



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia
Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

DISEÑO DE UNA ESCALA SOBRE ESTIGMA Y
DISCRIMINACIÓN EN HOMBRES QUE VIVEN CON VIH

Investigación Cuantitativa de Alcance Descriptivo

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Miriam Olivia Macedo Gutiérrez

Director: Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña

Dictaminador: Dr. Ricardo Sánchez Medina

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 07 de junio del
2023.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Quiero agradecer al proyecto PAPIIT IN303423 “Estrategias de afrontamiento para reducir el estigma interno y externo en HSH VIH+: efectividad de una intervención de sesión única vía internet” el cual está a cargo de la Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña ya que me brindaron las bases para la realización de esta investigación, así como una beca de titulación la cual me dio la oportunidad de concluir mis estudios.

Al proyecto UNAM-DGAPA-PAPIIT IN301322, sobre “Intervención de sesión única en línea para promover el uso del condón”, la cual está a cargo del Dr. Ricardo Sánchez Medina, por permitirme el acceso a la población.

A mi madre por el apoyo que siempre me ha dado y nunca rendirse conmigo, a mi esposo por impulsarme y confiar en mí sin su orientación no estaría aquí, a los compañeros del proyecto PAPIIT IN303423 y UNAM-DGAPA-PAPIIT IN301322 por ser un gran equipo y, por último, pero no menos importante a mis amigos (Reyna, Lucila y Jesús) por acompañarme a lo largo de esta etapa de mi vida.

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Estadísticas	4
El estigma relacionado con el VIH a lo largo del tiempo.....	6
Consecuencia del estigma en personas seropositivas	8
Evaluación del estigma relacionado con el VIH	11
Planteamiento del problema	13
Método.....	15
Análisis de resultados	17
Resultados.....	18
Construcción del instrumento.....	23
Discusión	26
Referencias	31
Apéndices	36

Resumen

Este proyecto tuvo como objetivo construir un instrumento para evaluar discriminación y estigma en hombres mexicanos que viven con VIH, para su construcción se utilizó la técnica de redes semánticas naturales modificadas (RSNM) mediante la cual se obtuvieron palabras que tienen un significado psicológico alto para los participantes con las cuales se creó un instrumento el cual consta de noventa y seis ítems dividido en dos partes, en ambas secciones se incluyen afirmaciones para medir discriminación; en la primera sección se mide autoestigma o estigma interno y en la segunda sección se mide estigma percibido, estigma anticipado y estigma externo. Los resultados muestran un panorama amplio sobre las acciones, pensamientos y sentimientos que los participantes asocian con vivir con VIH por medio de palabras psicológicamente significativas las cuales fueron en su mayoría negativas.

Palabras clave: VIH, discriminación, rechazo, estigmas, evaluación, ignorancia.

Abstract

Abstract

The purpose of this project was to develop an instrument to assess discrimination and stigma in Mexican men living with HIV. For its elaboration, the technique of modified natural semantic networks (RSNM) was used to obtain words that have a strong psychological meaning for the participants and from which an instrument was created, consisting of ninety-six items divided into two sections. Both sections include statements to assess discrimination; the first section measures self-esteem or internal stigma and the second section measures perceived stigma, anticipated stigma and external stigma. The results give us a broad picture of the actions, thoughts and feelings that participants associate to living with HIV through psychologically meaningful words, which were mostly negative.

Key words: HIV, discrimination, rejection, stigma, evaluation, ignorance.

Introducción

El Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se descubrió en la república del Congo en el año de 1981, este virus se caracteriza por atacar el sistema inmunológico debilitando así los mecanismos de defensa que el cuerpo posee haciéndolo más vulnerable a infecciones de distintos tipos y algunos tipos de cáncer (Castañeda & Ramos, 2020), aun cuando la pandemia por VIH tiene más de 40 años de su inicio sigue siendo un problema de salud a nivel mundial con miles de infecciones nuevas registradas cada año (Rojas, 2021).

