

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social



***Afrontamiento en jóvenes varones de 18 a 24 años con el
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Caso Clínica
Especializada Condesa (CEC).***

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA
Irvin Francisco Guerrero Piña

Director de tesis
Mtro. Francisco Calzada Lemus

Ciudad Universitaria, agosto de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

"Nuestra historia es oro molido, la historia de cada persona"

Víctor Dante Galicia

La importancia de este trabajo de investigación radica fundamentalmente en recuperar las experiencias en jóvenes ante un diagnóstico de VIH. Los procesos en los que están inmersos y que señalan una diferencia clara en relación a su vida, a su salud y a su quehacer cotidiano desde *lo social*.

Dichas experiencias, además de valiosas, respetadas e integradas en esta investigación cruza procesos de afrontamiento distintos que expresan las estrategias que los jóvenes atendidos en la Clínica Especializada Condesa utilizan a razón de su incorporación a los servicios de salud.

Por lo anterior, quiero agradecer a quienes han contribuido en la realización de esta investigación, la cual no se entendería sin su valiosa participación. Reconozco, admiro y respeto cada una de las apreciables experiencias en la Asesoría y Acompañamiento de Pares del que fui partícipe.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y por supuesto, mi querida Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) por su enseñanza. A las experiencias adquiridas durante mi formación profesional en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" (INNNMVS), Instituto Nacional de Cancerología (INCan) e Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER).

Al Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el Sida A.C. (CHECCOS A.C.), por el cobijo, particularmente a Víctor Dante Galicia Juárez. Vic, *te quiero*. A la Clínica Especializada Condesa (CEC) por el apoyo, a la Dra. Andrea González Rodríguez, Dr. Jesús Casillas Rodríguez, Lic. Steven, Lic. Luis Manuel (Manolo).

A mí estimado director de tesis, Mtro. Francisco Calzada Lemus.

A mi amigo Francisco García Conejo (Paco), sabes lo importante que eres para mí, gracias, *te quiero Paco*.

A Raúl Adrián Cruz Flores, por su valiosa amistad y acompañamiento teórico- metodológico.

A las y los pacientes de la CEC, amigos, pares y compañeros.

A mi abuela materna, Concepción Delgado Colín, *tu bendición me guía*.

A mi tía abuela materna, Remedios Delgado Colín, tus cuidados están conmigo.

A mi madre, Cruz Elena Piña Delgado, *me amas, te amo*.

A mi padre, Francisco Guerrero Becerril, *tu cachorrito ha crecido*.

Irvin Guerrero

Mazamitla, Jalisco, 2013-2015

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO I MARCO HISTÒRICO-SOCIAL.....	10
I.I Breve referencia sobre el VIH.....	10
I.II Formas de transmisión del VIH.....	12
I.III Atención internacional y el caso de México.....	14
I.IV. El VIH en jóvenes como problema social.	15
I.V Programas de prevención y atención establecidos por la Secretaría de Salud en México.....	19
I.VI La Clínica Especializada Condesa (CEC).....	20
CAPITULO II MARCO TEÒRICO.....	22
II.I Elementos conceptuales del afrontamiento	23
II.II Procesos de afrontamiento.....	27
II.III El Trabajo Social y su correspondencia con las formas y estrategias de afrontamiento	29
CAPÍTULO III MÉTODO.....	32
III.I Pregunta de investigación.....	32
III.II Objetivos	32
III.III Hipótesis	33
III.IV Operacionalización de la Hipótesis	33
III.V Tipo de estudio.....	34
III.V.I Universo de trabajo	34
III.V.II Criterios de inclusión	34
III.V.III Criterios de exclusión.....	35
III.V.IV Criterios de eliminación	35
III.V.V Tratamiento estadístico de los datos	35
III.V.VI Cálculo de la muestra.....	37
III.V.VII Técnicas e instrumentos	39
III.V.VIII Procedimiento de aplicación de los instrumentos.....	40
III.V.IX Pilotaje.....	41
III.X Consideraciones éticas	42
CAPÍTULO IV RESULTADOS. Perfil del joven atendido en la CEC.	46
IV.I Edad de los participantes.....	50
IV.II Escolaridad	51
IV.III Ocupación actual	52
IV.IV Ingreso mensual	53

IV.V Tiempo de atención en la Clínica Especializada Condesa	54
IV.VI Tiempo con VIH.....	55
IV.VII Tenía información de VIH antes de su diagnóstico.....	56
IV.VIII Conocimiento de la prevalencia de VIH en población HSH con jóvenes.....	57
IV.IX Edad de la primera relación sexual.....	58
IV.X Tipo de relación sexual.....	59
IV.XI Percepción de la ayuda de los servicios de salud para afrontar su diagnóstico.....	60
IV.XII Motivo principal para realizarse la prueba de VIH.....	61
IV.XIII Estrategias de afrontamiento identificadas a través de la escala	71
IV.XIII.I Afrontamiento a nivel de pensamiento	73
IV.XIII.II Afrontamiento en conductas relacionadas con el problema	74
IV.XIII.III Afrontamiento a nivel emocional	75
IV.XIV Comprobación de hipótesis.....	76
Conclusiones.....	78
Fuentes de información.....	83
ANEXOS	95
Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento en jóvenes varones atendidos en la CEC.....	96
Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación social	100
Carta de consentimiento informado.....	103
Tarjeta de contacto.....	105
Carta compromiso de confidencialidad como investigador principal del proyecto.....	107
Dictamen del Programa para la Formación de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social.....	109
Autorización CEC	111
Identificación CEC	114

INTRODUCCIÓN

Aproximarse al estudio de los procesos de afrontamiento en personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), obliga a reflexionar acerca de la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) como problema social vinculado al contexto en el que se encuentran los jóvenes, ya que al estar en una edad productiva, se convierten en una población vulnerable al estar expuestos a otros problemas sociales como: el uso y abuso de sustancias, la negociación del uso del condón en sus prácticas sexuales y la percepción de un reducido riesgo para contraer Infecciones de Transmisión Sexual.

La infección por VIH puede presentarse en cualquier persona, y aunque está asociada principalmente a prácticas sexuales de riesgo, también puede adquirirse mediante el uso compartido de jeringas y otros instrumentos punzocortantes que hayan tenido contacto con la sangre de personas con VIH, o bien, a través de madre a hijo(as) durante el embarazo y parto, incluyendo la alimentación por seno materno, de ahí que esta enfermedad es considerada un problema de Salud Pública.

Por lo anterior, es importante considerar a los jóvenes, como población que descubre y ejerce su sexualidad y que en muchas ocasiones tiene una percepción reducida del riesgo de transmisión por VIH; por lo que se requiere de fortalecer la orientación y empoderarlos en lo que respecta a las medidas de prevención de esta infección, además de ser integrados en modelos de intervención que contribuyan a mejorar la detección, atención, incorporación y/o retención y tratamiento en los servicios de salud, incluyendo el acceso universal a la terapia antirretroviral.

Si bien, desde el surgimiento de esta epidemia, miles de personas han muerto y miles más aún no saben que viven con VIH, el trabajo en conjunto que se ha desarrollado en México desde hace más de treinta años, ha favorecido de manera importante en la detección de nuevos casos, así como la disminución de muertes causadas por este virus, principalmente por la incorporación a diferentes servicios de salud e inicio de la terapia antirretroviral.

Por lo anterior esta investigación se abocará en el estudio de los procesos de afrontamiento que viven los jóvenes varones con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), considerando elementos de carácter sociodemográfico para asociarlos con la forma de afrontamiento, elementos que están presentes en los jóvenes al informales de su diagnóstico y establecer líneas de intervención enfocadas a su situación social. A continuación se describen de forma general los capítulos que se abordarán en el presente trabajo:

En el primer capítulo se brindan los elementos histórico-sociales del VIH así como las formas de transmisión, datos sobre la incidencia de esta enfermedad de carácter internacional y nacional, así como la relevancia de considerar al VIH en los jóvenes como problema social. También se realizará una breve referencia de los programas de salud que hay en México para atender esta enfermedad y se expondrán en un apartado los servicios que brinda la Clínica Condesa A.C., como un modelo de atención para jóvenes que viven con VIH.

En el capítulo dos se expondrá información relativa, a las investigaciones basadas en evidencia científica sobre los procesos, estrategias y estilos de afrontamiento, las posiciones teóricas vigentes así como un abordaje internacional y nacional. Así mismo se describirá la importancia del Trabajo Social en la atención en jóvenes que viven con VIH y su correspondencia con las formas y estrategias de afrontamiento, que permiten integrar al joven a un tratamiento acorde con sus condiciones y expectativas.

En el capítulo tres se expondrá el proceso metodológico seguido en esta investigación y que permitió brindar un camino a seguir para la obtención de los resultados. Se considerará también las características del universo de trabajo, el objetivo planteado, la hipótesis, el material y los métodos utilizados y las técnicas para el procesamiento y análisis de los resultados. Por último, el capítulo cuatro corresponde a los resultados de este trabajo, así como la discusión y las reflexiones finales que abre el panorama del VIH en jóvenes a razón de sus estrategias de afrontamiento en lo que corresponde a sus pensamientos, conductas relacionadas con el problema, y sus aspectos emocionales, vinculadas con las características sociodemográficas que sin duda brindan un conjunto de elementos para tener un análisis más completo de esta investigación social.

JUSTIFICACIÓN

Existe una variedad de estudios internacionales y nacionales que señalan las investigaciones realizadas de los procesos de afrontamiento en personas con el virus de inmunodeficiencia humana, las cuales surgen principalmente a partir de 1993, observando que las personas con VIH y con un alto número de células *Natural Killer*, tenían una preocupación y nivel de fatiga más bajas y prácticas correctas del autocuidado en comparación con otros sujetos que padecen algún otro tipo de enfermedad crónica.

Respecto a cifras mundiales, “Alrededor de 107,000 jóvenes de entre 10 y 19 años murieron en 2012 por causas vinculadas al VIH, es decir, un aumento del 50% respecto a los datos de 2005” (CNN, 2013)

En México por ejemplo, los casos de VIH están concentrados en población joven, quienes al encontrarse en mayor vulnerabilidad requieren de estrategias de intervención que atiendan e incorporen a los servicios de salud de quienes lo requieran.

Es por lo anterior que surge un interés por investigar ¿cómo afrontan los jóvenes su diagnóstico positivo de la enfermedad?, ¿cuáles son sus estrategias de apoyo que ellos involucran para recibir su tratamiento?

En razón de lo anterior, explorar el tema del afrontamiento hacia la infección por VIH en jóvenes, implica reflexionar acerca de los procesos que pueden estar presentes y que se asocian a estados de negación, sentimientos de culpa, miedos, ira, enojo, tristeza, desesperación, e inclusive ideaciones o intentos suicidas, hasta el suicidio mismo, por citar algunos ejemplos.

Así mismo, distintos estudios acerca del afrontamiento, señalan la importancia de realizar investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento, lo cual puede favorecer a generar condiciones para que los jóvenes que viven con VIH tengan una perspectiva distinta al vivir con la enfermedad, de igual manera el estudio de este tema contribuye al análisis para generar mejores procedimientos para acercar a este grupo de edad a una mejor adherencia terapéutica.

Por otra parte, hay estudios que refieren que hay distintas formas de adaptación ante un diagnóstico de VIH., por ejemplo: el afrontamiento activo enfocado a evitar el factor estresor, o bien eliminar la fuente de amenaza que puede favorecer de manera importante a dicha adaptación. En contraste, Casado (1998) señala que el afrontamiento por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape se relacionan directamente a la depresión y ansiedad.

Es por esto que el joven al recibir un diagnóstico de VIH tiene un nivel de complejidad debido a las características culturales, sociales, económicas y psicológicas a las que los jóvenes tiene que hacer frente. Aunado a ello, un estudio realizado en España con 229 personas con VIH, señaló que las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia fueron: la aceptación pasiva ante su resultado, búsqueda de un significado, la implicación de recursos personales, pensamientos circulares, (aquellos no relacionados con la solución al problema), distracción, búsqueda de información, búsqueda de apoyo emocional y conductas de aislamiento (Sánchez M. D., 2010).

En el caso de México, Mendoza (2008) afirma que las estrategias de afrontamiento varían dependiendo de múltiples factores sociales. El estudio que se realizó en el Hospital General de Zona No.1 en Oaxaca, México, el género marca una diferencia clara, en las mujeres con VIH se puede apreciar apego a la religión y la adopción de mecanismos de negación a diferencia de los hombres con VIH. Estos también hacen uso del humor y de drogas, así mismo, buscan menos apoyo emocional e instrumental que las mujeres.

Como se ha expresado anteriormente, las estrategias de afrontamiento modifican de alguna manera la vida de las personas con VIH y en este estudio se busca conocer en el caso de los jóvenes cuales son las estrategias o las formas de afrontamiento que ellos expresan y llevan a cabo ante una enfermedad como lo es el VIH., nos abocaremos a los jóvenes varones en una rango de edad de 18 a 24 años, que acuden a la Clínica Especializada Condesa a recibir atención médica y de salud mental. Dicha clínica actualmente aplica un modelo de detección, retención, tratamiento y supresión de la carga viral y particularmente en población de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, mujeres transgénero, mujeres parejas de hombres que viven con VIH. A razón de lo anterior, y por la accesibilidad al servicio se decidió realizar el proceso de investigación en dicha unidad de salud.

No obstante ante el número de casos que participaron en dicho estudio, se considera que los resultados son altamente significativos debido a la muestra que se consideró del total de la población objetivo, hecho que convierte a este estudio por demás relevante y con pertinencia para un abordaje desde lo social y para futuras investigaciones que al respecto se pretendan realizar.

CAPÍTULO I MARCO HISTÓRICO-SOCIAL

I.I Breve referencia sobre el VIH

En este apartado se expondrán los aspectos histórico-sociales de la infección por VIH; por otro lado, se hablará de la diferencia entre el VIH y el Sida, las formas de transmisión del virus, así como los elementos de carácter social que son parte de la complejidad del Sida, todo esto, basado en evidencia científica mundial, así como su revisión y análisis en México, para finalmente entender la necesidad de considerar los aspectos sociales en jóvenes toda vez que es nuestra unidad de análisis.

Para iniciar, es importante saber que el VIH se identificó por primera vez en 1983 en hombres homosexuales, bisexuales y usuarios de drogas intravenosas. Posteriormente se reconoció que también se transmitía de manera heterosexual. Este virus es el agente causal del Sida, este último se caracteriza por una reducción en las células CD4+ y el inicio de infecciones oportunistas (IO) como neumonía por *Pneumocystis jirovecy* y/o *Sarcoma de Kaposi*. Respecto a su origen, existen teorías sobre la aparición del VIH y el Sida. Hooper citado por (Levy, 2008) expresa que fue transmitido de una recombinación con algunos virus de chimpancé originarios en Camerún: virus de inmunodeficiencia del simio (VIS) a sujetos vacunados del poliovirus en la década de 1950.

El uso de inyecciones con aguja permitió la diseminación del VIH probablemente presente en África y referente a su tipificación, se presenta el VIH-1 y VIH-2. En cuanto a estructura genómica son similares, sin embargo, se pueden distinguir por su secuencia, fundamentalmente en las características de su envoltura (Levy, 2008).

Es importante saber que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), afecta el sistema de defensas del organismo el cual protege a la persona de distintas enfermedades. Como cualquier virus, necesita de la célula para multiplicarse, utilizando los mecanismos de la misma para reproducirse, es por esto que el VIH invade a las células llamadas linfocitos T CD4, y los destruye de manera progresiva. Sin la presencia de una terapia antirretroviral (TAR), el sistema inmune estará lo suficientemente debilitado, y se presentará el síndrome de

inmunodeficiencia adquirida (Sida), lo cual traerá como consecuencia la presencia de infecciones oportunistas que pueden conducir a la muerte (Fundación Huésped, 2012).

El VIH se detecta por medio de un análisis de sangre, el virus puede vivir en el organismo sin que la persona presente síntomas durante mucho tiempo y la única manera de controlar la progresión del este es a través de la terapia antirretroviral (TAR), lo cual impide que el VIH siga destruyendo las células T CD4 y disminuir la posibilidad de transmisión a otras personas. Además, una adecuada adherencia al tratamiento controla el virus y disminuye la posibilidad de que se haga resistente a la misma terapia antirretroviral. También existen personas que pueden permanecer sin la TAR siempre y cuando se encuentren bajo seguimiento médico y su carga viral sea lo suficientemente baja como para no afectar su salud y/o los niveles de CD4 sean los suficientes para proteger su organismo.

Este virus ha causado más de 25 millones de muertes acumuladas desde 1981, lo cual lo coloca como un problema de salud pública y de las principales causas de mortalidad en términos mundiales, también está presente fundamentalmente en países en vías de desarrollo. Las investigaciones desarrolladas durante el surgimiento del Sida han favorecido de manera sustancial en cuanto a estructura, naturaleza y ciclo de replicación. Otro avance esencial es la creación de más de 25 fármacos así como estrategias de tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con este virus, esto ha traído como consecuencia la disminución de infecciones oportunistas y aumentar la supervivencia de quienes lo padecen.

A partir del trabajo dirigido a la cobertura de tratamiento antirretroviral en personas diagnosticadas con VIH, cerca de 40 millones de personas están infectadas por VIH en comparación con el dato anterior, lamentablemente 22 millones han muerto a nivel mundial por causas relacionadas al Sida. (Levy, 2008).

Las dificultades actuales de la respuesta al VIH y Sida siguen siendo la detección a población clave, disponibilidad universal de los tratamientos antirretrovíricos así como estrategias de prevención integrales que favorezcan disminuir los nuevos casos de VIH. Además, hoy día, no existe una vacuna que erradique de manera total esta enfermedad sin embargo, existen investigaciones que permitirán posiblemente en un futuro obtenerla. Otro elemento

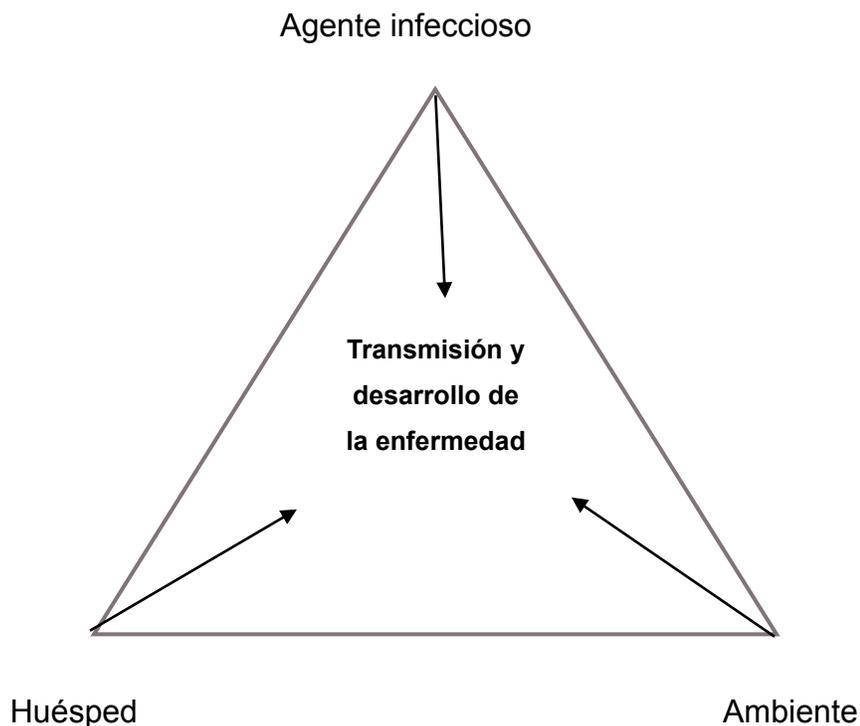
interesante es el aumento diseminado de la pandemia de la infección por VIH en algunos países como India, China, Nigeria y Rusia, entre los factores conducentes que influyen de manera importante en adquirir VIH son la migración, pobreza, prostitución, turismo internacional, comportamiento sexual, uso de drogas, recepción de sangre y de productos de la sangre.

Aunado a ello, “Se estima que en el mundo, cada siete segundos ocurre una infección por VIH y cada 10 segundos una muerte por infección de VIH” (Levy, 2008, pág. 17).

I.II Formas de transmisión del VIH

La transmisión del VIH depende fundamentalmente de la cantidad de agente infeccioso en un fluido corporal y el grado de contacto que la persona tiene con este fluido corporal. El triángulo epidemiológico señala de manera clara el establecimiento de la infección. (Levy, 2008).

Figura 1 Características de la transmisión del VIH:



Las características del agente infeccioso son la virulencia e infectividad, el huésped; susceptibilidad, grado de contagio y respuesta inmune así como los factores ambientales; socioculturales.

Como expresa (Fundación Huésped, 2014), existen tres formas de transmisión del VIH:

a) Penetración anal y/o vaginal sin condón

La transmisión del virus se realiza mediante lesiones o heridas microscópicas que ocurren durante las prácticas sexuales (penetración). El riesgo de infección por VIH depende del nivel del virus infeccioso.

b) Vía sanguínea.

En esta transmisión depende del uso de jeringas para el uso de drogas u otro elemento punzocortante.

c) Trasmisión perinatal o vertical.

Se realiza de la madre al hijo durante el embarazo, parto y lactancia.

Ligado a lo anterior, desde el surgimiento del Sida se presentó ausencia de información basada en evidencia científica, lo cual generó que dicho virus se vinculara principalmente a prácticas sexuales entre homosexuales, esto, ocasionó que se estigmatizara y discriminara a las personas que vivían con VIH. Dichas características siguen presentes hoy día y sus consecuencias influyen sistemáticamente para la mortalidad relacionada a la falta de detección y tratamiento oportuno.

Ahora bien, el riesgo de transmisión de VIH depende de los niveles del virus en los fluidos corporales y el número de contactos que el sujeto tiene con un fluido corporal, la mayoría de los casos de VIH son por vía sexual. Sin embargo, como se señaló anteriormente, se presenta de manera importante en personas usuarias de drogas intravenosas, transmisión

materna e intervenciones médicas.

Si bien, quienes están en mayor riesgo de adquirir VIH y otras infecciones de transmisión sexual son los jóvenes, toda vez que están en proceso de descubrimiento y/o ejercicio de su sexualidad, la cual puede influir de manera importante en su autocuidado. El condón, por ejemplo, es una de las técnicas de barrera más eficientes contra la transmisión del virus

I.III Atención internacional y el caso de México

El (Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, 2013) afirma que “En el mundo se estimaba que en el año 2012 vivían 35.3 millones de personas con VIH, 2.3 millones de nuevas infecciones por el VIH el mismo año y las muertes a causa de del Sida fueron 1.6 millones”. También señaló que “Diariamente se estimaban 6 300 nuevas infecciones y cerca del 97% se presentan en países de ingresos bajos y medios en el mismo año”.

Por otra parte, “En América Latina se estima que vivían 1 300 000 personas con VIH en 2001, para 2012 se estimaban 1500 000 personas viviendo con VIH, es decir, 200 000 nuevos registros” (ONUSIDA, 2011).

Aunado a lo anterior, la Hoja Informativa Regional de ONUSIDA señala “83000 personas contrajeron VIH en 2011 comparado con 93 000 personas en 2001. Referente a la cobertura de la terapia antirretrovírica fue del 68% en el Caribe, así mismo, en México, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela alcanzó más del 60%” (ONUSIDA, 2011).

Estos datos expresan la necesidad inminente de seguir estableciendo líneas de trabajo enfocadas al acceso a la TAR, así como el acceso a servicios de salud orientados a la prevención, detección y seguimiento médico.

Ahora bien, desde el surgimiento del Sida, los primeros casos se presentaron en 1983 en México, la cual está clasificada como una epidemia concentrada y está presente en poblaciones clave, es decir, mujeres transgénero con la prevalencia del 20%, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 17%, hombres trabajadores sexuales 18.2% y personas

usuarias de drogas inyectables (UDI) 5.8%. (ONUSIDA, 2012).

Así mismo, en México se estima que existen más de 225000 personas con VIH, es decir, 77% hombres y 23% mujeres ocupando el segundo lugar después de Brasil en América Latina (Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, 2013).

A razón de lo anterior, la prevalencia más alta en el país se encuentra en el Distrito Federal con 0.79, es decir, el 17% del total nacional (Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, 2013).

I.IV. El VIH en jóvenes como problema social.

