



---

---

## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

### PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

*Adaptación y Validación de un instrumento para medir  
percepción de estigma en personas que viven con VIH*

REPORTE DE EXPERIENCIA

PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR:  
Brenda Pérez Terán

DIRECTOR DEL INFORME: Dr. Juan Gerardo Sierra Madero

REVISORES :  
Mtro. Leonardo ReynosoErazo  
Mtra. María José Noguera Orozco  
Mtro. Edgar Landa Ramírez  
Dra. Isabel Reyes Lagunes

México D. F.

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

En primer lugar a Dios y a mi familia. A Miguel Ángel Medellín Herbert, Miguel Ángel Medellín Alcántara y Guillermo Zorrilla.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a sus profesores, por su apoyo constante en todo momento, su confianza, supervisión, compartir su conocimiento y por orientarme a lo largo de la maestría. A la Dra. Reyes Lagunes a quien admiro y respeto profundamente.

Agradezco al Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler” y particularmente a la Dra. María Antonieta Calderón Márquez, jefa de Medicina Interna por permitirme ejercer como residente de medicina conductual en su servicio, así como su invaluable orientación al presentar mi protocolo en el XX Congreso de Medicina Interna. Agradezco a Psic. Virginia Alpuche y a Psic. Areli Fernández por introducirme en el servicio de medicina interna y apoyarme en todo lo que requería.

Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y a la Clínica de VIH, al Dr. Juan Gerardo Sierra Madero y a la Mtra. María José Noguera Orozco, por su orientación, confianza y apoyo durante mi segundo año de residencia.

Agradezco de manera muy especial a mi grupo de medicina conductual de quienes me llevo experiencias maravillosas a nivel personal y profesional, sin duda la maestría no hubiese sido lo mismo sin su presencia. Cointa Arroyo Jiménez muchas gracias por coincidir y por tu invaluable amistad.

A mis supervisores Mtro. Edgar Landa y Mtra. María José Noguera Orozco por ser dos valiosos ejemplos de superación y constancia.

A los médicos residentes de infectología, medicina interna y medicina integrada por permitirme conocer y verdaderamente comprender su trabajo día a día, así como el colaborar siempre de forma interdisciplinaria. Dra. Daniela Masseto, sólo puedo decirle muchas gracias por todo siempre.

A la Mtra. Fanny Tockeras, a mis amigos y a mis pacientes, por motivarme y recordarme diariamente la importancia de seguirme superando.

## ÍNDICE

### Introducción

### CAPÍTULO 1. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA VALORAR PERCEPCIÓN DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Delimitación conceptual del estigma

Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA)

Percepción de estigma y su impacto en la persona que vive con VIH

Técnicas e instrumentos de evaluación para valorar estigma asociado al VIH

HIV/Stigma scale: breve descripción, número de reactivos y categorías

Planteamiento del problema

Justificación

Pregunta de investigación

Hipótesis

Objetivos

Objetivos generales

Objetivos particulares

Metodología

Diseño

Participantes

Procedimiento

Análisis estadístico

Primera fase: Adaptación

Segunda fase: Validación estadística

Resultados

Caracterización de la muestra

Discusión

Conclusiones

### CAPÍTULO 2. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

### PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER”

Contexto de servicio

Características de la sede

Nivel de atención

Servicios de la sede

Servicio de medicina interna

Actividades clínicas diarias

Actividades académicas

Población atendida

Pacientes atendidos en piso de medicina interna

Pacientes atendidos en consulta externa

Evaluación del primer año de residencia

De la subsede

Programa operativo

De las actividades y programas específicos desarrollados

De la supervisión

SEGUNDA ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”

Contexto de servicio

Características de la sede

Nivel de atención

Servicios de la sede

Departamento de infectología

Actividades profesionales desarrolladas

Destrezas clínicas a desarrollar en el servicio

Programas específicos desarrollados

Actividades clínicas diarias

Actividades académicas

Población atendida

Evaluación del segundo año de residencia

De la subsede

Del programa operativo

De las actividades y programas específicos desarrollados

De la supervisión

Competencias adquiridas a lo largo de la residencia en medicina conductual

Conclusiones

Sugerencias

Referencias bibliográficas

## INTRODUCCIÓN

En el campo de la psicología de la salud, el estudio de variables que puedan afectar a la persona que padece una enfermedad, puede estar relacionado con la asimilación del diagnóstico, la decisión de iniciar o no un tratamiento, la adherencia al mismo, así como el cambiar algunos comportamientos considerados como factores de riesgo e incorporar factores de protección en el proceso que conlleva la adquisición de un nuevo estilo de vida. Es por esto, que una de las formas para evaluar de manera objetiva algunas variables psicológicas como lo son la depresión, ansiedad, calidad de vida, actitud, entre otras, es por medio de instrumentos psicométricos que cumplan con los criterios mínimos de validez y confiabilidad.

El presente reporte de experiencia profesional aborda en el primer capítulo el proceso para adaptar y validar una escala destinada a valorar la percepción de estigma asociada al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), variable que se encuentra fuertemente relacionada con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral.

En el segundo capítulo se realiza una división para describir las actividades que se llevaron a cabo durante los dos años de residencia hospitalaria. El primero se llevó a cabo dentro de un hospital de segundo nivel en el servicio de “División de medicina interna”, el cual engloba Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa y la Unidad de Cuidados Intensivos, así como la atención de interconsultas de los servicios de Dietología, Cirugía y Pediatría.

Posteriormente, se realiza una descripción de las funciones que se llevaron a cabo en la clínica de VIH que forma parte del servicio de Infectología de un hospital de tercer nivel durante el segundo año de la maestría, en las áreas de consulta externa, hospitalización, investigación y como co-terapeuta del grupo de apoyo.

La finalidad de este trabajo es mostrar la utilidad y la importancia que conlleva el trabajo del profesionalista en medicina conductual en un ámbito hospitalario, en el cual se requiere colaborar con un equipo interdisciplinario con el objetivo de atender las necesidades del paciente, su familia y del servicio.

## CAPÍTULO 1

### ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA VALORAR PERCEPCIÓN DE ESTIGMA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

#### **Delimitación conceptual del estigma**

El estigma es un concepto que ha sido ampliamente documentado en la literatura desde varias orientaciones teóricas y por distintas áreas como lo son la psicología, sociología, antropología, politología y geografía social de manera muy vaga, lo cual ofrece poca claridad en su definición, haciendo su enfoque multidisciplinario y su aplicación individualmente focalizada. Son estas las razones por las cuales el estigma es considerado un fenómeno complejo que, hasta no tener un consenso en cuanto a su definición, se sigue permitiendo tanta variabilidad (Link & Phelan, 2001).

Dentro de estas aproximaciones teóricas se encuentra la social cognitiva la cual trata de entender cómo las personas construyen categorías con el fin de estereotipar sus creencias. Bajo este marco de referencia, Link y Phelan (2001) propusieron que el estigma es la coocurrencia de cinco componentes en una situación de poder: la *etiqueta*, se refiere a la distinción y designación de las diferencias humanas; el *estereotipo*, vincula las creencias culturalmente dominantes con personas etiquetadas a características indeseables (estereotipos negativos); la *separación*, se refiere a la colocación de estas personas etiquetadas en distintas categorías con el fin de lograr un grado de separación entre “nosotros” y “ellos”; lo cual trae como consecuencia una *pérdida del estatus social* y la *discriminación* que se refiere a un trato inequitativo por otros.

Por su parte, Deacon (2006) sugiere delimitar la definición de estigma a un proceso de otredad, culpabilidad y vergüenza, distinguiéndola de la discriminación ya que ésta es un elemento de las desventajas relacionadas al estigma.

Uno de los trabajos más citados en relación al estigma y su conceptualización (Link & Phelan, 2001; Holzemer et al., 2007; Parker & Aggleton, 2003; King, Dinos, Shaw, Watson, Stevens, Passetti, Weich & Serfaty, 2007; Earnshaw & Chaudoir, 2009) es el realizado por Goffman (1963/2003), quien definió el estigma como la posesión de un atributo que descalifica profundamente a quien lo porta, reduciéndola de una persona completa y común a una contaminada y rebajada socialmente, por ejemplo el estigma percibido por personas pertenecientes a grupos vulnerables ya sea porque padecen alguna enfermedad mental (King et al., 2007) o personas pertenecientes a la comunidad bisexual, lésbica y homosexual (Ortiz-Hernández, 2005).

Esta posesión del atributo estigmatiza a quien la posee y a la vez confirma la normalidad del otro, por lo que resulta relevante estudiar las relaciones que se establecen entre ambos. Un estigma por tanto, es una clase de relación entre el atributo y el estereotipo. De este modo, se identifican tres tipos de estigma: las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter del individuo (perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a drogas,

homosexualidad, desempleo) y estigmas tribales (raza, nación, religión). El problema del estigma radica en la existencia de una creencia difundida de que, quienes pertenecen a una categoría dada deben, no sólo apoyar una norma particular, sino también llevarla a cabo (Goffman, 1963/2003).

En 1981 se estudiaron los primeros cuatro casos de un agente que provocaba una inmunodeficiencia (caracterizada por fiebre de etiología desconocida, la aparición de citomegalovirus, desarrollo del sarcoma de Kaposi, así como candidiasis esofágicas en personas homosexuales) fenómeno que fue identificado como una inmunodeficiencia celular adquirida (Gottlieb, Schroff, Schanker, Weisman, Thim-Fan, Wolf, Saxon, 1981). A partir de entonces, el número de casos se elevó y se fueron identificando grupos “en riesgo”, designándoles con palabras que denotaban cierta responsabilidad por haber contraído el virus del VIH debido a su conducta y sus preferencias relacionadas al sexo: promiscuos, gays, trabajadores que comercian sexo (Deacon, 2006) lo cual, lejos de reflejar una situación riesgosa, contribuía a una evaluación de la moralidad debido a aquellos signos que aportan información social o el carácter informativo que tiene el relacionarse con “alguien” en nuestra sociedad (Goffman, 1963/2003).

Un estudio observacional, transversal y analítico realizado en la ciudad de México se enfocó en determinar las relaciones que existen entre la opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción del estigma y ocultamiento) y cinco daños a la salud (percepción del estado de salud, ideación e intención suicida, trastornos mentales y alcoholismo).

### **Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA)**

El virus de la inmunodeficiencia humana sigue representando un problema de salud pública a nivel mundial, ya que hasta el año 2011 la cifra de personas que viven con el virus alcanzó los 34 millones, de las cuales 16.7 millones son mujeres y 3.3 millones son menores de 15 años, según datos reportados por la World Health Organization, UNAIDS y UNICEF (2011). Durante el 2011, el número de muertes a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue de 1.7 millones a nivel mundial, de los cuales 1.5 millones fueron adultos y 230,000 fueron menores de 15 años.

Por otro lado, a nivel nacional la cifra de personas que viven con VIH hasta el 2011 fue de 179,478; mientras que para el año 2012 se sumaron 3,781 nuevos casos seropositivos y 3,461 nuevos casos de SIDA (CENSIDA, 2012). Hasta el momento, la prevalencia en la población general es menor al 1% y México es considerado como un país donde la epidemia del SIDA está concentrada en grupos bien identificados: El 17.1% se encuentra en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 16.6% en trabajadores sexuales (TS) y 5.77% en usuarios de drogas intravenosas (UDI) (Candia, Ortiz y Jomara, 2012).



Tabla 1.

*Estados de la República Mexicana con mayor concentración de casos nuevos de SIDA*

Estados	Nuevos casos de SIDA
Distrito Federal	24,934
Estado de México	17,245
Veracruz	14,653
Jalisco	12,234
Puebla	7,166

*Nota:* Adaptado de “Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre del 2012” por CENSIDA, 2012. Algunos derechos reservados 2012.

