así acercarnos a las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, e indirectamente disminuir los costos del tratamiento y complicaciones por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

JUSTIFICACIÓN

El VIH representa un problema de salud establecido como pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud, debido a que el porcentaje de personas infectadas va en aumento. Se estima que existe un total de 37.9 millones de personas que viven con VIH, y de éstas en América Latina, representa 2.1 Millones de personas. Del 2010 al 2019 hubo un aumento del 18% de personas que viven con VIH, en América Latina. En México se estima por parte de CENSIDA que la cantidad de personas que viven con VIH es de 315 177, con un pico de edad de 25 a 29 años, con una tasa de mortalidad estimada de 1983 a 2020 de 34.9%. Se observa que el 98.1% de los casos se produjo por contacto sexual, vía sanguínea con 0.9%, y perinatal del 1.0%.

La infección por virus de inmunodeficiencia humana es un virus que, como parte de su proceso fisiopatológico, se integra al genoma del hospedero, por lo que los tratamientos antirretrovirales van encaminados al control virológico del mismo, y no hacia la cura de este. Por tal motivo, los pacientes que viven con esta enfermedad se encuentran expuestos a un proceso inflamatorio sistémico crónico, que puede condicionar aumento de riesgo cardiovascular y complicaciones metabólicas, aunado con los efectos adversos de la terapia antirretroviral, produciendo así un aumento de enfermedades crónico-degenerativas a corta edad.

Teniendo en consideración las características de esta enfermedad, y la alta probabilidad de que los pacientes que viven con VIH adquieran alguna complicación y consuman medicamento de forma crónica, condiciona un aumento de costosos en hospitalización y en tratamiento especializado (antirretroviral) para el sector salud, debido a esta situación, se han implementado gran difusión sobre la prevención primaria de esta enfermedad, para el público en general, sin embargo, como personal de salud, se debe de identificar de forma oportuna la deficiencia de conocimiento, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia del mismo equipo, con el fin de poder transmitir el conocimiento hacia la población de forma correcta.

El empoderamiento de los pacientes hacia su salud sexual, y la información implementada deben de transmitirse del personal de salud para la población de forma efectiva y eficaz.

En la Unidad de Medicina 21 "Francisco del Paso y Troncoso" cuenta con la infraestructura y el personal necesario para llevar a cabo dicho estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el rol de él médico familiar, se ha centralizado en la consulta de riesgo, así como el control de las enfermedades crónicas degenerativas, y una consulta integral. Con el paso de los años, la información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana se ha difundido, sin embargo, no se han implementado medidas pertinentes para disminuir la incidencia de estos, aun siendo un tabú hasta el personal de salud.

El nivel de conocimiento, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia por parte del personal de salud sigue siendo bajo, debido a la información previamente colocada, por tal motivo se hace la siguiente pregunta:

¿Cuál es la apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Demostrar la apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21.

MUESTREO

Tipo y Características del estudio:

Se realizará estudio transversal, descriptivo.

Lugar del estudio:

Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Muestreo

Muestreo por cuotas

Población de interés: Se solicitó al departamento de personal de la Unidad de Medicina Familiar 21, en donde se proporcionó que en la unidad se encuentran 194 personas trabajadoras de salud divididos entre médicos, enfermería y asistentes médicos, que tienen estrecho contacto con los pacientes en la UMF 21. Estos datos se solicitaron del turno matutino, turno vespertino y jornada acumulada.

Tamaño de la muestra

Se realizará el cálculo de la muestra representativa a través de la fórmula para población finita:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$

En donde:

Z=Confianza del 95%= 1.96 representando el nivel de confianza al 95% obtenido de las tablas estandarizadas.

d=Desviación estándar =5% = 0.05

N= Número de trabajadores de salud que tienen estrecho contacto con los pacientes adscritos a la UMF 21, 194 trabajadores de la salud.

p= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia
50% =0.5

q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio

(1-p) = 1-0.5= 0.5

Entonces:

$$n = \frac{(194)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{0.05^2(194 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(194)(3.8416)(0.5)(0.5)}{(0.0025)(193) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{186.3176}{0.4825 + 0.9604}$$

$$n = \frac{186.3176}{1.4429}$$

$$n = 129$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1) Criterios inclusión

- a) Personal de salud adscritos a la unidad de medicina familiar 21, pertenecientes al rubro de médicos, enfermeras y asistentes médicas.
- b) Firmen hoja de consentimiento informado.

2) Criterios de exclusión

- a) Personal que se encuentre de vacaciones al momento del estudio.
- b) Personal que se encuentre comisionados a otra unidad.
- c) Personal que se encuentre de incapacidad temporal al momento del estudio

3) Criterios de eliminación

- a) Personal que no llene adecuadamente el instrumento

VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Dato obtenido a través de pregunta en el instrumento aplicado	Cualitativa nominal	1. Hombre 2. Mujer
Grado de estudios	Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Dato obtenido a través de encuesta llenada por el participante	Cualitativa Ordinal	1. Bachillerato 2. Técnico 3. Licenciatura 4. Maestría 5. Doctorado 6. Especialidad
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Dato obtenido a través de encuesta llenada por el participante	Cuantitativa discreta	1. 20 - 29 años 2. 30 - 39 años 3. 40 - 49 años 4. 50 - 59 años 6. > 60 años

Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en el que se realiza la recolección de la información	Dato obtenido a través de encuesta llenada por el participante	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Puesto de trabajo	Actividad o actividades concretas que el trabajador desarrolla en la empresa y por las que percibe un determinado sueldo o salario	Dato obtenido a través de encuesta llenada por el paciente	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico Familiar 2. Médico General 3. Enfermería 4. Trabajo social 5. Nutrición
Conocimiento	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas	Dato obtenido a través de encuesta llenada por el participante	Cualitativa nominal	Porcentaje de respuestas obtenidas en el instrumento VIH/SIDA – 65 que comprende desde la pregunta 1 a la 40

Actitudes	Manera de estar algún dispuesto a comportarse	Dato obtenido a través de encuesta a llenada por el participante	Cualitativa nominal	Porcentaje de respuestas obtenidas en el instrumento VIH/SIDA – 65 que comprende de la pregunta 41 a la 55
Susceptibilidad	Condiciones necesarias para que suceda o se realice aquello que se indica	Dato obtenido a través de encuesta llenada por el participante	Cualitativa nominal	Porcentaje de respuestas obtenidas en el instrumento VIH/SIDA – 65 que comprende de la pregunta 56 a la 60
Auto eficiencia		Dato obtenido a través de encuesta llenada por	Cualitativa nominal	Porcentaje de respuestas obtenidas en el instrumento VIH/SIDA –

		el participante		65 que comprende de la pregunta 61 a la 65
--	--	--------------------	--	--

MATERIAL Y METODOS

Posterior a la búsqueda de la información en navegador de PUBMED bajo los términos (HIV [MeSH Terms]) AND (Knowledge [MeSH Terms]), y (HIV [MeSH Terms]) con filtros de fecha de 5 años, se encontró un total de 32 bibliografías con una antigüedad no mayor a 5 años, con las cuales se obtuvo el marco teórico, y se establecieron las variables del estudio. Se identificó, un instrumento con validez externa que tuviera un alfa de Cronbach (0.79) representativo para la población de estudio. Se identificó el tiempo necesario de aplicación y se realizó el consentimiento informado. Se realizará el protocolo de investigación, con base a la información previamente obtenida y con ello se enviará al comité local de investigación y ética, para su aprobación. Se realizó el análisis y estudio de este y fue valorado por parte del comité de investigación local otorgando folio de registro F-2022-3703-051, otorgando como tema prioritario SIDA/VIH, teniendo un nivel de prevención primaria. Valorado por el comité de ética otorgando un dictamen aprobado y un número de registro de R-2022-3703-064.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia una vez autorizado por el comité local, de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. A los participantes se les explicó el procedimiento, la duración aproximada de la encuesta, previo al llenado de este se les otorgó un consentimiento informado, en el cual se les explicó la normativa y la razón del estudio, así mismo, se le dio un beneficio al personal de salud. El instrumento utilizado se llama VIH/SIDA 65, el cual consta de 65 ítems y tiene una duración de aproximadamente 15 minutos, se le entregó al personal de salud de forma electrónica. El investigador le dio el consentimiento informado de forma física, mientras que el instrumento se brindó a través de la plataforma Google Forms, por medio del uso de TICS. En aquellos participantes que no supieron utilizar dicha plataforma, se brindó un dispositivo electrónico en el cual puedan resolverlo asesorado por el investigador, resolviendo únicamente las dudas respecto al uso y funcionamiento de la plataforma. Posterior a la realización del instrumento, se le dio retroalimentación sobre la infección por VIH.

Posterior a la recolección de los datos obtenidos a través del cuestionario que se utilizó, se descargó el archivo en Excel, proporcionado por la plataforma de Google Forms, y se ingresó al programa SPSS Statics, se codifico, y en el apartado de estadísticos descriptivos y se hizo interpretación y análisis de los datos, con el fin de identificar la proporción de apreciación de conocimiento, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia por parte del personal de salud de la UMF 21. Posterior a ello se realizaron las conclusiones en donde se les brindo nuevas rutas de investigación, así como medidas para ampliar el conocimiento del personal de salud.