Si bien, la unidad de análisis de esta investigación corresponde a los jóvenes precisamente por los elementos de carácter social que están presentes y que influyen de manera importante en adquirir VIH. Dada las características de esta enfermedad por su cronicidad, discriminación y estigma es necesario conocer los procesos de afrontamiento de los jóvenes que viven con VIH. Es un hecho que menos del 50% de estos jóvenes sabe cómo prevenir la transmisión sexual del VIH (ONUSIDA, 2012).

Distintas investigaciones basadas en evidencia científica señalan que más de 2000 000 de jóvenes menores de 19 años están infectados con VIH (OMS, 2013).

Es por esto que es fundamental reflexionar acerca de la complejidad del Sida y su impacto en jóvenes porque están mayormente expuestos a adquirir Infecciones de Transmisión Sexual. Por lo anterior, es importante analizar y establecer estrategias de intervención enfocadas a jóvenes acerca de la percepción de riesgo ante el VIH así como la negociación del uso del condón y reducción de riesgos en las prácticas sexuales no protegidas. Como expresa Gottfried Hirnschall, Director del Departamento de VIH/SIDA de la OMS los adolescentes tienen menos posibilidad de ser sometidos a pruebas de VIH que los adultos, además necesitan más ayuda para vigilar su salud así como darle continuidad a su terapia antirretroviral (CNN, 2013).

Uribe, (2013) señala: “En México refiere que los jóvenes de 15 a 24 años representan el 30% de toda la población afectada por el VIH” (p.2).

Es por esto, que los nuevos casos de VIH en jóvenes son preocupantes, principalmente porque se encuentran en pleno ejercicio de su sexualidad, estando en edad productiva y en condiciones de exclusión social por el simple hecho de ser joven en México, asociado a esto, el desempleo, la falta de políticas públicas que favorezcan el acceso a la educación formal.

Por lo anterior, es esencial destacar que el contexto sociocultural, los sistemas educativos y de salud influyen de manera importante en adquirir o no el VIH, por ejemplo hay ambientes que favorecen la estigmatización y ejercicios de control de la sexualidad basados en ideologías. Esto trae como consecuencia que existan barreras institucionales para la prevención y control del VIH con jóvenes.

Existen ingredientes histórico-sociales que desfavorecen el control de nuevos casos de VIH en México, fundamentalmente en jóvenes, por ejemplo, en el año 2000, los casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En términos de tasas acumuladas se reflejaron en casos de gonorrea (1.1), sífilis congénita (0.9), herpes genital (3.5), linfogranuloma venéreo (0.2), chancro blando (0.4) y VPH con (6.4) (Caballero Hoyos, Conde González., & Villaseñor (Sierra, 2006).

Censida (citado por Caballero, Conde, & Villaseñor , 2006) expresa que entre 1983, y el 1 de noviembre de 2003 se registraron 71,526 casos acumulados de Sida, con una tasa de incidencia del 68.3% por 100,000 habitantes afectando a personas en edad económicamente productiva debido a que 79.1% correspondía al grupo de 15 a 44 años 78.9%.

Desafortunadamente no se han realizado amplias investigaciones de VIH y el Sida en México particularmente en jóvenes, al ser un concepto basado en una construcción social de juventud y adolescencia se han establecido distintos estudios en función de grupos de edad, diferencias biológicas, supuestos de desarrollo cognitivo, así como prácticas sexuales y reproductivas.

Refiriendo al grupo etario, la OMS (citado por (Caballero, Conde, & Villaseñor , 2006) expresa que la adolescencia comprende la edad de 10 a 19 años y adulto joven de 20 a 25 años.

Regresando a las cifras internacionales respecto al VIH y otras ITS, en Alemania por ejemplo, se realizó un estudio en el periodo de marzo de 2003 a febrero de 2004. Bremer (citado por Caballero, Conde, & Villaseñor , 2006) afirma: “Hubo un total de 1,833 ITS en las cuales se encontraban Chlamydia con 24.7%, gonorrea 18.7%, sífilis 17.5%, y VIH 14.7%” (p.13). Además, en Suiza, la tasa de casos gonorrea se duplicó de 1996 a 2003, y los casos de Chlamydia se incrementaron 64% de 1999 a 2003 así como sífilis se incrementaron 174% de 1998 a 2001.

Así mismo, en E.U.A. se estimó una prevalencia de ITS de 18.9 millones de casos, los cuales el 48% correspondía a jóvenes de 15 a 24 años (CDC, 2014)

Es por esto que el VIH está presente en jóvenes de América Latina y el mundo. (Caballero, Conde, & Villaseñor , 2006) afirma: “Más de la mitad de estas infecciones ocurren en jóvenes de 14 a 24 años. En Haití, Belice, Honduras y Guatemala más de 360,000 adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años están infectados con VIH” (p.20).

En nuestro país, se han realizado pocas investigaciones en jóvenes, por citar algunas, se realizó un estudio en el estado de Morelos donde se describió el nivel de salud y estilos de vida relacionados con enfermedades crónicas y problemas de salud sexual en jóvenes de 11 a 24 años De 13, 293 jóvenes, 1931 eran sexualmente activos (Abraham, 2003). Otro estudio se realizó en áreas urbana marginadas se encuestaron a jóvenes de 15 a 21 años para describir la prevalencia de comportamientos de riesgo y su relación con la pobreza. De 13, 897 jóvenes, 4,024 participaron en la muestra biológica de los cuales 753 eran sexualmente activos y dieron muestra de sangre, y 1,620 dieron muestra de orina y eran sexualmente activos.

A razón de lo anterior, podemos decir que existen factores biológicos y sociales que favorecen la difusión del VIH en jóvenes. Por ejemplo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas expresa que la pobreza, desigualdad, subdesarrollo y analfabetismo, falta

de información basada en evidencia científica en educación sexual, sentimientos de invulnerabilidad ante el riesgo, uso de alcohol y sustancias (FNUAP, 2003).

Ahora bien, en México los jóvenes desconocen en muchas ocasiones la forma de transmisión del VIH, basada en evidencia científica, formas del uso correcto del condón, poca claridad en la diferencia entre VIH y el Sida.

En Guadalajara, se realizó otro estudio en jóvenes de 15 a 19 años.

Caballero, Conde, & Villaseñor (2006) señalan que el nivel de conocimiento era diferencial por estratos socioeconómicos y quienes tenían estrato social más alto calificaban más alto.

Estas investigaciones señalan claramente que existen diferencias por contextos urbanos, así como los factores biológicos y no biológicos como el uso de sustancias, la pobreza, percepción de riesgo, así como las ITS asociadas al VIH. De igual manera nos hace reflexionar acerca de las propuestas de intervención dirigidas a jóvenes y población clave que de manera importante pueden estar en riesgo.

I.V Programas de prevención y atención establecidos por la Secretaría de Salud en México

En México, los programas de prevención y atención del VIH/SIDA dependen fundamentalmente de la Secretaría de Salud. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (Censida), este es un órgano dependiente de ésta secretaría y es la institución responsable de prevenir la transmisión sexual, sanguínea y perinatal del VIH e ITS (CENSIDA, 2015).

Respecto al Censida se derivan los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS) y Servicios de Atención Integral (SAI) para personas con VIH/SIDA que brindan principalmente tratamiento y seguimiento y atención médica. Existen 75 CAPASITS distribuidos en la República Mexicana así como 61 SAI distribuidos en los Hospitales públicos.

Debido a la necesidad inminente de brindar atención a personas diagnosticadas con este virus se establecieron estas unidades de salud como parte de la respuesta al Sida, como se señaló anteriormente, así mismo la prevalencia del VIH en población adulta de 15 a 49 años es de 0.38%, la cual muestra una tendencia estable. Particularmente en el Distrito Federal tiene la prevalencia más alta del país como se expresó en el (subcapítulo I.3) con el 0.79 (Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, 2013)

Por lo anterior, además de los esfuerzos que se han realizado en el país, el Distrito Federal al ser el lugar con mayor antigüedad, detección y casos de Sida en México se establece la Clínica Especializada Condesa (CEC) como unidad de salud con mayor demanda en el país y las más grande en América Latina (Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, 2013).

I.VI La Clínica Especializada Condesa (CEC)

La Clínica Especializada Condesa (CEC) se fundó hace 70 años originalmente como “Clínica de Especialidades No.1, dependiente de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, ubicada en la calle de Benjamín Hill No.24 colonia Condesa, Delegación Cuauhtémoc en la Ciudad de México. Fue inaugurada por el doctor Enrique Hernández Álvarez, en aquel entonces Secretario de la Beneficencia Pública, el 10 de Diciembre de 1937. El objetivo primordial de la unidad de salud fue impartir asistencia médica a la población mexicana de estratos socioeconómicos bajos, política prioritaria del C. Presidente Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940).

Ante la creciente demanda de usuarios de población abierta con VIH. El Gobierno de la Ciudad de México creó el 18 de Enero del 2000, el Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual el cual era presidido por el Jefe de Gobierno del Distrito Federal. Es por esto que el 20 de enero del 2000, se realiza la adecuación del inmueble y se inaugura la Clínica Especializada Condesa, por Rosario Robles Berlanga, Jefa de Gobierno del Distrito Federal, teniendo como objetivo principal el atender a todos los pacientes que viven con VIH que no cuenten con seguridad social.

A principios del año 2001, ante el cambio de Gobierno en la Ciudad de México, que define como una de sus políticas atender el problema de VIH/SIDA, por tal motivo se estable un programa en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México el 5 de Marzo de 2001, que se encarga de atender a personas con esta enfermedad, denominado Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México.

La CEC ha tiene presencia a nivel internacional, el 17 de Marzo de 2009 la princesa noruega Mette-Marit visitó la CEC y estuvo acompañada por el secretario de Salud capitalino, Armando Ahued Ortega, con quien realizó un recorrido por las instalaciones para conocer la atención que brinda el Gobierno de la Ciudad de México a las personas infectadas por el VIH. En su visita, Mette-Marit manifestó su intención de donar el aparato de rayos X para la atención de los reclusos de la Ciudad. Otra visita importante se realizó el 25 de Marzo de 2009, la princesa Mathilde de Bélgica reconoció el trabajo de la administración local y del

personal médico para la atención de los pacientes con menores ingresos y para el tres de octubre de 2013, Luc Montagnier, quien en 2008 obtuvo el Premio Nobel de Medicina por su descubrimiento del VIH visitó la CEC, de igual manera se consideró con el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México la importancia de tener un centro de investigación para favorecer la atención integral del VIH y el Sida dirigida a la población que lo necesita.

La Ciudad de México tiene la epidemia más antigua del país, los primeros casos de Sida se diagnosticaron en 1983 y se estima que a finales de 2012 un total de 40 mil personas vivían con VIH en el Distrito Federal. Por lo anterior, la CEC es la unidad de salud que atiende al mayor número de pacientes en todo el país y la más grande en América Latina. En 2013 se atendieron 9,114 personas atendidas (Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, 2013).

CAPITULO II MARCO TEÒRICO

La importancia de conocer las estrategias de afrontamiento en jóvenes de 18 a 24 años reside básicamente en conocer los distintos procesos que asumen en la Clínica Especializada Condesa, y desde luego, en su quehacer cotidiano. Es por esto que, es importante conocer las distintas definiciones de afrontamiento toda vez que nos permitirán desarrollar el apartado y aproximarnos a la revisión de esta investigación.

Por lo anterior, es importante destacar que desde el inicio de los casos del VIH se han realizado investigaciones de carácter psicológico con abordajes sociales en personas que viven procesos de salud-enfermedad. En el caso del VIH se estudiaron elementos de carácter emocional.

Bandrés y Campos (citado por Sánchez, 2010) dice: “Pueden existir tres procesos en personas con VIH; aflicción, deterioro físico y dificultades de relación” (p52).

Melero (citado por Sánchez, 2010) dice que aunque el sujeto reaccione en función de su personalidad y de las redes de apoyo social hay rasgos específicos que se presentan en procesos de crisis, es decir, confrontación brutal con la muerte, carácter insidioso de la enfermedad, los autorreproches, sentimientos de culpa, evolución por etapas de la enfermedad, aislamiento social, disfunción familiar, frustración de expectativas

A razón de estos estudios a lo largo de éste trabajo de investigación también se revisará si existe algún tipo de vínculo entre los resultados obtenidos con las investigaciones del VIH y que se han realizado anteriormente. Además pueden existir elementos que rodean el proceso salud-enfermedad sospecha de tener VIH, la decisión de realizarse la prueba de VIH hasta saberse positivo a un resultado.

II.1 Elementos conceptuales del afrontamiento

Algunos conceptos señalan las diferentes apreciaciones de los procesos y estrategias de afrontamiento.

R. H. Moos (citado por Robles, 2002) expresa: “El afrontamiento es una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas externas que se le presentan”

González, (2006) expresa al afrontamiento como “El conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas”

Murphy (citado por Ramírez, 2006) señal al afrontamiento como: “Un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad, donde la adaptación sería el resultado y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación en particular”.

Por otra parte, Pearlin y Schooler (citado por Ramírez, 2006). Dicen que: “El afrontamiento son conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida”.

Billings y Moos (citado por Robles, 2002) expresan que “Las estrategias de afrontamiento se entienden como la capacidad que puede aumentar o disminuir el bienestar frente a las demandas de la vida”.

De acuerdo con Kagan (citado por Ramírez, 2006) el afrontamiento: Son las relaciones que resuelven, reducen o renuevan el estado afectado clasificado como sobre estresante”.

Seligson y Reynoso (citado por Ramírez, 2006) dice que el afrontamiento: “Enfatiza el controlar o clarificar el problema para posteriormente generar conductas alternativas”.

Como se ha revisado anteriormente, existen distintas consideraciones de afrontamiento, y las coincidencias radican en “hacer frente”, “dar respuesta” o bien resolver y adaptar. De igual manera, son un conjunto de pensamientos de los problemas cotidianos.

A razón de lo anterior, podemos agregar que existen tres estilos de afrontamiento. El primero se refiere al estilo cognoscitivo activo, el cual señala los intentos activos para resolver los eventos estresantes, el sujeto analiza la demanda (el diagnóstico positivo a VIH), trata de entenderla y comprenderla y, le da un significado para poder manejar la tensión de dicho resultado. Este tipo o estilo de afrontamiento está dirigido a una situación, encauzándolo hacia el tema de esta investigación podemos decir que está dirigido a ver el lado positivo del VIH y la búsqueda de experiencias pasadas.

Aunado a lo anterior, el segundo estilo o tipo de afrontamiento se describe como conductual activo y tiene que ver con las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas, por ejemplo, informarse más acerca del VIH y el Sida, su diferenciación, calidad de vida, efectos secundarios de los medicamentos, incorporarse a los servicios de salud e incluso hablar con otras personas que viven con VIH. El tercer estilo de afrontamiento es el evitativo y tiene que ver con evitar enfrentarse a un resultado de VIH, negar o minimizar la nueva condición de salud a través de conductas, por ejemplo, negarse a creer la existencia del VIH y el Sida, estas conductas pueden entenderse como mecanismos de defensa, precisamente porque son mecanismos de autoprotección ante el evento.

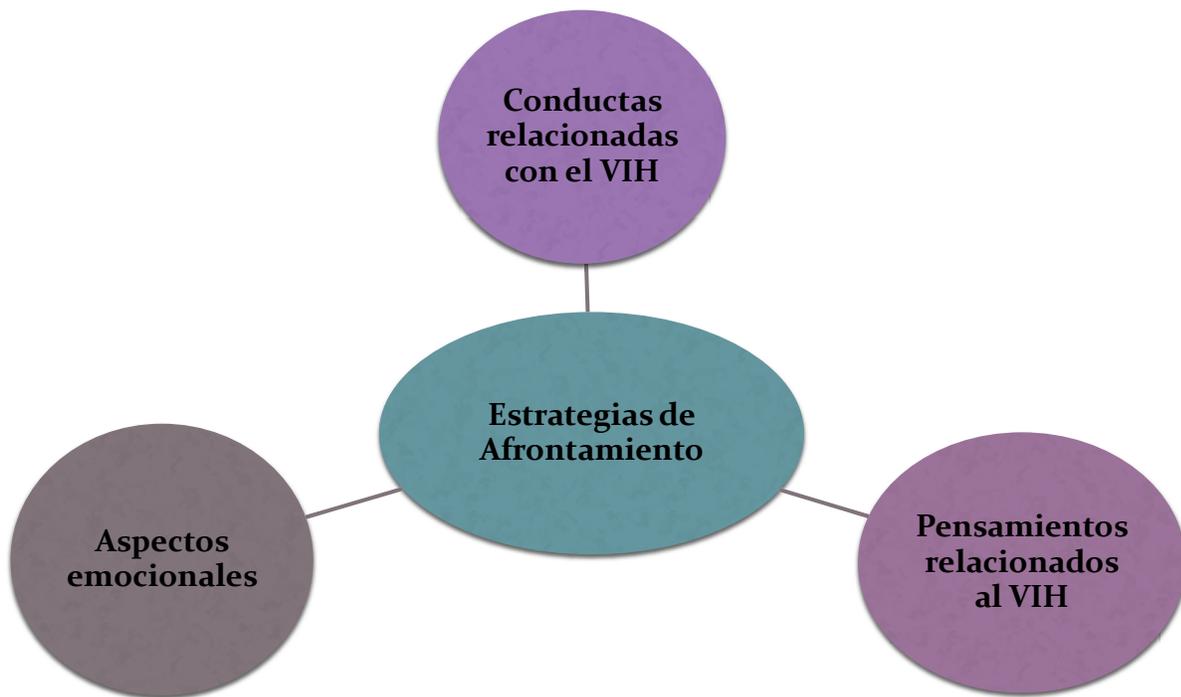
Moos (citado por Robles, 2002) señala que: “Dentro de las estrategias de afrontamiento existen dos clasificaciones, la primera está enfocada al problema y la segunda en la emoción”.

La primera clasificación de las estrategias de afrontamiento busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias para manejarlas, y se dirige a la búsqueda de información por ejemplo, relacionada al VIH. La segunda clasificación, está dirigida a manejar las emociones y los sentimientos provocados por una crisis. Dichas emociones se pueden expresar como el miedo a morir, ansiedad frente a un resultado positivo a VIH, enojo y tristeza por citar algunos ejemplos.

A partir de lo mencionado anteriormente, podemos decir que existen distintas definiciones del afrontamiento, estilos y clasificaciones, estos elementos nos permitirán continuar con el análisis en esta investigación.

Otras consideraciones de afrontamiento las refiere Lazarus y Folkman (citado por Robles, 2002) se expresan: “Como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas”, por ejemplo recibir un resultado positivo a VIH”.

A razón de lo anterior, y con base en las distintas investigaciones realizadas se puede expresar que las estrategias de afrontamiento están distribuidas en tres niveles¹:



Referente a las conductas relacionadas con el VIH la persona puede llevar a cabo acciones o conductas encaminadas a eliminar el problema o bien, reducir sus efectos. Así mismo, los pensamientos respecto al VIH todas las personas piensan de distinta manera cuando reciben

¹ Los tres niveles de las estrategias de afrontamiento (conducta, emociones y pensamientos) fueron aplicados a personas con enfermedades crónicas como el VIH a través de un instrumento propuesto por Lazarus y Folkman (1984), la presentación anterior de los tres niveles es por elaboración propia.

un resultado reactivo, en los aspectos emocionales se asocia la comunicación con los estados anímicos.

Blaney, Millon, Morgan, Eisdorfer y Szapocznik (citado por Sánchez, 2010) realizaron una investigación que donde utilizaron una muestra de dos grupos de personas homosexuales, el primero fue de 45 sujetos de investigación con VIH y el segundo con 13 sujetos que no tienen VIH. En dicho estudio el objetivo fue determinar el grado de distrés emocional, trastornos asociados al estrés y afrontamiento, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos y la discusión estuvo centrada en que no hubo estos niveles de distrés debido a que estaban dentro de un periodo asintomático por lo cual no necesariamente tendría que reflejarse en el aspecto conductual.

Remien, Rabkin y Williams (1992) afirma que hablar con otras personas, mantener una actitud positiva, permanecer activo y buscar actividades placenteras así como cuidados e información médica constituyen las estrategias de afrontamiento utilizadas en este grupo.

Lobato (citado por Sánchez, 2010) realizó la evaluación del apoyo social, autoestima y afrontamiento en personas con VIH, los resultados señalan que la situación estresante fue la ausencia de información basada en evidencia científica, la fuente de apoyo fue el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y las redes de apoyo social, fundamentalmente la familia.

II.II Procesos de afrontamiento

Melero (1990) agrega que es importante señalar las reacciones que presentan los sujetos ante un evento, por lo tanto, se puede decir que particularmente en la CEC se describen a manera de ejemplo diversas reacciones que han expresado jóvenes de 18 a 24 años que fueron atendidos en el Programa de Asesoría y Acompañamiento de Pares, en 2012²

Tabla 1

Reacciones ante el diagnóstico de VIH
<i>"Me cambió la vida después del diagnóstico de VIH"</i>
<i>"No lo esperaba"</i>
<i>"No logro entender lo que pasa, fue una sorpresa"</i>
<i>"No lo he podido asimilar"</i>
<i>"Me lo esperaba"</i>
<i>Me siento estable"</i>
<i>"Mi pareja no me comentó que vivía con VIH"</i>
<i>"Tengo miedo a llegar a Sida. No esperaba el diagnóstico"</i>
<i>"Ya lo esperaba, tengo miedo al desgaste, no quiero desilusionar a mi madre"</i>
<i>"Fue una noticia de golpe"</i>
<i>"Tengo resentimiento con mi mamá y mis tíos. Tengo necesidad de afecto"</i>
<i>"No deseo recibir ayuda"</i>
<i>"Por un momento de calentura se fue a la mierda mi vida. Le he fallado a mamá"</i>
<i>"Mis papás no creen que tenga VIH. Tengo miedo a iniciar con el tratamiento"</i>
<i>"Solicito apoyo"</i>
<i>"Estoy informado del tema de VIH"</i>
<i>"Siento miedo, tengo nerviosismo por el medicamento"</i>
<i>"Lo sospechaba"</i>
<i>"El hecho de verbalizarlo con mi familia y amigos me permitió entenderlo. Temo la relación con mi pareja. No me gustaría contagiarlo"</i>
<i>"Tengo seguridad y solicito apoyo"</i>
<i>"No se cómo me infecté, siempre usé condón"</i>
<i>"Tenía esperanzas que el resultado fuera negativo. Mi pareja terminó la relación con cuándo se enteró que tenía VIH"</i>
<i>"No quiero compartir el diagnóstico con mi familia"</i>
<i>"No me genera conflicto el VIH"</i>

Si bien, existen distintas reacciones de carácter cognitivo, conductual así como elementos

² En 2012 se realizó la cédula de entrevista de piloteo a razón de sondear de manera general cómo se encontraba la persona, posterior a recibir un resultado positivo de VIH. Dicha cédula fue creada por asesores pares del Programa AS-PAR en la CEC, el total de sujetos de investigación fue de una muestra de N=97 personas. Parte de los resultados obtenidos se expresan en la **tabla 1**

asociados a **lo social**, es decir, búsqueda de apoyo social, de explicaciones en el pasado, miedo a la muerte, culpa, coraje, y en otros procesos; negociación y aceptación. Cada contexto que viven las personas con VIH es distinto y requiere de analizar y reflexionar desde lo social, individualizando los procesos sin dejar de lado el entorno de tal manera que permitan favorecer sus procesos internos y externos como sus miedos así como su incorporación a los servicios de salud.

Para afirmar los datos anteriores (**tabla 1**) con base en evidencia científica, Bayés (citado por Sánchez, 2010) también describe de manera amplia las situaciones que se pueden presentar en una persona que ha sido diagnosticada con VIH, como lo pueden ser los siguientes:

- 1.- Cuando una persona ha tenido una práctica sexual no protegida, cree erróneamente que ha tenido una práctica sexual de riesgo y/o duda de su pareja estable y teme que por ella ha adquirido VIH.
- 2.- Valorar el hacerse o no una prueba de VIH.
3. Esperar el resultado de VIH.
4. Cuando se le entrega un resultado reactivo a VIH.
5. Cuando se plantea la posibilidad de compartir el diagnóstico con alguien más.
- 6.- Cuando percibe o cree percibir que otras personas lo tratan diferente por tener VIH.
- 7.- Cuando ve enfermar o morir a otra persona por causas asociadas al Sida.
- 8.- Cuando escucha hablar del VIH o Sida.
- 9.- Cuando percibe sintomatología sospechosa y asocia al Sida.
- 10.- Cuando recibe un diagnóstico de Sida.
- 11.- Cuando percibe o cree percibir un deterioro en su organismo.
- 12.- Cuando percibe que va a morir.
- 13.- Cuando debe comenzar con la terapia antirretroviral.