Dado lo anterior, se implementaron estrategias con el fin de lograr y mantener el control de la pandemia, una de las cuales fue la introducción de los medicamentos antirretrovirales durante 1992 en instituciones de seguridad social, aumentando la sobrevivencia a 15 años de acuerdo con datos reportados por la Secretaría de Salud. Posteriormente, en 1997 se creó un fideicomiso (FONSIDA) que permitió proporcionar tratamiento a menores de 18 años y mujeres embarazadas, lo cual creó la necesidad de abarcar otros sectores de la población y en 1999 extender este apoyo a mil hombres y mujeres adultos distribuidos en las 32 entidades federativas (Soler-Claudín, 2009). Hacia finales del 2003, se obtuvo acceso universal al tratamiento antirretroviral para aquellas personas que no contaran con seguridad social por medio del Fideicomiso de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular (FPGC), mismo que entre 2004 y 2007, financió 109,838 casos que representaron 4,560 millones de pesos. (CENSIDA, 2012).

Sin embargo, a pesar de esta inversión se requieren enfrentar algunos retos entre los cuales destacan el que las personas acudan a realizarse la prueba de VIH oportunamente (Earnshaw & Quinn, 2012) evitar iniciar el tratamiento de forma tardía cuando ya se tiene confirmado el diagnóstico (Noguera, Caro-Vega, Crabtree, Vázquez & Sierra, 2012) incrementar el apego al tratamiento (Diiorio et al., 2009) así como disminuir y/o erradicar las conductas que los colocan en riesgo de reinfectarse, evitar crear resistencia a los antirretrovirales o transmitir el virus a otras personas (Salazar-González et al., 1998; Mayer, Wheeler, Bekker, Grinsztejn, Remien, Sandfort & Beyrer, 2013).

En un estudio transversal realizado en un hospital de tercer nivel, se indagaron los factores psicosociales que estuvieran relacionados con el inicio tardío de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por sus siglas en

inglés) encontrando que la percepción de estigma fue el factor más significativo (Noguera et al., 2012). Por otro lado, Valdiserri (2002) argumenta que una de las razones por las cuales las personas no se realizan la prueba de ELISA o que buscan atención médica de forma tardía, es porque éstas son percibidas como amenazantes, prejuiciosas, sin mostrar interés por sus necesidades ni circunstancias.

Las conductas de adhesión al tratamiento guardan una relación directa con el estigma percibido al tener que enfrentar y manejar adecuadamente la complejidad que tiene la toma del medicamento y (Diiorio, 2009). Por ello, resulta de gran interés poder identificar y medir de forma objetiva la percepción de estigma asociada al VIH, con el fin de determinar su prevalencia, monitorear este fenómeno así como crear y evaluar intervenciones que atiendan este problema en cualquier nivel de atención (Earnshaw, Smith, Chaudoir, Amico & Copenhaver, 2013; Diiorio, 2009; Deacon 2006).

### **Percepción de estigma y su impacto en la persona que vive con VIH**

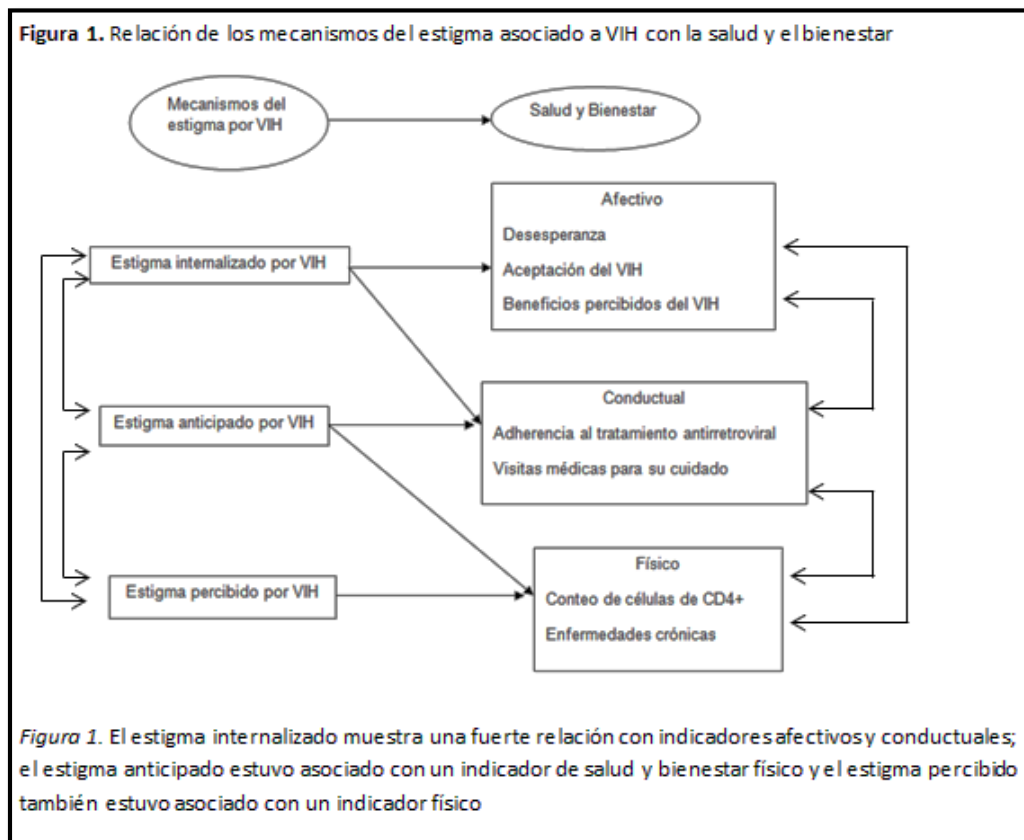
Las consecuencias del estigma y discriminación asociadas al VIH pueden llegar a ser tan graves como la misma enfermedad: el abandono por parte del cónyuge o de la familia, el aislamiento social, la pérdida de trabajo o bienes (Herek et al., 1998), la expulsión de la escuela, la negación de servicios médicos, falta de atención y apoyo, violencia (Herek, 1998), entre otros.

Un ejemplo de lo anterior, se observó en hombres que tienen sexo con hombres en China, al realizar una serie de entrevistas cualitativas sobre el impacto que tenía el estigma asociado al VIH, encontrando que la vergüenza está relacionada con la revelación del diagnóstico y la orientación sexual, forzándoles a tomar las siguientes decisiones: negación para relacionarse con una mujer, ceder ante la presión social del matrimonio al contraer nupcias con lesbianas o llenar las expectativas familiares y casarse con una mujer heterosexual para así cumplir con las responsabilidades de un hombre heterosexual según su norma social subjetiva la cual interfiere en gran medida para la toma de sus decisiones (Steward, Miége & Choi, 2013).

En otro estudio cualitativo, se realizaron entrevistas a través de grupos focales a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con el fin de identificar las barreras y los facilitadores para que buscaran tratamiento o accedieran a la realización de pruebas diagnósticas para VIH. Se encontró que dentro de las barreras para la detección oportuna del VIH se encuentran: el estigma y la discriminación asociados tanto al VIH (por ejemplo, a la población “gay”) las características y tipo de relación con la pareja, y el nombre de la prueba. Por otro lado, los factores que facilitan el realizarse la prueba son: involucrarse en relaciones sexuales de alto riesgo, el sentido de responsabilidad por su compañero, el colectivismo, realizarse la prueba como parte de una rutina médica para su cuidado, personal médico amigable identificado como HSH, una mayor aceptación de la población gay y bisexual entre el público en general, reconocimiento legal y protección a homosexuales y la existencia de pruebas caseras (Wei et al., 2013).

Pero además de estas consecuencias de carácter social, el estigma asociado al VIH impacta de manera individual, a la personas que viven con el virus a través de distintos mecanismos (internalización, percepción y anticipación) que son posibles respuestas ante el diagnóstico a nivel afectivo, conductual y físico. (Earnshaw et al., 2013).

Figura 1. Relación de los mecanismos del estigma asociado a VIH con la salud y el bienestar.



Otros estudios relacionan el desplazamiento a otras comunidades y el atraso en la atención médica, por el temor a la divulgación de datos confidenciales así como conductas de ocultamiento de los retrovirales frente a otras personas, lo cual puede provocar una falta de continuidad en las dosis (Millis, 2006).

### Técnicas e instrumentos de evaluación para valorar estigma asociado al VIH

De acuerdo con la literatura, uno de los grandes retos al conceptualizar el estigma es la fuente de información, dado a que algunas investigaciones sociales han sido realizadas por científicos que no pertenecen a grupos que son socialmente estigmatizados y pasan por alto la experiencia de vivir con la condición estigmatizada de su población de estudio (Kleinman et al 1995; Schneider, 1988).

Una de las técnicas para evaluar la percepción de estigma es el “Índice de estigma en personas que viven con VIH” (Schaay, Moody, Thomson, Chorley, Hale, Osborne & Stackpool-Moore, 2008).

Tabla 2. Instrumentos psicométricos para evaluar estigma en personas que viven con VIH

Año/ autor	Publicación	Número de ítems	Consistencia interna y confiabilidad	País
2012 Jeyaseelan et al	Assessing HIV/AIDS Stigma in South India: Validation and Abridgement of the Berger HIV Stigma Scale.	25	$\alpha = 0.91$ Test-retest = 0.89	India
2010 Jiménez et al.	Measuring HIV felt stigma: a culturally adapted scale targeting PLWHA in Puerto Rico.	17	$\alpha = 0.91$ Validez convergente. Pearson = 0.68	Puerto Rico
2004 Miric	Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la República Dominicana Bunn	18	$\alpha = 0.84$	República Dominicana
2008 Van Rie et al.	Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales.			Tailandia
2008 Sayles et al.	Development and Psychometric Assessment of a Multidimensional Measure of Internalized HIV Stigma in a sample of HIV-positive Adults.	28	$\alpha = 0.93$	
2013 Holzemer et al.	Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument – PLWA (HASI-P)	33		5 países africanos: Lesotho, Malawi, Sudáfrica, Swazilandia y Tanzania

**HIV/Stigma scale: breve descripción, número de reactivos y categorías**

La escala HIV Stigma Scale fue diseñada y validada por Berger, Ferrans y Lashley (2001) con la finalidad de medir el estigma percibido por personas que viven con VIH, basándose en la literatura referente a estigma y aspectos psicosociales relacionados al VIH. La revisión de su contenido se realizó por medio de la colaboración de distintas organizaciones relacionadas con VIH en Estados Unidos. Tras realizar un análisis factorial, emergieron cuatro factores: estigma personalizado, preocupación por revelar el diagnóstico, autoimagen negativa, preocupación ante las actitudes de otras personas frente al VIH. Su confiabilidad y consistencia interna se probaron con un alfa de 0.96 para el total de la escala, compuesta por 40 frases con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo).

### **Planteamiento del problema**

La adaptación de la escala original propuesta por Berger et al. (2001) ¿será una medida válida y confiable para determinar percepción de estigma en personas que viven con VIH?

### **Justificación**

Se realizó una búsqueda de escalas que estuvieran validadas en personas que viven con VIH en México y sólo se encuentra reportada una escala para valorar estigma asociado al VIH en prestadores de servicios de salud (Infante, Zarco, Cuadra, Morrison, Caballero y Magis, 2006), por lo cual se pensó en adaptar la escala de Berger ya que ha sido utilizada con mayor frecuencia en investigaciones destinadas a medir este constructo y de la cual se han documentado cuatro adaptaciones en distintos países (Tabla 2).

### **Pregunta de investigación**

¿La escala para valorar percepción de estigma en personas que viven con VIH obtendrá valores de validez y confiabilidad semejantes a la escala original?