Vivir con VIH desde el descubrimiento del virus se asoció a juicios de valor, discriminación y estigmas, los cuales relacionaron al VIH con ser gay, consumir drogas, ser inmigrante, trabajo sexual o padecer ciertas enfermedades como la hemofilia, entre otras (Rojas, 2021). Estas concepciones negativas acompañan a las personas que viven con VIH hasta el día de hoy, Ncitakalo et al. (2021) indican que aún se aceptan como verdaderos mitos y existe falta de conocimientos sobre el VIH no solo en la población general sino en las personas que viven con VIH, por lo que hace falta que se implementen estrategias de intervención basadas en reducir la estigmatización, la discriminación y el miedo relacionados con el VIH en instituciones, escuelas y lugares de trabajo para la población general e implementar programas de asesoramiento y apoyo social dirigidos a personas que viven con VIH.

Estadísticas

En México, de acuerdo con el informe de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH de la Secretaría (SSA) desde 1983 y hasta el primer trimestre de 2023 en México se han detectado 355,969 casos de personas con VIH de los cuales el 85.24% son hombres y 14.76 % son mujeres. La CDMX es la entidad federativa con más casos de infección registrados con 13.4%, seguida del estado de México con 10.1%, Veracruz con 9.3% y Jalisco con 5.8%. Durante el 2022 se detectaron 17,620 casos nuevos y en lo que va del 2023 se han detectado 4222 casos nuevos de estos el 99.6% de ellos indican haberse contagiado por vía sexual y los rango de edad que registran tasas de infección más altas son aquellos que tienen entre 25 a 39 años (que van desde el 14.3% al 20.3%); las ciudades que registraron un incremento en contagios en lo que va del 2023 son Quintana Roo con 10.84, Colima con 7.68, Yucatán con 7.29, Tabasco con 5.58 y por último Baja California con 5.19 (SSA, 2023). En cuanto a los decesos, el último informe realizado el cual data del 2020 indica que se registraron

4,557 cabe resaltar que de estos el 40.3 % no contaba con afiliación a una institución de salud (INEGI, 2022; SSA, 2023).

Como se puede ver el virus de VIH tiene una presencia importante en el país a tal grado que se siguen registrando casos nuevos año con año, un dato alarmante es el porcentaje de personas que fallecieron por enfermedades relacionadas con el VIH que no tenían acceso a servicios de salud.

A nivel mundial el panorama no es muy distinto, cada año se registran miles de casos nuevos, de acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS, 2022):

En el 2022 había 38 millones de personas que viven con VIH de estos 5,9 millones desconocen que son portadores del virus, por lo que no reciben tratamiento, el 76% de los adultos infectados reciben tratamiento antirretrovírico (ARV) lo cual les permite llevar una vida normal y saludable, solo el 52% (basándose en la media mundial) de los niños con VIH durante el 2021 recibían el tratamiento de ARV. El 70% de las nuevas infecciones por VIH ocurren entre personas marginadas y cuya conducta a menudo se criminaliza. La población más afectada desde hace más de 10 años continúa siendo aquellos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).

En México, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) realiza investigaciones que permiten identificar, caracterizar y dar solución a las problemáticas de distintos grupos poblacionales entre ellos las personas que viven con VIH, a través de la implementación de programas de investigación que permitan conocer las barreras actuales de la detección de VIH y otras ITS, promover el apego al tratamiento, la detección de depresión en personas que viven con VIH, vinculación y acceso a los servicios de salud, así como seguimiento a las poblaciones clave: hombres homosexuales y HSH, personas que se dedican al trabajo sexual, personas que se inyectan drogas, personas trans y personas privadas de la libertad, pues aunque actualmente se sabe que el VIH puede afectar a cualquier persona los datos estadísticos indican que estos grupos siguen siendo la población más afectada (CENSIDA, 2022).

Los nuevos tratamientos de ARV llevados con una buena adherencia al tratamiento permiten a las personas que viven con VIH tener una buena calidad de vida incluso si su carga viral llega a ser baja o indetectable por al menos 6 meses disminuye la posibilidad de contagio por vía sexual a pesar de esto la población en general continúa albergando dentro de sus creencias ideas erróneas acerca de las formas de infección del VIH que los llevan a evitar el contacto con esta población, de acuerdo

con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2023; CONAPRED, 2023):

- El 36% de la población cree que convivir con personas con VIH o SIDA siempre es un riesgo.
- El 36% de la población no estaría dispuesta a rentar una habitación de su hogar a alguien que viva con VIH o SIDA.
- Del listado de los 36 grupos más discriminados en la CDMX, las personas que viven con VIH/SIDA ocupan la posición trece con el 1.5% de participación.