A razón de lo anterior, se puede afirmar que la persona que ha recibido un resultado positivo a VIH atraviesa varios procesos de tipo emocional, afectivo y social.

Lutgendord, et al. (citado por Sánchez, 2010) expresa que el proceso cognitivo posterior al recibir un resultado positivo a VIH tiene como característica principal la evasión del diagnóstico, esto implica mayores niveles de depresión, miedos, ansiedad e incluso enojo. Lo cual puede dificultar su incorporación a los servicios de salud y por ende la pérdida de los pacientes.

II.III El Trabajo Social y su correspondencia con las formas y estrategias de afrontamiento

Maroto (2006) afirma que el trabajo social estudia las situaciones problemáticas y las necesidades generadas por la carencia de recursos personales, materiales y económicos a fin de promover en los sujetos una actitud proactiva en la que ellos mismos se conviertan en artífices de cambio.

Por lo anterior, podemos decir que el Trabajo Social puede incidir en los problemas y necesidades sociales y más aún con grupos y sectores en mayor situación de vulnerabilidad, quienes en muchas ocasiones se les excluye o rechaza e incluso discrimina por el comportamiento, identidad u orientación sexual, tal es el caso de la población homosexual que como se ha expresado anteriormente se encuentra en mayor riesgo de adquirir VIH y otras ITS. Es por esto que puede resultar significativo reflexionar acerca de estos problemas sociales desde el campo de Trabajo Social para incluir y establecer estrategias de intervención ante el diagnóstico positivo y que está vinculado a los procesos que presentan estos jóvenes como miedos, búsqueda de ayuda en otras personas, culpa e incluso imaginarios asociados a la muerte por Sida.

Además, siendo un grupo etario en el que expresa su sexualidad de manera distinta y cambiante, es necesario analizar otros elementos de carácter social como: el nivel escolar,

ocupación, ingresos, y tiempo de diagnóstico. Por otra parte, los motivos por los que se realizan la prueba de VIH se convierten en factores clave que permiten aportar elementos, para conocer la realidad social de estos jóvenes. Es necesario realizar investigación desde el Trabajo Social, construir propuestas e intervenir con estos grupos sociales.

Para entender con mayor profundidad el papel del Trabajo Social es básico saber que el campo de esta disciplina es complejo y amplio, puede abarcar aspectos institucionales, en comunidades, mujeres, jóvenes, educación, pobreza, sectores sociales, por citar algunos ejemplos.

Trabajo Social da respuesta para modificar y transformar la realidad social, las y los trabajadores sociales deben tener un amplio conocimiento de aspectos conceptuales y metodológicos en los cuales pueden integrarse la gestión social, investigación, organización, capacitación, y educación social como ejemplos de funciones básicas de la disciplina.

Sánchez M. (2005) dice que las y los trabajadores sociales están capacitados para interpretar desde una perspectiva integral la problemática social e intervenir en los procesos sociales orientados a la satisfacción de necesidades sociales y a la realización del hombre en un plano de dignidad humana

Respecto a su área de intervención en salud, el Trabajo Social aborda los procesos de salud-enfermedad, es decir, desde un enfoque biopsicosocial, pugnando por una salud completa de los individuos.

Sánchez M. (2005) agrega que en sentido estricto el Trabajador Social en salud favorece la participación del paciente, de la familia y comunidad

Terán (2005) sugiere algunas funciones del Trabajo Social en *“el Perfil del profesional del Trabajo Social en el área de la salud:*

En investigación, administración, educación social y asistencia; identificar los factores económicos, sociales y culturales asociados a la enfermedad. Diseña perfiles de los usuarios de servicios de salud, investigación evaluativa, elaboración diagnóstica de salud, detecta

causas y consecuencias de no adherencia al tratamiento, desarrollo de programas de salud, mecanismos de gestión social, necesidad de servicios eficaces y eficientes, modelos preventivos de educación para la salud, referencia intra e interinstitucional.

Para el abordaje con jóvenes en sus procesos de salud-enfermedad se requieren habilidades y conocimientos teórico-metodológicos para efectuarlas, por ejemplo, una de las formas de intervención de los profesionistas de Trabajo Social de la CEC dirigir a la incorporación a los servicios de salud a este grupo de edad.

En la intervención profesional también está presente el compromiso desde lo humano, respetando las diferencias, la diversidad sexual, ser una profesión inclusiva que favorezca la atención de cualquier persona independientemente de su condición de salud. Respecto a lo anterior, el Trabajo Social favorece de manera importante los procesos de afrontamiento que los jóvenes presentan toda vez que contribuyen a la incorporación a los servicios de salud.

El ejercicio práctico del Trabajo Social en la Clínica Especializada Condesa permite crear un vínculo entre los servicios que ofrece la unidad de salud para con el joven. Aunado a lo anterior, las funciones principales que realizan los profesionistas de Trabajo Social están dirigidos a la investigación social, promoción y educación para la salud.

Los niveles de intervención son a nivel individual, familiar y grupal. Planear y administrar programas también requiere un conjunto de acciones metodológicas tendientes al estudio de carencias y necesidades sociales a través de la identificación y utilización de recursos disponibles para su atención, orientados a establecer alternativas de acción para la promoción, educación y recuperación de salud con la participación de individuos, grupos y comunidades. Referente a las actividades que la profesión realiza, se encuentran las entrevistas, orientación, apoyo a trámites y gestiones, fichas socioeconómicas, visitas domiciliarias, pláticas intramuros, formación, organización y control de grupos, referencia de pacientes, coordinaciones institucionales, participación en investigación social y actividades técnico administrativas.

CAPÍTULO III MÉTODO

Ante las circunstancias y factores sociales que están presentes en los jóvenes, principalmente en jóvenes mexicanos, es fundamental conocer cuáles son los procesos que viven y asumen cuando viven con VIH. Es una epidemia con alta presencia en este grupo etario, lo cual se requiere conocer, analizar y establecer líneas de intervención dirigidas a estos jóvenes. Por lo tanto, identificar la forma en cómo afrontan la infección por VIH, es sin duda, un elemento esencial para continuar con el trabajo que se ha desarrollado en términos de detección, atención y tratamiento.

III.I Pregunta de investigación.

Cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes en los jóvenes varones de 18 a 24 años con VIH.

III.II Objetivos

General

Conocer las estrategias de afrontamiento más frecuentes a nivel conductual, de pensamiento y emociones en los jóvenes varones de 18 a 24 años que viven con VIH.

Específicos

Conocer el perfil sociodemográfico de los jóvenes de 18 a 24 años que viven con VIH y que son atendidos en la Clínica Especializada Condesa.

Identificar las formas de afrontamiento en sus niveles de conducta, pensamiento y emociones.

Identificar la asociación entre las estrategias de afrontamiento más frecuentes y los aspectos sociodemográficos en los jóvenes varones de 18 a 24 años con VIH.

III.III Hipótesis

La búsqueda de ayuda en otras personas es la estrategia de afrontamiento más frecuente a nivel conductual en los jóvenes varones que fueron diagnosticados con VIH, atendidos en la CEC.

III.IV Operacionalización de la Hipótesis

Variable	Definición conceptual	Indicadores ³
<i>Búsqueda de ayuda en otras personas</i>	Se refiere a la búsqueda de apoyo social a fin de dar respuesta a ciertas necesidades sociales básicas a través de las interacciones sociales ante un diagnóstico de VIH. (Romero, Amador, & Alvis, 2010)	<ul style="list-style-type: none">• Recurrir a la familia• Recurrir a la pareja• Recurrir a los amigos
<i>Estrategia de afrontamiento conductual</i>	Es una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o un grupo de individuos para manejar un diagnóstico de VIH. R. H. Moos (1986) citado en (Calleja, 2002)	<ul style="list-style-type: none">• Buscar información• Buscar ayuda en otras personas• Intentar solucionar los problemas uno mismo• Decidir ir al médico inmediatamente• Distraerse• Hacer lo que le indican los médicos• Beber o comer lo que le gusta• Disfrutar aspectos relacionados con el VIH

³ Los indicadores corresponden a la adaptación de Font (1990) con base al análisis de Lazarus y Folkman (1984), Moss y Billings (1982) en la propuesta del instrumento "Estrategias de Afrontamiento para personas con enfermedades crónicas"

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional
<i>Búsqueda de ayuda en otras personas</i>	Variable que será medida a través de las frecuencias obtenidas de la escala "Estrategias de afrontamiento más frecuentes". (Véase tabla 12).
<i>Estrategias de afrontamiento</i>	Aspecto que será medido a través de 25 preguntas que corresponden a la escala de estrategias de afrontamiento que evalúa las conductas y procesos cognitivos, la cual ha sido adaptada por Font (1990) con base en el análisis de Lazarus y Folkman (1984), Moos y Billings (1982).

III.V Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional, al no ser posible la manipulación de variables es considerado un estudio de carácter no experimental. Los datos se obtuvieron a partir de muestras no probabilísticas por conveniencia.

III.V.I Universo de trabajo

Jóvenes varones de 18 a 24 años atendidos por parte del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México de la Clínica Especializada Condesa dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, ubicada en Benjamín Hill. 24, Colonia Condesa, Delegación Cuauhtémoc y que cumplan con los siguientes criterios.

III.V.II Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes activos de la Clínica Especializada Condesa. (Un paciente activo es todo aquel usuario de la CEC que cuenta con un expediente de la misma, es decir, que tuvo que presentar un resultado confirmatorio de VIH positivo; para la apertura de su expediente en la Clínica).
- 2.- Jóvenes varones de 18 a 24 años.
- 3.- Que sepan leer y escribir.
- 4.- Mexicanos.
- 5.- Que acepten participar y quieran contestar el cuestionario.

II.V.III Criterios de exclusión

- 1.- Pacientes no activos de la Clínica Especializada Condesa. (Pacientes que no cuentan con un expediente de la CEC o que están en trámite del mismo; aquellos que son atendidos con un folio de usuario, y aquellos que sólo acuden a la CEC exclusivamente para recoger medicamento antirretroviral porque son atendidos en otras unidades de salud).
- 2.- Pacientes transgénero y pacientes transexuales.
- 3.- Pacientes menores de 18 años de edad y mayores de 24 años.
- 4.- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- 5.- Pacientes que no acepten contestar el cuestionario (Se refiere al momento en el que el investigador le pregunta al paciente si le gustaría participar en la investigación).

III.V.IV Criterios de eliminación

- 1.- Pacientes cuyo cuestionario sea contestado de manera incompleta o ilegible (entendemos por ilegible cuando no se entienda lo que ha plasmado el paciente, por ejemplo dos taches en una opción de respuesta, incompleto se refiere cuando haya ausencia en más de una respuesta).
- 2.- Pacientes que comuniquen su decisión de ya no seguir participando en la investigación una vez proporcionada la información durante el proceso de realización de la investigación, correspondiente al periodo de enero de 2015 a mayo de 2015.

III.V.V Tratamiento estadístico de los datos

Se realizó una base de datos general de la información obtenida de los cuestionarios (base: "máscara y codificación CEC 2015") y se utilizó el análisis de variables nominales de distribución de frecuencias con cuatro posibilidades de respuesta (nunca, a veces, con frecuencia, siempre). Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el paquete estadístico Stata y un análisis bivariado de pruebas Chi cuadrada o Fisher, también se realizaron dos tablas generales, la primera corresponde a las estrategias de afrontamiento identificadas en la muestra y la segunda pertenece a los aspectos de carácter sociodemográfico.

El total de instrumentos aplicados fue de 241, sin embargo, se consideraron 239 a razón de que tres sujetos de investigación decidieron no contestar el consentimiento informado. También se realizó una reagrupación de las respuestas “nunca” “a veces,” con frecuencia” y “siempre” en dos categorías. La primera reagrupación quedó como nunca, y la segunda con a veces, con frecuencia y siempre. La razón de esto fue simplificar los datos y equilibrar respuestas de los extremos “nunca” y “siempre”⁴.

Después de la integración en dos categorías (nunca) y (a veces, con frecuencia y siempre), se identificó la estrategia de afrontamiento más frecuente de los pensamientos, actitudes y emociones. Referente a los sesgos encontrados en la investigación, nos encontramos con jóvenes que decidieron no contestar el cuestionario y/o firmar el consentimiento informado, basándonos en los criterios señalados anteriormente se decidió eliminar dichos datos.

⁴ En otras investigaciones se han descrito la importancia de reagrupar las respuestas “nunca” “a veces,” con frecuencia” y “siempre” en dos categorías para equilibrar las respuestas de los extremos.

III.V.VI Cálculo de la muestra

Para obtener el dato de la población de pacientes varones activos de 18 a 24 años con VIH en la CEC se realizó la solicitud al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México en la Coordinación de la Clínica Especializada Condesa (CEC), la cual señaló que son 681 usuarios con las características requeridas para la investigación. Dicho dato se otorgó de la base de datos del Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) que corresponde hasta el 20 de enero de 2015. De manera inicial se consideró la utilización de este cálculo de la muestra de corte probabilístico, sin embargo, dada las características de la dinámica encontrada en las primeras semanas de aplicación del instrumento en la CEC, se decidió cambiar la estrategia, lo cual requirió que la forma de muestreo se realizara por conveniencia, es decir, no probabilística, para apegarse de manera rigurosa al trabajo de investigación se decidió respetar el cronograma de actividades establecido inicialmente y presentado y autorizado en la CEC de enero a mayo de 2015, lo cual permitió concluir los procesos en tiempo y forma.

A manera de ejemplo, se presenta la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas.

Fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Tamaño poblacional, considerando 681 pacientes de la CEC hombres de 18 a 24 años de edad.

Z = Valor relacionado al nivel de confianza del 95%, equivalente a 1.96

d = Precisión del 5%

p = Prevalencia que se espera encontrar, donde se considerará del 50% por no tener una cifra definida.

q = Complemento de la prevalencia esperada, en este caso será de 50%

**Se considera una no respuesta del 10%.*

$$n = \frac{(681)(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2(681-1)+(1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(681)(3.8416) (0.5)(0.5)}{(0.0025)680+(3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{654.0324}{1.7 +(0.9604)}$$

$$n = \frac{654.0324}{2.6604} = 245.83 = 246$$

$$246(0.10) = 24.6 = 25 \quad (\text{No respuesta})$$

219 + 22 = **241** pacientes de 18 a 24 años para aplicar instrumento para representar a los de toda la CEC.

III.V.VII Técnicas e instrumentos

Sánchez M. D. (2010) señala que el instrumento “Estrategias de afrontamiento” están adaptado a distintas situaciones de salud” (p.110), por lo tanto, se adecua a esta investigación, tiene consistencia interna y validez para ser aplicado a población mexicana y a personas que viven con VIH

Se utilizó un instrumento que enumera las estrategias de afrontamiento y está adaptado por Font (citado por García, 2010) con base en el análisis de Lazarus y Folkman (1984), Moos y Billings (1982). La escala de estrategias de afrontamiento no solo define un estudio particular de afrontamiento sino que evalúa las conductas y procesos cognitivos que tienen las personas con VIH. El tiempo de estudio se realizó de enero de 2015 a mayo de 2015.

El instrumento es autoaplicable y el total de preguntas del instrumento considera tres apartados:

El primero tiene que ver con aspectos sociodemográficos generales (edad, nivel escolar cursado, ocupación actual, ingreso económico, etc.).

El segundo apartado serán preguntas relacionadas a la percepción de riesgo, es decir, (si contaba o no con información acerca de VIH, a qué edad inició su vida sexual, razón por la que decide realizarse la prueba y si los servicios de salud le han ayudado a afrontar su situación).

Y, el tercer apartado corresponde a las estrategias de afrontamiento (Ver anexo: Cuestionario de estrategias de afrontamiento en jóvenes varones atendidos en la Clínica Especializada Condesa).

Como se señaló anteriormente, el cuestionario fue adaptado por Font (citado por García, 2010) con base en el análisis de Lazarus y Folkman (1984) y Moos y Billings (1982) y está conformado por 25 ítems y presenta cuatro posibilidades de respuesta:

a) nunca b) a veces c) con frecuencia d) siempre

Las preguntas tienen que ver con lo que una persona hace ante sus problemas de salud que es el **afrentamiento orientado hacia el problema**, por ejemplo: «Buscar ayuda en otras personas»

También lo que la persona piensa cuando tiene problemas de salud, esto es el **afrentamiento orientado a la valoración**, por ejemplo: «Pensar en superarlo uno mismo»

Y, aspectos emocionales, lo que la persona siente en relación a la salud, es decir, el **afrentamiento orientado a la emoción**, por ejemplo, «Hacer bromas o ironizar»

III.V.VIII Procedimiento de aplicación de los instrumentos

Como se expresó en el subcapítulo (III.V.IV), dada las características y particularidades que se presentaron en la dinámica de la CEC investigación el procedimiento de aplicación de los instrumentos se desarrolló eligiendo a pacientes candidatos a responder el cuestionario mediante elección por conveniencia en la salas de espera de la planta baja de la Clínica Especializada Condesa, ya que dicha área es un espacio común para los pacientes que esperan ser atendidos en los distintos servicios de la Clínica, es decir, aquellos que ya se encuentran incorporados a la misma, y por ende, se asume que viven con VIH. Además, este tipo de elección se considera a razón de la movilidad que existe de los usuarios de la CEC en el momento en que los jóvenes acudirán a sus citas médicas, asegurando que cuentan con expediente clínico.

Cuando el criterio de inclusión se cubrió por el paciente previamente seleccionado, se procedió a leerle el consentimiento informado (ver anexo: consentimiento informado para participar en un estudio de investigación social), en el cual se encuentra plasmado el objetivo de la investigación, las secciones del cuestionario que se le solicitó contestar, y donde **se le explicó el procedimiento para garantizar la confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y de la CEC.**

Cuando el paciente aceptó se le solicitó que anote nombre completo, firma y fecha en la carta de consentimiento informado (ver anexo: carta de consentimiento informado), si fue su caso se solicitó firma de testigos. Posteriormente se le entregó el cuestionario para que él mismo lo llenara, cuando necesitó ayuda con el llenado, solo el investigador principal estuvo capacitado para orientarlo y estar pendiente de sus dudas. Al finalizar el llenado del cuestionario, se preguntó nuevamente si existían dudas o comentarios y se cerró la entrevista con la entrega de una tarjeta de contacto (ver anexo: tarjeta de contacto), con la cual podrá dar seguimiento a su información si fuese el caso. Se contempló un periodo de 25 horas a la semana de lunes a viernes para la aplicación de cuestionarios, calculando tres meses a partir de la aplicación como el tiempo necesario.

III.V.IX Pilotaje

Para comprobar la comprensión del cuestionario de estrategias de afrontamiento en jóvenes atendidos en la Clínica Especializada Condesa así como la adecuación de las preguntas y el tiempo que se destinaría se realizó una prueba piloto en un día hábil con 10 sujetos de investigación. A razón de la comprobación de la ausencia de dificultad con los instrumentos se procedió a su aplicación. La tasa de respuesta del cuestionario de afrontamiento fue del 80% y los sujetos que formaron parte de la prueba piloto fueron incluidos en la muestra total.

Como se expresó anteriormente, durante todo el proceso de la investigación, la información proporcionada por los sujetos de investigación se trató de carácter estrictamente confidencial.

III.X Consideraciones éticas

La dignidad y bienestar de los individuos que participen durante la investigación son protegidas de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki; además de su privacidad como sujetos en investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su artículo 17 fracción I; el presente estudio es considerado como una investigación sin riesgo. La posibilidad de daño o molestia anticipados en esta investigación, no será mayor de lo que se presentaría ordinariamente en la vida diaria o durante pruebas psicológicas o educativas.

Los instrumentos de recolección de datos son instrumentos ya validados para población mexicana, manejando datos anónimos de los participantes y sin difundir sus datos individuales. Todos los participantes del estudio se abordaron al asistir a las instalaciones y servicios de la Clínica Especializada Condesa en sus diferentes áreas, se les informó acerca de los objetivos del estudio, el método de recolección de la información, así como los riesgos y beneficios que tuvieron al participar, aunado a esto se les solicitó su participación voluntaria y se les presentó el formato de consentimiento informado oral para obtener su aprobación; con la entrega de una tarjeta de contacto al finalizar su participación del llenado del cuestionario.

Los riesgos potenciales para los individuos involucrados en esta investigación son mínimos en los ámbitos social, psicológico, económico y físico.

CUESTIONARIO: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN JÓVENES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA”.

Las siguientes preguntas forman parte de un cuestionario que va dirigido a pacientes de la Clínica Especializada Condesa, la finalidad es recabar datos para una investigación que tiene como uno de los objetivos establecer cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes ante el diagnóstico de VIH entre los jóvenes varones de 18 a 24 años de edad y su relación con algunos aspectos socio-demográficos. Agradecemos su colaboración y solicitamos conteste con total veracidad las siguientes preguntas con un tache (X). Le recordamos que todas sus respuestas serán manejadas con total confidencialidad, por lo que no es necesario colocar su nombre, folio ID, o expediente en ningún espacio de esta hoja. Finalmente consideramos que no hay respuestas buenas o malas, y de ninguna manera se emitirán juicios hacia las mismas. El participar contestando este cuestionario o no, no definirá o afectará en lo absoluto su atención en la Clínica Especializada Condesa.

SECCIÓN I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- ¿Cuántos años tiene?: _____ años.

2.- ¿Cuál es su último nivel escolar cursado?

- Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa
 Secundaria incompleta Preparatoria/Bachillerato completa
 Preparatoria/Bachillerato incompleta Licenciatura completa
 Licenciatura incompleta Posgrado completo Posgrado incompleto

3.- ¿Cuál es su ocupación actual?

- Patrón/ Empresario/ Gerente Peón / Jornalero/ Obrero/ Empleado
 Desempleado Trabajador por cuenta propia Trabajo sexual
 Estudiante Pensionado Busco trabajo

4.- ¿Cuál es su ingreso mensual?

- Menor de \$2,699 \$2, 700 a \$6,799 \$6,800 a \$11,599
 \$11, 600 a \$34,999 Mayor a \$35,000 No cuento con ingresos.

5.- ¿Cuánto tiempo lleva siendo paciente con expediente en la Clínica Especializada Condesa?

- Menos de un mes Más de un mes y hasta tres meses
 Más de tres meses y hasta seis meses Más de seis meses y hasta un año Más de un año

6.- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su diagnóstico de VIH hasta el día de hoy?

- Menos de un mes Más de un mes y hasta tres meses
 Más de tres meses y hasta seis meses Más de seis meses y hasta un año Más de un año

SECCIÓN II. PERCEPCIÓN DE RIESGO

1.- ¿Considera que tenía información acerca del VIH antes de su diagnóstico?

Sí ¿Qué información? _____.

No ¿por qué? _____.

2.- ¿A qué edad inició su vida sexual?

Antes de los 15 años Después de los 15 y antes de los 18 De los 18 hasta los 24

Más de 24 años

3.- ¿Su primera relación sexual fue: consensuada forzada

4.- ¿Sabía/ Sabe que entre la población de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres hay un mayor número de casos de personas que viven con VIH en comparación con otras poblaciones?

Sí

No

5.- ¿Por qué motivo se realizó la prueba de VIH en la Clínica Especializada Condesa?

Tuve relaciones sexuales sin condón.

Cada cierto tiempo me hacía pruebas.

Se rompió/salió el condón.

Curiosidad/seguridad.

Tuve relaciones sexuales con una persona que vive con VIH.

Fui a donar sangre.

Mi pareja vive con VIH.

Desconfianza en mi pareja

Tuve relaciones con un (a) trabajador (a) sexual.

Por la accesibilidad a estos servicios.

Me hospitalizaron y quise confirmar

Fui víctima de violencia sexual.

Por compartir la jeringa que usaba para inyectarme

Me lo indicó un médico.

Para incorporarme a los servicios de esta unidad de salud.

Ejercicio Trabajo Sexual.

Otro ¿cuál? _____

6.- Considera que los servicios de salud que ha tenido le han ayudado a afrontar su diagnóstico de VIH?

Sí ¿Cuál(es)? / ¿De qué manera? _____.