### **Hipótesis**

La adaptación de la HIV Stigma Scale, permitirá tener un instrumento que mida de manera válida y confiable el grado de estigma percibido en personas que viven con VIH. Una vez cumpliendo estos criterios, se podrá caracterizar una muestra de la población atendida en el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, en la cual se espera que a menor tiempo de diagnóstico se observe una mayor percepción de estigma. Además se espera comprobar que el inicio tardío del tratamiento antirretroviral está relacionado con una mayor percepción de estigma.

### **Objetivos**

#### *Objetivos generales*

1. Adaptar la HIV Stigma Scale propuesta por Berger y sus colaboradores (2001).

2. Validar la escala previamente adaptada a través de un análisis factorial.
3. Obtener la confiabilidad de la escala.
4. Caracterizar la muestra y relacionarla con las variables sociodemográficas.

#### *Objetivos particulares*

1. Realizar una adaptación de la HIV Stigma Scale, tomando en consideración sus características de equivalencia al idioma español y a la cultura mexicana.
2. Validar el instrumento psicométrico por medio del análisis factorial y definir los factores resultantes.
3. Demostrar la confiabilidad del instrumento de forma global y por factores.
4. Obtener los puntajes normativos en relación a la edad y tiempo de diagnóstico, así como los estándares de calificación.
5. Relacionar los puntajes de estigma percibido con inicio de tratamiento antirretroviral.

### **Metodología**

#### *Diseño*

Se trata de un estudio no experimental, con un diseño de corte transversal que por medio de la adaptación y validación del instrumento se intentan describir las características psicométricas y compararlas con lo reportado en la literatura. Posteriormente, también se realiza una correlación con la variable inicio de tratamiento antirretroviral, con el fin de corroborar lo reportado en investigaciones previas, las cuales plantean que a mayor percepción de estigma, mayor tiempo transcurrido para el inicio de tratamiento (Noguera, Caro-Vega, Crabtree, Vázquez & Sierra, 2012).

#### *Participantes*

Entre mayo del 2012 y enero del 2013, se reclutaron 202 pacientes de la clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, ya sea por invitación directa de los médicos o las psicólogas a través de la consulta externa de Infectología, Infectopsicología, durante la entrega de los medicamentos antirretrovirales o en hospitalización.

Como criterios de inclusión para el estudio se consideraron aquellas personas mayores de 18 años, que vivieran con el diagnóstico de VIH, sin importar el tiempo del mismo ni si se encontraban bajo tratamiento o no. Como criterios de exclusión se descartaron las personas que contaran con un tratamiento psiquiátrico (esquizofrenia o psicosis); además de personas que tuvieran dificultades para comprender las preguntas del cuestionario.

La aplicación del instrumento se realizó posterior a una entrevista frente a frente con el paciente en la cual se entregaba una hoja de informe del proyecto y posteriormente, en caso de que aceptaran participar, se firmaba la carta de consentimiento. La escala constaba de 40 reactivos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert en modalidad pictórica donde el cuadro más grande indicaba estar “totalmente de acuerdo” con la frase, el siguiente

significaba “de acuerdo”, el siguiente “en desacuerdo” y el más pequeño indicaba estar “totalmente en desacuerdo”. La investigación realizada está respaldada por el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos y el Departamento de Infectología del mismo instituto.

A partir del expediente clínico y de la entrevista, se obtuvieron edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, tiempo de diagnóstico y fecha de inicio de tratamiento con cuenta de CD4+ y carga viral, cada uno, así como estos mismos indicadores biológicos actuales (al momento de la entrevista). Se consideró carga viral indetectable, aquellas copias que estuvieran por debajo de las 40 copias de RNA-VIH/mL.

Tabla 3.

*Datos sociodemográficos de los pacientes que participaron en el estudio*

Características	Hombres (n=176)		Mujeres (n=24)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Edad (años)</i>	40.11 ± 10.036 <sup>a</sup>		40.67 ± 12.409 <sup>a</sup>	
<i>Rango (años)</i>	20 - 72		18 - 64	
18 - 29	25	14.2	5	20.8
30 - 34	31	17.6	3	12.6
35 - 39	38	21.5	4	16.7
40 - 44	29	16.4	1	4.2
45 - 50	23	13.1	6	25.1
50+	33	18.9	5	20.9
<i>Estado civil</i>				
Solteros	149	84.7	15	62.5
Casados	27	15.3	9	37.5
<i>Educación</i>				
Sin estudios	1	0.6	1	4.2
Primaria	7	4.0	5	20.8
Secundaria	17	9.7	11	45.8
Preparatoria	49	27.8	3	12.5
Carrera técnica	17	9.7	1	4.2
Licenciatura	71	40.3	1	4.2
Posgrado	14	8	2	8.3
<i>Nivel socioeconómico</i>				
Sin evaluar	2	1.2	---	---
1	10	5.8	3	13
2	43	25.1	17	73.9
3	81	47.4	3	13
4	29	17	---	---
5	1	0.6	---	---
6	4	2.3	---	---
7	1	0.6	---	---
<i>Ocupación</i>				
Empleado	44	25.1	44	25.1

Hogar	---	---	---	---
Profesionista	59	33.7	59	33.7
Estudiante	9	5.1	9	5.1
Desempleado	15	8.6	15	8.6
Comerciante	47	26.9	47	26.9
Pensionado/ Jubilado	1	0.6	1	0.6

*Nota.* <sup>a</sup>= Media  $\pm$  Desviación Estándar

### *Procedimiento*

A cada participante se les entregó y leyó la hoja de informe, la carta de consentimiento y la escala poniendo especial atención a aquellas personas que no supieran leer, escribir o que no pudieran hacerlo debido a alguna dificultad visual. El tiempo promedio para realizar la entrevista y aplicar el cuestionario fue de 30 a 45 minutos. Si al momento de realizar la entrevista se identificaba a personas que contaban con un bajo nivel de escolaridad o manifestaban verbalmente que se les dificultaba comprender la frase, se les leía la pregunta nuevamente y se les pedía que respondieran conforme a lo que hayan entendido después de leérselas.

En dado caso de que el paciente, manifestara alguna reacción emocional como llanto, enojo o algún otro indicador de crisis, se realizaba una breve intervención con el fin de contener la respuesta emocional y se le ofrecían tres formas de ayuda:

- 1) Grupo de apoyo para personas que viven con VIH.
- 2) Consulta individual con el servicio de Infecto-Psicología.
- 3) Referencia al servicio de Infecto-Psiquiatría (mismos que se describen en el siguiente capítulo).

Una vez contenida la respuesta emocional, se continuaba con la aplicación de la escala.

### **Análisis estadístico**

#### *Primera fase: Adaptación*

Se realizó una traducción de la HIV Stigma Scale al idioma español, cuidando la equivalencia del lenguaje y tomando en consideración el nivel educativo de la mayoría de las personas a las que estaba dirigido. Por otro lado también se tomó en cuenta la equivalencia cultural del instrumento, es decir que se conservara la idea de la frase pero empleando una terminología y expresiones de acuerdo a nuestro idioma.

Un ejemplo de esto ocurrió con la frase: *“People I care about stopped calling me after learning I have HIV”*, la cual fue traducida y adaptada de la siguiente forma: *“La gente a la que aprecio dejó de llamarme después de saber que tengo VIH”*. También se realizó la inclusión del sexo femenino según aplicara la frase, por ejemplo *“People’s attitudes about HIV make me feel worse about myself”* se tradujo y adaptó como: *“Las actitudes de las personas acerca del VIH, me hacen sentir peor acerca de mí mismo/a”*.



Un dato relevante en este proceso fue tomar la decisión sobre si dejar intencionalmente el concepto “tener VIH” o sustituirlo por “vivir con VIH”, terminología propuesta recientemente (Mitchell, 2009; UNAIDS, 2011) que hace alusión a una forma de vida en vez de poseer un atributo estigmatizante, esto con el fin de recibir retroalimentación por parte de los jueces en cuanto a qué tanto podría afectar el resultado en la percepción de estigma, ya que si bien, es un término que se está empleando más comúnmente en las investigaciones, aún se siguen empleando coloquialmente términos como “seropositivo”, “persona/paciente con VIH” o “tener VIH” o “portador de VIH”. Finalmente se decidió dejar estos términos que se siguen usando coloquialmente con el fin de valorar el concepto de acuerdo con la norma subjetiva y el contexto de los pacientes.

#### *Segunda fase: Validación estadística*

Se realizó una validación por 12 jueces todos ellos psicólogos o expertos en el tema de VIH, a quienes se les pidió colocaran cada frase en su dimensión correspondiente. Una vez teniendo esta primera versión, se continuó con la adecuación del instrumento en donde se le solicitó a tres personas con dominio en el idioma inglés, que tradujeran nuevamente la escala, con el fin de ver qué tanto conservaba la idea original, realizando los cambios en tres frases.

En una de ellas la traducción y adaptación fue particularmente compleja ya que involucraba tres verbos en una sola idea y además establece una comparación entre dos situaciones, lo cual traía como consecuencia confusión en quien la leyera.

Frase original	<i>“It is easier to avoid new friendships than worry about telling someone that I have HIV”</i>
Versión 1	<i>“Es más fácil evitar nuevas amistades que preocuparse por decirle a alguien que vivo con VIH”</i>
Versión 2	<i>“Es más fácil evitar nuevas amistades que revelar mi diagnóstico de VIH”.</i>

Otro cambio que se le realizó a la prueba fue sustituir la escala tipo Likert de 4 respuestas por una escala pictórica tipo Likert de cuatro respuestas, en la cual el cuadro más grande simbolizaba estar totalmente de acuerdo con la frase, el cuadro siguiente en tamaño indicaba “Estar de acuerdo”, el siguiente “En desacuerdo” y el más pequeño “Totalmente en desacuerdo”, esto con la finalidad de facilitar la respuesta en aquellas personas con problemas visuales, dificultad para leer o con bajo nivel educativo (Reyes-Lagunes, 1993).

Teniendo esta versión, se le pidió al grupo de apoyo para personas que viven con VIH del INNSZ, constituido por 12 personas que contestaran el cuestionario con fines de piloteo, pidiéndoles su retroalimentación en cuanto a la claridad de las preguntas, el formato de respuesta o que manifestaran sus dudas en cuanto a los reactivos e instrucciones. La versión entregada a los pacientes no sufrió modificaciones, por lo que ésta constituyó la versión final y se comenzó a aplicar a la población meta.

## Resultados

Se aplicó la versión resultante del proceso de adaptación a 210 personas, de las cuales siete se negaron a participar, dos dejaron inconclusa la prueba y un paciente, tenía un bajo nivel cognitivo aunado al tratamiento de quimioterapia para atender el linfoma, lo cual afectaba su atención para comprender las frases que estaba leyendo, y por consiguiente es considerada una fuente de invalidación interna por efecto de maduración.

### *Análisis estadístico*

Los datos fueron ingresados a una base donde se efectuaron los análisis estadísticos con el programa SPSS Statistics v. 17.0. Con los datos obtenidos de 200 personas se realizó la determinación del sesgo, tomando en cuenta la asimetría de la distribución de la curva. Posteriormente se obtuvieron los siguientes cuartiles a partir de un análisis de frecuencias en los puntajes totales, esto con el fin de conocer si todas las opciones de respuesta tienen la misma probabilidad de ser elegidas.

Tabla 4.

*Percentiles obtenidos a partir de los puntajes totales.*

Percentil	Puntaje total
25	94
50	113
75	133

Una vez obtenidos los percentiles, se realizó el análisis de la direccionalidad, en el que a partir de los cuartiles extremos se utiliza la prueba t de Student para comparar las medias con muestras independientes y el análisis de la igualdad en las varianzas con la prueba de Levene. Todos los reactivos mostraron una significancia bilateral menor a 0.05, por lo que se tomaron en cuenta los 40 reactivos para realizar otro análisis por medio de las tablas de contingencia, en el cual se eliminaron nueve reactivos (Nunally, 1995). Posteriormente se realizó la prueba de fiabilidad o consistencia interna de la prueba, al calcular el alfa de Cronbach que resultó de 0.940 con los 31 reactivos restantes, el cual se considera muy alto. En este paso, no se eliminó ningún reactivo pues los valores que arrojaron los ítems en la columna de correlación múltiple al cuadrado, ninguno se encuentra por debajo de 0.20. Este estadístico nos muestra la relación que existe entre ese reactivo y el resto cuando la opción de respuesta es múltiple o tipo Likert (tabla 5).