CONTROL DE SESGOS

- **Control de sesgos de información:** El instrumento se encontraba adecuadamente estructurado y fue claro para verter respuestas fidedignas, en el instrumento VIH/SIDA 65.
- **Control de sesgos de selección:** Se realizará una breve entrevista previa a la aplicación del instrumento HIV/SIDA 65, con el fin de identificar que el personal de salud se encuentre dentro de los criterios de inclusión y selección previamente descritos.
- **Control de sesgos de recolección:** La técnica de recolección se realizará por medio de entrevista directa, y uso de la plataforma Google Forms. No se le brindará información sobre las variables a estudiar, durante la aplicación del cuestionario, tampoco se mencionará las respuestas durante la aplicación. Se resolverán dudas únicamente sobre la plataforma durante su aplicación, las dudas sobre el tema serán resueltas posterior a la aplicación.
- **Control se sesgos de análisis:** Se obtendrá la muestra mediante la fórmula de poblaciones finitas y se analizarán los resultados mediante la organización en una base de datos en SPSS, se utilizará el programa SPSS para la elaboración de los análisis estadísticos y construcción de tablas y figuras.

ASPECTOS ÉTICOS

Se considera este estudio de acuerdo con el Reglamento De la **Ley General De Salud** en materia de investigación para la salud vigente del 2006 en base segundo artículo menciona lo siguiente: el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículo 98 que menciona: en las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o de modalidades de la investigación en las que considere que es necesario. En base al artículo 100, en materia de seguridad que menciona que la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no puede obtenerse por otro método idóneo; podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de

incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes; El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación. De acuerdo con el artículo 17 de esta ley, el riesgo es mínimo, debido a que la recolección de la información será a través del instrumento VIH/SIDA 65

El **Código de Núremberg** recoge los principios básicos de ética con una serie de elementos que rigen la experimentación con seres humanos, basando una determinante para la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en el apartado 12, en donde señala que el investigador también se apegará a la pauta 24 y 25 de la confidencialidad de dichos datos, que menciona lo siguiente: la investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesitan la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La privacidad y confidencialidad se deben tomar toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participan en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado.

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona incapaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

La declaración Helsinki.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador.

El informe de Belmont. El Informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son: Respeto a las personas: protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. Este principio implica también la protección de sujetos con mayores riesgos como mujeres embarazadas o grupos susceptibles con autonomía limitada como presos, menores de edad, enfermos mentales o personas con cualquier tipo de discapacidad. Parte de éste principio conlleva la obtención en toda investigación de un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de la misma y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee; Beneficencia: este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos; justicia: los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental entre otros.

En base a los documentos antes expuestos, el presente estudio corresponde a un riesgo mínimo, además de que se solicitará previa entrevista y aplicación del instrumento, consentimiento informado, previa explicación e información completa del mismo.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los procedimientos de la investigación se realizaron por parte del investigador previamente identificado, siendo este calificado y competente para realizar la investigación.

Recursos humanos

- Investigador Principal: Beatriz Martínez Lara
- Investigador asesorado: Jesús Hernández Coronel
- Personal médico adscrito a la unidad de medicina familiar 21

Recursos materiales

- Bolígrafo
- Fotocopias de consentimiento informado
- Computadora y/o dispositivo electrónico de apoyo
- Software SPSS

Recursos financieros

- El financiamiento del presente estudio será absorbido por el investigador, por lo que no contará con ningún aporte monetario de alguna empresa.

Factibilidad

Se contó con el espacio físico para realizar la aplicación del instrumento, en la Unidad de Medicina Familiar 21, actualmente reubicada en el basamento de Hospital General de Zona 30, secundario a al siniestro ocurrido en 2017 que imposibilitó las instalaciones propias de la unidad. Previa autorización de la directora de la unidad, se pudo hacer uso de las instalaciones. En cuanto al financiamiento, fue absorbido por parte del investigador.

El equipo de investigación cuenta con la experiencia de asesoramiento de tesis para la especialización en medicina familiar en años posteriores por lo que se puede realizar este estudio.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo al personal de la Unidad de Medicina Familiar 21, sobre la percepción de conocimiento, susceptibilidad, actitud y auto eficiencia, a través del instrumento VIH/SIDA - 65, aplicado en el periodo de octubre a noviembre del año 2022. Tomando una muestra representativa en cuanto a la población total (n=129), arrojando los siguientes resultados. Posterior a la aplicación del instrumento VIH/SIDA – 65 se recabaron las variables sociodemográficas, siendo estas, sexo el cual el 76% (n=98) de la población pertenecen al sexo femenino, mientras que el 24% (n=31) era al sexo masculino, como se muestra en la tabla 1 y figura 1.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	31	24%
Mujeres	98	76%
Total	129	100%

Tabla 1. Distribución del sexo. Fuente: base de datos.

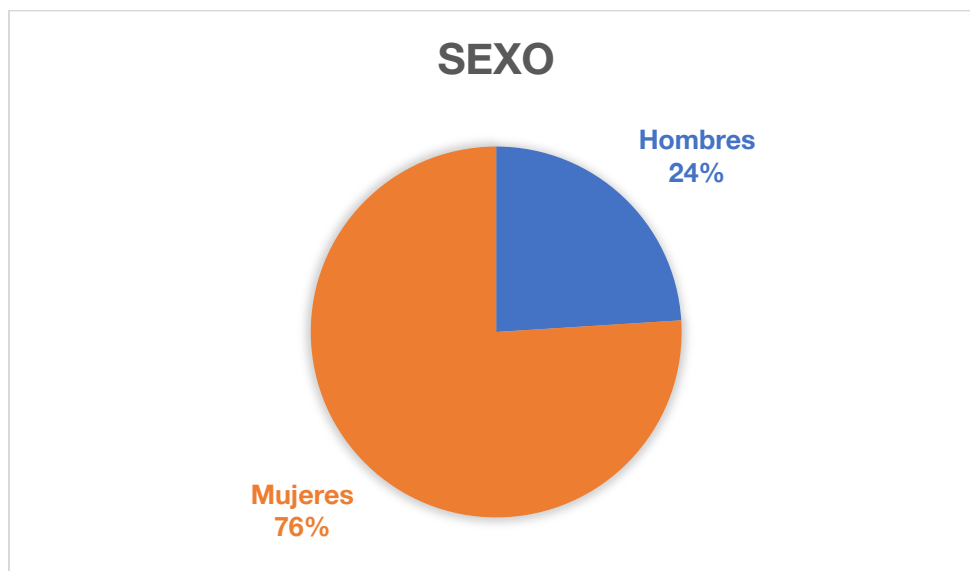


Figura 1. Distribución del sexo. Fuente base de datos.

Por otra parte, la variante sociodemográfica de grado de estudios se observó que la población a las que se le aplicó el instrumento presentan en su mayoría un grado

de estudios técnico con el 32% (n=41), seguido de especialidad con 30% (n=39) y bachillerato de 24% (n=31), como se evidencia en la tabla 2 y figura 2.

Grado de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	31	24%
Especialidad	39	30.20%
Licenciatura	13	10.10%
Maestría	5	3.90%
Técnico	41	31.80%
Total	129	100%

Tabla 2. Distribución de grado de estudios. Fuente: base de datos.

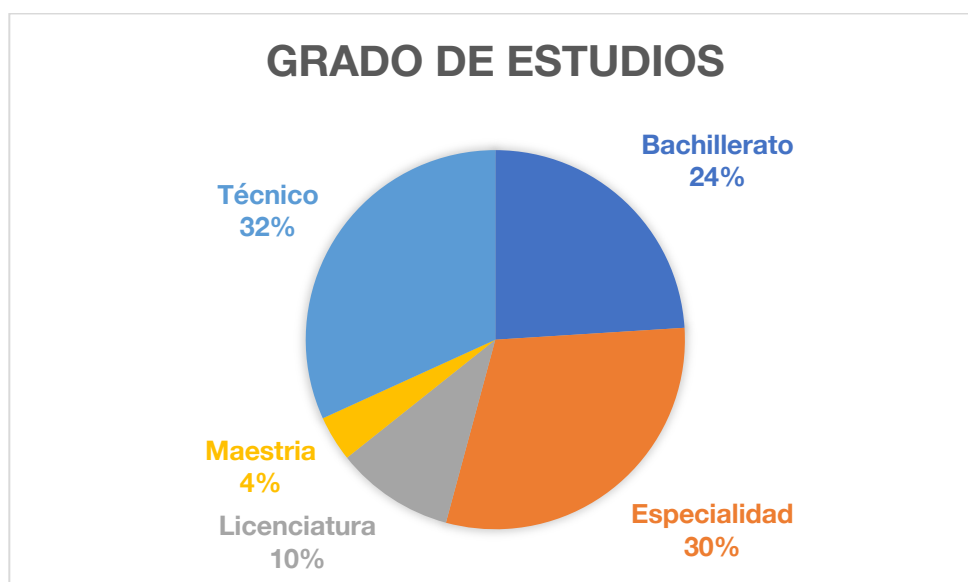


Figura 2. Distribución de grado de estudios. Fuente: base de datos.

Respecto a la edad de la población estudiada, se encontró que el 50% de la población se encontraba entre los 30 a 39 años con un 50% (n=64), seguidas del grupo de edad de 40 a 49 años con 36% (n=47), mientras que la población con menor frecuencia fue la que se encontraba mayor a 60 años con 2% (n=3), como se muestra en la tabla y figura 3.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
>60 años	3	2.30%
20 -29 años	9	7%
30 - 39 años	64	49.60%

40 - 49 años	47	36.40%
50 - 59 años	6	4.70%
Total	129	100%

Tabla 3. Distribución de edad. Fuente: base de datos.