No ¿por qué? _____

SECCIÓN III: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Favor de contestar las siguientes preguntas colocando solo un tache (X) por cada una de ellas y de acuerdo a su experiencia personal respecto al diagnóstico de VIH. Nuevamente, le recordamos que no existen respuestas buenas o malas, así que lo invitamos a contestar con total veracidad.

Pensamientos acerca de mi diagnóstico de VIH	Nunca	a veces	con frecuencia	siempre
1.- Actualmente acerca de mi diagnóstico de VIH pienso "Esto lo tengo que superar yo mismo"				
2.- Acerca de mi diagnóstico de VIH pienso "Tengo algunos aspectos positivos"				
3.- Acerca de mi diagnóstico pienso "Podría ser peor, eso no es tan grave"				
4.- Actualmente acerca de mi diagnóstico de VIH "Busco un sentido a mi enfermedad"				
5.- "Intento no pensar en ello. Pienso en otras cosas"				
6.- Respecto a mi diagnóstico de VIH "Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa"				
7.- Referente a mi diagnóstico de VIH Pienso "Tengo que prepararme para cosas peores"				
8.- Pienso "Esto ya pasará. Son problemas que duran solo cierto tiempo"				
Conductas relacionadas con mi diagnóstico de VIH	Nunca	a veces	con frecuencia	siempre
9.- Respecto a mi diagnóstico de VIH "Busco información acerca de lo que me pasa"				
10.- En relación a mi diagnóstico de VIH "Busco ayuda en otras personas"				
11.- Acorde a mi diagnóstico de VIH "Intento solucionar mis problemas yo mismo"				
12.- Actualmente ante situaciones de salud relacionadas a mi diagnóstico de VIH "Decido yo mismo ir al médico inmediatamente"				
13.- A partir de mi diagnóstico de VIH "Me distraigo con el trabajo o con otras cosas"				
14.- A partir de mi diagnóstico de VIH "Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos"				
15.- A partir de mi diagnóstico de VIH "Bebo o como cosas que me gustan"				
16.- Actualmente "Disfruto con algunos aspectos relacionados con mi diagnóstico de VIH, por ejemplo hacer cosas para las que antes no tenía tiempo"				
Aspectos emocionales de mi diagnóstico de VIH	Nunca	a veces	con frecuencia	siempre
17.- "Hablo de mi diagnóstico de VIH con algún familiar o amigo"				
18.- "Salgo menos de casa. Evito hablar de mi diagnóstico de VIH con otras personas"				
19.- "Acepto mi diagnóstico de VIH tal cual es. Me resigno"				
20.- Respecto a mi diagnóstico de VIH "Mantengo la esperanza. Me siento optimista"				
21.- Acorde a mi diagnóstico de VIH "Me siento culpable de lo que me pasa"				
22.- "Expreso abiertamente mis sentimientos, por ejemplo si me enojo, o me pongo triste lo digo; etc."				
23.- "Cuando estoy triste, deprimido o enfadado, lo disimulo ante los demás"				
24.- "Me desespero. Me siento pesimista"				
25.- "Hago bromas respecto a mi diagnóstico de VIH o ironizo"				

Fin del cuestionario. ¡Gracias por su participación!

CAPÍTULO IV RESULTADOS. Perfil del joven atendido en la CEC.

En otras investigaciones se han observado las distintas estrategias de afrontamiento a nivel de pensamientos, conductas y emociones en personas con VIH. Es importante señalar que esta investigación constituye un análisis singular que, desde el Trabajo Social es fundamental develar e intervenir en estos procesos desde la investigación social.

Aunado a lo anterior, podemos aseverar que a partir de los resultados de este trabajo de investigación se logró construir un perfil que nos permite visualizar las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan los jóvenes que viven con VIH y el vínculo con aspectos de carácter sociodemográfico. Dichas características presentan una mirada profunda y particular de los rasgos sociales en este grupo de edad.

La descripción de las estrategias de afrontamiento permite observar como los jóvenes que viven con esta enfermedad las emplean y las cuales se describen a continuación:

Los resultados se obtuvieron a partir de la muestra total de jóvenes varones de 18 a 24 años que viven con VIH y que son atendidos en la Clínica Especializada Condesa (CEC), dicha muestra corresponde a N=241. Como se expresó anteriormente, de los 241 sujetos de investigación, tres decidieron no contestar el consentimiento informado, lo cual se respetó la decisión y se excluyó del análisis. La media de edad de estos jóvenes es de 22 años, de un total de 238 sujetos, toda vez que uno omitió registrar su edad.

Iniciando con los resultados de carácter sociodemográfico se obtuvo lo siguiente:

Referente a la escolaridad de los jóvenes atendidos en la CEC se obtuvo que la mayoría se encuentra en el nivel media superior con un 51.5%, en contraste con el 13.4% en escolaridad básica. Respecto a su ocupación actual, el 51.5% es desempleado y/o estudiante, el 21.0% trabaja por cuenta propia y es además estudiante, y el 27.6% es empleado y además estudia. El ingreso mensual oscila entre 2,700 y 6, 799 pesos mensuales con un 44.5%. En contraste con el 23.7% que no

cuenta con ingresos.

El tiempo que tienen de atención en la CEC es mayor a un año en la mayoría, con un 38.0%, y quienes tienen menos o igual a tres meses corresponde al 30.8%. Referente al tiempo de vivir con VIH, la mayoría también cuenta con más de un año (44.8%), y solo el 22.2% tiene menos o igual a tres meses.

El resultado de tener información previa a adquirir VIH en los jóvenes atendidos en la CEC expresa que el 71.5% de este grupo de edad si la tenía, versus el 28.5% que señaló que no. Aunado al dato anterior, el 86.1% sabía que la infección por VIH prevalece en hombres que tienen sexo con otros hombres, solo el 13.9 expresó no tener conocimiento de ello. De acuerdo a su primera relación sexual, el 54.2% la tuvo entre los 15 y los 18 años, el 29.8% la realizó antes de los 15 años, y el 16.0% entre los 18 y 24 años. Esta relación sexual fue en su mayoría de tipo consensuada con un resultado del 90.6%, mientras que el 9.4% señaló que fue forzada.

Con base en los resultados referentes a la percepción de la ayuda de los servicios de salud para afrontar su diagnóstico de VIH, la mayoría dijo que si ha tenido algún tipo de ayuda con un 96.2%, el 3.8% expresó no haber percibido ayuda de dichos servicios para afrontarlo.

Los servicios que señalaron de manera significativa son Salud Mental, el Programa de Asesoría y Acompañamiento de Pares, en específico, los grupos de autoapoyo y la asesoría individual. De igual manera, el servicio de Medicina Interna y finalmente Trabajo Social.

El principal motivo por el que el joven decide realizarse la prueba de VIH es por haber tenido relaciones sexuales sin condón con un resultado del 30.1%, en segundo lugar, con motivos relacionados con los procesos de acceso a servicios de salud con un 28.9% y el 24.3% por chequeo.

Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los jóvenes atendidos en la CEC se encontró que de la estrategia de afrontamiento a nivel de pensamiento “Tengo algunos aspectos positivos” constituye el 95.8% de la muestra total y solo el 4.2% expresó no tenerlos.

A nivel conductual “Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos con un 100% constituye la estrategia de afrontamiento obtenida de la muestra.

La estrategia de afrontamiento a nivel emocional “Mantengo la esperanza, me siento optimista” tiene un resultado del 98.3%, mientras que el 1.7% nunca lo hace.

A continuación se presentan los resultados gráficos y en tablas que permiten observar a detalle los datos obtenidos de los aspectos sociodemográficos (escolaridad, ocupación actual, ingreso mensual, tiempo siendo paciente con expediente en la CEC, tiempo viviendo con VIH, información previa al diagnóstico de VIH, conocimiento del VIH en población HSH, edad y tipo de la primera relación sexual, la ayuda de los servicios de salud en el afrontamiento y motivo de realización de la prueba).

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos.

Aspectos sociodemográficos. Tabla general	
<i>Variable</i>	<i>n (%)</i>
Escolaridad	239 (100.00)
Básica	32 (13.39)
Medio Superior	122 (51.05)
Superior y/o posgrado	85 (35.56)
Ocupación actual	239 (100.00)
Empleado y/o estudiante	66 (27.62)
Desempleado y/o estudiante	123 (51.46)
Trabajador por cuenta propia y/o estudiante	50 (20.96)
Ingreso Mensual	236 (100.00)
Menor a \$2,699	45 (19.07)
Entre \$2,700 y \$6,799	105 (44.49)
Entre \$6,800 y \$11,599	20 (8.47)
Mayor o igual a \$11,600	10 (4.24)
No cuenta con ingreso mensual	56 (23.73)
Tiempo siendo paciente con expediente en la CEC	234 (100.00)
Menor o igual a tres meses	72 (30.77)
Más de tres meses y hasta un año	73 (31.20)
Más de un año	89 (38.03)
Tiempo que lleva con el diagnóstico de VIH	239 (100.00)
Menor o igual a tres meses	53 (22.18)
Más de tres meses y hasta un año	79 (33.05)
Más de un año	107 (44.77)
Tenía información del VIH antes de su diagnóstico	235 (100.00)
Si	168 (71.49)
No	67 (28.51)
Sabía que la infección por VIH prevalece más en HSH	238 (100.00)
Si	205 (86.13)
No	33 (13.87)
Edad a la cual tuvo la primera relación sexual	238 (100.00)
Antes de los 15 años	71 (29.83)
Entre los 15 y os 18 años	129 (54.20)
Entre los 18 y los 24 años	38 (15.97)
Cómo fue la primera relación sexual	234 (100.00)
Consensuada	212 (90.60)
Forzada	22 (9.40)
Los servicios de salud le han ayudado a afrontar su diagnóstico	238 (100.00)
Si	229 (96.22)
No	9 (3.78)
Motivo principal para realizarse la prueba de VIH	239 (100.00)
Relaciones sexuales sin condón	72 (30.13)
Se rompió o salió el condón	11 (4.60)
Relaciones sexuales con una persona que vive con VIH	24 (10.04)
Relacionados con los procesos y acceso a servicios de salud	69 (28.87)
Pertenece a grupos clave	5 (2.09)
Chequeo	58 (24.27)

IV.I Edad de los participantes

La muestra total de los sujetos de investigación fue de 239 jóvenes varones atendidos en la CEC.

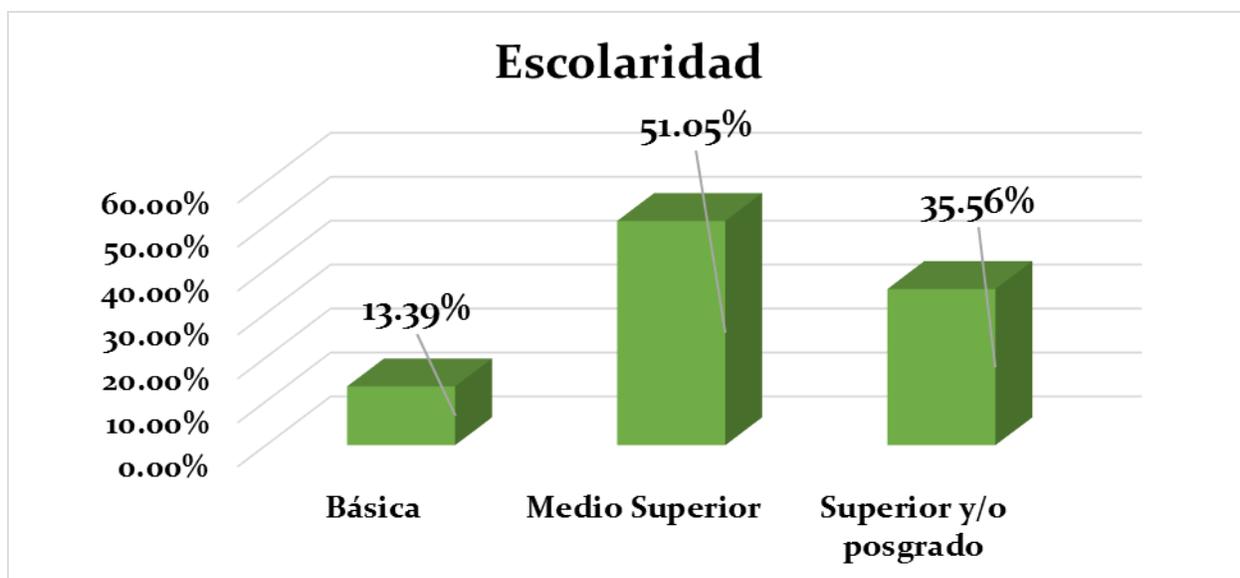
Variable	N	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Edad (Años)	238	21.9	22	1.6	18	24

La media de edad es de 22 años de un total de 238 sujetos de investigación que contestaron el cuestionario. El rango de edad considerado fue de 18 a 24 años toda vez que los nuevos casos de VIH están presentes de manera importante en los jóvenes como se ha señalado a lo largo de la investigación. La desviación estándar es 1.6

IV.II Escolaridad

En estos resultados se presentan las escolaridad **básica** (primaria y secundaria), **media superior** (preparatoria o bachillerato) y **superior y/o posgrado** (licenciatura y posgrado). La finalidad de integrar estas categorías radica fundamentalmente en favorecer el análisis, el cual señala que el 51.05% de los jóvenes atendidos en la CEC se encuentran en el nivel medio superior. En muchas ocasiones los jóvenes no pueden acceder a servicios escolares debido a la ausencia de recursos, por otra parte, cuando se presenta un diagnóstico de VIH puede modificar de manera importante su desarrollo y/o culminación escolar.

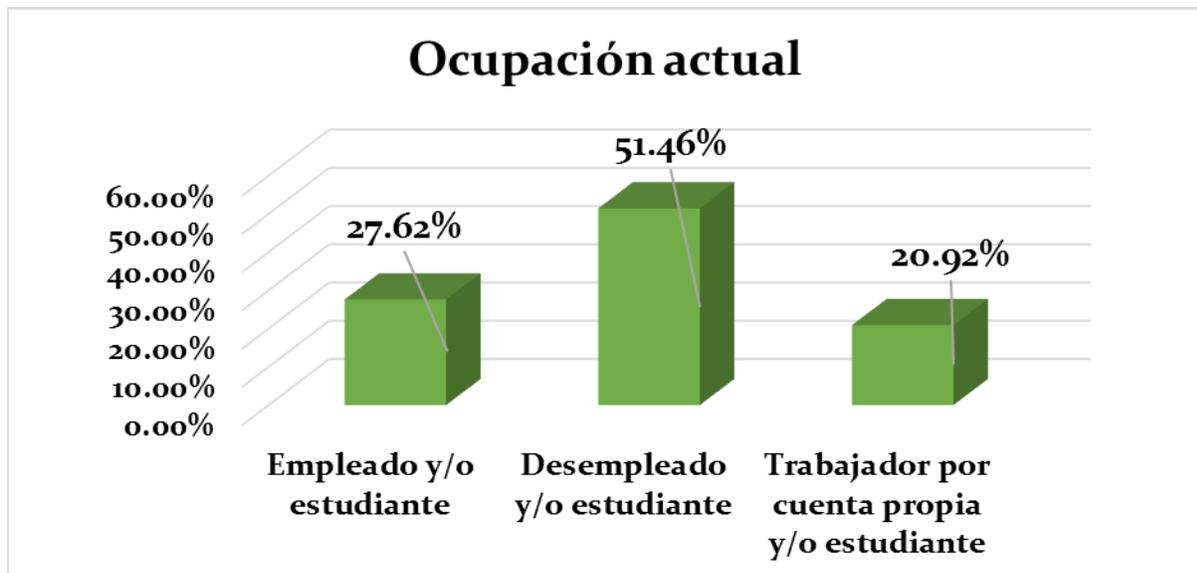
Gráfica 1



IV.III Ocupación actual

En los resultados se considera la integración de las categorías; **empleado y/o estudiante** (patrón, empresario y/o gerente, peón jornalero, obrero, empleado, estudiante). **Desempleado y/o estudiante** (estudiante, busco trabajo, desempleado) y **trabajador por cuenta propia y/o estudiante** (trabajador por cuenta propia, estudiante y trabajo sexual). A razón de lo anterior, podemos expresar que el 51.46% no cuenta con algún empleo y/o son estudiantes. Ser estudiante y además estar en proceso de incorporación a los servicios de salud no es tarea fácil, principalmente cuando se recibe un diagnóstico de VIH. Por otra parte, no contar con recursos suficientes puede limitar la incorporación.

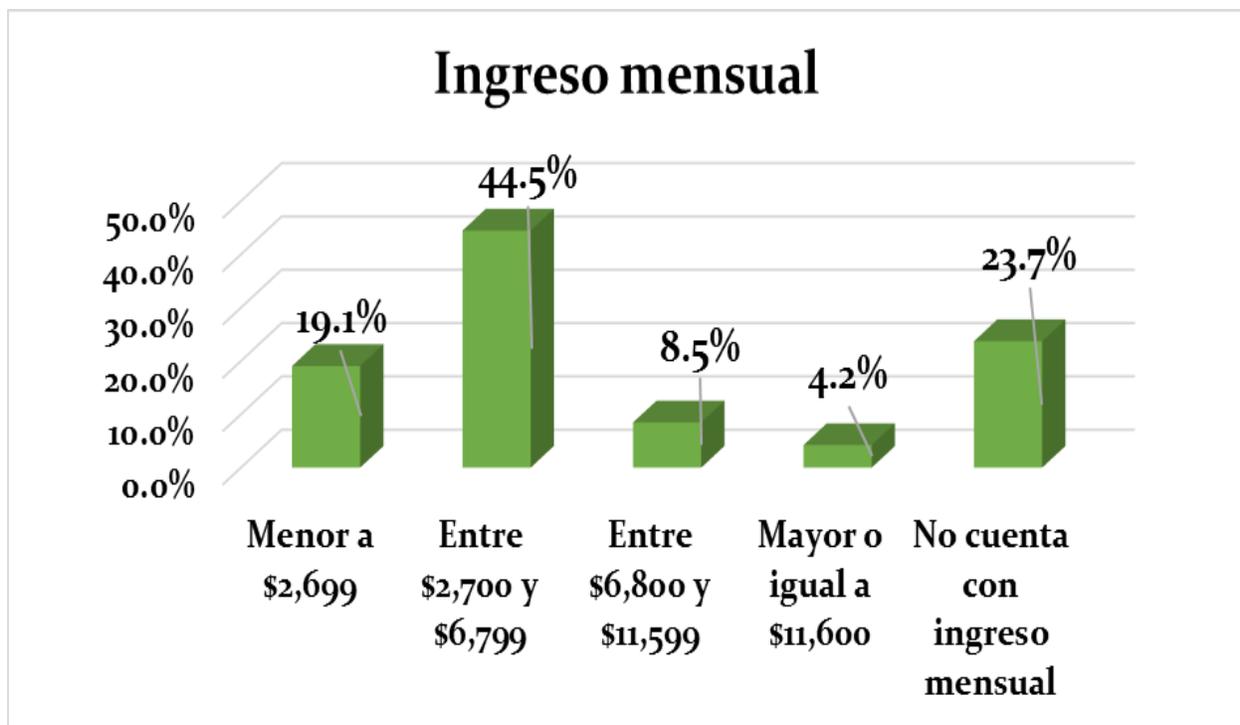
Gráfica 2



IV.IV Ingreso mensual

En este análisis se describen los ingresos mensuales que los jóvenes atendidos en la CEC presentan, el 44.5% refiere tener entre \$2,700 y \$6,799 pesos mensuales, sin embargo, el 23.7% también dice no contar con ingresos mensuales. Contar con recursos económicos limitados o no tenerlos y, además estar frente a un diagnóstico de VIH puede ser motivo de dificultad para la incorporación a los servicios de salud de los jóvenes, aunado a ello, la detección tardía del diagnóstico e incluso otras enfermedades asociadas al VIH puede resultar costoso. Otros factores de carácter económico pueden desfavorecer su atención como transportarse, alimentarse adecuadamente y cubrir otras necesidades básicas.

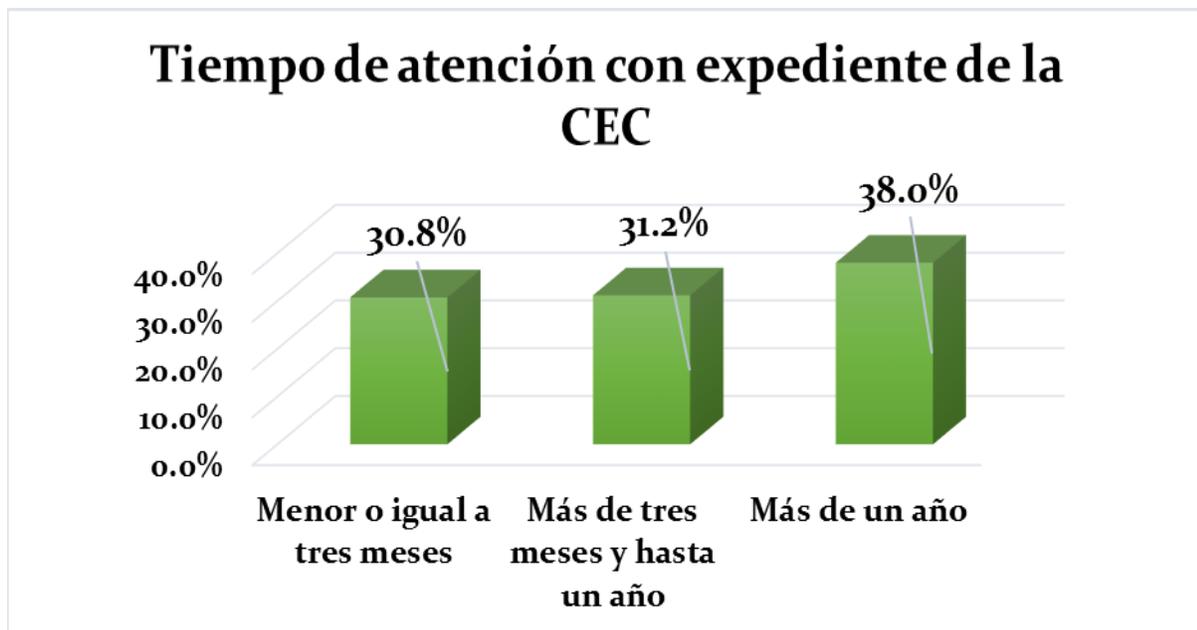
Gráfica 3



IV.V Tiempo de atención en la Clínica Especializada Condesa

Existen diferencias significativas en jóvenes que han sido recién diagnosticados con VIH a quienes han vivido otros procesos en un tiempo menor o igual a tres meses, más de tres y hasta un año y más de un año. Resulta importante destacar que al ser una enfermedad crónica requiere de vigilancia periódica de la salud, es por esto que el 38.0% lleva más de un año siendo paciente con expediente en la CEC, por otra parte, el 30.8% tiene menos o igual a tres meses siendo paciente de esta unidad de salud.

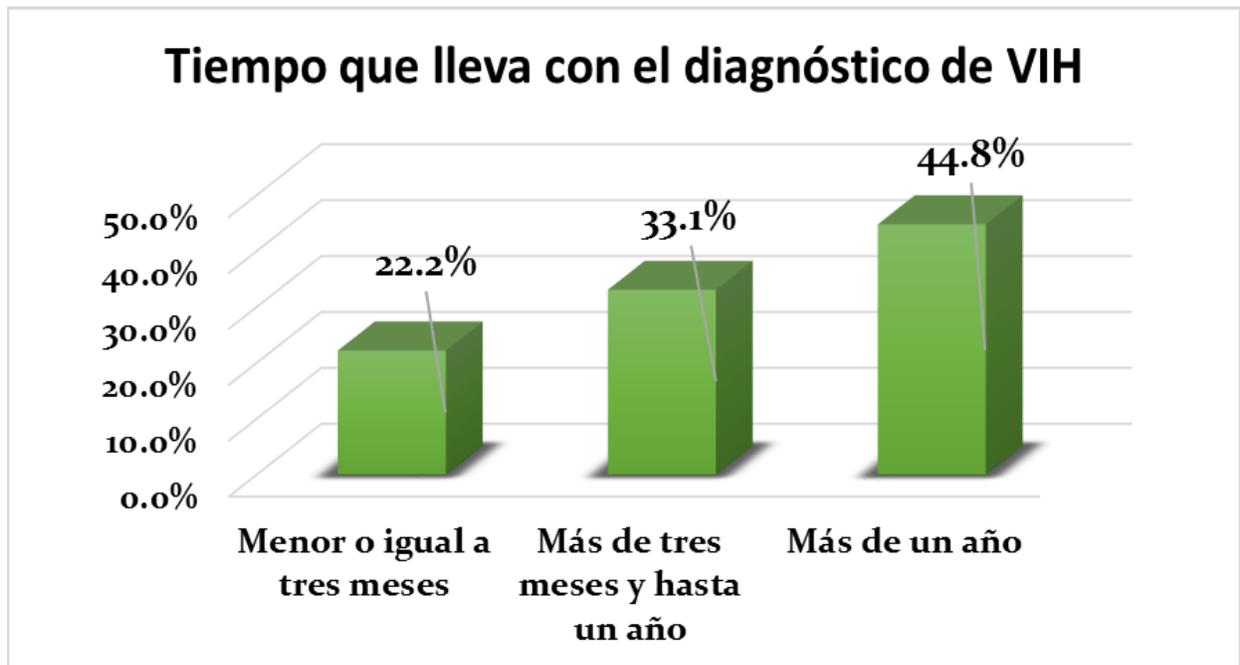
Gráfica 4



IV.VI Tiempo con VIH

La mayoría de los jóvenes de la muestra total tiene más de un año viviendo con VIH, es decir, el 44.8%, y solo el 22.2% tiene un tiempo menor o igual a tres meses. A razón de lo anterior podemos decir los jóvenes viven procesos distintos en tiempos distintos, y que cada uno tiene la particularidad de establecer estrategias de afrontamiento distintas y que pueden estar asociadas al tiempo de vivir con VIH.