Tabla 5.

*Estadísticos total de elementos.*

Reactivo	Media de la escala si se elimina el reactivo	Varianza de la escala si se elimina el reactivo	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el reactivo
3. Las actitudes de las personas acerca del VIH me hacen sentir peor acerca de mí mismo.	83.06	402.113	0.476	0.939
4. Decirle a alguien que tengo VIH es riesgoso.	84.05	396.880	0.500	0.938
5. Las personas con VIH pierden sus trabajos cuando sus jefes descubren el diagnóstico por VIH.	83.97	406.100	0.306	0.940
6. Me esfuerzo mucho por mantener mi diagnóstico de VIH en secreto.	83.95	396.343	0.588	0.938
8. Me he sentido avergonzado por tener VIH.	83.02	401.00	0.548	0.939
9. Las personas con VIH son tratadas como marginadas.	84.17	405.273	0.488	0.939
10. La mayoría de la gente cree que una persona que vive con VIH es indecente.	84.09	408.008	0.484	0.940
11. Es más fácil evitar tener nuevas amistades que preocuparse por decirle a alguien que tengo VIH.	83.28	400.700	0.486	0.939
13. Desde que conocí que tengo VIH, me siento apartado y aislado del resto del mundo.	82.80	401.424	0.503	0.938
14. La mayor parte de la gente piensa que una persona con VIH es repugnante.	83.84	402.510	0.574	0.939
16. La mayoría de la gente con VIH es rechazada cuando otros se enteran de su diagnóstico.	84.07	404.101	0.560	0.939
19. Desde que conozco que tengo VIH, me preocupa que la gente me discrimine.	83.62	392.683	0.604	0.937
20. La mayoría de las personas se sienten	83.89	400.350	0.523	0.938

incómodas al estar cerca de una persona con VIH.				
21. Me he sentido en la necesidad de esconder el hecho de que tengo VIH.	83.96	396.530	0.600	0.938
22. Me preocupa que la gente pueda juzgarme cuando ellos sepan que tengo VIH.	83.83	389.631	0.732	0.937
24. He sido lastimado por la forma en que reaccionó la gente al saber que tengo VIH.	83.16	394.989	0.597	0.938
25. Me preocupa que la gente que sabe que tengo VIH se lo diga a otras personas.	83.60	395.465	0.558	0.938
26. Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo VIH.	83.15	392.914	0.584	0.938
27. como regla: es un error decirle a otras personas que tengo VIH.	83.47	399.282	0.471	0.939
28. Algunas personas evitan tocarme una vez que saben que tengo VIH.	82.92	401.578	0.546	0.939
29. La gente a la que aprecio dejó de llamarme después de saber que tengo VIH	82.72	401.945	0.637	0.938
31. Algunas personas cercanas a mí tienen miedo de que otros los rechacen si se sabe que tengo VIH.	83.10	393.161	0.623	0.937
32. La gente no me quiere cerca de sus niños una vez que saben que tengo VIH.	82.88	399.267	0.592	0.938
33. Las personas se distanciaron físicamente de mí cuando supieron que tenía VIH.	82.84	397.858	0.701	0.938
34. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH.	83.12	393.763	0.658	0.937
35. Dejé de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones hacia mí por tener VIH.	82.99	393.915	0.640	0.937
36. He perdido amigos por contarles que tengo VIH.	82.81	400.705	0.633	0.939

37. Les he dicho a personas cercanas a mí que mantengan en secreto que tengo VIH.	83.85	397.872	0.420	0.939
38. Las personas que saben que tengo VIH tienden a ignorar mis cualidades/las cosas buenas que tengo.	82.74	401.193	0.586	0.938
39. Las personas parecen temerme una vez que saben que tengo VIH.	82.85	396.503	0.710	0.937
40. Cuando la gente sabe que tienes VIH busca defectos en tu carácter.	83.11	395.212	0.570	0.938

Con el fin de conocer el tipo de rotación para el análisis factorial, se realizó previamente un análisis de correlaciones de Pearson, en el cual se observó que los valores obtenidos oscilaban entre 0.069 y 0.666; las cuales se consideran bajas a medianas y por esto se decidió emplear para el análisis factorial una rotación ortogonal (Varimax) y de esta forma conocer el comportamiento de los reactivos y las dimensiones que conforman al constructo de estigma percibido (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006).

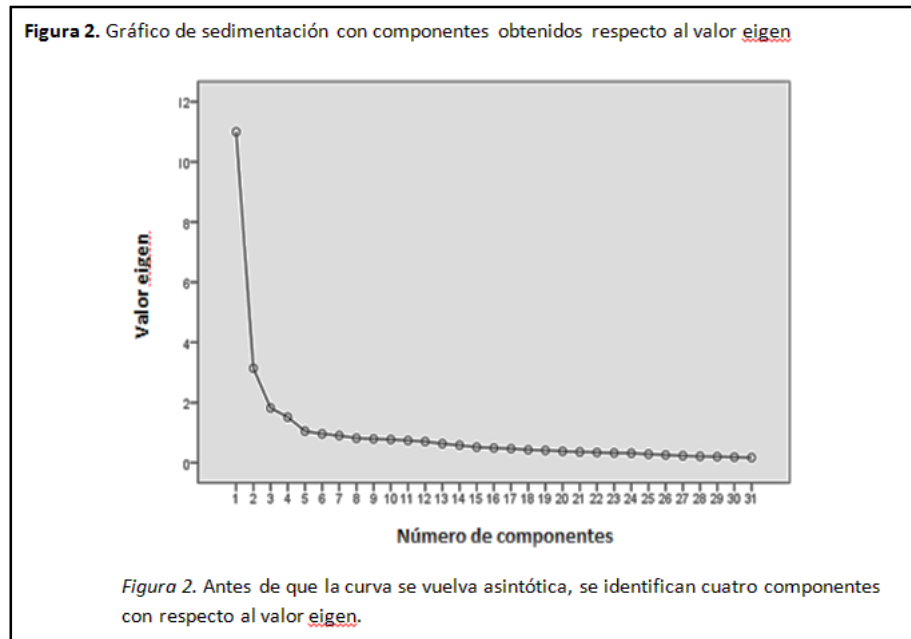
También se obtuvo la medida de Kaisen-Meyer-Olkin (KMO), la cual fue de 0.912 y esto es indicador de que el tamaño de la muestra es suficiente para la validación, con una varianza total explicada del 59.75%.

Al realizar el análisis factorial se obtiene la siguiente gráfica de sedimentación en la cual se pueden observar cuatro componentes principales obtenidos por medio de:

- 1) Observación directa de la gráfica de sedimentación (Figura 2) en la que se identifican cuatro factores antes del punto de quiebre de Catell (punto en el que la curva se vuelve asintótica).
- 2) A través del método de extracción: análisis de componentes principales y el método de rotación: Varimax, mismo que fue determinado a través de la correlación de Pearson.

Figura 2.

Gráfico de sedimentación con componentes obtenidos respecto al valor eigen\*.



De esta forma la escala obtenida se compone de 27 reactivos, con un alfa de Cronbach global de 0.932. A continuación se muestra la confiabilidad resultante de cada factor:

Tabla. 6.

Confiabilidad obtenida por factores.

Factor	Número de ítems contenidos en el factor	Alfa de Cronbach
1	11	0.921
2	8	0.881
3	4	0.780
4	4	0.762

El siguiente paso fue nombrar a cada uno de los factores de acuerdo al contenido de los reactivos encontrando correspondencia con los resultados descritos por Berger, Ferrans y Lashley (2001). Al primer factor resultante de este análisis se le nombró *estigma personalizado* ya que los 11 reactivos engloban las consecuencias percibidas cuando otros saben de su diagnóstico, lo que parece estar relacionado con las experiencias afectivas de temor y rechazo. En cuatro de estos ítems se encontró una disminución o pérdida del contacto relacional o filial, además de un alejamiento físico con su red social. En dos reactivos se encontró relación con el miedo y temor

percibido por otros al conocer su diagnóstico y en los cinco restantes se engloba la experiencia subjetiva de la persona que vive con el virus al percibirse rechazada, herida o evitada por otros.

Tabla 7.

*Reactivos agrupados por factor*

Reactivo	Carga Factorial
<i>Factor 1. Estigma personalizado</i>	
Las personas se distanciaron físicamente de mí cuando supieron que tenía VIH.	0.801
Las personas parecen temerme una vez que saben que tengo VIH.	0.789
La gente a la que aprecio dejó de llamarme después de saber que tengo VIH.	0.776
He perdido amigos por contarles que tengo VIH.	0.757
He sido lastimado por la forma en que reaccionó la gente al saber que tengo VIH.	0.733
Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH.	0.679
Dejé de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones hacia mí por tener VIH.	0.673
Las personas que saben que tengo VIH tienden a ignorar mis cualidades o las cosas buenas que tengo.	0.658
La gente no me quiere cerca de sus niños una vez que saben que tengo VIH.	0.657
Algunas personas evitan tocarme una vez que saben que tengo VIH.	0.507
Algunas personas cercanas a mí tienen miedo de que otros los rechacen si se sabe que tengo VIH.	0.568
<i>Factor 2. Preocupación por revelar el diagnóstico</i>	
Me preocupa que la gente pueda juzgarme cuando ellos sepan que tengo VIH.	0.782
Me he sentido en la necesidad de esconder el hecho de que tengo VIH.	0.701
Me esfuerzo mucho por mantener mi diagnóstico de VIH en secreto.	0.696
Me preocupa que la gente que sabe que tengo VIH se lo diga a otras personas.	0.691
Desde que conozco que tengo VIH, me preocupa que la gente me discrimine.	0.553
Como regla: Es un error decirle a otras personas que tengo VIH.	0.639
Les he dicho a personas cercanas a mí que mantengan en secreto que tengo VIH.	0.634

Decirle a alguien que tengo VIH es riesgoso.	0.537
<i>Factor 3. Actitud de otras personas frente al VIH</i>	
La mayoría de la gente cree que una persona que vive con VIH es indecente.	0.765
Las personas con VIH son tratadas como marginadas	0.725
La mayor parte de la gente piensa que una persona con VIH es repugnante.	0.692
La mayoría de la gente con VIH es rechazada cuando otros se enteran de su diagnóstico.	0.665
<i>Factor 4. Autoimagen negativa</i>	
Me he sentido avergonzado por tener VIH.	0.744
Las actitudes de las personas acerca del VIH me hacen sentir peor acerca de mí mismo.	0.678
Es más fácil evitar nuevas amistades que preocuparse por decirle a alguien que tengo VIH.	0.665
Desde que conocí que tengo VIH, me siento apartado y aislado del resto del mundo.	0.702

Al segundo factor se le denominó *preocupación por revelar el diagnóstico* constituido por ocho reactivos donde la persona mantiene en secreto su diagnóstico, controla la información o manifiesta preocupación de que las personas que saben su diagnóstico lo revelen ante otros. También se encontró la relación con creencias anticipatorias de discriminación y rechazo o preocupación ante la evaluación por parte de otras personas una vez que sepan su condición.

Al tercer factor se le nombró *actitud de otras personas frente al VIH*, pues los cuatro reactivos reflejaron lo que la mayoría de las personas piensan acerca de una persona que vive con VIH.

Finalmente el cuarto factor se constituye de cuatro ítems que reunieron cómo se percibe la persona al vivir con el virus del VIH, lo cual puede reflejar un aislamiento social, vergüenza o sentirse peor consigo mismo, por lo que se denominó *autoimagen negativa*.