Como se puede ver en la población en general aún están presentes estigmas que asocian tener contacto o convivir con alguien que vive con VIH con riesgo de infección, lo cual también evidencia la falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH, estos estigmas y falta de información adecuada sobre el VIH ocasiona que las personas que viven con VIH sean discriminadas en diversos ambientes como lo son el trabajo en el 40% casos y en el ámbito de la salud en el 33% de los casos; de este último se vulnera principalmente el derecho a recibir un trato digno en el 58% de los casos (CONAPRED, 2023) es decir las personas que viven con VIH experimentan al recibir atención médica un trato diferente al de otros usuarios que solicitan servicios de salud sencillamente por vivir con VIH, lo cual es alarmante, pues el inicio oportuno y apego al tratamiento son fundamentales en la lucha contra el VIH.

El estigma relacionado con el VIH a lo largo del tiempo

El estigma fue definido (Goffman, 1963) como “un atributo profundamente desacreditador” (pág. 12) algo que al poseer hace a una persona en automático distinta a otra de forma negativa. Berger et al. (2001) desarrolló el primer modelo teórico sobre el estigma hacia el VIH al cual llamó Modelo del estigma percibido dicho modelo se desarrolla a partir de la siguiente premisa "conociendo la percepción social del VIH y sabiéndose infectadas por el virus, las personas tienen en cuenta las posibles reacciones de los demás a su enfermedad (estigma), de manera que cambian su comportamiento y su forma de ser" (pág. 523). Es decir el estigma está compuesto de reacciones negativas que los demás pueden exhibir frente a las personas con VIH debido a su condición seropositiva, saberse seropositivo lleva a las personas a pensar en la percepción social del VIH (el cual es comúnmente negativo), lo que los lleva modificar su comportamiento (ocultándolo,

aislándose) y forma de ser para evitar posibles reacciones de los demás hacia su condición seropositiva, en el Modelo del estigma percibido no sólo identificó un estigma específico que solo se recibía si se vivía con VIH, sino que también resaltó el temor latente con el que viven las personas seropositivas de que quienes los rodean descubran su condición seropositiva, el cual las lleva a emprender acciones para evitar se conozca dicha condición.

Earnshaw et al. (2013) definieron el estigma con el que viven las personas como un fenómeno de nivel social o estructura que se asocia a la clase, la raza, el género y la sexualidad, en su modelo “Marco de Estigma relacionado con el VIH” identificó y clasificó tres mecanismos en los cuales opera psicológicamente el estigma relacionado con el VIH:

- El estigma actuado engloba las creencias que adoptan las personas que viven con VIH tras haber experimentado discriminación y prejuicios en los contextos en los que viven, un ejemplo de esto sería revelar el estado serológico a alguien en quien se confía, pero que tras la revelación se aleja sin razón aparente o comienza a evitar tocar objetos que estuvieron en contacto con la persona que vive con VIH, una experiencia como la descrita puede generar la creencia que todas las personas que conozcan el estado serológico actuarán de la misma manera.
- El estigma anticipado engloba los pensamientos e ideas sobre la posibilidad de vivir discriminación, estigmas y prejuicios por vivir con VIH por parte de la comunidad un ejemplo de esto podría ser el ocultar el estado serológico a personas cercanas (familia y amigos) u ocultarlo a toda costa en contextos donde se desenvuelva (trabajo, escuela, etc.) por temor a reacciones negativas las cuales no han sucedido, pero que se cree se evitan vivir experiencias de discriminación.
- El estigma internalizado engloba las creencias erróneas sobre el VIH que se han internalizado (es decir que se toma como verdaderas) que existen en la sociedad, así como los sentimientos que estas producen, un ejemplo de esto es ocultar el estado serológico por temor a que se les considere promiscuos o irresponsables sexualmente.