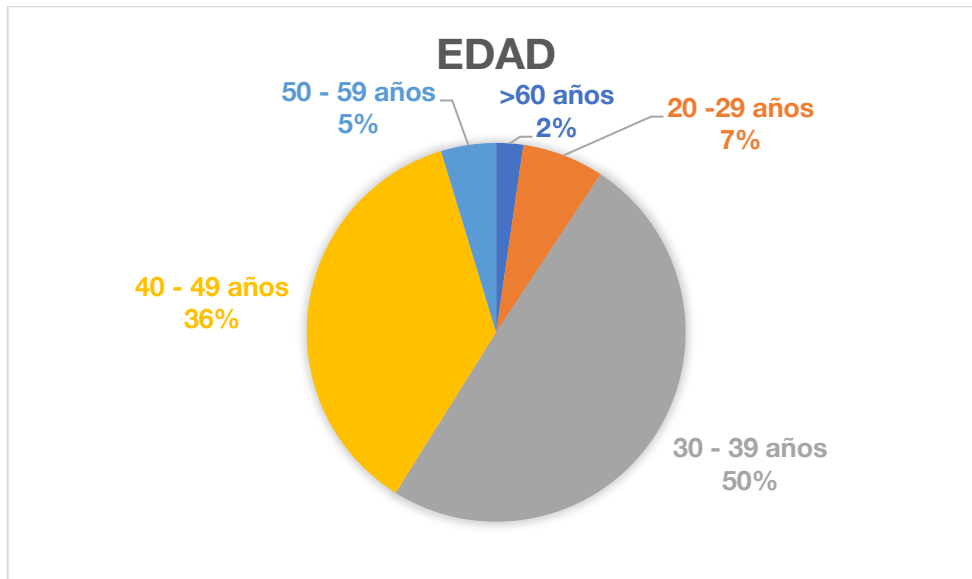


Figura 3. Distribución de edad. Fuente: base de datos.

El estado civil obtenido con mayor frecuencia fue casado con 45% (n=59) seguidos de soltero con 26.4% (n=34) y con una menor frecuencia podemos encontrar al estado civil viudo con un 0.8% (n=1), que se representan en la tabla y figura 4.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	59	45.70%
Divorciado	17	13.20%
Soltero	34	26.40%
Unión libre	18	14%
Viudo	1	0.80%
Total	129	100%

Tabla 4. Distribución de estado civil. Fuente: base de datos.

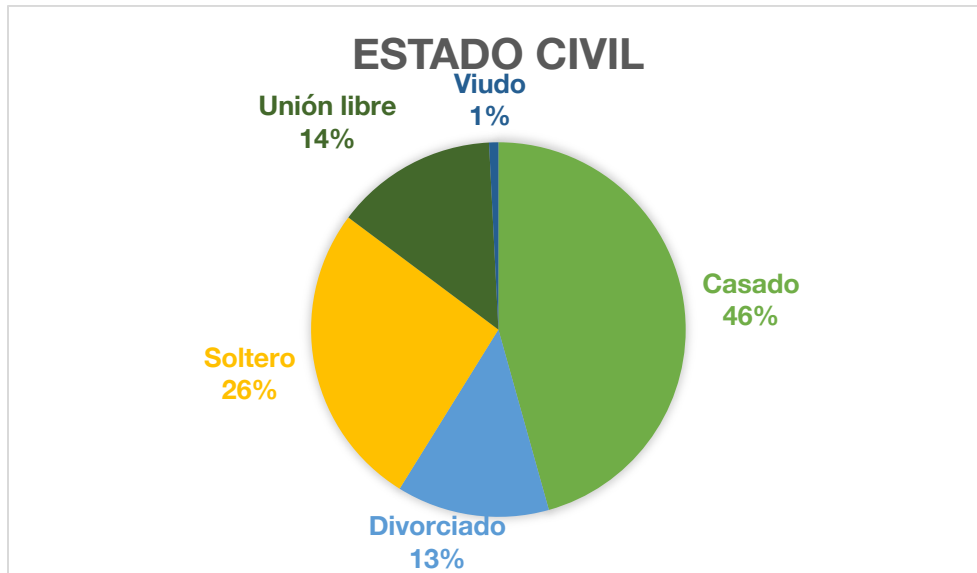


Figura 4. Distribución de estado civil. Fuente: base de datos.

Por último, dentro de las variables sociodemográficas se establecido el puesto del trabajo, teniendo una población equitativa en cuanto a los tres diferentes puestos de trabajo en estudio, teniendo un porcentaje similar con los tres puestos laborales, como son médicos familiares, asistentes médicos y personal de enfermería con 33.33% (n=43). Los presentes datos se representan en tabla y gráfica 5.

Puesto de Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Médico Familiar	43	33.30%
Enfermería	43	33.30%
Asistente Médico	43	33.30%
Total	129	100%

Tabla 5. Distribución de puesto de trabajo. Fuente: base de datos.

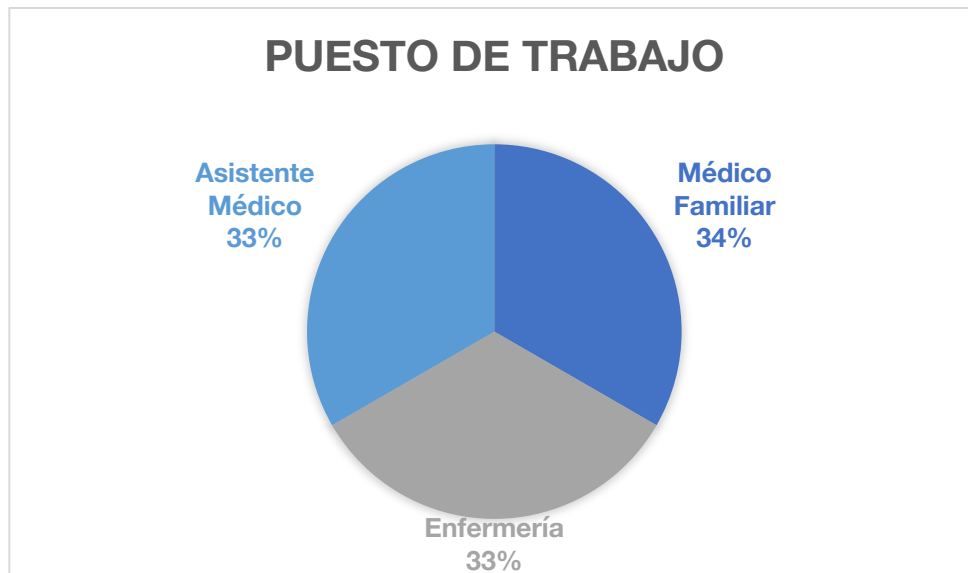


Figura 5. Distribución de puesto de trabajo. Fuente: base de datos.

Se realizó una descripción de las variables cualitativas en donde se evidencio lo siguiente. Del primer apartado denominado conocimiento correcto respecto al VIH/SIDA, se evidencio que la mayoría de la población en estudio voto que las preguntas de este rubro eran positivas, como se evidencia en la figura 6. El promedio de los participantes que eligió la pregunta verdadera fue del 111.2 en todas las preguntas que estudian este rubro, teniendo un porcentaje de las respuestas contestadas del 86% (n=111), mientras que el porcentaje de personas que contestaron falso en promedio de las 20 preguntas fue del 10% (n=13), y que no sabían sobre el conocimiento fue solo del 4% (n=4.7), como se observa en la figura 7. Cabe destacar que este promedio se está realizando en consideración con todos los puestos de trabajo, sin especificar algún puesto en particular.

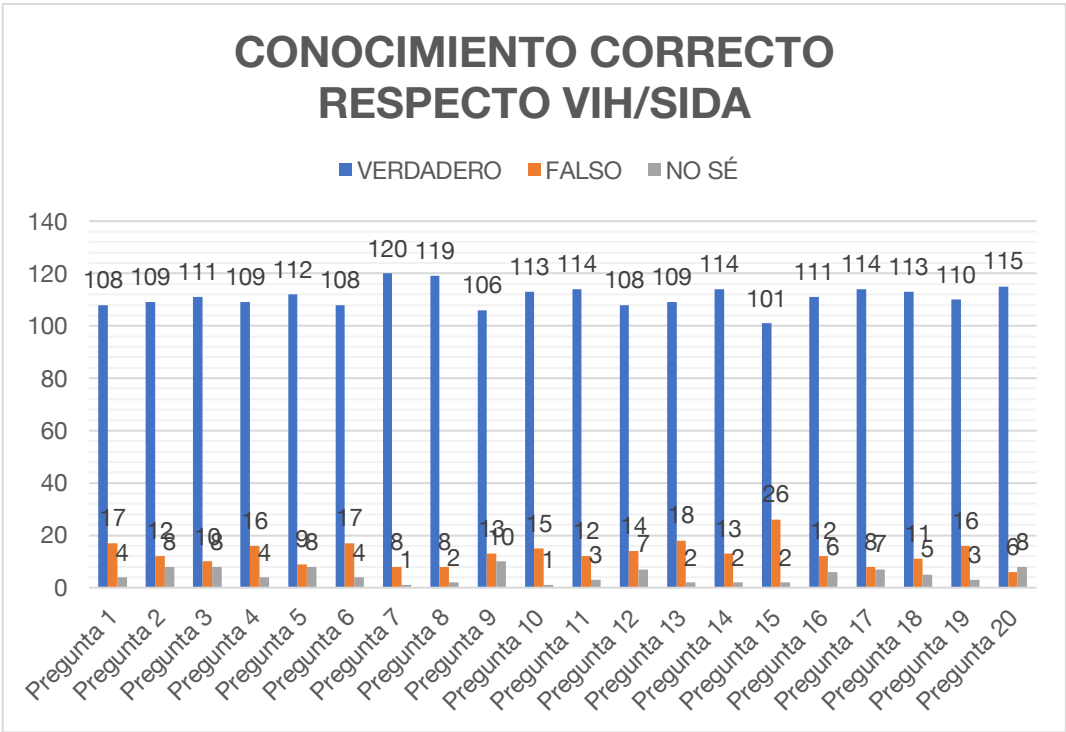


Figura 6. Conocimiento correcto respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.