Los rangos de las cargas factoriales que se obtuvieron como resultado en los cuatro factores del instrumento presentaron ligeramente un mayor peso en la carga factorial en comparación con las reportadas en el instrumento original, pese a que el número de reactivos contenido en cada factor fue menor (ver tabla 5) lo cual indica que se conserva en gran medida lo que pretende medir cada factor y no se requiere una mayor cantidad de ítems para valorar lo que percibe la gente que vive con VIH en cada rubro.



Tabla 8.

*Comparación con la escala de Berger, Ferrans y Lashley (2001).*

Nombre del factor	Número de ítems		Rangos de la carga factorial		Ítems que correlacionan con otro factor*
	Escala original	Adaptación	Escala original	Adaptación	
Estigma personalizado	18	11	0.53 – 0.73	0.57 – 0.80	9
Preocupación por revelar el diagnóstico	12	8	0.52 – 0.75	0.54 – 0.78	3
Actitud de otros frente a personas con VIH	12	4	0.65 – 0.71	0.66 – 0.76	3
Autoimagen negativa	9	4	0.41 – 0.64	0.60– 0.74	1

*Nota:* \* Corresponden al instrumento original. En su adaptación, se eliminaron tres ítems en el análisis factorial; dos de ellos fue porque correlacionaron en dos factores con una carga mayor a 0.40. El tercer ítem se eliminó porque resultó como único ítem en un quinto factor.

### **Caracterización de la muestra**

Una vez seleccionados los reactivos que constituyen la escala de percepción de estigma en personas que viven con VIH, se obtuvieron los puntajes en bruto de los 200 participantes para después calcular los puntajes T, a partir de los cuales se obtuvo un histograma de frecuencias con la finalidad de observar el comportamiento de la muestra y saber en qué zona de la curva se agrupaban los valores (Figura 3). Una vez realizado este paso se obtuvieron los percentiles.

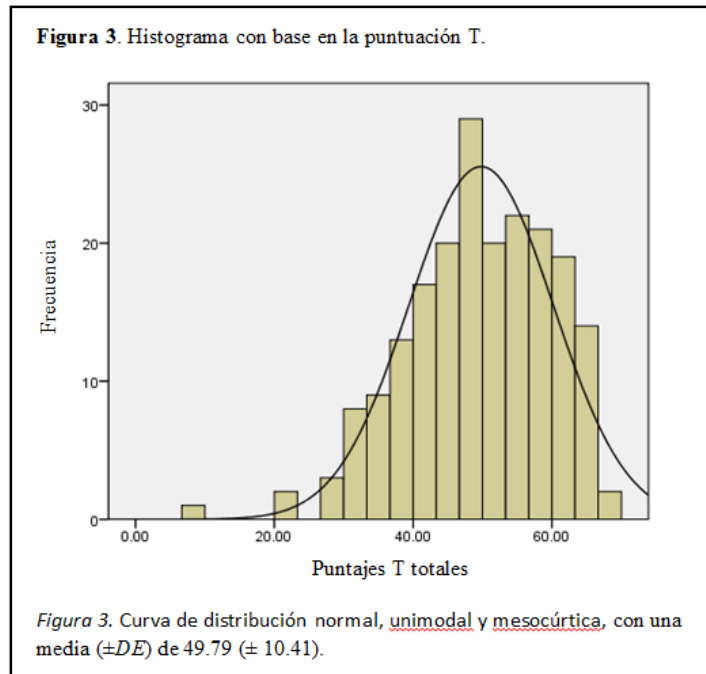


Tabla 9.

*Análisis estadístico sobre la distribución de los datos.*

Prueba estadística	Valor
Media	49.79
Mediana	49.93
Moda	54.39
Desviación estándar	10.41
Varianza	108.39
Valor mínimo	8.08
Valor máximo	68.35
Asimetría	-0.553
Percentiles	
10	34.91
20	41.00
30	44.52
40	47.70
50	49.93
60	53.28
70	56.63
80	59.97
90	63.32
100	68.35

Con base en la asignación del valor en la escala pictórica de la prueba, entre mayor sea el valor de puntaje obtenido, menor será la percepción de estigma relacionada al VIH. A partir de los puntajes T, se realizó un análisis de correlaciones de Pearson con algunas variables sociodemográficas y relacionadas al tratamiento médico que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 10.

*Correlación de variables sociodemográficas y relacionadas al tratamiento médico a partir de los puntajes T.*

Variables	Correlación de Pearson	Significancia estadística
Edad	0.016	0.827
Sexo	-0.234	0.001
Estado civil	-0.097	0.173
Fecha de diagnóstico	-0.009	0.908
CD4+ al momento del diagnóstico	-0.054	0.619
Carga viral al momento del diagnóstico	-0.055	0.671
Fecha de tratamiento	-0.048	0.570
CD4+ al momento del tratamiento	-0.104	0.344
Carga viral al momento del tratamiento	-0.093	0.441
CD4+ al momento de contestar el cuestionario	0.106	0.221
Carga viral al momento de contestar el cuestionario	-0.010	0.901

Tabla 11.

*Correlaciones entre factores con base en puntaje T.*

		Puntaje global	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Puntaje global	Correlación de Pearson	1	.863**	.836**	.635**	.661**
	Significancia bilateral		.000	.000	.000	.000
Factor 1	Correlación de Pearson	.863**	1	.528**	.370**	.465**
	Significancia bilateral	.000		.000	.000	.000
Factor 2	Correlación de Pearson	.836**	.528**	1	.501**	.479**
	Significancia bilateral	.000	.000		.000	.000
Factor 3	Correlación de Pearson	.635**	.370**	.501**	1	.409**
	Significancia bilateral	.000	.000	.000		.000
Factor 4	Correlación de Pearson	.661**	.465**	.479**	.409**	1
	Significancia bilateral	.000	.000	.000	.000	

Nota: \*\*La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

## **Discusión**

La finalidad de diseñar, validar y aplicar instrumentos de medición en psicología es generar puntuaciones que sirvan para cumplir diversos objetivos, tales como poner a prueba ciertas teorías, evaluar la efectividad de un tratamiento psicológico o verificar la relación que existe entre una o varias variables independientes (Carretero-Dios & Pérez, 2007). Con base en la revisión que se realizó, este instrumento ha sido ampliamente citado en temas de estigma y se ha validado y adaptado en otros países, además de que se ha comparado con otros instrumentos, sin embargo no se ha adaptado ni validado en México.

Dado a que la intención de este instrumento es valorar la percepción de estigma que tiene el paciente respecto al VIH, se decidió tomar en cuenta la percepción al momento de contestar el cuestionario, esto para evitar los posibles errores de medición al tratarse de una variable que puede verse alterada por muchos factores, entre las cuales el tiempo que llevan viviendo con el diagnóstico de VIH se consideró ser el más importante ya que si hubiesen contestado esta prueba al recibir el diagnóstico (por ejemplo en la década de los ochentas) probablemente se habrían obtenido resultados distintos. Sin embargo, al realizar una correlación de los puntajes T con esta variable, no se obtuvo una correlación significativa, lo cual sugiere que el tiempo de diagnóstico no es una variable que esté relacionada de forma directa con la percepción de estigma.

Por otro lado, el sexo parece ser una variable más relacionada a la percepción de estigma pero un punto discutible del estudio es la proporción de mujeres y hombres que contestaron el cuestionario, ya que no fue equitativa la muestra en cuanto a la cantidad de hombres y mujeres que la conformaron. En cuanto al inicio de tratamiento y los puntajes T, tampoco se observó relación significativa lo cual puede estar relacionado con muchos factores que facilitan la adaptación de vivir con VIH, como por ejemplo, los procesos cognitivos que fomenten la aceptación del diagnóstico, el contar con una historia de aprendizaje de adaptación a otras condiciones estigmatizadas (por ejemplo, la preferencia sexual por el mismo sexo), si recibieron el diagnóstico recientemente o hace años. En relación a la carga viral y la cuenta de CD4+ no se encontró relación con el estigma percibido en los tres momentos que se recabó esta información: al momento del diagnóstico, al inicio del tratamiento ni al momento de contestar el cuestionario. Se observa que la mayoría de estos pacientes se encuentran con cargas virales indetectables, lo cual sugiere un apego al tratamiento adecuado.

Pese a que no se encontró relación significativa con estas variables, el resultado de fiabilidad final (0.939) fue mayor a lo esperado en estudios sociales los cuales se esperan cercanos a 0.7. Aunado a esto, también se encuentra muy cercana a la reportada por Berger y sus colaboradores (2001) la cual fue de 0.96 aun cuando el instrumento final quedó constituido por 27 reactivos, que representan el 67.5% del instrumento original lo cual indica que no se requiere de una prueba de 40 reactivos para valorar el estigma percibido por la persona al vivir con VIH. Esto a su vez facilita la aplicación y la interpretación al obtener resultados confiables.

Otro dato importante es que este instrumento fue aplicado con fines de validación en un hospital de tercer nivel, lo cual trae como consecuencia que los pacientes estén habituados a participar en protocolos de investigación

y esto de alguna manera condicione su disposición para responder el cuestionario al hacerlo por discapacidad social, además de que al ser atendidos en una institución de gran prestigio, reconocida internacionalmente por su labor en la investigación brinde confianza en los usuarios de este servicio, por lo que sería deseable que se replicara en estudios multicéntricos con el fin de reflejar una situación más cercana a la realidad sobre el estigma percibido en pacientes que viven con VIH que sean atendidos en clínicas de primer y segundo nivel de atención (SAI, CAPASITS, hospitales generales, laboratorios de análisis clínicos gubernamentales y privados).

Por razones de tiempo, en este estudio no se contemplaron análisis de estabilidad en el tiempo, así como la comparación con otros instrumentos que valoraran constructos diferentes para obtener su confiabilidad y consistencia interna, por lo que se recomienda realizarlos en estudios posteriores.

### **Conclusiones**

La adaptación y validación realizada al instrumento de Berger, Ferrans y Lashley (2001) mide de forma válida y confiable la percepción de estigma asociada al VIH en personas que viven con esta condición lo cual permite utilizarla como una herramienta útil para realizar comparaciones al realizar intervenciones que estén relacionadas a este constructo o servir como un instrumento de comparación al realizar análisis de fiabilidad con otros instrumentos.

## **CAPÍTULO 2: REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

### **PRIMERA ROTACIÓN**

#### **HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER”**

##### **Contexto del servicio**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención Médica, en su artículo 70, los hospitales se clasifican según su grado de complejidad y poder de resolución:

- a) Hospital General: son establecimientos de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así como otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las anteriores, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización brinda servicio para cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, mismas que realizan actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, formación y desarrollo del personal para la salud, así como investigación científica.

- b) Hospital de Especialidades: Establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes de una o más especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización, donde se realicen actividades de prevención, rehabilitación, curación, formación y desarrollo de personal de la salud e investigación científica.
- c) Instituto: Se trata de establecimientos de tercer nivel, destinados principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal de salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, a personas que presenten un padecimiento específico, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.

##### **Características de la sede**

###### *Nivel de atención*

Con base en la clasificación anterior, el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler” es un hospital de segundo nivel de atención médica, ya que cuenta con las cuatro especialidades básicas y otras más que se describen a continuación.

###### *Servicios de la sede*

Los servicios de la sede son:

Tabla 12.