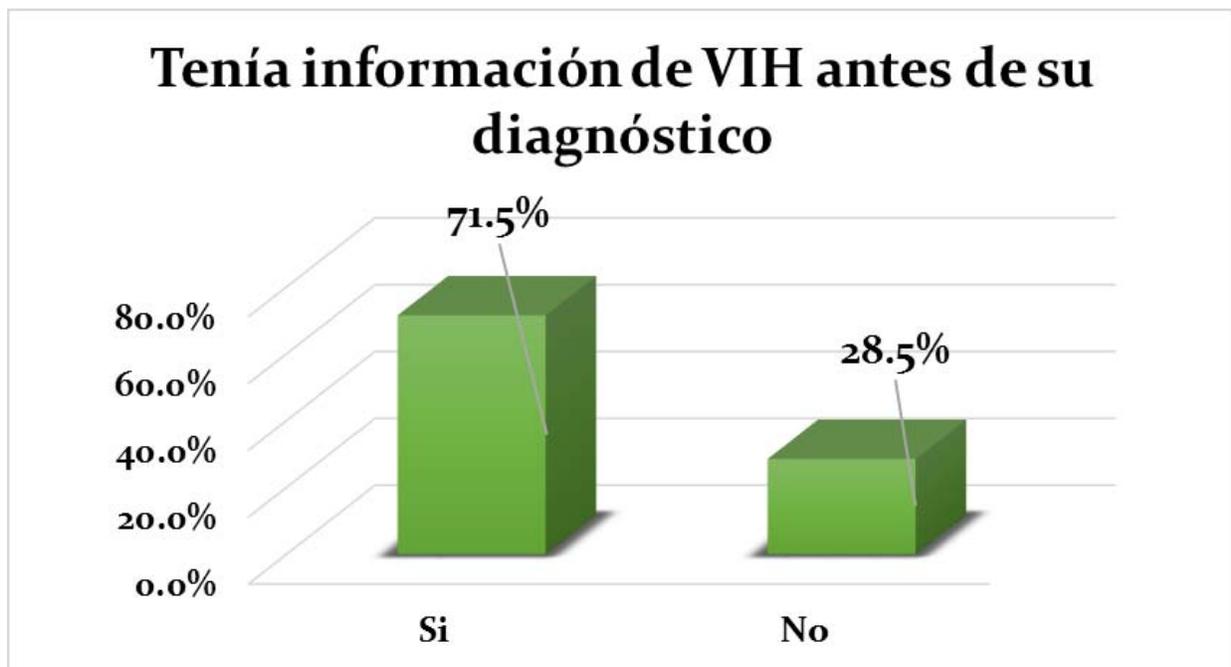
Gráfica 5



IV.VII Tenía información de VIH antes de su diagnóstico

Respecto a la información acerca de VIH antes del diagnóstico, el 71.5% señala que si la tenía, el 28.5% no tenía información acerca del VIH previa al diagnóstico. Resulta claro que esta categoría requiere de un análisis más profundo para explorar qué tipo y de qué manera recibieron información los jóvenes previos a su diagnóstico. De manera general podemos decir que la mayoría tenía información básica escolar, social y/o familiar respecto al VIH, en términos de prevención fundamentalmente.

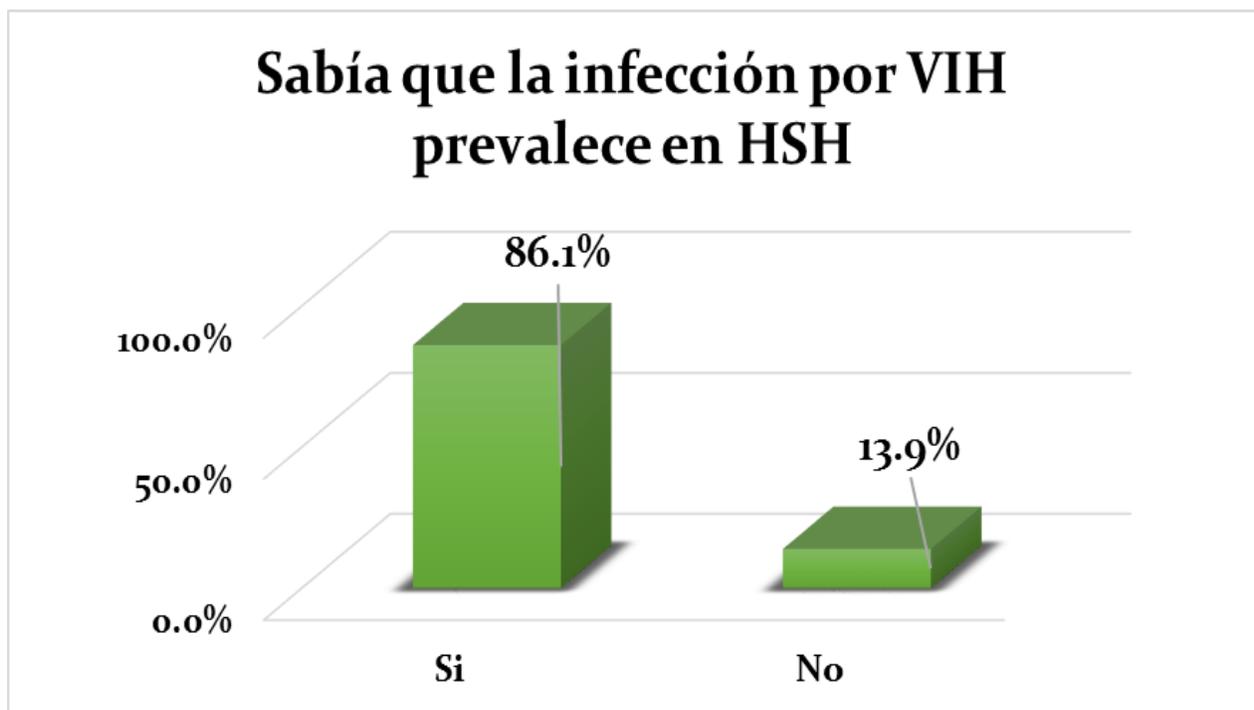
Gráfica 6



IV.VIII Conocimiento de la prevalencia de VIH en población HSH con jóvenes

Otra consideración interesante es que el 86.1% sabía antes de su diagnóstico que en la población de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) hay mayor número de casos de VIH en comparación con otras poblaciones mientras que el 13.9% expresó que no. El hecho de saber estas cifras previas al diagnóstico señala que la información acerca de los riesgos que pudieran presentar los jóvenes no es suficiente para evitar adquirir VIH. Como se ha dicho en esta investigación la mayoría de los casos de VIH están presentes en población clave, es ahí donde las estrategias de atención integral pueden favorecer de manera importante en la detección oportuna, acceso e incorporación a servicios de salud.

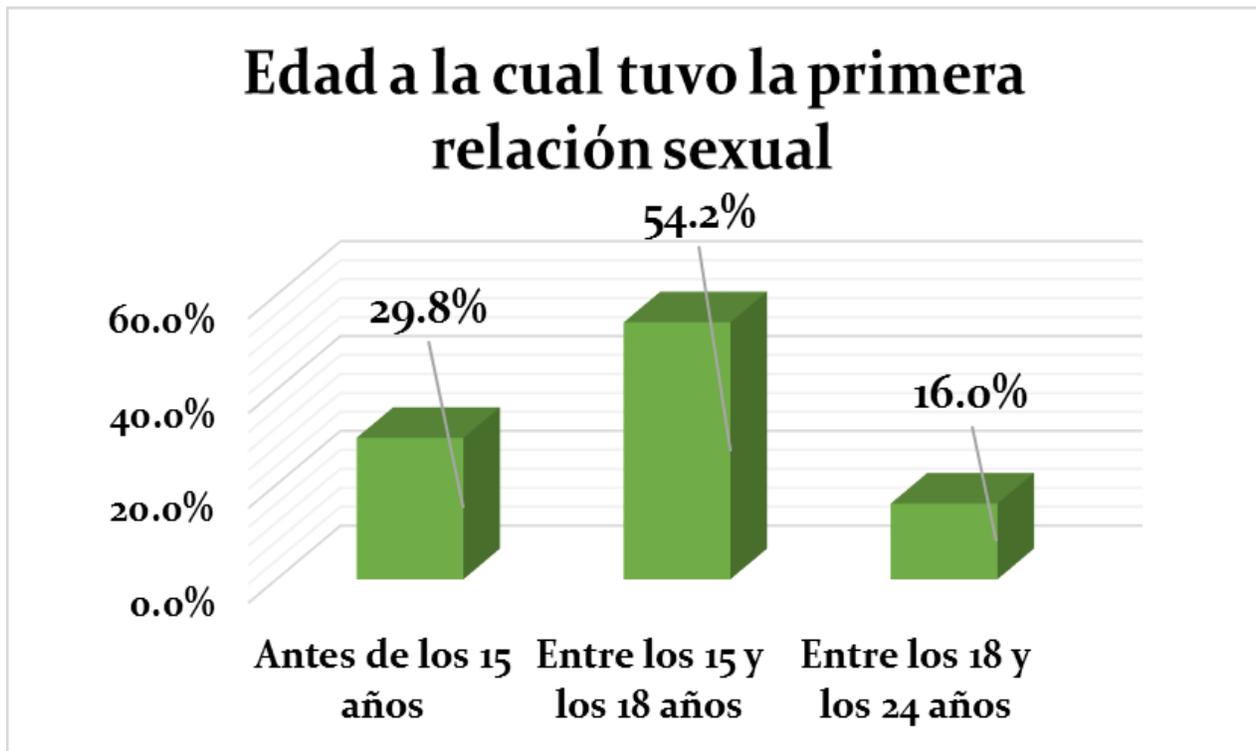
Gráfica 7



IV.IX Edad de la primera relación sexual

En cuanto a la edad de inicio de vida sexual el 54.2% refiere que fue entre los 15 y los 18 años y el 29.8% inició su vida sexual antes de los 15 años. La sexualidad humana es diversa y cambiante, así mismo existen factores que pueden influir de manera importante en iniciar la vida sexual a temprana edad.

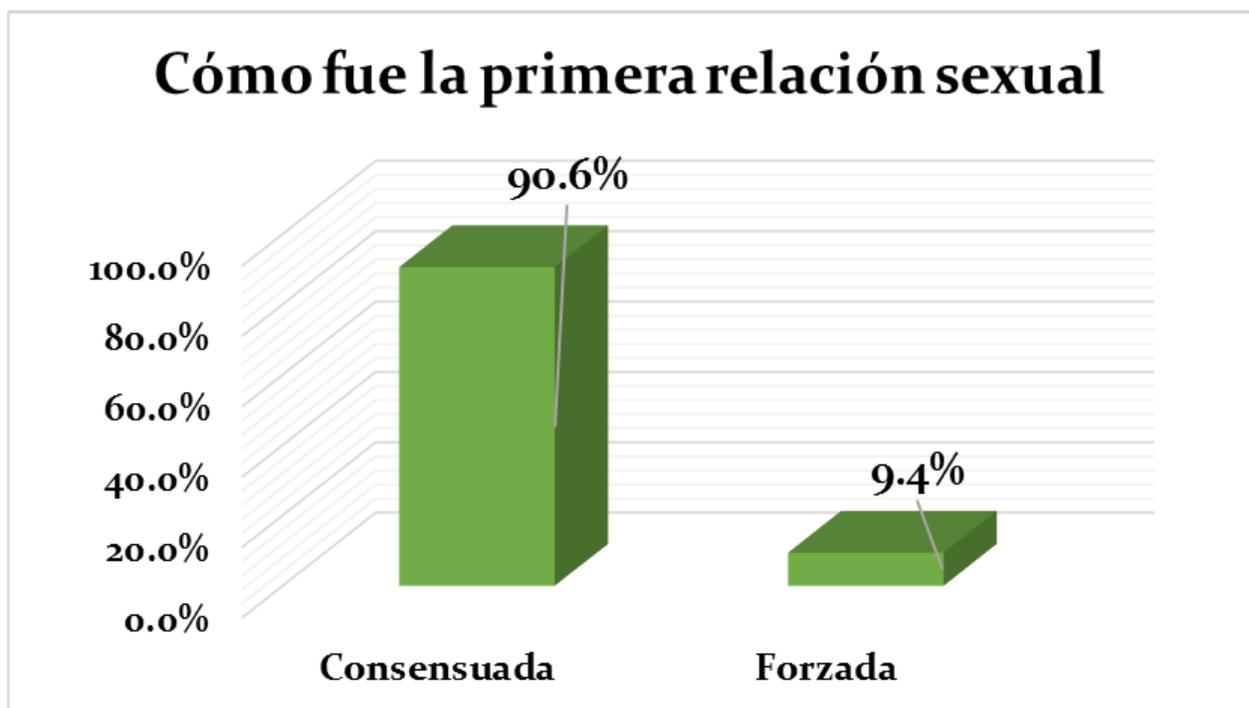
Gráfica 8



IV.X Tipo de relación sexual

Otro aspecto importante es el tipo de relación sexual, el 90.6% fue consensuada y el 9.4% señaló que fue forzada. Existen casos donde no existe un acuerdo mutuo respecto a la inicio de vida sexual, esto puede modificar y/o influir en los procesos de la sexualidad de los jóvenes.

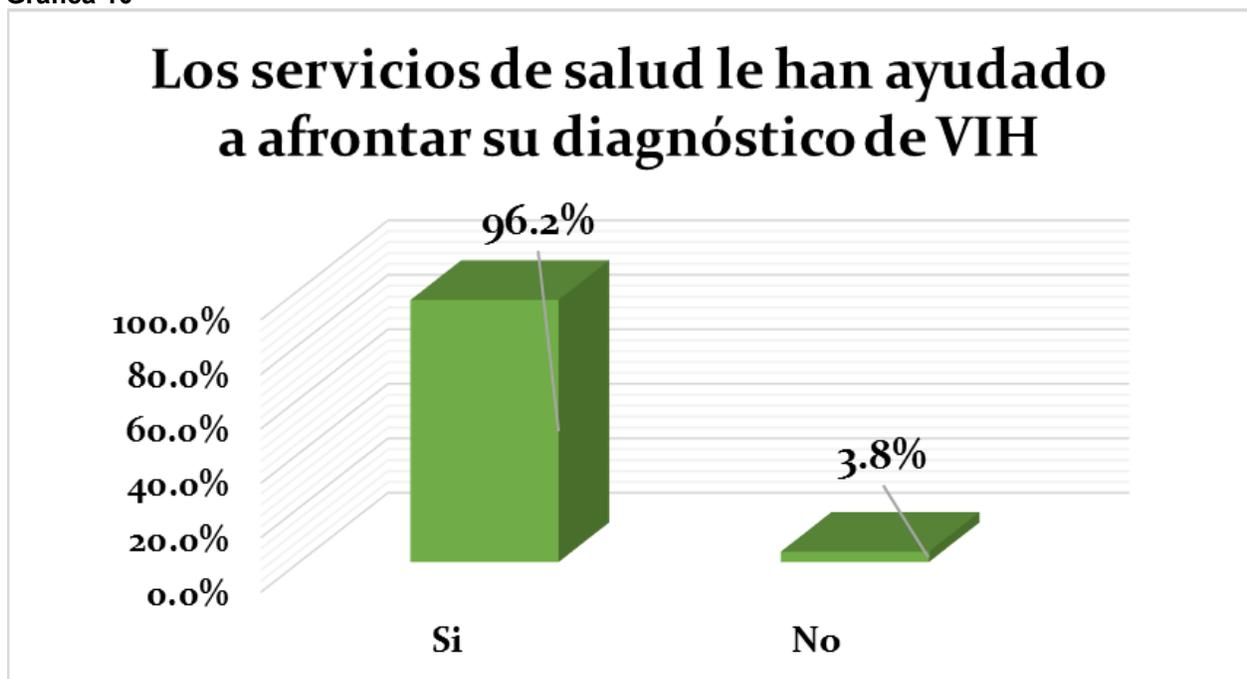
Gráfica 9



IV.XI Percepción de la ayuda de los servicios de salud para afrontar su diagnóstico

Acorde al análisis, si los servicios de salud le habían ayudado a afrontar su diagnóstico de VIH, el 96.2% expresó que sí, mientras que el 3.8% refirió que no. En muchas ocasiones tener servicios de salud orientados a población clave favorece de manera importante los procesos de afrontamiento. Otro dato interesante señala que tener servicios de salud sensibles y capacitados para atender población clave, en situación de mayor vulnerabilidad, jóvenes, mujeres, mujeres trans, personas usuarias de drogas, personas que se encuentran en centros de reclusión y personas con VIH puede contribuir en la mejora de la salud de la persona, seguimiento médico y control virológico del VIH

Gráfica 10

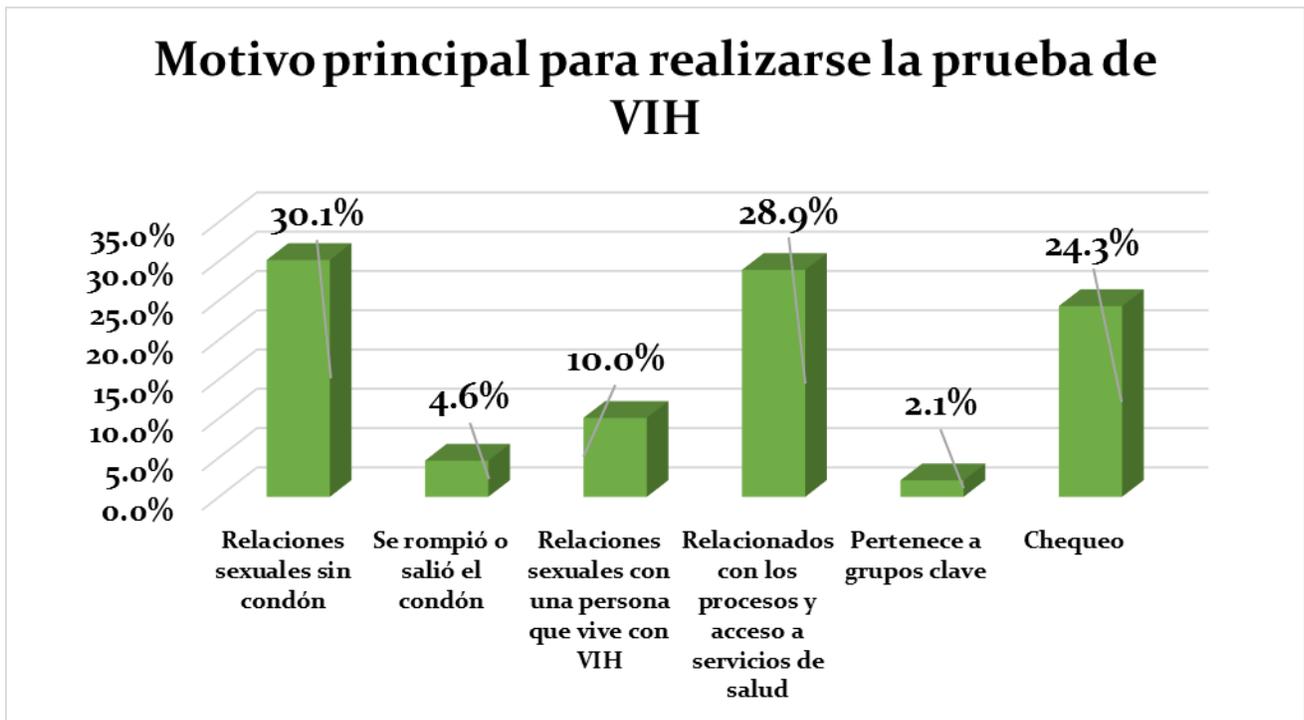


IV.XII Motivo principal para realizarse la prueba de VIH

En este análisis se integraron las categorías en función de tener relaciones sexuales sin condón (la decisión de usar o no el condón), presencia de él, sin embargo, falla (rotura y/o salió el condón), relaciones sexuales con una persona que vive con VIH (saber que tuvo relaciones sexuales con una persona con VIH, mi pareja vive con VIH), relacionado con los procesos de acceso a servicios de salud (me hospitalizaron y quise confirmar, para incorporarme a los servicios de salud, donar sangre, me lo indicó un médico, acudí a otra unidad y vine a confirmar, ITS), asociado a población clave (UDI, trabajo sexual y víctimas de violencia sexual) y chequeo (cada cierto tiempo me hacía pruebas, desconfianza de mi pareja, curiosidad y/o seguridad).

Respecto al motivo por el que el joven se realizó la prueba de VIH, el 30.1% expresó que tuvo relaciones sexuales sin condón, el 28.9% se asoció a los procesos de acceso a servicios de salud y el 24.3% por chequeo en el que el tema de desconfianza de la pareja está presente de manera importante.

Gráfica 11



Relación de las estrategias de afrontamiento y los aspectos sociodemográficos

Para el análisis bivariado de las estrategias de afrontamiento y su relación con aspectos sociodemográficos se realizó la prueba estadística Chi² y/o Fisher utilizando el paquete estadístico Stata. Si $p \leq 0.05$ (significancia de la prueba) rechazo la Ho. Si $p > 0.05$ No rechazo Ho.

Luego entonces,

Ho= no existe asociación.

H₁ = hay asociación.

El análisis realizado incluye el cruce entre cada uno de los aspectos sociodemográficos, además de cada aspecto sociodemográfico con las estrategias de afrontamiento. A razón de los resultados obtenidos **se presentan únicamente las siguientes asociaciones:**

Ingreso mensual y Escolaridad

El 70% de la muestra total señala que quienes tienen un ingreso mensual de entre 6,800 y 11,599 pesos mensuales se encuentran en el nivel superior o posgrado.

Tabla 2

escolaridad dos	Ingreso mensual					Total
	Menor de	Entre \$2,	Entre \$6,	Mayor o i	No cuenta	
Nivel básico	10	12	1	1	7	31
	32.26	38.71	3.23	3.23	22.58	100.00
	22.22	11.43	5.00	10.00	12.50	13.14
Nivel medio superior	24	56	5	4	31	120
	20.00	46.67	4.17	3.33	25.83	100.00
	53.33	53.33	25.00	40.00	55.36	50.85
Nivel superior o posgr	11	37	14	5	18	85
	12.94	43.53	16.47	5.88	21.18	100.00
	24.44	35.24	70.00	50.00	32.14	36.02
Total	45	105	20	10	56	236
	19.07	44.49	8.47	4.24	23.73	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fisher's exact = **0.050**

Tiempo con el diagnóstico de VIH y tiempo de ser paciente con expediente en la CEC.

En este resultado se puede ver que el 100% de quienes tienen menos o igual a tres meses viviendo con VIH también tienen menos o igual a tres meses siendo pacientes de la CEC.