Figura 7. Promedio de las 20 preguntas, que contestaron el rubro de conocimiento correcto de VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

Con respecto a los conocimientos erróneos sobre VIH/SIDA, se realizó el gráfico (figura 8) en donde se observó una gran frecuencia en respuestas falsas en relación a los ítems correspondientes de la pregunta 21 a la 40; con una excepción de la pregunta 32 la cual se encuentra relacionada con el medicamento para la prevención del VIH; con base al promedio establecido en un extracto de las 20 preguntas correspondientes a este rubro, podemos observar un porcentaje de 6% (n= 8.25) en cuanto a el rubro de “verdadero”, 86% (n=111.05) que corresponde al rubro de “falso” y un 8% (n=9.7) referente a la respuesta “no sé”, observados en la figura 9.

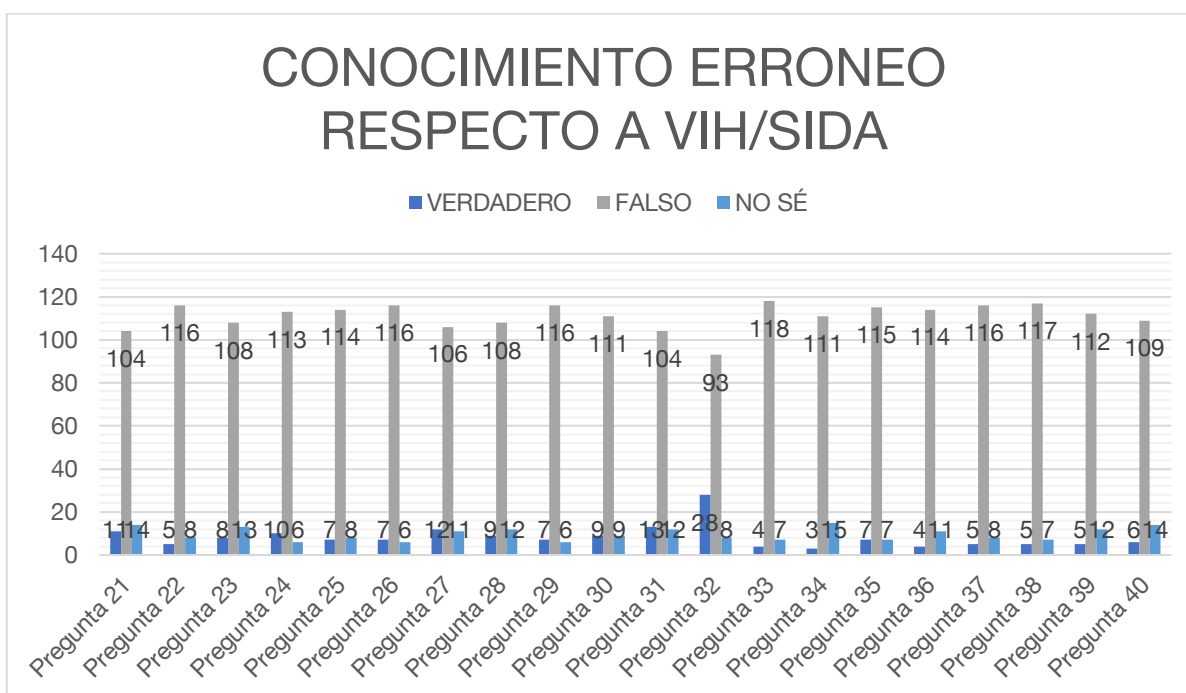


Figura 8. Conocimiento erróneo VIH/SIDA. Fuente: base de datos.



Figura 9. Promedio conocimiento erroneo VIH/SIDA. Fuente:base de datos.

La variable actitud se conformo por tres rubros: positiva, negativa y neutra, en donde se se observó una actitud positiva, la cual fue evaluado de la pregunta 41 a la 45 (figura 10); se realizo un promedio de estas preguntas demostrando que el 49% (n=63.4) estan de acuerdo con este rubro, el 45% (n=58) no estan de acuerdo y sólo el 6% (n=7.6) no sabían (figura 11).

En cuanto a la actitud negativa, el cual se obtuvo de la pregunta 46 a 50 (figura 12); en donde se promedio esas preguntas de acuerdo a la frecuencia de respuestas contestadas obteniendo 88% (n=113) opción desacuerdo, seguido de 7% (n=8.6) de acuerdo y 6% (n=7.4) en no sé, como se observa en la figura 13.

Po último, en cuanto a la actitud neutra que se obtuvieron a través de los items 51 a 55 (figura 14); se pudo observa un promedio con 80% (n=103.4) para la respuesta en desacuerdo, 14% (n=18.6) para la opción de acuerdo y por último 5% (n=7) para los items de no sé (figura 15).

ACTITUD POSITIVA RESPECTO VIH/SIDA

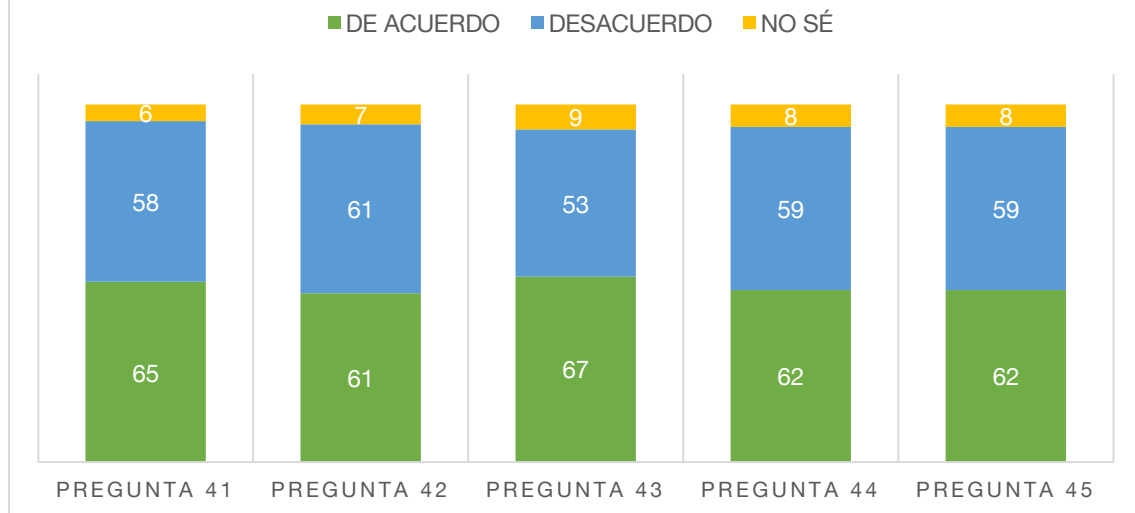


Figura 10. Actitud positiva respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

PROMEDIO ACTITUD POSITIVA RESPECTO VIH/SIDA

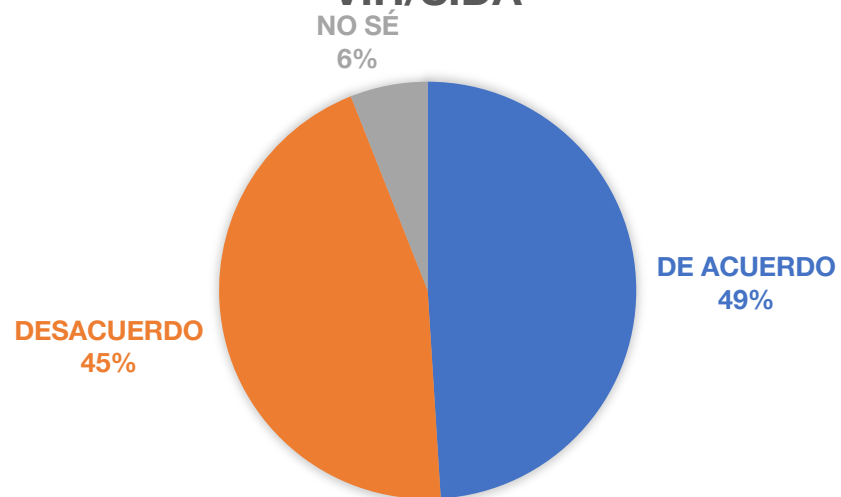


Figura 11. Promedio actitud positiva respecto a VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