*Descripción de la población y tipo de atención según el servicio hospitalario.*

Servicio	Población		Atención		Intervino medicina conductual
	Pediátricos	Adultos	Consulta externa	Hospitalización	
División de medicina interna					
<i>Urgencias</i>	X	X	---	---	X
<i>Medicina Interna</i>	---	X	X	X	X
<i>Unidad de cuidados intensivos (UCI)</i>	X	X	---	X	X
Cirugía					
Gineco-obstetricia	---	X	X	X	X
Pediatria	X				

Aunados a los servicios anteriores se cuenta con consulta externa de:

- Dietología
- Cirugía maxilofacial
- Medicina conductual
- Medicina preventiva
- Mujer y salud
- Odontología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Planificación familiar
- Psiquiatría
- Psicología de la salud
- Rehabilitación física
- Servicios de atención integral (SAI)
- Tamiz auditivo
- Trabajo social
- Urología

Otros servicios son:

- Central de equipos y esterilización
- Servicios auxiliares y de diagnóstico (laboratorio clínico, radiología, ultrasonido, banco de sangre y patología).

- Servicios administrativos como archivo clínico, informática, estadística, subdirección y dirección médica, jefatura de enseñanza e investigación, recursos humanos y jefaturas de servicios médicos correspondientes.

### **Servicio de división de medicina interna**

El servicio de medicina interna está compuesto por:

*Jefe de servicio:* Dra. María Antonieta Calderón Márquez

*Médicos adscritos en piso turno matutino:* Dra. Ana Garnett Ruiz y Dr. Ricardo Cossio

*Médicos adscritos en piso turno vespertino:* Dra. Pérez y Dr. Ceceña

*Médicos adscritos en unidad de cuidados intensivos:* Dr. Gerardo Mosqueda

*Médicos adscritos en consulta externa:* Dr. Porras

*Psicóloga adscrita:* Lic. Areli Fernández

*Médicos residentes de medicina interna:* De acuerdo al año se clasifican como R1, R2, R3 y R4. Realizan rotación bimestral en urgencias, unidad de cuidados intensivos y hospitalización. Además en los últimos años de residencia realizan consulta externa en conjunto con un médico adscrito de la consulta externa. Realizan rotación en otros hospitales.

*Médicos residentes de medicina integrada:* De acuerdo al año se clasifican como R1 o R2. Realizan rotación bimestral en urgencias, UCI y hospitalización. También realizan rotación en otros hospitales.

*Médicos internos:* realizan su rotación bimestral por los servicios de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, urgencias y medicina preventiva.

*Estudiantes de medicina:* Realizan visitas al hospital y asisten a los pases de visita bajo la supervisión del médico adscrito o el jefe del servicio.

*Residentes de medicina conductual:* Guadalupe Rivera Cuevas y Brenda Pérez Terán desde enero del 2010 a febrero del 2011.

*Enfermeras:* Turno matutino, vespertino y nocturno.

*Trabajo social:* Realizan rotación bimestral

El servicio de hospitalización de medicina interna está constituido por 46 camas. Los principales padecimientos y condiciones que se atienden son:

- Diabetes tipo 1 y tipo 2
- Hipertensión arterial sistémica
- Enfermedades isquémicas
- Enfermedad pulmonar obstructivo crónica
- Insuficiencia renal crónica en cualquiera de sus estadios
- Enfermedades hepáticas
- Enfermedades cerebrovasculares



- Enfermedades autoinmunes: lupus eritomatosa, esclerosis múltiple, VIH.
- Influenza
- Tuberculosis
- Enfermedades gastrointestinales
- Neumonías
- Supresión ética e intoxicación por abuso de sustancias
- Intoxicación medicamentosa
- Intentos de suicidio

#### *Actividades clínicas diarias*

El horario de entrada al servicio comienza a las siete de la mañana para realizar el pase de visita con cualquiera de los tres médicos adscritos: Dr. Cossio, Dra. Garnett o Dr. Vargas, junto con los médicos residentes, internos y estudiantes. La importancia de realizar el pase de visita en conjunto con los médicos residía en:

- Aprender la clínica del padecimiento en el paciente.
- Participar con los médicos en ocasiones para el análisis del caso, donde se tomaba en cuenta nuestra opinión.
- Se nos interconsultaban los casos que estuvieran relacionados con psicología.

Todos los martes y jueves desde las ocho de la mañana y hasta las dos de la tarde, atendíamos a los pacientes en consulta externa que correspondían únicamente a medicina conductual. En ocasiones los lunes en el mismo horario apoyábamos a la psicóloga adscrita en la consulta externa de psicología de la salud.

Los lunes, martes y miércoles al medio día, exponíamos junto con los residentes de medicina integrada clases que preparábamos previamente, con base en temas de interés y utilidad, en presencia de la jefa del servicio.

Una vez a la semana se realizan guardias, durante las cuales se solicita con mayor demanda nuestro servicio en urgencias para pacientes que presentan ideación e intención suicida, crisis de ansiedad y valoración psicológica en pacientes renales.

El trabajo del residente en medicina conductual en piso se enfoca en aplicar las técnicas cognitivo conductuales en aquellos problemas referidos por los médicos:

1. Valorar a aquellos pacientes que nos refieren los médicos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en estadio 5, con el fin de evaluar si el paciente es candidato a ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDPI) con base en los puntos propuestos por la Dra. Calderón (2010) mismos que fueron integrados en un manual realizado por las residentes de medicina conductual de la generación anterior y reportado en la tesis para obtener el grado (Noguera, 2011). Para realizar esta valoración, se realiza una entrevista con el paciente y otra con su familia. Esta valoración es documentada en el expediente clínico y se realiza nota SOAP.

2. Una vez que el paciente ingresa al PDPI, se realizan sesiones de seguimiento con él y con su familia en las que se aborda el mantenimiento de las conductas de adhesión al tratamiento o las dificultades que se presentaron desde su valoración.
3. Con base en el análisis funcional de la conducta se evalúa el estado cognitivo, afectivo y conductual en pacientes referidos por el médico durante el pase de visita, por medio de entrevistas conductuales, aplicación de instrumentos psicométricos y escalas de evaluación rápida.
4. Se trabaja en conjunto con médicos y personal de enfermería para pacientes con dificultad para seguir indicaciones médicas, con el fin de facilitar la información proporcionada por el personal de salud.
5. En aquellos casos en los cuales el médico revela un diagnóstico como VIH/SIDA, proporciona información sobre un mal pronóstico o situaciones similares, ya sea al paciente o al familiar, se exploran los facilitadores que pueden detonar la crisis, las redes de apoyo, se elabora un plan en conjunto con el médico o con el paciente para afrontar la situación, se refuerzan conductas que forman parte de su historia de aprendizaje que puedan ayudar a enfrentar la crisis.
6. Se realizan sesiones psicoeducativas con los familiares y pacientes para explorar creencias y evaluar si estas son funcionales o no para el manejo de la enfermedad y el tratamiento en su caso.

#### *Actividades académicas*

Durante los días lunes, martes y miércoles al medio día se tenían sesiones académicas junto con los médicos de la residencia en medicina integrada, en los cuales se nos solicitaba preparar la sesión con temas que fueran de utilidad para ellos y que estuvieran sustentados en artículos científicos tales como: apego al tratamiento, intervención en crisis, comunicación de malas noticias, atribuciones y creencias más frecuentes en la diabetes mellitus, activación conductual, entre otros.

Aunado a las clases, durante el primer año de residencia se nos solicitó elaborar un protocolo que debía ser presentado en el congreso de medicina interna, el cual debía ser aprobado y autorizado por la jefa del servicio y el supervisor académico, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo. Con base en los resultados de las valoraciones realizadas durante todo el año de residencia, se presentó el protocolo “Manejo del estrés para promover las conductas de adhesión en pacientes con enfermedad renal crónica”, este mismo trabajo fue presentado también en el “XV Congreso colombiano de Psicología”.

### **Evaluación del primer año de residencia**

#### *De la subsección*

El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler” favorece con su personal y sus servicios, trabajar de manera interdisciplinaria como lo requiere el residente en medicina conductual, ya que facilita el intercambio de ideas, se valida nuestra opinión como profesionales de la salud y promueve el trabajo académico.

Particularmente la jefa de servicio de medicina interna, Dra. María Antonieta Calderón, facilita la inclusión de nuestra residencia con los médicos en las distintas áreas que conforman el servicio: urgencias, hospitalización, UCI y consulta externa. Su apoyo y su retroalimentación desde el enfoque médico, facilitan la inclusión del psicólogo en el ámbito hospitalario.

Las guardias nocturnas que realizábamos en conjunto con los médicos permiten entender el funcionamiento del hospital, las necesidades que se requieren atender y las áreas de oportunidad en las cuales nuestro apoyo facilita la atención al paciente. Un ejemplo de esto se observa cuando las camas son ocupadas por *pacientes conversivos*, quienes se presentaban al servicio de urgencias sin poder hablar o moverse y ocupaban una de las camas o camillas disponibles. En estos casos, los médicos acudían con nosotras y tras realizar una intervención cognitivo conductual, las pacientes comenzaban a moverse y hablar, lo cual trajo como consecuencia que las camas y camillas se desocuparan permitiendo el ingreso de pacientes con estadios clínicos más críticos y que requerían intervención médica de manera prioritaria.

#### *Programa operativo*

Se considera que este programa permitió desarrollar las competencias profesionales que exige la maestría, ya que continuamente estamos inmersas en las actividades clínicas donde la toma de decisiones, la aplicación del análisis funcional de la conducta y la elección de las técnicas, dieran resultados efectivos a corto plazo.

Pese a que nuestras actividades sólo estaban contempladas para el servicio de medicina interna, poco a poco los servicios como cirugía, maxilofacial, tamizaje auditivo, dietología y pediatría comenzaron a solicitarnos interconsultas, lo cual promueve el trabajo en equipo interdisciplinario.

#### *De las actividades y programas específicos desarrollados*

La paulatina inmersión del residente en medicina conductual en el servicio fue facilitada por la residente anterior ya que nos delegó por aproximaciones sucesivas funciones que ella desempeñaba por completo como lo fueron las valoraciones psicológicas iniciales para el ingreso al PDPI. Esta estrategia que empleó nos ayudó a adaptarnos fácilmente al servicio y nos dio la pauta para hacer lo mismo con los residentes que nos siguieron.

Tal como ocurre con los médicos, generación tras generación, se entregan las funciones del servicio y se prepara a los residentes para mantener los resultados que ha ofrecido medicina conductual.

Los programas que se han llevado a cabo como la inclusión de un protocolo que será presentado en el congreso de medicina interna, las sesiones académicas, estar a cargo de la valoración de pacientes para el ingreso a PDPI, así como las actividades clínicas ayudó a que desarrolláramos las competencias profesionales requeridas.

#### *De la supervisión*

Se contó con dos tipos de supervisión:

- a) La supervisión in situ a cargo de la Psic. Areli Fernández fue de gran utilidad, ya que nos facilitó en múltiples ocasiones el espacio de consulta pues la demanda del servicio en ocasiones nos sobrepasaba,

además de que nos retroalimentó con su experiencia en el abordaje clínico de casos particularmente difíciles.

- b) La supervisión académica llevada a cabo por el Mtro. Leonardo Reynoso, fue sobresaliente pues nos impulsó a desarrollar los protocolos de investigación y nos dio la orientación requerida para lograr aplicar los conocimientos teóricos en la práctica clínica, siempre dentro de un marco referencial acorde a la maestría. Aunado a esto, siempre fue un apoyo incondicional para todos los psicólogos y médicos que fuimos sus alumnos, facilitando en todo momento la comunicación entre ambas partes.

## **SEGUNDA ROTACIÓN**

### **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “DR. SALVADOR ZUBIRÁN”**

#### **Contexto del servicio**

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) está ubicado en la Delegación Tlalpan entre las calles de Vasco de Quiroga, San Fernando, Lateral de Viaducto Tlalpan y Martín de la Cruz. Sus principales objetivos son la investigación, docencia y la asistencia de alta calidad, basándose en los valores de seguridad, honestidad, responsabilidad y compromiso social, siempre dentro de un marco de libertad y lealtad al servicio del ser humano y su entorno.