Tabla 3

Tiempo de ser paciente 2	tiempo con el dx de VIH 2			Total
	Menor o i	Más de tr	Más de un	
Menor o igual a tres	49	14	9	72
	68.06	19.44	12.50	100.00
	100.00	17.95	8.41	30.77
Más de tres meses y h	0	64	9	73
	0.00	87.67	12.33	100.00
	0.00	82.05	8.41	31.20
Más de un año	0	0	89	89
	0.00	0.00	100.00	100.00
	0.00	0.00	83.18	38.03
Total	49	78	107	234
	20.94	33.33	45.73	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00

Fisher's exact = **0.000**

La estrategia de afrontamiento “Decidir ir al médico inmediatamente” y el tiempo siendo paciente con expediente en la CEC.

El 80% de los pacientes que tienen tres meses o menos siendo pacientes de la CEC no utilizan como estrategia de afrontamiento el “Decidir ir al médico inmediatamente”

Tabla 4

Tiempo siendo paciente	p12 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Menor o igual a tres meses	4	68	72
	5.56	94.44	100.00
	80.00	29.69	30.77
Más de tres meses y hasta un año	1	72	73
	1.37	98.63	100.00
	20.00	31.44	31.20
Más de un año	0	89	89
	0.00	100.00	100.00
	0.00	38.86	38.03
Total	5	229	234
	2.14	97.86	100.00
	100.00	100.00	100.00

Fisher's exact = **0.026**

La estrategia de afrontamiento “Podría ser peor, esto no es tan grave” y el motivo por el cual se realiza la prueba de VIH.

El 32.49% de los jóvenes se realizó la prueba debido a que tuvo relaciones sexuales sin protección, se obtiene además que ellos recurren a la estrategia de afrontamiento “Podría ser peor, esto no es tan grave”

Tabla 5

motivo para hacerse prueba 2	p3 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Relaciones sexuales s	8 11.11 21.62	64 88.89 32.49	72 100.00 30.77
Se rompió o salió el	6 54.55 16.22	5 45.45 2.54	11 100.00 4.70
He tenido relaciones	4 16.67 10.81	20 83.33 10.15	24 100.00 10.26
Relacionado con acces	10 15.38 27.03	55 84.62 27.92	65 100.00 27.78
Pertenecer a grupos c	1 20.00 2.70	4 80.00 2.03	5 100.00 2.14
Chequeo	8 14.04 21.62	49 85.96 24.87	57 100.00 24.36
Total	37 15.81 100.00	197 84.19 100.00	234 100.00 100.00

Fisher's exact = **0.038**

La estrategia de afrontamiento “Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa” con el motivo por el cual se realiza la prueba de VIH.

En este análisis, se observa que quienes tuvieron relaciones sexuales sin protección recurren a la estrategia de afrontamiento “Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa” con un 33.95%

Tabla 6

motivo para hacerse prueba 2	p6 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Relaciones sexuales s	15 21.43 20.27	55 78.57 33.95	70 100.00 29.66
Se rompió o salió el	5 45.45 6.76	6 54.55 3.70	11 100.00 4.66
He tenido relaciones	16 69.57 21.62	7 30.43 4.32	23 100.00 9.75
Relacionado con acces	17 24.64 22.97	52 75.36 32.10	69 100.00 29.24
Pertenecer a grupos c	0 0.00 0.00	5 100.00 3.09	5 100.00 2.12
Chequeo	21 36.21 28.38	37 63.79 22.84	58 100.00 24.58
Total	74 31.36 100.00	162 68.64 100.00	236 100.00 100.00

Fisher's exact = **0.000**

“Esto ya pasará. Son problemas que duran solo cierto tiempo” como estrategia de afrontamiento y el motivo por el cual se realiza la prueba de VIH.

De esta asociación se observa que de quienes tuvieron como motivo para hacerse la prueba de VIH el chequeo médico, utilizan como estrategia de afrontamiento “Esto ya pasará. Son problemas que duran solo cierto tiempo” con un 33.65%

Tabla 7

motivo para hacerse prueba 2	p8 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Relaciones sexuales s	37	33	70
	52.86	47.14	100.00
	28.03	31.73	29.66
Se rompió o salió el	10	1	11
	90.91	9.09	100.00
	7.58	0.96	4.66
He tenido relaciones	19	5	24
	79.17	20.83	100.00
	14.39	4.81	10.17
Relacionado con acces	40	28	68
	58.82	41.18	100.00
	30.30	26.92	28.81
Pertenecer a grupos c	3	2	5
	60.00	40.00	100.00
	2.27	1.92	2.12
Chequeo	23	35	58
	39.66	60.34	100.00
	17.42	33.65	24.58
Total	132	104	236
	55.93	44.07	100.00
	100.00	100.00	100.00

Fisher's exact = **0.002**

Si tenía información de VIH antes de su diagnóstico con la estrategia “Busco un sentido a mi enfermedad”

De la muestra total se observa que quienes tenían información sobre el VIH antes de adquirirlo utilizan como estrategia de afrontamiento “Busco un sentido a mi enfermedad” con un 74.33%

Tabla 8

Tenía información sobre el VIH antes de su dx	p4 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Si	28 16.77 59.57	139 83.23 74.33	167 100.00 71.37
No	19 28.36 40.43	48 71.64 25.67	67 100.00 28.63
Total	47 20.09 100.00	187 79.91 100.00	234 100.00 100.00

Pearson $\chi^2(1) = 4.0028$ Pr = 0.045

Si tenía información de VIH antes de su diagnóstico con “Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa” como estrategia de afrontamiento

El 77.34% de los jóvenes de la muestra total que tenían información de VIH antes de su diagnóstico no utilizan como estrategia de afrontamiento “Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa”

Tabla 9

Tenía información sobre el VIH antes de su dx	p8 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Si	99 59.28 77.34	68 40.72 65.38	167 100.00 71.98
No	29 44.62 22.66	36 55.38 34.62	65 100.00 28.02
Total	128 55.17 100.00	104 44.83 100.00	232 100.00 100.00

Pearson chi2(1) = **4.0691** Pr = **0.044**

**Edad a la cual tuvo la primera relación sexual con la estrategia de afrontamiento
“Podría ser peor, esto no es tan grave”**

De los jóvenes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 18 años, el 56.35% utiliza la estrategia de afrontamiento “Podría ser peor, esto no es tan grave”

Tabla 10

edad a la cual tuvo primera relación sexual	p3 versión dos		Total
	No lo hac	Si lo hac	
Antes de los 15 años	10 14.49 27.03	59 85.51 29.95	69 100.00 29.49
Entre los 15 y 18 año	16 12.60 43.24	111 87.40 56.35	127 100.00 54.27
Entre los 18 y 24 año	11 28.95 29.73	27 71.05 13.71	38 100.00 16.24
Total	37 15.81 100.00	197 84.19 100.00	234 100.00 100.00

Pearson $\chi^2(2) = 6.0007$ Pr = 0.050

IV.XIII Estrategias de afrontamiento identificadas a través de la escala

Tabla 11 Estrategias de Afrontamiento en jóvenes atendidos en la CEC de la muestra total (N=239)

Estrategias de afrontamiento de jóvenes atendidos en la CEC . Tabla general

Pensamientos	n	nunca (%)		a veces (%)		con frecuencia (%)		siempre (%)	
1-Esto lo tengo que superar yo mismo	239	14	5.9	34	14.2	58	24.3	133	55.6
2-Tengo algunos aspectos positivos	239	10	4.2	61	25.5	77	32.2	91	38.1
3-Podría ser peor, eso no es tan grave	234	37	15.8	85	36.3	54	23.1	58	24.8
4-Busco un sentido a mi enfermedad	238	48	20.2	87	36.6	55	23.1	48	20.2
5-Pienso en otras cosas	239	28	11.7	72	30.1	73	30.5	66	27.6
6-Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa	236	74	31.4	94	39.8	37	15.7	31	13.1
7-Tengo que prepararme para cosas peores	238	71	29.8	84	35.3	47	19.7	36	15.1
8-Esto ya pasará. Son problemas que duran solo cierto tiempo	236	132	55.9	67	28.4	22	9.3	15	6.4

Conductas relacionadas con el problema	n	nunca (%)		a veces (%)		con frecuencia (%)		siempre (%)	
9-Busco información acerca de lo que me pasa	237	15	6.3	58	24.5	86	36.3	78	32.9
10-Busco ayuda en otras personas	238	48	20.2	100	42.0	53	22.3	37	15.5
11-Intento solucionar mis problemas yo mismo	238	14	5.9	45	18.9	74	31.1	105	44.1
12-Decido yo mismo ir al médico inmediatamente	239	5	2.1	17	7.1	58	24.3	159	66.5
13-Me distraigo con el trabajo o con otras cosas	239	51	21.3	63	26.4	53	22.2	72	30.1
14-Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos	237	0	0.0	27	11.4	77	32.5	133	56.1
15-Bebo o como cosas que me gustan	236	8	3.4	45	19.1	69	29.2	114	48.3
16-Disfruto con algunos aspectos relacionados con mi diagnóstico de VIH	238	27	11.3	89	37.4	73	30.7	49	20.6

Aspectos emocionales	n	nunca (%)		a veces (%)		con frecuencia (%)		siempre (%)	
17-Hablo de mi diagnóstico de VIH con algún familiar o amigo	236	43	18.2	80	33.9	45	19.1	68	28.8
18-Evito hablar de mi diagnóstico con otras personas	237	83	35.0	86	36.3	29	12.2	39	16.5
19-Acepto mi diagnóstico de VIH tal cual es. Me resigno	237	15	6.3	49	20.7	67	28.3	106	44.7
20-Mantengo la esperanza. Me siento optimista	238	4	1.7	34	14.3	57	23.9	143	60.1
21- Me siento culpable de lo que me pasa	238	100	42.0	78	32.8	31	13.0	29	12.2
22- Expreso abiertamente mis sentimientos, por ejemplo si me enoja, o me pongo triste lo digo	238	29	12.2	68	28.6	50	21.0	91	38.2
23-Cuando estoy triste, deprimido o enfadado, lo disimulo ante los demás	238	46	19.3	99	41.6	53	22.3	40	16.8
24-Me desespero. Me siento pesimista	238	101	42.4	107	45.0	22	9.2	8	3.36
25- Hago bromas respecto a mi diagnóstico de VIH o ironizo	237	116	48.9	61	25.7	31	13.1	29	12.2

Para poder identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas se realizó la distribución de frecuencias (nunca, a veces, con frecuencia y siempre). La tabla 1 señala la descripción general.

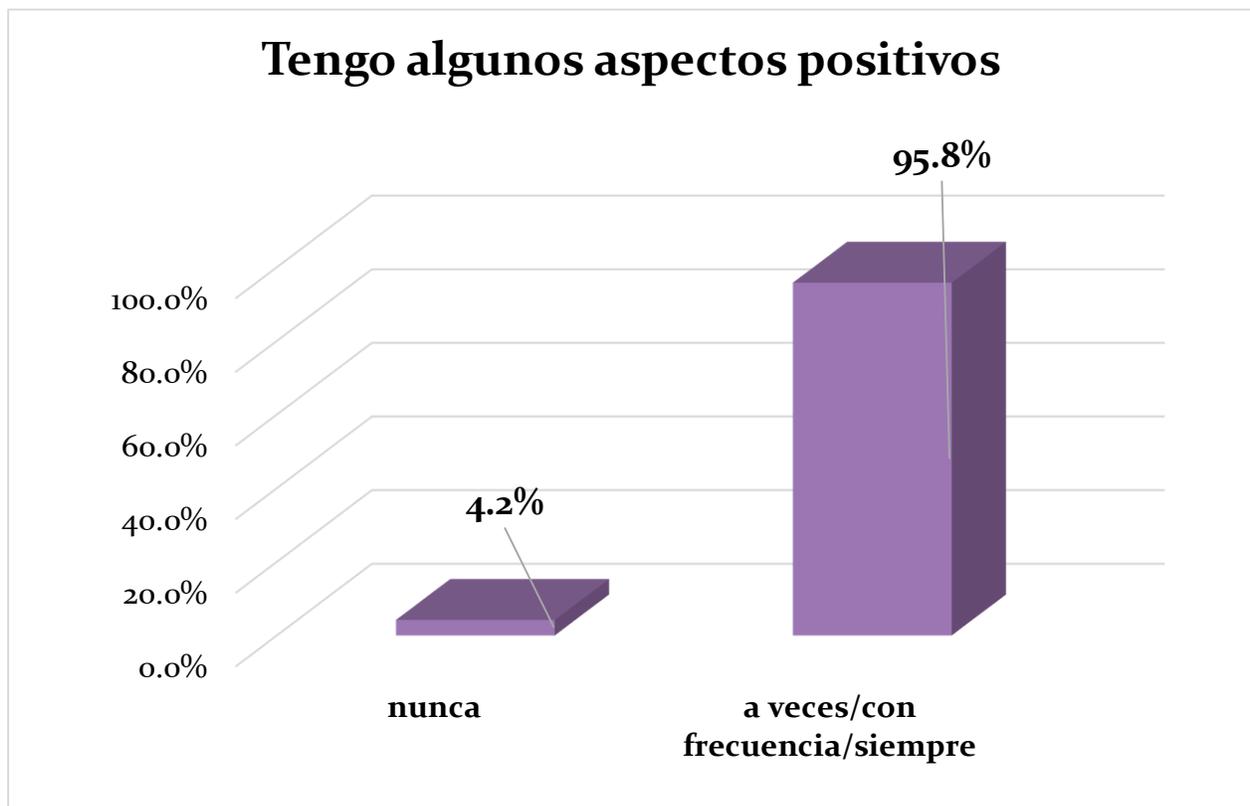
Tabla 12 Estrategias de afrontamiento más frecuentes. (n=239)

Estrategias de afrontamiento de jóvenes atendidos en la CEC. Tabla de categorías					
Pensamientos	n	nunca (%)		a veces/con frecuencia/siempre (%)	
1-Esto lo tengo que superar yo mismo	239	14	5.9	225	94.1
2-Tengo algunos aspectos positivos	239	10	4.2	229	95.8
3-Podría ser peor, eso no es tan grave	234	37	15.8	197	84.2
4-Busco un sentido a mi enfermedad	238	48	20.2	190	79.8
5-Pienso en otras cosas	239	28	11.7	211	88.3
6-Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa	236	74	31.4	162	68.6
7-Tengo que prepararme para cosas peores	238	71	29.8	167	70.2
8-Esto ya pasará. Son problemas que duran solo cierto tiempo	236	132	55.9	104	44.1
Conductas relacionadas con el problema					
	n	nunca (%)		a veces/con frecuencia/siempre (%)	
9-Busco información acerca de lo que me pasa	237	15	6.3	222	93.7
10-Busco ayuda en otras personas	238	48	20.2	190	79.8
11-Intento solucionar mis problemas yo mismo	238	14	5.9	224	94.1
12-Decido yo mismo ir al médico inmediatamente	239	5	2.1	234	97.9
13-Me distraigo con el trabajo o con otras cosas	239	51	21.3	188	78.7
14-Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos	237	0	0.0	237	100.0
15-Bebo o como cosas que me gustan	236	8	3.4	228	96.6
16-Disfruto con algunos aspectos relacionados con mi diagnóstico de VIH	238	27	11.3	211	88.7
Aspectos emocionales					
	n	nunca (%)		a veces/con frecuencia/siempre (%)	
17-Hablo de mi diagnóstico de VIH con algún familiar o amigo	236	43	18.2	193	81.8
18-Evito hablar de mi diagnóstico con otras personas	237	83	35.0	154	65.0
19-Acepto mi diagnóstico de VIH tal cual es. Me resigno	237	15	6.3	222	93.7
20-Mantengo la esperanza. Me siento optimista	238	4	1.7	234	98.3
21- Me siento culpable de lo que me pasa	238	100	42.0	138	58.0
22- Expreso abiertamente mis sentimiento, por ejemplo si me enojo, o me pongo triste lo digo	238	29	12.2	209	87.8
23-Cuando estoy triste, deprimido o enfadado, lo disimulo ante los demás	238	46	19.3	192	80.7
24-Me desespero. Me siento pesimista	238	101	42.4	137	57.6
25- Hago bromas respecto a mi diagnóstico de VIH o ironizo	237	116	48.9	121	51.1

IV.XIII.I Afrontamiento a nivel de pensamiento

De la tabla anterior (**tabla 12**), se obtuvo que con mayor frecuencia los jóvenes atendidos en la CEC piensan que tienen algunos aspectos positivos. Es una estrategia de afrontamiento interesante toda vez que al recibir un resultado en muchas ocasiones pueden surgir imaginarios asociados a la muerte, así como otros elementos a nivel de pensamiento.

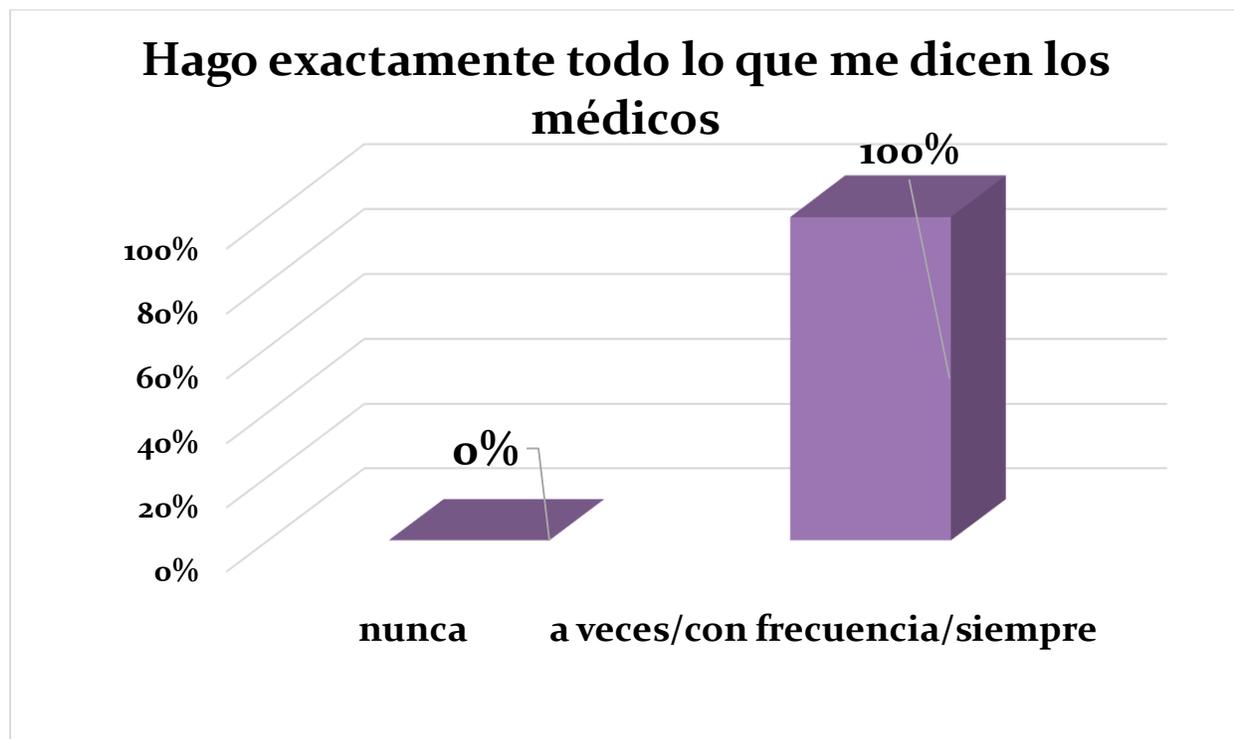
Gráfica 12



IV.XIII.II Afrontamiento en conductas relacionadas con el problema

Estos resultados en particular, resultan interesantes toda vez que señalan que los jóvenes atendidos en la CEC (con base en la muestra total), hacen todo lo que les indica el personal médico. Es decir, los fármacos, estudios de laboratorio, citas en los diferentes servicios así como el cumplimiento en general de las sugerencias e indicaciones que el personal médico establece.

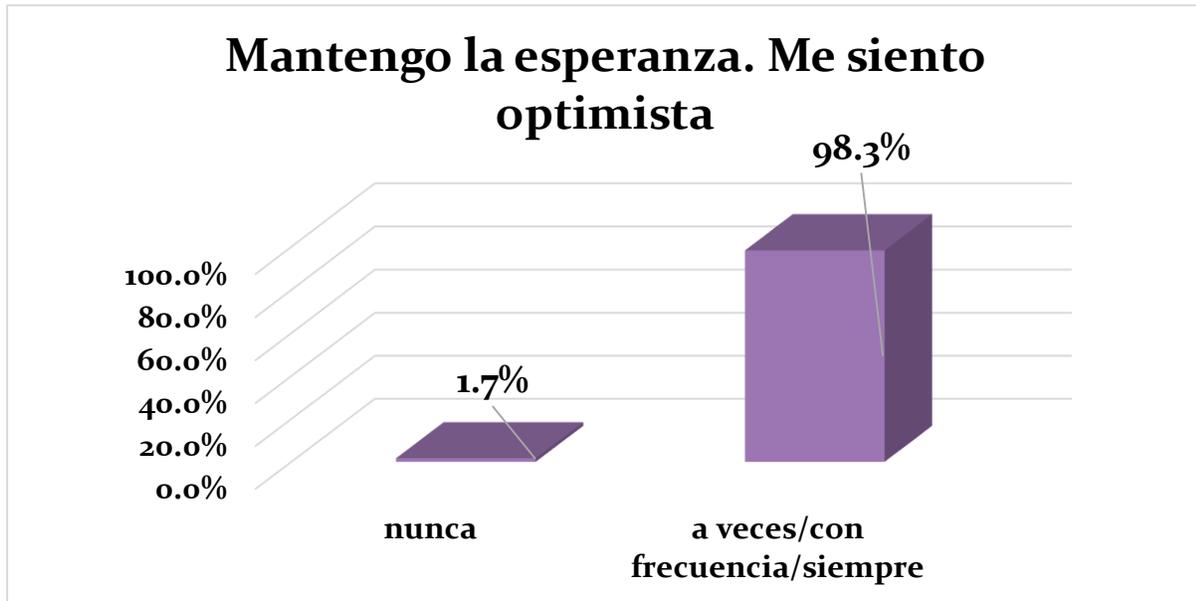
Gráfica 13



IV.XIII.III Afrontamiento a nivel emocional

Mantener la esperanza es otra estrategia de afrontamiento más frecuente que expresan los jóvenes con un 98.3% y que de alguna manera hacen uso para dar respuesta ante el resultado de VIH.

Gráfica 19

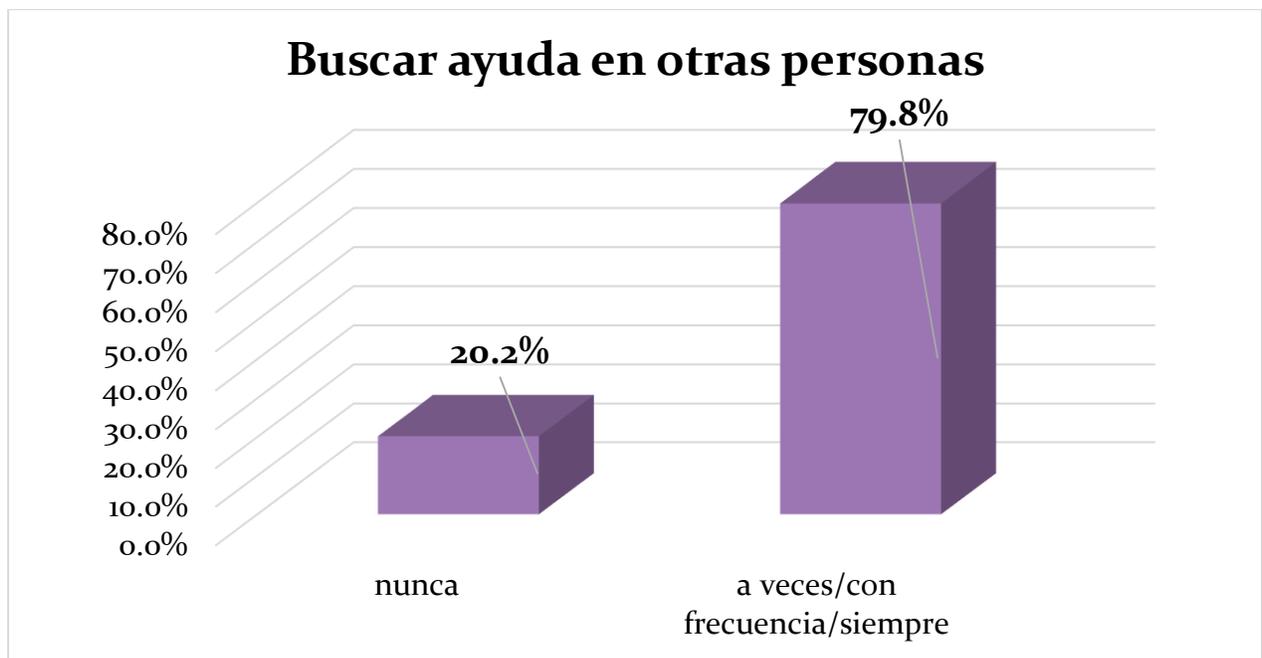


IV.XIV Comprobación de hipótesis

Referente a la primera hipótesis planteada en esta investigación señala que los jóvenes atendidos en la Clínica Especializada Condesa, establecen como estrategia de afrontamiento más frecuente la búsqueda de ayuda en otras personas.