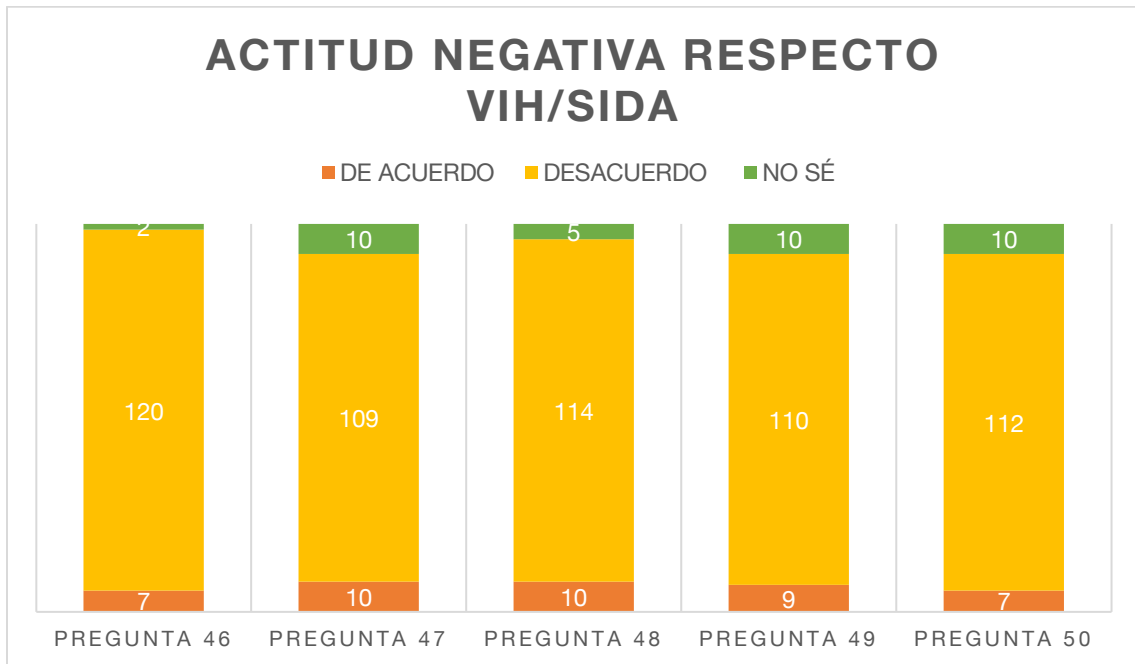


Figura 12. Actitud negativa respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

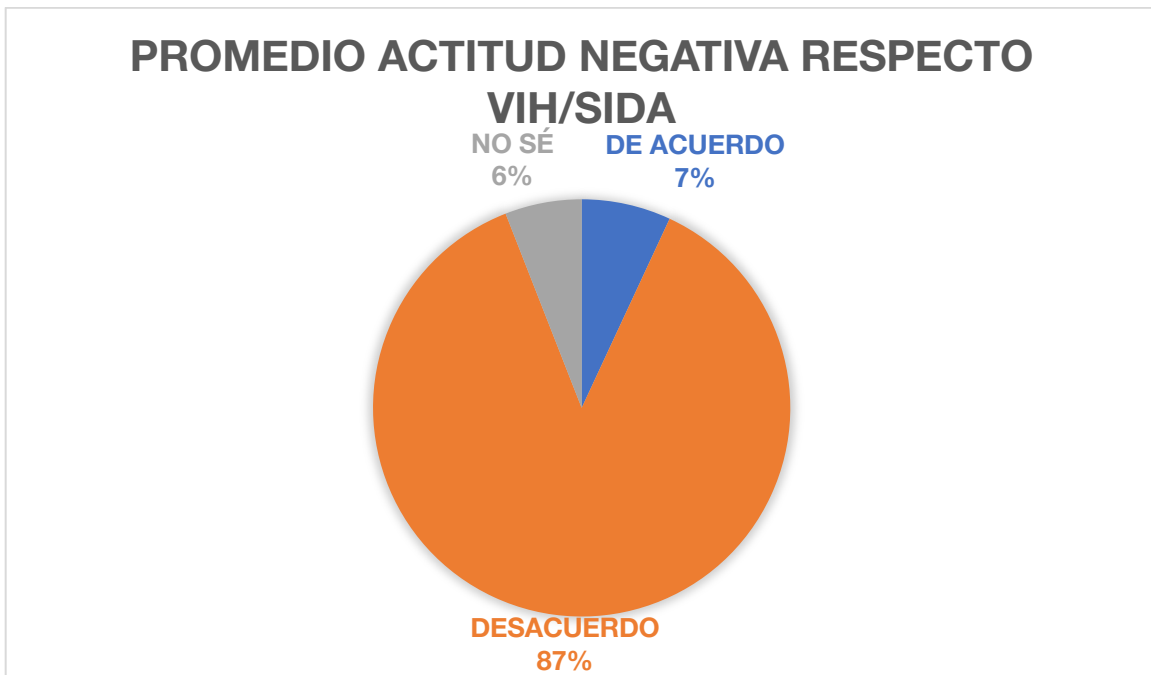


Figura 13. Promedio actitud negativa respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

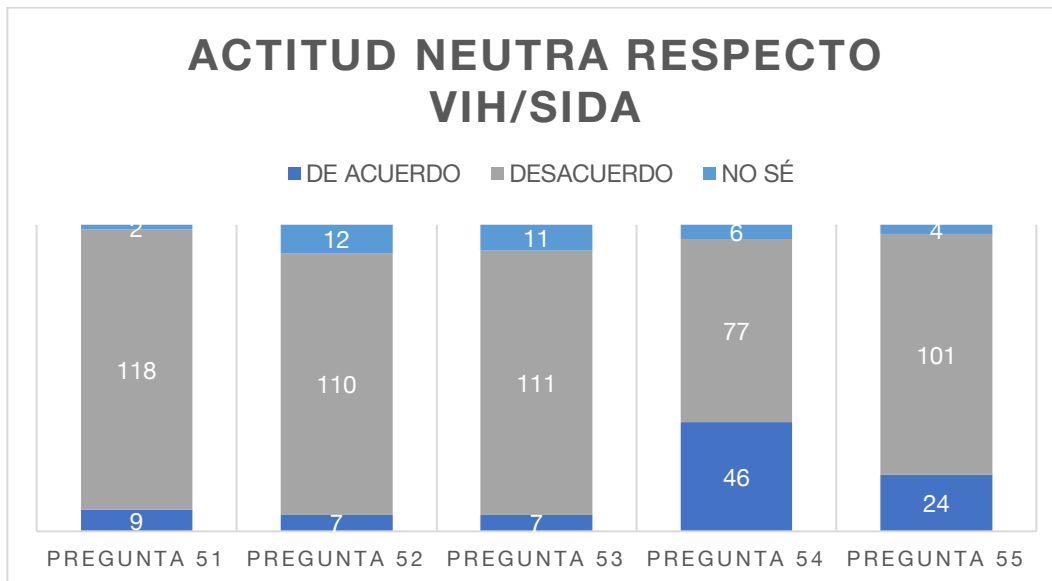


Figura 14. Actitud Neutra respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.



Figura 15. Promedio actitud neutra respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

Referente a la variable susceptibilidad que fue evaluada a través de las preguntas 56 a 60 (figura 16); se realizó un promedio, con respecto a las mismas obteniendo los siguientes resultados: para la respuesta de acuerdo fue dado en un 22% (n=28.4), desacuerdo 75% (n=96.6), y en no sé 3% (n=4). Figura 17

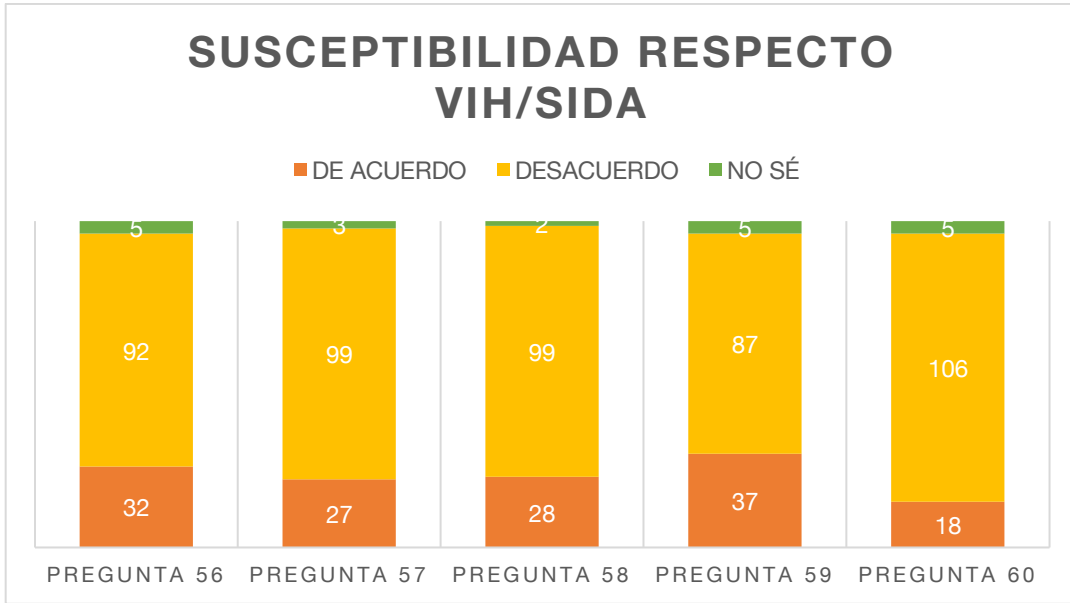


Figura 16. Susceptibilidad respecto al VIH/SIDA. Fuente: base de datos.