El fundador del instituto, el doctor Salvador Zubirán, inició la transformación y modernización de lo que se conocía como Servicio de Enfermedades de la Nutrición del Hospital General de la Ciudad de México, en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, con un gobierno independiente de aquel. En 1980 el Dr. Salvador Zubirán es nombrado Director Emérito y posteriormente en 1987 se agrega su nombre al nombre del Instituto. Para el año 2000, se le conoce oficialmente como Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, el cual refleja apropiadamente las actividades de atención médica, investigación y enseñanza en las áreas de medicina interna, cirugía y nutrición.

#### **Características de la sede**

##### *Nivel de atención*

Al tratarse de un establecimiento que además de otorgar servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, realiza actividades de investigación científica, formación y desarrollo de personal de salud se considera que su nivel de atención médica es de tercer nivel. Proporciona atención médica especializada, integral y de alta calidad a población adulta.

##### *Servicios de la sede*

El instituto cuenta con los siguientes servicios:

- a) Dirección y subdirección médica
- b) Subdirección de enfermería
- c) Subdirección de servicios paramédicos
- d) Subdirección de servicios auxiliares y diagnóstico
- e) Subdirección de medicina crítica
- f) Subdirección de epidemiología hospitalaria y control de calidad de la atención médica
- g) Dirección de cirugía
- h) Dirección de enseñanza
- i) Dirección de nutrición
- j) Dirección de investigación
- k) Dirección de planeación
- l) Dirección administrativa
- m) Dirección de asesoría jurídica
- n) Dirección de cooperación institucional

### **Departamento de infectología**

El departamento de infectología perteneciente a la subdirección de investigación médica, está conformada por la unidad de microbiología, unidad de infecciones gastrointestinales, unidad de virología y por la unidad de epidemiología y bioestadística. La clínica de VIH pertenece a la unidad de virología y su jefe de área es el Dr. Juan Gerardo Sierra Madero y dentro de esta área se encuentra Infectopsicología para la atención psicológica de pacientes que viven con VIH.

### **Actividades profesionales desarrolladas**

#### *Destrezas clínicas a desarrollar en el servicio*

- a) Actuar con ética y responsabilidad especialmente en este servicio, guardando siempre la confidencialidad de la información.
- b) Realizar una exploración del problema actual con base en la entrevista conductual (Reynoso & Seligson, 2005).
- c) Describir las conductas problema por medio de un análisis funcional de la conducta (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).
- d) Elaborar un plan de tratamiento con base en el modelo de resolución de problemas aplicado en el diseño del tratamiento (Nezu, et al, 2006).
- e) Estructuración de las terapias.

- f) Formulación de casos clínicos.
- g) Elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación de pacientes que viven con VIH/SIDA (Nogueta, 2011).
- h) Realizar intervenciones cognitivo conductuales con los familiares del paciente.
- i) Sustentar la elección de la técnica más efectiva con psicología basada en evidencia.
- j) Realizar psicoeducación con base en la información más actual relacionada al VIH, al alcance del paciente.
- k) Compartir el conocimiento psicológico que se genere en torno al manejo del paciente con el equipo multidisciplinario.

#### *Programas específicos desarrollados*

1. Diseño e implementación del protocolo: “*Adaptación y validación de un instrumento para medir percepción de estigma en personas que viven con VIH*”. Este trabajo fue presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud.
2. Participación en el protocolo: “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH” investigación a cargo de la Psic. María José Nogueta Orozco y el Dr. Juan Gerardo Sierra Madero. Mis actividades consistieron en ayudar a calificar los cuestionarios y ayudar a capturar los resultados en la base de datos para su análisis.

#### *Actividades clínicas diarias*

- Realizar entrevistas clínicas y conductuales a los pacientes referidos por los médicos o por enfermería.
- Aplicar instrumentos de evaluación para los problemas más frecuentes en consulta.
- Aplicar el instrumento de percepción de estigma hasta alcanzar un mínimo de 200 pacientes.
- Realizar la consulta de Infectopsicología los días lunes de 14:00 a 18:00 horas y los jueves de 16:00 a 18:00 horas.
- Plantear junto con el paciente los objetivos a cumplir en terapia.
- Canalizar a infectopsiquiatría a aquellos pacientes en los que se requería el apoyo de una valoración psiquiátrica o tratamiento especializado.
- Planear e implementar sesiones clínicas del “Grupo de apoyo para pacientes que viven con VIH” las cuales se realizan todos los lunes a partir de las 19:00 horas.

#### *Actividades académicas*

- Los lunes a las 8:00 horas se asistía junto con las otras residentes de medicina conductual a una supervisión académica con el Mtro. Edgar Landa, para revisar cuestiones concernientes al protocolo de investigación realizado por nosotras en nuestras respectivas áreas.
- Todos los lunes a las 12:00 horas la residente en medicina conductual asistía a las sesiones médicas de VIH.
- Los martes a las 12:00 horas junto con los médicos se asistía a la descripción de un caso clínico de VIH de relevancia clínica.

- Los miércoles a las 12:00 horas se tenía sesión bibliográfica en la cual los médicos exponían un artículo de interés para el área de Infectología, el cual podía estar o no relacionado con VIH.
- Los lunes a las 13:00 horas se tenía clase de Metodología Estadística con la Psic. Sofía Sánchez Román quien se encuentra a cargo del área de Psicología del Departamento de Neurología y Psiquiatría.
- Los martes a las 13:00 horas se realizaban sesiones de psicología con otras residentes de medicina conductual y psicólogos(as) del área de Psicología del Departamento de Neurología y Psiquiatría, en las cuales se exponían artículos de psicología.
- Todos los viernes a las 8:00 horas en el auditorio del hospital se acudían a las sesiones generales, en donde cada Departamento del hospital presentaban los resultados de las investigaciones que se llevaban a cabo.

### **Población atendida**

Los pacientes que se atendían eran mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH, ya sea que se encontraran bajo tratamiento antirretroviral o no. En su mayor parte eran del sexo masculino. Es una clínica que atiende pacientes con diversidad sexual (hombres que tienen sexo con hombres, transexuales, entre otros).

Los escenarios en los cuales se les atendió fueron:

- a) Consulta externa
- b) Hospitalización
- c) Por medio de protocolos

Dentro de las principales problemáticas y diagnósticos que se presentaron fueron:

- a) Trastornos de ansiedad, no en todos los casos se encontró relación con el diagnóstico o tratamiento, sino más bien con situaciones relacionadas a la pareja y al trabajo.
- b) Trastornos del estado de ánimo, principalmente sintomatología depresiva.
- c) Falta de apego al tratamiento médico.
- d) Déficit en el desarrollo de habilidades sociales.
- e) Comunicación poco asertiva, en ocasiones relacionada con el manejo del enojo.
- f) Dificultad para la toma de decisiones.
- g) Uso y abuso de sustancias.
- h) Trastornos de personalidad, en cuyos casos se canalizaron al servicio de infectopsiquiatría para su valoración y seguimiento. En algunas ocasiones, se llevó el caso en conjunto con la Dra. Medina.

### **Evaluación del segundo año de residencia**

*De la subsede*

El instituto ofrece la oportunidad de abarcar dos campos en los cuales se requiere el desarrollo de competencias profesionales que requiere el psicólogo en medicina conductual, ya que por una parte, las habilidades clínicas se

fortalecen diariamente durante la consulta, con el grupo de apoyo y con la canalización de pacientes por parte del área médica. Por otro lado, la participación activa en protocolos de investigación facilita el desarrollo y la divulgación científica de lo realizado en esta área.

El haber tenido la oportunidad de realizar el segundo año de residencia en esta sede me permitió adquirir conocimientos de gran relevancia clínica, así como fortalecer y comprender aspectos técnicos referentes al VIH, lo cual facilita en gran manera transmitir esta información al paciente como un coadyuvante del tratamiento médico, ya que se tiene la posibilidad de conocer información de carácter científico a través de los resultados de otros protocolos que se llevan a cabo en la clínica.

Otro punto de suma importancia es que el instituto ofrece la infraestructura necesaria para la aplicación del protocolo, al contar con un espacio los días de consulta de Infectología en la clínica de VIH, revisar y realizar las anotaciones pertinentes en el expediente clínico, revisar la base de datos de INNSZnet, así como un espacio físico para el trabajo diario en el que se nos facilitó la conexión a internet para la descarga de artículos científicos.

Nuevamente el trabajo interdisciplinario en el que se incluye y toma en cuenta al psicólogo de medicina conductual, permite trabajar de forma coordinada en beneficio del paciente.

#### *Del programa operativo*

La calendarización de actividades y la programación de sesiones permitió establecer un orden y una agenda en la cual se potencializaron y reforzaron los conocimientos que demanda el programa de maestría tanto en el ámbito académico como en el clínico.

Considero que las sesiones de psicología con la Psic. Sofía Sánchez, nos permitió conocer y compartir información con psicólogos y psiquiatras de otro enfoque, principalmente desde el ámbito psicodinámico. Sin embargo, pese a los distintos enfoques, siempre se llevaron a cabo estas sesiones con respeto e interés, lo cual permite al residente interactuar y trabajar con otros colegas en el ámbito hospitalario.

En la clínica de VIH, por otro lado se tiene la oportunidad de compartir sugerencias de abordaje clínico con los psiquiatras, quienes como resultado del trabajo realizado por residentes de generaciones anteriores, se han mostrado abiertos e interesados con infectopsicología y ellos también nos refieren pacientes para protocolos y la consulta externa.

#### *De las actividades y programas específicos desarrollados*

Sin duda, la investigación en nuestro campo es requisito necesario para la formación de los psicólogos en medicina conductual, pues permite dar sustento sólido a nuestros argumentos y sugerencias de evaluación, tratamiento y abordaje clínico desde lo psicológico, por lo que incluir durante el segundo año el desarrollo del protocolo, con el respaldo del jefe de la clínica de VIH, fue de suma importancia en el programa de la maestría para adquirir las competencias profesionales en esta área.



### *De la supervisión*

Dentro de las actividades que enriquecieron el segundo año de residencia fue la supervisión in situ por parte de la Mtra. María José Noguera Orozco y la supervisión académica a cargo del Mtro. Edgar Landa, quienes en lo personal me incentivaron e hicieron las observaciones pertinentes a los trabajos presentados y brindaron su apoyo en el abordaje clínico de los pacientes, no sólo desde su experiencia profesional sino también brindándome las referencias necesarias para complementar mis trabajos.

Por otra parte, el Dr. Juan Gerardo Sierra Madero quien fue mi tutor me recibió en la clínica con mucha disposición para ayudarme a emprender proyectos que fueran de utilidad y beneficio para el paciente y el trabajo clínico de los residentes. Su confianza y asesoría en la parte clínica del paciente, me permitió comprender mejor al paciente que vive con VIH.

Finalmente la supervisión constante del Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, ha sido siempre pilar para mi formación académica, orientándome sobre la utilidad y relevancia de las intervenciones dentro del marco teórico de la terapia conductual, durante los dos años de la maestría así como en el desarrollo, implementación y culminación de los dos protocolos realizados en los dos años de residencia hospitalaria.

### **Competencias adquiridas a lo largo de la residencia en medicina conductual**

El Programa de Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual, cumple con todos los requisitos para formar al psicólogo en el ámbito clínico y académico, preparándonos para demostrar que al egresar se cuenta con la capacidad para:

- 1) Actuar de forma ética y con un conocimiento sólido respaldado en un marco teórico de la terapia conductual.
- 2) Desarrollar herramientas de evaluación válidas y confiables que contribuyan al establecimiento de diagnósticos y programas de intervención eficientes para la atención de las enfermedades crónicas en un ambiente hospitalario.
- 3) Colaborar en equipos interdisciplinarios en un ambiente de cordialidad, respeto y tolerancia.
- 4) Generar, implementar y compartir los resultados de los protocolos de investigación llevados a cabo en escenarios hospitalarios.
- 5) Preparación y orientación académica para la publicación de los resultados generados a partir de los protocolos de investigación en revistas de alto impacto y libros en conjunto con el coordinador de la maestría y otros compañeros de la residencia.
- 6) Difundir y compartir los resultados generados de los protocolos e intervenciones en el ámbito hospitalario por medio de la asistencia y participación como ponente en congresos nacionales e internacionales.
- 7) Respaldo las intervenciones conductuales con base en las investigaciones más relevantes y actuales relacionadas a la problemática, apoyándonos en la psicología basada en evidencia.