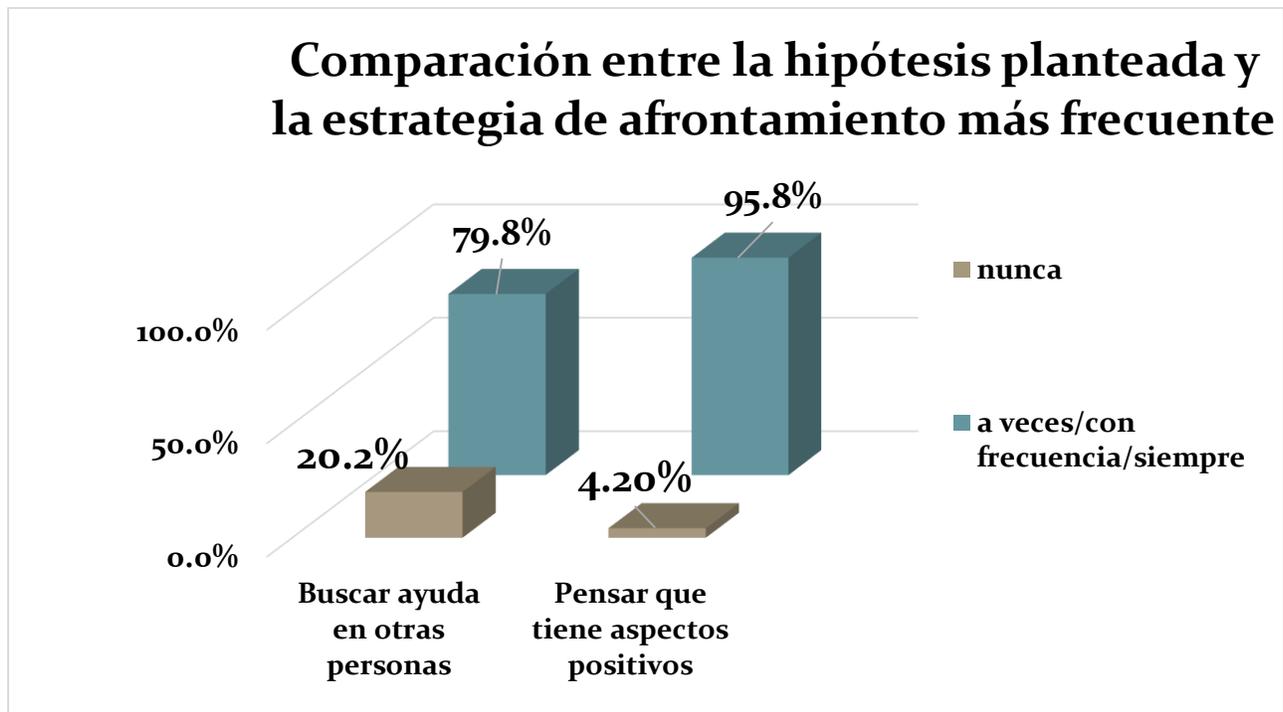
La gráfica señala que el 79.8% de la muestra **busca ayuda en otras personas**, mientras que el 20.2% nunca lo ha hecho. Sin embargo, la estrategia de afrontamiento más frecuente de la tabla general de estrategias de afrontamiento (véase tabla 2 de estrategias de afrontamiento es **pensar que el VIH tiene aspectos positivos**.

Gráfica 12



A razón de las consideraciones anteriores, podemos decir que **pensar que tiene aspectos positivos es la estrategia de afrontamiento más frecuente con el 95.8%** por otra parte, la búsqueda de ayuda en otras personas no es la más frecuente de la tabla general toda vez que se expresa en 79.8%. Sin embargo, tampoco deja de ser importante considerar las redes de apoyo social pueden estar presentes.

Gráfica 13



Conclusiones

Este trabajo de investigación presenta la problemática social del VIH con jóvenes de 18 a 24 años atendidos en la Clínica Especializada Condesa (CEC), como se ha señalado anteriormente, esta unidad de salud otorga distintos servicios principalmente para quienes viven con esta enfermedad, aunado a ello, el modelo de detección ha dado respuesta de manera notable en las acciones dirigidas a la epidemia del Sida.

Durante el proceso de la investigación se encontraron particularidades en términos de aplicación de los instrumentos como también se ha expresado en el subcapítulo III.5.5, si bien, trabajar con grupos en este rango de edad no es tarea fácil dadas las características de estos jóvenes.

Gracias a la participación de ellos, se obtuvo un perfil interesante toda vez que permite conocer su realidad social, conocer sus procesos y estrategias de afrontamiento que señalan claramente la respuesta ante un diagnóstico de VIH. Establecer contacto con ellos desde su estancia en las salas de espera de esta unidad de salud y explorar los motivos por los que llegaron ahí se permitió conocer los tiempos de ser pacientes de la CEC así como el tiempo que tienen de vivir con VIH.

Las características revisadas en este trabajo están dirigidas a dos sentidos, el primero corresponde a los elementos de carácter sociodemográfico y el segundo constituye un acercamiento al uso de las distintas estrategias de afrontamiento.

Referente al primer sentido, nos encontramos con jóvenes en edad productiva, escolar y en su mayoría jóvenes estudiantes sin empleo. Es importante señalar que en México, las y los jóvenes se enfrentan a estos escenarios de desempleo y desocupación.

También es importante expresar que nos encontramos con una parte significativa de estos jóvenes que no cuentan con ingresos. Esto puede resultar desfavorecedor cuando existe una enfermedad crónica como es VIH. Es esencial contar con los recursos mínimos para cubrir las necesidades básicas y además dar respuesta a su proceso de atención y seguimiento médico. En muchas ocasiones se presentan casos

de jóvenes con enfermedades asociadas al Sida, lo cual requiere prestar mayor atención a su salud y autocuidado, sin embargo, cuando los ingresos mensuales son insuficientes o bien, no existen, pueden incluso entorpecer su atención médica.

Otra conclusión que se ha reflejado en esa investigación es que los jóvenes, en su mayoría tienen más de un año viviendo con VIH, y también más de un año en atención en la CEC. Al ser una enfermedad que requiere de atención y seguimiento médico periódico es básica la incorporación a los servicios de salud y ligado a esto, permanecer en ella.

Así mismo, la mayoría de los jóvenes tenían información acerca del VIH antes de haberlo adquirido, sin embargo, en esta investigación se encontró que la información no constituye elementos determinantes de prevención de VIH y otras ITS. Sería importante discutir el tipo y la forma en que ha llegado la información a estos jóvenes con base en evidencia científica.

En capítulos anteriores, se ha señalado que la infección por VIH prevalece en población clave, además al ser una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres requiere dar respuesta de manera integral, sensible y orientada a este sector de la población. Además hacer uso de estrategias de prevención, atención y tratamiento universal vinculado a servicios de salud que tengan presente la inclusión, respeto y no discriminación. Ligado a esto, cuando se recibe un diagnóstico de VIH en el joven es esencial que los servicios de salud contribuyan e incorporen de manera sensible, humana y sin prejuicios a estos jóvenes para que puedan afrontar de alguna manera el resultado. Podemos concluir que la mayoría de estos jóvenes sabía que la prevalencia de VIH está presente de manera importante en HSH, lo cual, puede sugerir que la discusión de las estrategias de prevención vaya más allá de informar acerca de la localización de la epidemia, más bien revisar de qué forma se pueden establecer intervenciones concretas y eficaces.

Por otra parte, sabemos que la sexualidad humana es cambiante y diversa, así mismo, es importante establecer modelos de prevención y atención de la salud sexual dirigidos a jóvenes para favorecer su ejercicio pleno de la sexualidad. En esta investigación se obtuvo que la mayoría de ellos realizó su primera relación sexual entre los 15 y 18 años. Lo cual invita a reflexionar acerca de la necesidad de instaurar estrategias integrales dirigidas a jóvenes para que cuando decidan tener relaciones sexuales también tengan presente los posibles riesgos que existen como adquirir VIH y otras ITS. Aunado a ello, la mayoría de este grupo de edad tuvo la primera relación sexual de manera consensuada. Como podemos señalar, el consensuar una relación sexual no necesariamente tiene implícito el término prevención.

Muchos jóvenes tienen relaciones sexuales sin condón, esto puede constituir un factor de riesgo ante el VIH, lo cual señala la importancia de fortalecer el abordaje de autocuidado en la salud sexual, particularmente por este grupo etario. Es necesario tener información basada en evidencia científica acerca del riesgo de adquirir VIH y otras ITS, acercarse a los servicios de salud para realizarse la prueba constituye una forma de saber su estado serológico.

En síntesis, el problema social del VIH, resulta ser de alta complejidad, razón por la cual no se puede considerar su atención solamente desde una visión unilateral y homogénea, es trascendental identificar que piensan los jóvenes acerca de esto, como construyen su presente y futuro a partir de las decisiones conscientes e informadas en términos de sexualidad.

Como expresa Bayes (citado por Sánchez, 2010) existen distintas situaciones que se pueden exhibir cuando el joven ha recibido un resultado positivo a VIH, partiendo desde que decide hacerse la prueba a razón de los motivos señalados anteriormente, esperar el resultado y recibir un diagnóstico de VIH. En muchas ocasiones pueden surgir miedos asociados a la muerte por Sida, imaginarios y escenarios fatalistas basados en la ausencia de evidencia científica por citar algunos ejemplos.

Otras posibilidades como no esperar el resultado, sentirse culpable, procesos de negación, rechazo, sospecha, necesidad de apoyo, miedo, ansiedad y coraje.

Este conjunto de pensamientos, emociones y conductas se describen como aquella capacidad que los jóvenes presentan ante el diagnóstico de VIH y que utilizan como estrategia de afrontamiento, por ejemplo, pensar en aspectos positivos constituye una estrategia de afrontamiento utilizada de manera frecuente en los jóvenes, lo cual puede señalar que está haciendo frente al resultado a través de su atención médica, seguimiento e incorporación al servicio de salud.

Hacer exactamente lo que le indican los médicos también constituye una estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia en estos jóvenes, lo cual puede sugerir que de las indicaciones médicas corresponde la toma diaria del medicamento, asistencia a citas médicas y estar pendiente de su propia salud, lo cual puede favorecer de manera importante en su calidad de vida.

Otra estrategia de afrontamiento interesante es mantener la esperanza y sentirse optimistas, el optimismo puede favorecer el entendimiento y análisis de su realidad con las implicaciones que sugieren vivir con VIH.

En suma, las estrategias de afrontamiento utilizadas en estos jóvenes dan respuesta de manera interesante a los procesos en que están inmersos con un diagnóstico de VIH. Las distintas estrategias dan cuenta de la capacidad de responder a las demandas que se presentan cuando se recibe un resultado de VIH. Como se expresó anteriormente, existen implicaciones, y responsabilidades médicas propias como la toma diaria de medicamento, seguimiento y atención médica para favorecer su calidad de vida.

Particularmente los jóvenes de 18 a 24 años presentan particularidades desde luego, distintas a otros grupos de edad, si bien, es importante considerar que esta investigación se aproxima a conocer la realidad social de ellos, es aún más valioso y favorecedor continuar con investigaciones que contribuyan a prevenir, detectar y atender de manera oportuna sectores en mayor situación de riesgo. Por lo anterior, se

invita a reflexionar y discutir acerca de la posibilidad de establecer mejores estrategias de intervención dirigidas a jóvenes que viven con VIH fundamentalmente para incidir en su realidad social. Que conozcan su cuerpo, tengan presente el autocuidado de su sexualidad responsable y consciente de tal forma que permanezcan integrados en los servicios de salud y más aún, identifiquen la razón por la que es esencial estar en dichos servicios.

Fuentes de información

- AIDSMeds. (2011, may). *HIV Treatment as Prevention: 96% Reduction of Sexual Transmission in HPTN 052 Study*. Retrieved agosto 2013, from http://www.aidsmeds.com/articles/hiv_prevention_hptn_2636_20845.shtml
- ANIMAL POLÍTICO. (23 de noviembre de 2013). La mitad de las personas con VIH en México desconoce que está infectada. Recuperado el 20 de enero de 2014, de <http://www.animalpolitico.com/2013/11/48-de-las-personas-con-vih-desconoce-que-esta-infectada/#axzz339nv2chr>
- Arellano, L. M. (5 de diciembre de 2002). *Estigma y Discriminación a personas con VIH*. Recuperado el septiembre de 2013, de & Richard
- Arellano, L. M. (s/d). *VIH/sida, construcción individual de identidades para vivir colectivamente*. Recuperado el 20 de agosto de 2014, de <http://www.uacm.edu.mx/uacm/portals/3/4%20documentos/i%20encuentro%20de%20escritor@s%20escrituras%20y%20homosexualidad/ponencias/vih-sida-construccion-indi.pdf>
- Arteaga, C., & Solís, S. (2005). *Necesidades sociales y desarrollo humano: un acercamiento metodológico*. México: Plaza y Valdés.
- Bauman, Z. (2000). *La globalización: Consecuencias Humanas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bombereau, G. G., & C. F., A. (2008). *Social and cultural factors driving the HIV epidemic in the Caribbean: Trinidad y Tobago*. (P. d. VIH/SIDA, Ed.) Recuperado el 02 de diciembre de 2014, de file:///C:/Users/Invitado/Downloads/absdoc_13722_3.pdf
- Caballero, J. R., Conde, C. J., & Villaseñor, A. (2006). *ITS y VIH/SIDA en Adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México*. México D.F.: INSP.
- Calleja, C. L. (junio de 2002). *Estilos de Afrontamiento, Calidad de Vida y Notificación de personas infectadas de VIH/SIDA*. Recuperado el agosto de 2014, de <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/asp/am/presentatesis.php?recno=2565&docs=UAM2565.PDF>
- Calzada, F. (23 de junio de 2012). *Diferencia entre cónyuges para enfrentar un evento vascular cerebral en la pareja*. Recuperado el agosto de 2013, de <http://campusmexico.mx/2012/06/23/diferencias-entre-conyuges-para-enfrentar->

un-evento-vascular-cerebral-en-la-pareja/

- Casado, F. D. (1998). *Modelo de Afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas*. Recuperado el 2014, de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol20_3_5.pdf
- Casillas, J. (29 de noviembre de 2013). *En el DF, 2000 nuevos casos de VIH al año: especialista*. Recuperado el marzo de 2014, de <http://www.jornada.unam.mx/2013/11/29/capital/038n3cap>
- CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR A.C. (2013). *Vamos por el cero, cero discriminación, cero nuevas infecciones por VIH, cero muertes por sida*. México: Boletín informativo para Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir A.C.
- CDC. (9 de diciembre de 2014). Recuperado el 14 de diciembre de 2014, de http://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/gender/hsh_factsheet.html
- CENSIDA. (2006). *Manual de Organización Específico*. (CAPASITS, Ed.) Obtenido de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf
- CENSIDA. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. México: Censida.
- CENSIDA. (2014). *Informes de avance de país en la respuesta al VIH/SIDA*. Recuperado el 20 de octubre de 2014, de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/ungass/ungass.html>
- CENSIDA. (mayo de 2015). *Directorio de Servicios de Salud*. Obtenido de http://www.censida.salud.gob.mx/interior/dir_servicios.html
- CHECCOS A.C. (2013). *Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el Sida*. Recuperado el octubre de 2013, de <http://checcos.org.mx/>
- CNN. (agosto de 2013). *Las muertes de adolescentes con VIH en el mundo aumentan 50% en siete años*. Recuperado el 15 de mayo de 2015, de <http://mexico.cnn.com/salud/2013/11/25/las-muertes-de-adolescentes-con-vih-en-el-mundo-aumentan-50-en-siete-anos>
- Cochoy, L. F. (2003). *Enfoque Familiar de los problemas psicosociales*. Recuperado el octubre de 2013, de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_178-192.pdf
- CODHEM. (2009). *Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA*. Recuperado el

25 de AGOSTO de 2013, de
<http://www.codhem.org.mx/localuser/codhem.org/difus/trip/sida.pdf>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2012). *Cara de Derechos y Obligaciones*. (S. d. Salud, Ed.) Recuperado el 25 de octubre de 2013, de http://www.seguropopularoaxaca.gob.mx/afilia_carta.html

CONASIDA. (2012). *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH y Lineamientos para el uso de Recursos Públicos en su Aplicación*. México: CONASIDA.

Conde, S. (s.f.). *Intervención de Trabajo Social en Clínica de Atención a pacientes con VIH SIDA*. Recuperado el 20 de octubre de 2013

Cuadrado, D. (marzo de 2010). *Las cinco etapas del cambio*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de http://www.factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf

Department of Health & Human. (18 de mayo de 2010). *La agresión sexual*. Recuperado el 20 de octubre de 2013, de <http://www.womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/agresion-sexual.pdf>

Díaz, E. (1989). *El género como construcción social*. Recuperado el 02 de diciembre de 2014, de http://www.estherdiaz.com.ar/textos/foucault_entrevista.htm

Dongo, A. (31 de noviembre de 2009). *Significado de los factores sociales y culturales del desarrollo cognitivo*. (B. Universidad Estadual Paulista, Editor) Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a16v12n2.pdf

EL PAÍS. (1 de diciembre de 2013). Día mundial del SIDA. *Siete de cada 10 personas con VIH viven en el África subsahariana*.

EL PAÍS. (1 de diciembre de 2013). Siete de cada diez personas con VIH viven en el África subsahariana. Recuperado el 20 de septiembre de 2014, de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/12/01/actualidad/1385912212_027439.html

ENTS-UNAM. (2005). *Teoría del Trabajo Social, revista cuatrimestral de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM*. México: Editorial Publicaciones ents.

Evangelista, E. (2009). *Trabajo Social Contemporáneo: aproximaciones y proyecciones*,

Teoría del Trabajo Social. México: Nueva Época.

Feijoo, R. (2004). *VIH/SIDA Causas Profundas. Manifestaciones de una sociedad enferma*. México: Fontamara.

Fernández, R. (03 de diciembre de 2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. (Periferia, Ed.) Recuperado el 04 de diciembre de 2014, de file:///C:/Users/Invitado/Downloads/145012-196862-1-PB.pdf

FIT. (12 de noviembre de 2014). *Formación e Información sobre Tratamientos del VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.fundacionfit.org/transmision.htm>

FIT. (s.f.). *Formación e información sobre Tratamientos de VIH/SIDA*. Recuperado el 24 de octubre de 2014, de <http://www.fundacionfit.org/transmision.htm>

Flores, E., Borda-Más, M., & Pérez, M. (2005). Estrategias de Afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. Recuperado el 10 de mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760205>

FNUD. (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial*. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de http://www.unicef.org/lac/Los_jovenes_y_el_VIH-SIDA._Una_oportunidad_en_un_momento_crucial.pdf

Fundación Huesped. (2012). *Abordaje psicológico de personas con VIH*. Recuperado el 2014, de <https://www.huesped.org.ar/info/vih-sida/>

Fundación Huésped. (2014). *VIH/sida*. Recuperado el 2015, de <https://www.huesped.org.ar/info/vih-sida/>

Galicia, V. D. (2012). *Manual de Asesoría y Acompañamiento de Pares. Asesoría y acompañamiento de Pares para a incorporación y utilización de los servicios de salud por personas con VIH*. Guadalajara: Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el Sida.

Galván, M. (2012). *Análisis para entrevistas. Método Galviz y ejemplo*. México: Editorial Yecolti.

García, C. (30 de abril de 2010). *Son cada vez más jóvenes los infectados con VIH*. (Censida, Editor) Recuperado el 10 de enero de 2014, de <http://www.jornada.unam.mx/2010/04/30/index.php?section=sociedad&article=039n1soc>

Garmendia, O. (2012). *Intervención del Trabajo Social en el área de la salud*,

implicaciones y reflexiones. Buenos Aires: Editorial Espacio Argentina.

Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, L. A., & Otalvaro, M. C. (2009). *Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en personas Diagnosticadas con VIH/Sida*. Recuperado el 10 de mayo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO. (8 de febrero de 1995). *Código Civil del Estado de Jalisco*. Recuperado el 25 de septiembre de 2013, de <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/jalisco/codigo-civil-del-estado-de-jalisco.pdf>

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes and the Management of Spoiled Identity*. Madrid: Amorrortu.

González, A. (diciembre de 2006). Recuperado el agosto de 2014, de <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=13368&docs=UAMI13368.pdf>

González, A. (diciembre de 2006). *Cuidando a un enfermo, afrontamiento, estrés, burnout y apoyo social percibido*. (U. Xochimilco, Ed.) Recuperado el 10 de agosto de 2013, de <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=13368&docs=UAMI13368.pdf>

GRUPO FÓRMULA. (09 de enero de 2014). *Clínica de Iztapalapa atenderá hasta 12000 pacientes*. Recuperado el 26 de agosto de 2014, de <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?idn=382365>

Gutiérrez, I., & Murillo, A. C. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. CONAPAM. Recuperado el 04 de diciembre de 2014, de http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf

Guzmán, O., & Caballero, T. (febrero de 2012). *La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales*. (U. d. Cuba, Ed.) Recuperado el 02 de diciembre de 2014, de [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/3228-9301-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/3228-9301-1-PB%20(1).pdf)

Hernández, H. (julio de 2001). *Factores psicosociales que intervienen en el uso del condón*. Recuperado el agosto de 2014, de <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=3177&docs=U>

- Hernandez, L., & Granados, L. A. (abril de 2001). *Determinantes sociales de la política de salud en el combate del VIH-SIDA en México*. (U. Xochimilco, Editor) Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=2869&archivo=1-176-2869ngu.pdf&titulo=Determinantes%20sociales%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20de%20salud%20en%20el%20combate%20del%20VIH-SIDA%20en%20M%C3%A9xico.
- Hernández, R. (1997). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Ediciones. Mc Graw Hill.
- Hernández, R., & Rivas, H. E. (2003). *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://www.letraese.org.mx/guiaeducadores.pdf>
- INEGI. (30 de noviembre de 2011). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el SIDA*. Recuperado el octubre de 2013, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/sida11.asp?s=inegi&c=2819&ep=78>
- Kubler, E. (2006). *La Rueda de la vida*. Recuperado el 08 de agosto de 2013, de <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/La%20Rueda%20de%20la%20Vida%20-%20Elisabeth%20Kubler%20Ross.pdf>
- LA JORNADA. (27 de agosto de 2014). México uno de los países más vulnerables al VIH/Sida. Recuperado el octubre de 2014, de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/08/27/mexico-uno-de-los-paises-mas-vulnerables-a-infecciones-de-vih-sida-3201.html>
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y Género*. México: Editorial Taurus Pensadores.
- LETRA S. (15 de mayo de 2014). *Crímenes de odio por homofobia 1995-2013*. (L. S, Ed.) Recuperado el 22 de 11 de 2014, de <http://www.letraese.org.mx/2014/05/crimenes-de-odio-por-homofobia/>
- Levy, J. A. (2008). *HIV and the Pathogenesis of AIDS*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López, E. B., Evangelista, E., Prieto, I., Álvarez, R. M., Sánchez, A. K., Rodríguez, D., . .