Figura 17. Promedio susceptibilidad con respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

En cuanto a la última variable se puede observar a través de la pregunta 61 a 65 (figura 18). Se realizó un promedio considerando la mayor frecuencia en este rubro que es conocido como auto eficiencia respecto VIH/SIDA, encontrando que el 75% (n=96.6) estaba en desacuerdo, el 22% (n=28.4) se encontraba de acuerdo y sólo el 3% (n=4) no sabía que responder. (figura 19)

AUTO EFICIENCIA RESPECTO VIH/SIDA

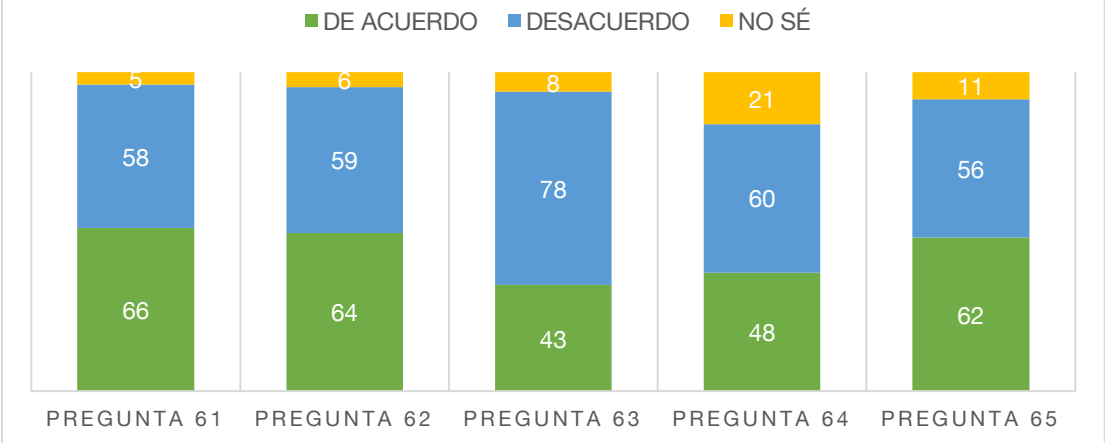


Figura 18. Auto eficiencia respecto a VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

PROMEDIO AUTO EFICIENCIA RESPECTO VIH/SIDA

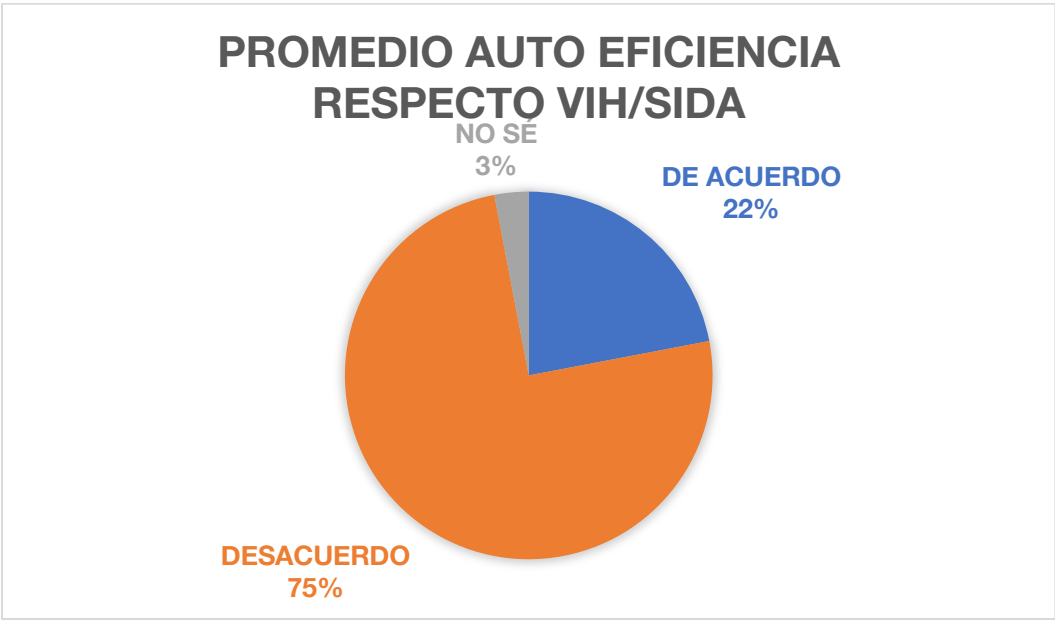


Figura 19. Promedio autoeficiencia respecto VIH/SIDA. Fuente: base de datos.

DISCUSIÓN

Como ya hemos hablado en el presente trabajo, el conocimiento con respecto de VIH/SIDA debe de ser el suficiente para poder realizar un panorama de prevención primaria de la salud, si bien, no existen estudios previos en donde la población de estudio sea personal de salud, como en este, se observó una similitud con un estudio realizado en Colombia a docentes. Esta similitud está dada debido a que los docentes son facilitadores al igual que el personal de salud y ambos deben de conocer a la perfección el tema para poder generar medidas preventivas y educación a la salud. El instrumento VIH/SIDA - 65, consta de 65 ítems, conformado por el apartado de conocimiento que abarca las primeras 40 preguntas, este a su vez, se fracciona en conocimiento verdadero abarcado de la pregunta 1 a la 20 y conocimiento erróneo que está representado de la pregunta 21 a la 40. El siguiente apartado se encuentra la actitud que va de la pregunta 41 a 55, este a su vez se conforma por tres apartados de actitud positiva, negativa y neutra. El tercer parte abarca la susceptibilidad que representa la pregunta 56 a 60, y finaliza con el cuarto rubro el cual evalúa la auto eficiencia que engloba la pregunta 61 a 65.

En el rubro de conocimiento podemos observar el instrumento VIH/SIDA - 65 lo divide en conocimiento correcto y conocimiento erróneo en donde la mayoría presento una respuesta verdadera del 88% y una respuesta falsa del 86% respectivamente, teniendo un conocimiento promedio del 87%, que si se compara con el estudio realizado en la universidad de Colombia, en donde se estudió al personal docente, evidenciando una población promedio con edad de 41 a 50 años con un 49.1%, se encontró un promedio de 90% de ambas secciones, tanto conocimiento correcto y erróneo, demostrando una similitud con los datos obtenidos en el presente estudio. (33) Resalta la pregunta 32, la cual hace mención sobre tratamiento preventivo, debido a que en la actualidad existe tratamiento preexposición llamado PrEP, el cual se utilizar para las personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo, encargado de evitar el contagio de este, por esta razón se encontró una discrepancia entre respuestas falsas y verdaderas del mismo. (34)

En un estudio realizado en la Universidad de Colombia encontraron que el 86% están de acuerdo de que se les otorgue educación a los estudiantes, mientras que el 53.6% están de acuerdo con evitar la discriminación, teniendo un promedio de actitud positiva del 67%, mientras que en este estudio se encontró que un 49% de la población tenía una actitud positiva. En cuanto a una actitud negativa, en el previo estudio encontraron una respuesta falsa de un 60.34%, mientras que en el presente estudio se encontró el 87% una respuesta falsa, pudiendo deberse la discrepancia de este dato debido al grupo en estudio; ya que los docentes se pueden comparar porque son facilitadores del conocimiento, el rango de edad es mayor al de la población en estudio, pudiendo sugerir diversidad en el pensamiento de la población, si bien, la asociación entre la edad y el conocimiento no es objetivo del presente estudio, puede ser una línea de investigación próxima a raíz del mismo.

Por otro lado la actitud neutra, se encontró una respuesta "desacuerdo" en promedio del 54.72%, mientras que el 23.52% se encontró una respuesta "de acuerdo, mientras que en este estudio se observó 81% se encontraba en desacuerdo y el 14% estaba de acuerdo, pudiéndose encontrar una discrepancia por el hecho de que nuestra población es más consciente de los pros y contras del VIH, evitando complicaciones, sin embargo, llama la atención que más del 50% de la población no considera importante, pudiendo deberse a que desconocen sobre el tema y consideran que la prevención va de la mano con la natalidad, el presente estudio no estudia esta asociación sin embargo puede ser un parteaguas para próximos estudios. (35) Parte de lo observado en esta subescala está relacionado con la ausencia de conocimiento en los protocolos de bioseguridad, así como de la relevancia de que el personal de salud se encuentre más informado al respecto. (36)

En cuanto a la variable de susceptibilidad se encontró un alto número de personas que contestó estar de acuerdo en un 75% de la población total (n=129) diferente al estudio realizado en la universidad de Puebla, en donde sólo el 14% estaba de

acuerdo en su mayoría de preguntas (35). Este dato puede estar dado porque la población del artículo antes mencionado, pertenecía a otro sector de salud, específicamente al personal de estomatología, mientras que el presente estudio la población fue hacia médicos familiares, asistentes médicas y personal de enfermería, sin embargo, son considerados de igual forma personal de salud.

En un estudio realizado en Colombia se encontró un 68.76% de la población respondió que estaba de acuerdo con las preguntas de este rubro, mientras que en este estudio se encontró que fue del 75%, encontrando una diferencia menor al 10%, lo cual no se aleja de los resultados obtenidos en el estudio, esta asociación se debe a que las preguntas estaban encaminadas a la petición de la pareja para que utilice preservativos, así como una eficiencia a la hora de cargar con preservativos en todo momento.

CONCLUSIÓN

Con los datos obtenidos el presente estudio, podemos concluir que el conocimiento de VIH debe de ser amplio y se le debe de brindar a todo el personal de salud, si bien, actualmente es considera una pandemia que puede ser controlable, a través de medicamentos. Siempre debemos de considerar que es una enfermedad prevenible, que puede ser evitada a través de una promoción para la salud, y empoderamiento de los pacientes.

El VIH, repercute directamente en la salud de la población, así como en los costos dados por el mismo. Por esta razón es que el conocimiento de nuestros profesionales de la salud, que tienen contacto directo con el derechohabiente, debe de ser el idóneo, para así poder facilitar la educación de los pacientes, y poder otorgar consejería de estos. La unidad de Medicina Familiar 21, se encuentra con un conocimiento adecuado, siendo este mayor al 85%, para el conocimiento correcto y conocimiento erróneo, por otra parte la actitud es adecuada para la población, en los tres rubros estudiados, pero se debe de hacer mayor promoción e integración del personal de salud a los programas de apoyo y de consejería, por otro lado, la discriminación es baja por parte del personal de salud en la unidad, por lo que esto permite a los pacientes una mayor apertura con estos, para poder de esta forma ejercer una relación médica paciente adecuada, así como poder buscar mayor adherencia a las medidas preventivas.