## **Conclusiones**

La planeación del programa de maestría en psicología clínica con residencia en medicina conductual me permitió adquirir los conocimientos teórico prácticos requeridos para demostrar la competencia profesional en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, ya que durante el primer semestre de la maestría adquirí y reforcé por medio de los talleres y clases teóricas, los conocimientos que me permitirían realizar evaluaciones e intervenciones sustentadas en un marco teórico conductual.

En cuanto al primer año de residencia, me permitió adquirir las habilidades clínicas relacionadas al diagnóstico y valoración psicológica inicial, así como la planeación de programas de intervención dirigidas a la corrección, adaptación y rehabilitación de las problemáticas referidas por los pacientes en consulta externa y hospitalización. Sin duda, el realizar las guardias nocturnas, me permitió conocer y entender las necesidades que presenta el servicio de urgencias, así como la utilidad de nuestras intervenciones de manera breve e inmediata al colaborar con los médicos de guardia de medicina interna y medicina integrada, de quienes en lo personal aprendí mucho a nivel personal y profesional.

Al terminar mi residencia en un hospital de tercer nivel, ya con las habilidades clínicas adquiridas y mejor consolidadas gracias al año y medio anterior, me permitió dedicar mayor tiempo a desarrollarme en el área de investigación y desarrollo de protocolos, en lo cual yo fui neófita y agradezco haber sido integrada a la clínica de VIH, tema del cual muestro gran interés desde que estudié la licenciatura y que estudio con pasión y compromiso. Sin duda, aprendí mucho a nivel personal y profesional de mis supervisores y mi tutor durante ese año.

Finalmente considero que el Mtro. Leonardo Reynoso, coordinador de la maestría fue elemento clave para mi continuo desarrollo en esta área, brindándome desde el inicio las herramientas teóricas, el apoyo académico, afectivo y la motivación constante para ejercer mi profesión con orgullo y competir con el conocimiento adquirido en el terreno laboral en el que me encuentro actualmente.

## **Sugerencias**

Considero que la duración y planeación del programa de maestría que se mantuvo vigente hasta mi generación, fue el idóneo para adquirir las competencias profesionales requeridas para obtener el grado por lo que sugiero que se contemple para su cumplimiento los dos años y seis meses propuestos en el programa o la reducción de éste a dos años, tiempo durante el cual recibí con gran gratitud mi beca por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Por otra parte, considero que algunos talleres teóricos como el de retroalimentación biológica se impartieran de manera más prolongada a fin de contar con mayor solidez de los elementos teórico-prácticos en esta área.

## Referencias bibliográficas

Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*, 24(6), 518–29. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11746080>

Calderón, M. (2010). ¿Qué es la falla renal crónica?. En Calderón, M. (Ed.), *Manual de función renal y enfermedades renales más frecuentes*. México: Alfil.

Candia, E., Ortiz, M. & Jomara, J. (2012). Informe de evaluación del programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS y Evaluación de resultados del Proyecto México de lucha contra el Sida, Ronda 9 financiado por el Fondo Mundial. Recuperado en [http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/FondoMundial/Propuesta-2013/DJ1\\_Informe-Final-VIH-Sida.pdf](http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/FondoMundial/Propuesta-2013/DJ1_Informe-Final-VIH-Sida.pdf)

Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863–882.

CENSIDA (2012). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA: Censida. Recuperado en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida\\_vih30sept2012pub.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30sept2012pub.pdf)

Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 418 – 425. Doi: 10.1002/casp.900

Diiorio, C., McCarty, F., Depadilla, L., Resnicow, K., Holstad, M. M., Yeager, K., ... Lundberg, B. (2009).

Adherence to antiretroviral medication regimens: a test of a psychosocial model. *Aids and Behavior*, 13(1), 10–22. doi:10.1007/s10461-007-9318-4

Earnshaw VA, Quinn DM. (2012). The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of Health Psychology* 17:157 doi10.1177/1359105311414952

Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV Stigma Mechanisms and Well-Being Among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework. *AIDS and behavior*. doi:10.1007/s10461-013-0437-9

- Fauci, A. S., & Morens, D. M. (2012). The perpetual challenge of infectious diseases. *The New England journal of medicine*, 366(5), 454–61. doi:10.1056/NEJMra1108296
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley. Recuperado en <http://www.people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *RIDEP (2)*, 91-110.
- Goffman, E. (2003). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1963).
- Herek G., Mitnick L., Burris S., Chesney M., Devine P., Fullilove M. T., Fullilove R., Gunther H. C., Levi J., Michaels S., Novick A., Pryor J., Snyder M. & Sweeney T. (1998). Workshop report: AIDS and Stigma: a conceptual framework and research agenda. *AIDS Public Policy Journal*, 13(1):36 – 47. Recuperado de <http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/stigma98.pdf>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry* (190), 248-254. doi:10.1192/bjp.bp.106.024638
- Mayer, K., Wheeler, D., Bekker, L., Grinsztejn, B., Remien, R., Sandfort, T. & Beyrer, C. (2013). Overcoming biological, behavioral, and structural vulnerabilities: New directions in research to decrease HIV transmission in men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 63(2), 161-167. doi: 10.1097/QAI.0b013e318298700e
- Mayston, R., Patel, V., Abas, M., Korgaonkar, P., Paranjape, R., Rodrigues, S., & Prince, M. (2013). Symptoms of common mental disorder and cognitive associations with seropositivity among a cohort of people coming for testing. pdf. *Biomedical Central Public Health*, 13(204), 1–12. doi:10.1186/1471-2458-13-204
- Mills, E. A. (2006). Briefing- From the physical self to the social body: Expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16: 498-503.
- Mitchell, R. (2009, June 10). From PLWHA to PLHIV. *National Association of People with HIV Australia*. Recuperado de <http://napwa.org.au/?q=node/1570>

- Nezu, A. M, Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Noguera, M. J. (2011). *Factores psicosociales asociados al inicio tardío de tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH* (tesis de maestría).
- Noguera, M.J., Caro-Vega, Y., Crabtree, B., Vázquez, F., Sierra, J. (2012). HIV related stigma as a factor for late HAART Initiation in Mexico. XIX International AIDS Conference. Abstract THPE451. Washington, D.C.
- Nunally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw- Hill.
- ONUSIDA (2008), *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Recuperado de [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521\\_stigmatisation\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf)
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 49 -65.
- Pinheiro de Paula Couto, M. C., Diniz, E., Eschiletti, L. & Koller, S. (2012). A case-control study of factors associated with HIV infection on Southern Brazilian Elders. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 771-782.
- Reyes L., I. (1993). Las redes semánticas naturales: su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97
- Reynoso, E. L. & Seligson N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Salazar-Gonzalez, J. F., Martinez-Maza, O., Nishanian, P., Aziz, N., Shen, L. P., Grosser, S., Taylor, J., et al. (1998). Increased immune activation precedes the inflection point of CD4 T cells and the increased serum virus load in human immunodeficiency virus infection. *The Journal of infectious diseases*, 178(2), 423–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9697722>
- Schwartz, G.E. & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-252. doi:10.1007/BF00846677
- Soler-Claudín, C. (2009). Acceso universal a Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años. *Salud Pública Mex*, 51, 26-33.

Steward, W. T., Miége P. & Choi, K. (2013). Charting a moral life: The influence of stigma and filial duties on marital decisions among Chinese men who have sex with men. *PLoS One*, 8(8): e71778 doi: 10.1371/journal.pone.0071778

UNAIDS (2011). UNAIDS Terminology Guidelines. Recuperado de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_en.pdf)

Valdiserri, R. O. (2002). HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *American journal of public health*, 92(3), 341–2. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1447072&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Wei C., Yan H., Yang C., Raymond H. F., Li J., Yang H., Zhao J., Huan X. & Stall R. (2013). Accessing HIV testing and treatment among men who have sex with men in China: A qualitative study. *AIDS Care*. doi: 10.1080/09540121.2013.824538

World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. (2011). *Global Summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2011*. Recuperado de [http://www.who.int/hiv/data/2012\\_epi\\_core\\_en.png](http://www.who.int/hiv/data/2012_epi_core_en.png)

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>

## ANEXO 1

**Tabla de análisis y eliminación de reactivos**

Ítem	Sesgo		Prueba t de Student	Direccionalidad	Alfa de Cronbach		Factor	Carga Factorial
	Valor	≤0.5			Valor	≤0.20		
1	1.004	X	Ok	<b>X</b>	--	--	--	--
2	-.894	Ok	Ok	<b>X</b>	--	--	--	--
3	-.769	Ok	Ok	Ok	.476	Ok	4	0.678
4	.519	X	Ok	Ok	.500	Ok	2	0.537
5	.399	Ok	Ok	Ok	.306	Ok	5	0.588
6	.368	Ok	Ok	Ok	.588	Ok	2	0.696
7	-1.355	Ok	Ok	<b>X</b>	--	--	--	--
8	-.900	Ok	Ok	Ok	.548	Ok	4	0.744
9	.670	X	Ok	Ok	.488	Ok	3	0.725
10	.621	X	Ok	Ok	.484	Ok	3	0.765
11	-.444	Ok	Ok	Ok	.486	Ok	4	0.665
12	-1.735	Ok	Ok	<b>X</b>	--	--	--	--
13	-1.361	Ok	Ok	Ok	.503	Ok	4	0.597
14	.195	Ok	Ok	Ok	.574	Ok	3	0.692
15	-2.106	Ok	Ok	<b>X</b>	--	--	--	--
16	.337	Ok	Ok	Ok	.560	Ok	3	0.665
17	1.762	<b>X</b>	Ok	<b>X</b>	--	--	--	--

18	-0.979	Ok	Ok	X	--	--	--	--
19	.021	Ok	Ok	Ok	.604	Ok	2	0.670
20	.268	Ok	Ok	Ok	.523	Ok	X	--
21	.421	Ok	Ok	Ok	.600	Ok	2	0.701
22	.230	Ok	Ok	Ok	.732	Ok	2	0.782
23	-1.787	Ok	Ok	X	--	--	--	--
24	-.646	Ok	Ok	Ok	.597	Ok	1	0.733
25	-.036	Ok	Ok	Ok	.558	Ok	2	0.691
26	-.723	Ok	Ok	Ok	.584	Ok	X	--
27	-.269	Ok	Ok	Ok	.471	Ok	2	0.639
28	-1.140	Ok	Ok	Ok	.546	Ok	1	0.619
29	-1.575	Ok	Ok	Ok	.637	Ok	1	0.776
30	-1.397	Ok	Ok	X	--	--	--	--
31	-.761	Ok	Ok	Ok	.623	Ok	1	0.568
32	-1.215	Ok	Ok	Ok	.592	Ok	1	0.657
33	-1.264	Ok	Ok	Ok	.701	Ok	1	0.801
34	-.703	Ok	Ok	Ok	.658	Ok	1	0.679
35	-.910	Ok	Ok	Ok	.640	Ok	1	0.673
36	-1.406	Ok	Ok	Ok	.633	Ok	1	0.757
37	.291	Ok	Ok	Ok	.420	Ok	2	0.634
38	-1.493	Ok	Ok	Ok	.586	Ok	1	0.658



39	-1.239	Ok	Ok	Ok	.710	Ok	1	0.789
40	-.746	Ok	Ok	Ok	.570	Ok	X	--