- . Pérez, J. (2009). *Teoría del Trabajo Social*. México: ENTS-UNAM.
- López, N., & de Keijzer, B. :. (3 de abril de 2014). *Redes sociales de apoyo de mujeres que viven con VIH en Veracruz, México*. Recuperado el 20 de octubre de 2014, de http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/4_3/03.pdf
- López, O. (4 de Noviembre de 2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*. Recuperado el 21 de 11 de 2014, de <http://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
- López, R. (1981). *Factores sociales y enfermedad mental: Un análisis del primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. (I. N. Psiquiátrico, Editor) Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v8n16/art1.pdf>
- Lozano, I. (2010). *La caracterización de las redes de amistad de varones jóvenes: su impacto sobre la violencia, México*. México: Editorial Género y Desarrollo A.C.
- Maroto, A. L. (2006). *Homosexualidad y Trabajo Social. Herramientas para la reflexión e intervención profesional*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Martínez, J. (s.f.). *La Teoría del Aprendizaje y Desarrollo de Vigotsky*. Recuperado el 15 de agosto de 2013, de <http://innovemos.wordpress.com/2008/03/03/la-teoria-del-aprendizaje-y-desarrollo-de-vygotsky/>
- MEXICANOS UNIDOS A.C. (23 de noviembre de 2014). *Los Jóvenes y el VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.mexicanosunidos.org/jovenes-y-vihsida.html>
- MINISTERIO DE SALUD. (2014). *Determinantes sociales en Salud*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de Gobierno de Chile: http://web.minsal.cl/determinantes_sociales
- Monroy, A. (2009). *Estudio Antropológico del dolor en pacientes con neuralgia del trigémino en el INNMS*. Recuperado el 20 de noviembre de 2014, de <http://132.248.9.195/ptd2009/noviembre/0652106/Index.html>
- Noticias, VLC. (22 de noviembre de 2014). *La homosexualidad masculina concentra el 85% de las infecciones por VIH*. Recuperado el 07 de diciembre de 2014, de <http://vlnoticias.com/la-homosexualidad-masculina-concentra-el-85-de-las-nuevas-infecciones-por-vih/>
- NotieSe. (28 de noviembre de 2008). *El VIH/Sida en México*. Recuperado el 10 de

- octubre de 2013, de www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2450
- OEM. (2014). *Clínica Especializada Condesa coordina el programa más grande en América de VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.oem.com.mx/elmexicano/notas/n3446086.htm>
- Olea, F. M. (2011). *Discapacidad Motriz, Accesibilidad y Exclusión Social. Las personas con discapacidad motriz en Ciudad Universitaria*. México: Pedro Ahumada.
- OMS. (7 de abril de 1948). *¿Cómo define la OMS a la Salud?* Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS. (2000). *La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad*. Recuperado el 20 de octubre de 2013, de http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_731_spa.pdf
- OMS. (2007). *Género*. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- OMS. (septiembre de 2007). *La violencia intrafamiliar*. Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13109809&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v26n08a13109809pdf001.pdf&ty=94&accion=l&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
- OMS. (agosto de 2008). *Determinantes de la Salud*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (25 de noviembre de 2013). *Las muertes de adolescentes con VIH en el mundo aumentan 50% en siete años*. (C. México, Editor) Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://mexico.cnn.com/salud/2013/11/25/las-muertes-de-adolescentes-con-vih-en-el-mundo-aumentan-50-en-siete-anos>
- OMS. (noviembre de 2013). *Lidiar con el VIH en la adolescencia*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://www.who.int/features/2013/adolescents-hiv/es/>
- OMS. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. (L. c. adolescencia, Editor) Recuperado el mayo de 2015, de <http://www.who.int/features/2013/adolescents-hiv/es/>
- OMS. (2014). *Función de la OMS en la Salud Pública*. (OMS, Ed.) Recuperado el 10 de octubre de 2013, de <http://www.who.int/about/role/es/index.html>
- ONU. (2006). *Trabajar en Pro de la Salud*. (O. M. Salud, Ed.) Recuperado el 20 de agosto de 2013, de http://www.who.int/about/brochure_es.pdf
- ONUSIDA. (2011). *Epidemia de VIH/SIDA en América Latina*. Recuperado el 10 de

- MAYO de 2015, de <http://onusida-latina.org/es/sobre-onusida2/52-epidemia-de-vih-sida-en-america-latina.html>
- ONUSIDA. (2012). *Juventud y VIH*. Obtenido de <http://onusida-latina.org/es/areas-de-trabajo-es/jovenes.html>
- ONUSIDA. (2012). *ONUSIDA*. Recuperado el mayo de 2015, de Situación de la epidemia en México: <http://onusida-latina.org/es/america-latina/mexico.html>
- ONUSIDA. (12 de agosto de 2013). *ONUSIDA pide a los jóvenes activistas de VIH que sean agentes de cambio*. Recuperado el 20 de febrero de 2014, de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2013/august/20130812iyd/>
- ONUSIDA. (30 de abril de 2014). *ONUSIDA no se olvida de los jóvenes con el VIH*. Recuperado el 28 de octubre de 2014, de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/april/20140430adolescents/>
- OPS. (2006). *Terminología relacionada con el VIH*. Recuperado el 20 de octubre de 2013, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cpicm-cmw/terminologia_vih_ops_2006.pdf
- OPS. (2010). *Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Padua, J. (1979). *Técnicas de Investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: Colegio de México/Fondo de Cultura Económica.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, M., Carou, M., Páez, D., & Cabarcos, A. (2001). *Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos*. Recuperado el 10 de MAYO de 2015, de <http://www.adicciones.es/files/393-398%20Original.pdf>
- Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México. (2011). *Carta de Derechos Generales de los pacientes de la Clínica Especializada Condesa*. México: CEC.
- Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México. (2011). *Programa anual de Trabajo Social de la Clínica Especializada Condesa*. México: CEC.
- Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México. (2013). *Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México*. Recuperado el 10 de diciembre de 2013, de <http://condesadf.mx/pdf/informe2013.pdf>

Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México. (2013). *Situación del SIDA en la Ciudad de México*. Recuperado el octubre de 2013, de <http://condesadf.mx/distrito-federal.htm>

Proyecto: Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis en el Perú. (S/D). *Factores sociales y culturales que facilitan la transmisión del VIH y Sida*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/5325/1/BVCI0004784.pdf>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s/d). *Concepto de edad*. Recuperado el octubre de 2013, de <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=edad>

REVISTA ENTS. (2005). *Justicia Social, revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM*. México: Editorial Publicaciones ENTS.

Rodríguez , J., Pastor, M. A., & López, S. (1993). *Afrontamiento, Apoyo social. Calidad de vida y enfermedad*. Recuperado el septiembre de 2014, de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>

Rodríguez, J. (s.f.). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Alicante: Editorial Departamento de Psicología de la Salud.

Romero, E., Amador, C., & Alvis, L. (2010). *Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA residentes en Montería, Colombia*. Obtenido de file:///C:/Users/paco_000/Downloads/6-11-1-SM.pdf

Salcedo , G. (febrero de 2006). *Evaluación del APGAR familiar en pacientes con VIH/SIDA*. Recuperado el 25 de septiembre de 2013, de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/pdf/gregorio_salcedo_avila.pdf

Sánchez, M. (2005). *Manual de Trabajo Social*. México: Plaza y Valdés.

Sánchez, M. D. (2010). *Calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia, estrategias de afrontamiento y diferencias de género: Un estudio transcultural*. (U. d. Barcelona, Ed.) Recuperado el 15 de noviembre de 2014, de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4782/mdgs1de1.pdf;jsessionid=A70487F64DF657E09EE4B190D49281DD.tdx1?sequence=1>

Santacruz, J. (2012). *Intervención Individualizada*. México: Editorial Yecolti.

Saz, M. (2001). *Impacto del VIH/SIDA en la familia*. Recuperado el 20 de septiembre de 2013, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-030.pdf>

SCIENCE. (23 de diciembre de 2011). *HIV Treatment as Prevention*. Recuperado el 25

- de octubre de 2013, de <http://www.sciencemag.org/content/334/6063/1628.full>
- SECRETARÍA DE SALUD. (2008). *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2010). *NOM-010--SSA2-2010*. (S. d. Salud, Ed.) Recuperado el 20 de octubre de 2013, de <http://emcs.mty.itesm.mx/wp/wp-content/uploads/2011/03/NOM-010-SSA2-2010.pdf>
- Sierra, R. (1994). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Editorial Paraninfo.
- Toro, J., Varas, N., & Núñez, N. (diciembre de 2004). *Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico. Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social*. (U. d. Rico, Ed.) Recuperado el 04 de diciembre de 2014, de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pr/cis/rcs/13/redes.pdf>
- Tovar, L. M., & Arrivillaga, M. (30 de septiembre de 2011). *VIH/SIDA y determinantes sociales*, PDF. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol10_n_21/estudios_3.pdf
- UAM. (s/d). *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO: La depresión*. Recuperado el 20 de agosto de 2013, de http://www.uam.mx/lineauam/lineauam_dep.htm
- UNAIDS. (septiembre de 2013). *Global summary of the AIDS epidemic*. Recuperado el 4 de enero de 2013, de http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf
- UNICEF. (2006). *12 de agosto: Día Internacional de la Juventud*. Recuperado el 10 de septiembre de 2013, de http://www.unicef.org/lac/flash/DW/dia_de_la_juventud.html
- Uribe, P. (2013). Jóvenes de 15 a 29 años, la población más afectada con el Sida en México. *La Jornada*. Recuperado el mayo de 2015, de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2013/11/21/jovenes-de-15-a-29-anos-la-poblacion-mas-afectada-con-el-sida-en-mexico-7728.html>
- Uribe, P. (5 de septiembre de 2013). *VIH en México*. Recuperado el 22 de noviembre de 2014, de Son 4 mil 950 casos de VIH/sida, de entre 10 y 29 años de edad en México: <http://www.jornada.unam.mx/2013/09/05/ciencias/a02n1cie>

Vargas, J. E., Cervantes, M., & Aguilar, J. E. (28 de noviembre de 2008). *Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos*. Recuperado el 10 de mayo de 2015, de Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/jaime-ernesto-vargas-mendoza.pdf>

Yuni, J. A. (2006). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Argentina: Editorial Brujas.

Zamorano, M. R. (julio de 2001). *Factores psicosociales que intervinieren en el uso del condón*. Recuperado el agosto de 2014, de <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=5407&docs=UAM5407.PDF>

ANEXOS

**Cuestionario sobre estrategias de
afrentamiento en jóvenes varones atendidos
en la CEC**

CUESTIONARIO: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN JÓVENES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA”.

Las siguientes preguntas forman parte de un cuestionario que va dirigido a pacientes de la Clínica Especializada Condesa, la finalidad es recabar datos para una investigación que tiene como uno de los objetivos establecer cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes ante el diagnóstico de VIH entre los jóvenes varones de 18 a 24 años de edad y su relación con algunos aspectos socio-demográficos. Agradecemos su colaboración y solicitamos conteste con total veracidad las siguientes preguntas con un tache (X). Le recordamos que todas sus respuestas serán manejadas con total confidencialidad, por lo que no es necesario colocar su nombre, folio ID, o expediente en ningún espacio de esta hoja. Finalmente consideramos que no hay respuestas buenas o malas, y de ninguna manera se emitirán juicios hacia las mismas. El participar contestando este cuestionario o no, no definirá o afectará en lo absoluto su atención en la Clínica Especializada Condesa.

SECCIÓN I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- ¿Cuántos años tiene?: _____ años.

2.- ¿Cuál es su último nivel escolar cursado?

- Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa
 Secundaria incompleta Preparatoria/Bachillerato completa
 Preparatoria/Bachillerato incompleta Licenciatura completa
 Licenciatura incompleta Posgrado completo Posgrado incompleto

3.- ¿Cuál es su ocupación actual?

- Patrón/ Empresario/ Gerente Peón / Jornalero/ Obrero/ Empleado
 Desempleado Trabajador por cuenta propia Trabajo sexual
 Estudiante Pensionado Busco trabajo

4.- ¿Cuál es su ingreso mensual?

- Menor de \$2,699 \$2, 700 a \$6,799 \$6,800 a \$11,599
 \$11, 600 a \$34,999 Mayor a \$35,000 No cuento con ingresos.

5.- ¿Cuánto tiempo lleva siendo paciente con expediente en la Clínica Especializada Condesa?

- Menos de un mes Más de un mes y hasta tres meses
 Más de tres meses y hasta seis meses Más de seis meses y hasta un año Más de un año

6.- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su diagnóstico de VIH hasta el día de hoy?

- Menos de un mes Más de un mes y hasta tres meses
 Más de tres meses y hasta seis meses Más de seis meses y hasta un año Más de un año

SECCIÓN II. PERCEPCIÓN DE RIESGO

1.- ¿Considera que tenía información acerca del VIH antes de su diagnóstico?

Sí ¿Qué información? _____.

No ¿por qué? _____.

2.- ¿A qué edad inició su vida sexual?

Antes de los 15 años Después de los 15 y antes de los 18 De los 18 hasta los 24

Más de 24 años

3.- ¿Su primera relación sexual fue: consensuada forzada

4.- ¿Sabía/ Sabe que entre la población de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres hay un mayor número de casos de personas que viven con VIH en comparación con otras poblaciones?

Sí No

5.- ¿Por qué motivo se realizó la prueba de VIH en la Clínica Especializada Condesa?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tuve relaciones sexuales sin condón. | <input type="radio"/> Cada cierto tiempo me hacía pruebas. |
| <input type="radio"/> Se rompió/salió el condón. | <input type="radio"/> Curiosidad/seguridad. |
| <input type="radio"/> Tuve relaciones sexuales con una persona que vive con VIH. | <input type="radio"/> Fui a donar sangre. |
| <input type="radio"/> Mi pareja vive con VIH. | <input type="radio"/> Desconfianza en mi pareja |
| <input type="radio"/> Tuve relaciones con un (a) trabajador (a) sexual. | <input type="radio"/> Por la accesibilidad a estos servicios. |
| <input type="radio"/> Me hospitalizaron y quise confirmar | <input type="radio"/> Fui víctima de violencia sexual. |
| <input type="radio"/> Por compartir la jeringa que usaba para inyectarme | <input type="radio"/> Me lo indicó un médico. |
| <input type="radio"/> Para incorporarme a los servicios de esta unidad de salud. | <input type="radio"/> Ejercicio Trabajo Sexual. |

Otro ¿cuál? _____

6.- Considera que los servicios de salud que ha tenido le han ayudado a afrontar su diagnóstico de VIH?

Sí ¿Cuál(es)? / ¿De qué manera? _____.

No ¿por qué? _____

SECCIÓN III: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Favor de contestar las siguientes preguntas colocando solo un tache (X) por cada una de ellas y de acuerdo a su experiencia personal respecto al diagnóstico de VIH. Nuevamente, le recordamos que no existen respuestas buenas o malas, así que lo invitamos a contestar con total veracidad.

	nunca	a veces	con frecuencia	siempre
1.- Actualmente acerca de mi diagnóstico de VIH pienso "Esto lo tengo que superar yo mismo"				
2.- Acerca de mi diagnóstico de VIH pienso "Tengo algunos aspectos positivos"				
3.- Acerca de mi diagnóstico pienso "Podría ser peor, eso no es tan grave"				
4.- Actualmente acerca de mi diagnóstico de VIH "Busco un sentido a mi enfermedad"				
5.- "Intento no pensar en ello. Pienso en otras cosas"				
6.- Respecto a mi diagnóstico de VIH "Intento encontrar en mi pasado una explicación de lo que me pasa"				
7.- Referente a mi diagnóstico de VIH Pienso "Tengo que prepararme para cosas peores"				
8.- Pienso "Esto ya pasará. Son problemas que duran solo cierto tiempo"				
9.- Respecto a mi diagnóstico de VIH "Busco información acerca de lo que me pasa"				
10.- En relación a mi diagnóstico de VIH "Busco ayuda en otras personas"				
11.- Acorde a mi diagnóstico de VIH "Intento solucionar mis problemas yo mismo"				
12.- Actualmente ante situaciones de salud relacionadas a mi diagnóstico de VIH "Decido yo mismo ir al médico inmediatamente"				
13.- A partir de mi diagnóstico de VIH "Me distraigo con el trabajo o con otras cosas"				
14.- A partir de mi diagnóstico de VIH "Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos"				
15.- A partir de mi diagnóstico de VIH "Bebo o como cosas que me gustan"				
16.- Actualmente "Disfruto con algunos aspectos relacionados con mi diagnóstico de VIH, por ejemplo hacer cosas para las que antes no tenía tiempo"				
17.- "Hablo de mi diagnóstico de VIH con algún familiar o amigo"				
18.- "Salgo menos de casa. Evito hablar de mi diagnóstico de VIH con otras personas"				
19.- "Acepto mi diagnóstico de VIH tal cual es. Me resigno"				
20.- Respecto a mi diagnóstico de VIH "Mantengo la esperanza. Me siento optimista"				
21.- Acorde a mi diagnóstico de VIH "Me siento culpable de lo que me pasa"				
22.- "Expreso abiertamente mis sentimientos, por ejemplo si me enojo, o me pongo triste lo digo; etc."				
23.- "Cuando estoy triste, deprimido o enfadado, lo disimulo ante los demás"				
24.- "Me desespero. Me siento pesimista"				
25.- "Hago bromas respecto a mi diagnóstico de VIH o ironizo"				

Fin del cuestionario. ¡Gracias por su participación!

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación social



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL



Dirigida a: Pacientes activos de la Clínica Especializada Condesa de entre 18 y 24 años de edad.

Título del proyecto: “AFRONTAMIENTO EN JÓVENES VARONES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CASO CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA (CEC)”

Estimado paciente:

El C. Irvin Francisco Guerrero Piña, estudiante de La Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México está realizando un proyecto de investigación. El objetivo de este estudio es establecer cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes en los jóvenes varones de 18 a 24 años que viven con VIH y su relación con aspectos socio-demográficos. El estudio se está realizando dentro de las instalaciones de la Clínica Especializada Condesa con los jóvenes que acuden a los servicios que en ella se ofertan, es por esto, que se consideran a los hombres que cuentan con un expediente en la Clínica. Este proceso se conoce como consentimiento informado, siéntase en absoluta libertad para preguntar para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Procedimiento: Si usted acepta participar en el estudio, le haremos preguntas de corte sociodemográfico, por ejemplo, su edad, último nivel escolar cursado, ocupación, tiempo de ser paciente de la Clínica Especializada Condesa, motivo por el que se realizó la prueba, de igual manera, se le realizarán algunas preguntas respecto a la capacidad de respuesta que tiene una persona frente al diagnóstico de VIH. Lo anterior se hará mediante un cuestionario autoaplicable que puede responderse en un tiempo aproximado de 15 minutos, el cual se le entregará en la sala de espera para que pueda responderlo mientras espera pasar a su consulta habitual.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para que su información y la del resto de los pacientes, sea útil para

mejorar los servicios de la Clínica Especializada Condesa donde usted es atendido.

Confidencialidad: Toda la información que usted proporcione para la investigación será de carácter estrictamente confidencial, pues solo será utilizada por el equipo de investigación del proyecto y la CEC, no estará disponible para otro tipo de propósito. Usted solo quedará identificado con su nombre y su firma, el cual se integrará al expediente médico. Los resultados de este estudio serán publicados con fines académicos y científicos, pero se presentaran de tal forma que usted no podrá ser identificado.

Riesgos potenciales / compensación: No se considera la existencia de riesgos potenciales derivados de su participación en este estudio ya que usted solo contestará un cuestionario. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incómodo, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco le implicará un gasto a usted.

Participación voluntaria / Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en el momento en que usted lo decida, por lo anterior, se le entregará una tarjeta de contacto donde, si en algún momento posterior solicita cancelar su participación en esta investigación la podrá hacer sin ningún problema. Su decisión de participar o de no participar, no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la Clínica Especializada Condesa.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna duda, comentario o preocupación respecto al proyecto, le vamos a dejar una tarjeta de contacto con la información del investigador responsable del estudio anexada junto con la carta de consentimiento oral. Así mismo, si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación, le dejamos los datos del Coordinador del Programa de Maestría en Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

¡Gracias por su participación!

Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

He explicado al Sr. _____

La naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Tarjeta de contacto



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



TARJETA DE CONTACTO

Título del proyecto: "AFRONTAMIENTO EN JÓVENES VARONES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)". CASO CLÍNICA DE ESPECIALIDADES CONDESA (CEC)"

F
F
F

Proyecto

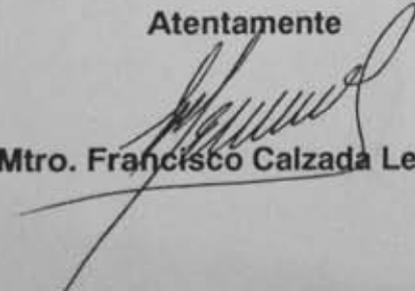
Agradecemos mucho su colaboración.

En caso de que usted tenga alguna duda, o comentario respecto al estudio, favor de comunicarse con el investigador responsable del proyecto C. Irvin Francisco Guerrero Piña, al teléfono 0445545643872, de lunes a viernes dentro de un horario de 8:00 a 18:00hrs.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con el Coordinador del Programa de Maestría en Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, Mtro. Francisco Calzada Lemus, al teléfono: 01 55 5623 7026, 5623 0222 extensión 80115, 80104, 80105 de lunes a viernes de 10:00 a 19:00hrs., o si prefiere usted escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: calzada@posgrado.unam.mx

Unidad de Posgrado, Edificio E Primer nivel, Circuito de Posgrados, Ciudad Universitaria, México, D.F., 04510

Atentamente


Mtro. Francisco Calzada Lemus

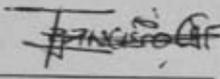
Carta compromiso de confidencialidad como investigador principal del proyecto

**CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL
DEL PROYECTO**

Yo, Irvin Francisco Guerrero Piña, en mi carácter de investigador principal, entiendo y asumo que, de acuerdo al **Art. 16**, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio: "Afrontamiento en jóvenes varones con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Caso Clínica Especializada Condesa (CEC)". Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del **Art. 14** de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a).

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.

Irvin Francisco Guerrero Piña



6/01/2015

Nombre

Firma

Fecha

1. *"El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica"*

Dictamen del Programa para la Formación de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social

A quien corresponda:

Por este medio, se informa que el *Comité Interno* del PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN DE JÓVENES A LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL emitió el siguiente dictamen:

Joven a la investigación: **Irvin Francisco Guerrero Piña**

Nombre del proyecto: **"Afrontamiento en jóvenes varones con el Virus de Inmunodeficiencia Humana" (VIH). Caso Clínica Especializada Condesa (CEC)**

Dictamen: **Aprobada**

Fundamentación: **Cumple con los requisitos establecidos por la convocatoria.**

En virtud de lo anterior, se ha procedido a desarrollar la presente investigación, turnando copia del Protocolo a la Coordinación de Investigación para su seguimiento y vigilancia durante todo el proceso, fundamentalmente en la responsabilidad ética en este trabajo.

A razón de lo mencionado, agradeceré a usted brindar el apoyo para efectos de esta actividad de investigación.

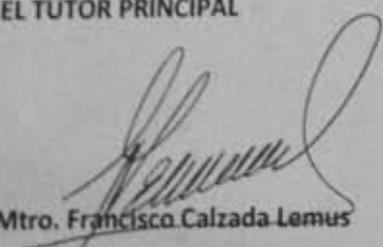
Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi Raza Hablará el Espíritu"

Ciudad Universitaria, D.F., 23 de enero de 2015.

EL TUTOR PRINCIPAL


Mtro. Francisco Calzada Lemus

Autorización CEC

México, D.F., a 06 de enero de 2015

Carta de autorización Clínica Especializada Condesa

A quien corresponda:

Por este medio, le informo que el C. Irvin Francisco Guerrero Piña, alumno de la Licenciatura en Trabajo Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social, de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con nuestra autorización y apoyo para realizar el proyecto de investigación titulado "Afrontamiento en Jóvenes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)". Caso Clínica Especializada Condesa (CEC). A efectuarse con los pacientes que acuden a la Clínica de Especialidades Condesa.

La autorización y apoyo se darán una vez que el alumno documente todos los requisitos indispensables que se requieren para el proyecto de investigación, como la aprobación de la institución académica responsable del proceso.

Sin más por el momento quedo de usted para cualquier duda o aclaración

Atentamente:

Dra. Andrea González Rodríguez
Coordinadora del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México
Clínica Especializada Condesa.

Dr. Jesús Casillas Rodríguez
Director Médico
Clínica Especializada Condesa
Servicios de Salud del Distrito Federal



Identificación CEC

Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México
Clínica Especializada Condesa

GUERRERO PIÑA
IRVIN FRANCISCO



**APOYO
ADMINISTRATIVO**



CURP:

GUPI901201HMCRXR08

Clave empleado:

GUPI901201HMCRXR08

Firma del Empleado

Firma del Director



Este gafete es intransferible y deberá ser
portada al interior del Programa de VIH/SIDA
de la Ciudad de México.