El VIH puede afectar cualquier tipo de población desde hombres que tienen sexo con hombres, parejas heterosexuales, y en menor medida secundaria a accidentes de trabajo con punzocortantes o exposición al virus por fluidos, sin embargo, el personal de la UMF 21, considera que no es susceptible a esta enfermedad, por lo que se debe brindar un a mayor número de medidas preventivas y capacitación al personal de salud, para que entiendan que el contagio no es exclusivamente de forma sexual. Esta discrepancia, puede estar dada debido a que el personal estudiado a pesar de tener contacto con los pacientes, no todos cuenta con contacto con material punzo cortante, como es el caso de las asistentes médicas; pudiendo generar un sesgo en la medición de este rubro.

La auto eficiencia es mala en el personal de salud de la UMF 21, ya que son pocas las personas de la población se consideran capaz de llevar preservativos y compartir información sexual con su pareja, y se debe de tomar en consideración este aspecto, debido a que se debe de establecer oportunidades para que la población del personal se empodere y pueda predicar con el ejemplo.

BENEFICIOS

El beneficio del presente estudio es poder concientizar al personal de salud, así como identificar las áreas de oportunidad con respecto al conocimiento, susceptibilidad, actitud y auto eficiencia. Los participantes recibieron una retroalimentación en aquellos quienes el porcentaje de error era mayor al 50%, con el fin de darles a conocer sus áreas de oportunidad, y con ello mitigar este bache de conocimiento, así mismo se les brindo información sobre cursos impartidos por el instituto entre los que se encuentra el PAI de atención integral de pacientes que viven con VIH.

Los médicos familiares, y personal del primer nivel de atención, debe de conocer este tema a la perfección, debido a que este debe de promover con los pacientes un ecosistema de prevención y promoción a la salud, y con ello disminuir la incidencia de casos nuevos, y otorgar una consulta adecuada de calidad, aceptación y amabilidad hacia el derechohabiente que vive con este padecimiento, y este estudio permite identificar las áreas de oportunidad y aquellos temas que se deben de reforzar.

Obteniendo los resultados, se pretende compartir el presente estudio con el personal de la unidad en sesiones clínicas académicas, para que se pueda concientizar al personal sobre el tema.

También, este estudio puede servir para obtener líneas de investigación para próximos estudios en la unidad, en donde se pueda asociar variables, e identificar si la causa de estas actitudes se relaciona con el nivel de estudios o el rol que desempeñan en la unidad.

SUGERENCIAS

Sugiero la continuidad del estudio con asociación de variables, para conocer si el grado de estudios o puesto de trabajo se encuentra relacionado con la deficiencia del conocimiento, de igual forma sugiero la implementación de estrategias para que todo el personal de salud este actualizado en este tema, debido a la facilidad que tiene para la prevención.

Sugiero la visualización de este estudio en sesiones generales, con el fin de compartir la información y empezar a concientizar a los pacientes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

"Apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21"

Beatriz Martínez Lara¹, Jesús Hernández Coronel²

1. Médico especialista en Medicina Familiar. 2. Médico Residente de primer año en Medicina Familiar.

FECHA	Marco teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y definición de variables	Cálculo del tamaño de la muestra	Operación de variables	Presentación de protocolo	Aprobación por parte de comité local	Recolección de datos	Análisis de resultados	Presentación de tesis
Junio 2021									
Julio 2021									
Agosto 2021									
Septiembre 2021									
Octubre 2021									
Noviembre 2021									
Diciembre 2021									
Enero 2022									

Febrero 2022								
Marzo 2022								
Abril 2022								
Mayo 2022								
Junio 2022								
Julio 2022								
Agosto 2022								
Septiembre 2022								
Octubre 2022								
Noviembre 2022								



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malpartida AM. Enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5 (4): 1 – 11.
2. Bbosa N, Kaleebu P, Ssemwanga D. HIV Subtype Diversity Worldwide. *Wolters Kluwer Health*. 2019; 14(3): 153 – 160.
3. Bozo C. Orígenes del VIH/SIDA. 2016; 6(4): 48 - 59.
4. Centro para el Control y la Prevalencia en Enfermedades. VIH [Internet]. [Consultado 10 de junio del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida. Estimaciones epidemiológicas preliminares de ONUSIDA para 2021 [Internet]. [Consultado el 10 de junio del 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
6. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Epidemiología Registro Nacional de Casos de VIH y sida [Internet]. [Consultado el 10 de junio del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
7. Feinberg J, Keeshin S. Management of Newly Diagnosed HIV Infection. *Annals of Internal Medicine*. 2017; 1: 1 – 16.
8. Fukui SM, Piggott DA, Erlandson KM. Inflammation Strikes Again: Frailty and HIV. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2018; 15 (20): 20 – 29.
9. Rojas CV, Valiente EF, Soto RR, et al. New Challenge of HIV 1 infection: how HIV 1 Attacks and Resides in the Central Nervous System. *Cells*. 2019; 8 (1245): 1 – 15.
10. Colby DJ, Trautmann L, Pinyakorn S, et al. Rapid HIV RNA rebound after antiretroviral treatment interruption in persons durably suppressed in Fiebig I acute HIV infection. *Nature Medicine*. 2018; 24: 923 – 926.

11. Diaz J. Norma Conjunta de Prevención de la transmisión Vertical del VIH y la sífilis. Rev Chilena Infectol. 2013; 30 (3): 259 – 302.
12. Alvares CR. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Acta Med Peru. 2017; 34(4): 309 – 316.
13. Boatman JA, Baker JV, Emery S, et al. Risk Factors for Low CD4+ Count Recovery Despite Viral Suppression among Participants Initiating Antiretroviral Treatment with CD4+ Counts > 500 cells/mm³: Findings from the Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) Trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2019; 81(1): 10 – 17.
14. Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC. GESIDA. Documento de consenso de GESIDA. Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia adquirida [Internet]. Consultado el 20 de junio del 2021]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_TAR_adultos_v3-1.pdf
15. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con VIH [Internet]. [Consultado el 20 de junio del 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/569287/GUIA_DE_MANEJO_ANTIRRETROVIRAL_DE_LAS_PERSONAS_CON_VIH_2019_-_VERSION_COMPLETA1.pdf
16. DHHS. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV [internet]. [consultado 20 de junio del 2021]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/AdultandAdolescentGL.pdf>
17. Instituto Mexicano de Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Tratamiento Antirretroviral del paciente adulto con Infección por VIH [internet]. [Consultado el 20 de junio del 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/245GER.pdf>

18. Palma RR. Cardiovascular Risk in HIV Infected Patients. *Rev Port Cardiol.* 2019; 38(7): 471 – 472.
19. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac Med.* 2009; 70(3): 217 – 224.
20. Pérez EL, Rivero MI. Gestión del Conocimiento Científico, un acercamiento para su organización práctica en la Escuela Latinoamericana de Medicina. *Panorama Cuba y Salud.* 2020; 15(1): 11 – 17.
21. Villafaña AT, Sierra LJ, Smith PS, et al. Conocimiento, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA en estudiantes de bachillerato de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia. *Universidad de Santander.* 2019; 1: 92 – 96.
22. Bula R, Mendoza E, Carrasquilla L, et al. Diagnóstico del nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de colon, ciencias, tecnologías y negocios.* 2019; 6(2): 1 – 9.
23. Moreno S, Carrillo A, González B, et al. Conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud ante el VIH/SIDA en el primer nivel de atención. *South Florida Journal of Development.* 2020; 1 (4): 221 - 229.
24. Uribe AF, Orcasita LT, Vélez TV. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes. *Acta colombiana de psicología.* 2010; 13 (1): 11- 24.
25. Tracy E, Asope E. HIV Knowledge and Preferences for HIV Prevention Among Older Adults Living in the Community. *Gerontology and Geriatric Medicine.* 2020; 6: 1 – 10.
26. Irmayati N, Yona S, Waluyo A. HIV-related stigma, knowledge about HIV, HIV risk behavior and HIV testing motivation among women in Lampung, Indonesia. *Enferm Clin.* 2019; 29(s2): 546 – 550.
27. Aldhaleei WA, Srikanth BA. HIV/AIDS-Knowledge And Attitudes In The Arabian Peninsula: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal of Infection and Public Health.* 2020; 13(7): 939 – 948.
28. Faust L, Yaya S. The effect of HIV educational interventions on HIV-related knowledge, condom use, and HIV incidence in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BCM Public Health.* 2018; 18: 1 – 14.

29. Mark WW, Mo PK, Ma GY, et al. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Social Science and Medicine*. 2017; 118: 30 – 40.
30. Pérez LD. Construcción y validación de un instrumento para evaluar el nivel de conocimiento en adolescentes de 10 a 19 años sobre prácticas de riesgo en enfermedad de transmisión sexual: VIH/SIDA [Tesis de especialidad]. San Luis Potosí: 2020.
31. Frain JA. Preparing every nurse to become an HIV nurse. *Nurse Education Today*. 2017; 48: 129 – 133.
32. Calderon GD, Pacheco ZM. Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El residente*. 2020; 15(2): 48 – 53.
33. Uribe A, Orcasita, L. Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Rev. Psicol. Univ. Antioquia*. 2011; 3 (1): 39 - 57.
34. Sanchez M, Vivancos M, Moreno S. Profilaxis pre exposición (PrEP) frente al VIH: eficacia, seguridad e incertidumbres. *Farm Hosp*. 2017; 41 (5); 630 - 637.
35. Uribe A, Orcasita L. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Universidad Nacional de Colombia*. 2011; 1: 1 -6
36. Espinosa I, Acatitlan A, Torres I. Evaluación de la susceptibilidad y autoeficacia ante el VIH/SIDA en profesionaes de estomatología. *Revista Información Científica*. 2019; 98 (1): 64 - 76.

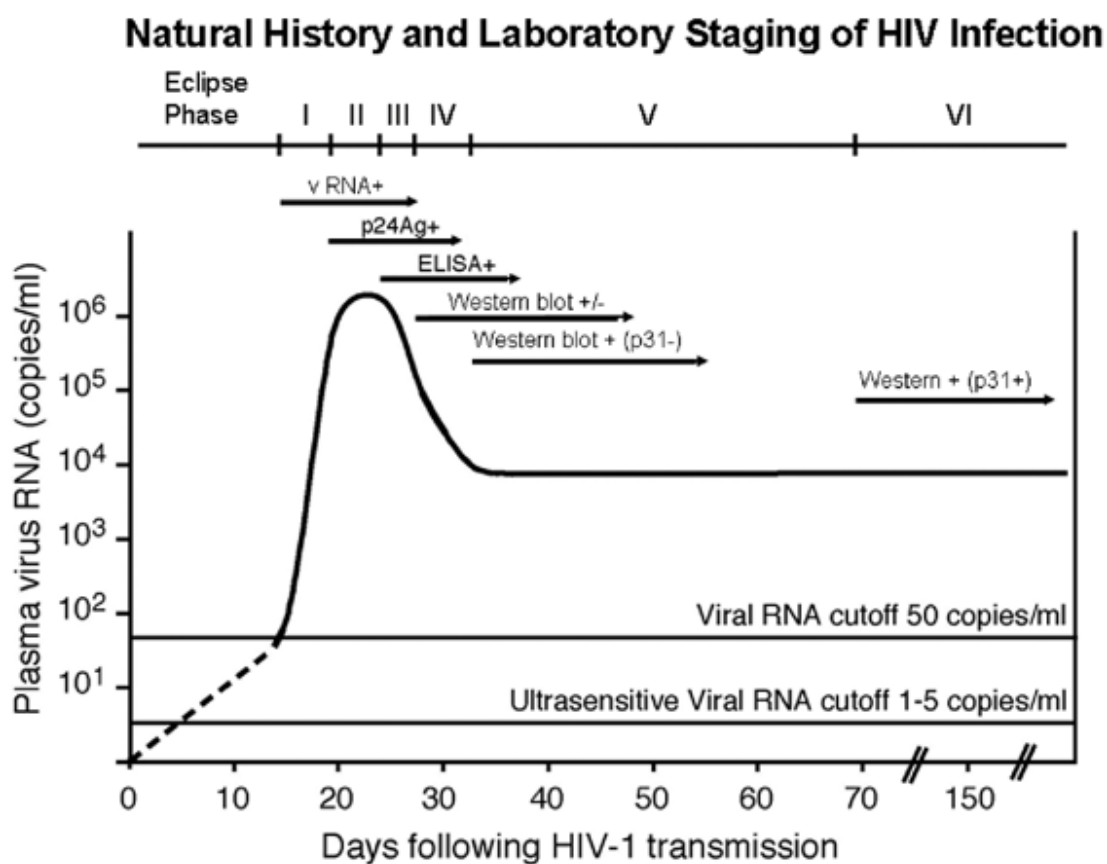
ANEXOS

"Apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21"

Beatriz Martínez Lara¹, Jesús Hernández Coronel²

1. Médico especialista en Medicina Familiar. 2. Médico Residente de primer año en Medicina Familiar.

ANEXO 1. Escala de Fiebig



ANEXO 2. Clasificación de CDC

Beatriz Martínez Lara¹, Jesús Hernández Coronel²

1. Médico especialista en Medicina Familiar. 2. Médico Residente de primer año en Medicina Familiar.

CLASIFICACION CDC 1993	CATEGORIAS CLINICAS		
	A	B	C
Categorías de linfocitos CD4	Infección asintomática o LGP. INFECCION AGUDA	Sintomática no A no C	Indicadoras de SIDA
≥ 500 cel/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
< 200/m L	A3	B3	C3

"Apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21"

Beatriz Martínez Lara¹, Jesús Hernández Coronel²

1. Médico especialista en Medicina Familiar. 2. Médico Residente de primer año en Medicina Familiar.

Señala la opción que consideres correcta:

- Sexo: Hombre/ mujer
- Grado de estudios: Bachillerato/ Técnico/ Licenciatura/ Especialidad/Maestría/ Posgrado
- Edad: 20 - 29 años/ 30 - 39 años / 40 - 49 años / 50 - 59 años / > 60 años
- Estado civil: Soltero/ Casado/ Unión libre/ Divorciado/ Viudo
- Puesto de trabajo: Médico Familiar/ Enfermería/ Asistente médico

Conocimientos correctos respecto VIH/SIDA			
Items	Verdadero	Falso	No sé
Las trabajadoras sexuales tienen un alto riesgo de contraer el virus del SIDA			
Se puede contraer el virus del sida compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad			
Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen			
Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales			
Hombres con el virus del SIDA pueden infectar a las mujeres			
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona			
Recibir transfusiones de sangre infectada con virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus			

Las mujeres con el virus del SIDA puede infectar a hombres			
Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales.			
El virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer.			
Las personas con el virus del SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades.			
Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el SIDA.			
En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA			
Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.			
Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas.			
El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.			
Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal.			
El virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.			
Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA.			
Se puede contraer el SIDA de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad.			
Conocimiento erróneo respecto al VIH/SIDA			
Ítem	Verdadero	Falso	No sé

Se puede saber si una persona tiene el virus del SIDA con sólo mirarla,			
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada.			
Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del SIDA.			
Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con SIDA.			
Todas las personas con el virus del SIDA son homosexuales.			
Tener el SIDA no es grave, es como estar resfriado			
El estrés puede causar SIDA.			
Se puede evitar contraer el virus del SIDA haciendo deporte con regularidad.			
Es posible que una persona contraiga el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público utilizado por una persona infectada del virus.			
Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños publicos.			
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA			
Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del virus del SIDA.			
Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona con el virus.			
Las personas pueden contraer el virus del SIDA con un simple apretón de manos.			
El SIDA se ha encontrado sólo en los hombres.			
Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos			

personales de otra persona como un cepillo del cabello			
Se puede contraer el virus del SIDA bebiendo de la misma taza o vaso que una persona con SIDA usó.			
Se puede transmitir el virus del SIDA mediante abrazos.			
El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA.			
Se puede contraer el virus del SIDA en la piscina.			
Actitud Positiva respecto al VIH/SIDA			
Ítem	De acuerdo	Desacuerdo	No sé
Es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud.			
Creo que a cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del virus del SIDA			
Debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos.			
Debería permitirse que las personas con el virus del SIDA vivan en unidades residenciales.			
Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA asistan a clase.			
Actitud Negativa respecto al VIH/SIDA			
Ítem	De acuerdo	Desacuerdo	No sé
Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA			
Me sentiría incómodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del SIDA			

Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás.			
Se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades.			
Las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás			
Actitud Neutra Respecto al VIH/SIDA			
Ítem	De acuerdo	Desacuerdo	No sé
Elegir el tipo de condón que se va a comprar puede resultar difícil			
El sexo no es tan placentero cuando se usa un condón.			
Parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido.			
Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales.			
Resulta difícil encontrar sitios donde comprar condones.			
Susceptibilidad respecto al VIH/SIDA			
Item	De acuerdo	Desacuerdo	No sé
No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA			
No me preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA			
Creo que puedo contraer el SIDA.			
Me preocupa contraer el virus del SIDA.			
Creo que solo los homosexuales hombres deberían preocuparse del virus del SIDA.			
Autoeficiencia respecto al VIH/SIDA			

ítem	De acuerdo	Desacuerdo	No sé
Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condon			
Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente.			
Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya.			
Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual.			
Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales.			



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"Apreciación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficiencia a través del instrumento HIV/SIDA-65 en personal de salud de la UMF 21"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Aplicación en unidad de Medicina Familiar 21 ubicada en Av. Plutarco Elías Calles 473, Santa Anita, Iztacalco, 08300, CDMX en el periodo de agosto a septiembre 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado la importancia de conocer sobre VIH y que a falta de conocimiento de el mismo condiciona una mayor cantidad de infectados, así como las medidas preventivas que puedo utilizar para evitar esta enfermedad.
Procedimientos:	Estoy enterado de que se me aplicara un cuestionario para conocer que tanto se sobre el VIH, que tiene una duración de 10 minutos. En caso de tener bajo conocimiento, el investigador me proporcionara una infografía en el cual puedo conocer más sobre el tema.
Posibles riesgos y molestias:	Entiendo que puedo desconocer algunos términos, para lo cual el investigador me explicara. Estoy consciente que puedo sentir enojo, molestia, incomodidad, tristeza.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtendré información sobre VIH, de igual forma, el investigar me va a dar una infografía con la información correspondiente a VIH
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Sé que puedo consultar al investigador en todo momento, sobre mis resultados al realizar la encuesta. En caso de sentir dudas, puedo preguntarle al investigador en todo momento.
Participación o retiro:	Mi participación es completamente voluntaria, por lo que poder retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte mi vida diaria, o mis derechos en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se proporcionara mi nombre o algún dato que pueda identificarme, procurando mi anonimato, seguridad y confidencialidad en el mismo.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Beatriz Martínez Lara. Médico Especialista En Medicina Familiar Adscrita A La Unidad De Medicina Familiar 21. Matricula 99387566. Teléfono 57686000 Fax: sin fax.

Colaboradores: Hernández Coronel Jesús. Médico Residente de Medicina Familiar. Lugar de trabajo Unidad de medicina Familiar 21 Matricula 97389931. Teléfono 57686000 Fax: sin fax.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Hernández Coronel Jesús
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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