Como se puede ver en el modelo “Marco de Estigma relacionado con el VIH” permitió ampliar la concepción de estigma de ser algo externo realizado por otras personas a algo interno (estigma internalizado) donde el individuo con VIH asume las concepciones sociales negativas que se tienen sobre el VIH y las incorpora a su sistema de creencias, lo que da por resultado sentimientos de auto

descalificación, vergüenza y desvalorización que los llevan a culpabilizarse por la adquisición del virus y que en consecuencia justifica el ser tratados con desigualdad. Sus planteamientos visibilizaron como un problema el temor a vivir experiencias de discriminación y prejuicio (estigma anticipado) antes de que estas ocurran.

El trabajo de Sánchez et al. (2022) compila las distinciones realizadas por diversos autores sobre el estigma, el cual de acuerdo con estos tiene diversas clasificaciones: estigma interno (auto estigma), estigma externo (experimentado o promulgado), estigma percibido y por último el estigma anticipado (pág.112):

- El estigma interno engloba las creencias negativas sobre el VIH que el individuo ha interiorizado que ocasionan auto estigma.
- El estigma externo se refiere al temor a la probabilidad de ser discriminado por ser seropositivo.
- El estigma percibido se refiere al temor de ser discriminado en los contextos en los que se relacione (escuela, trabajo, comunidad, etc.) por vivir con VIH.
- El estigma anticipado se relaciona con la expectativa a experimentar discriminación o ser juzgado en el futuro por ser seropositivo.

Desde la propuesta de estigma de Berger et al. (2001) hasta el día hoy la concepción de estigma relacionado con vivir con VIH se ha ampliado y dado una gran importancia a la manifestación interna de este, la cual se alimenta de creencias erróneas sobre el VIH interiorizadas, la culpa y el temor, así como de la expectativa de ser visto como diferente por otros y en los contextos donde se conviva o relacione.

Consecuencia del estigma en personas seropositivas

Las investigaciones realizadas por Katz et al. (2013), Li et al. (2011), y Nurfalah et al. (2019) demuestran que el estigma relacionado con el VIH trae diversas consecuencias negativas entre las que se puede mencionar:

- Sentir poca motivación para realizarse una prueba de VIH.
- Influir negativamente en la relación entre la autoeficacia en el cuidado de la salud o apego a tratamientos y la calidad de vida.

- No informar sobre los tratamientos contra el VIH.
- Aislarse del entorno (evitar a familiares y amigos, dejar de tener presencia en contextos como son el trabajo, la escuela y la comunidad).
- Acceso y uso limitados de los servicios de salud.
- Esconder o negarse a revelar que viven con VIH o la condición de seropositivo a otros.
- Experimentar vergüenza de vivir con VIH.

Estos autores también indican que lo antes mencionado influye en aspectos como continuar con la cadena de infecciones al desconocer el estado serológico, postergar el inicio del tratamiento o no tener conductas de autocuidado lo que puede desencadenar en muerte prematura por complicaciones de otras enfermedades, no adquirir hábitos que permitan mantenerse en un tratamiento, así como malestar emocional y psicológico, algo grave es que hay más población que no se adhieren a su cómo se puede observar el estigma relacionado con el VIH retrasa el inicio del tratamiento y afecta principalmente la adherencia terapéutica.

Katz et al (2013) indica que otros factores que influyen negativamente en la adherencia terapéutica son la falta de apoyo familiar, compañeros críticos (es decir que están en un estado crítico de salud por complicaciones de infecciones u otras enfermedades que aprovechan el estado inmunológico bajo), condiciones socioeconómicas (como no tener dinero para desplazarse a las clínicas para la obtención de medicamentos aun cuando se ofrezca el tratamiento de ARV de forma gratuita), olvidar tomar las dosis, falta de conocimiento sobre cómo funcionan los ARV, regímenes de medicación complejos que implican ingerir una cantidad de píldoras que pueden ocasionar una divulgación no deseada del estado serológico para cumplir con ellos, manifestar signos físicos de mala salud, efectos secundarios observables de la medicación, etc. de lo antes mencionado se comprende que las redes de apoyo familiares y sociales, la comprensión y el apoyo juega un papel importante si de mantenerse en el tratamiento de ARV se trata. Este autor también señala que el estigma internalizado ocasiona desmoralización, disminución de la autoeficacia y angustia y como veremos cada tipo de estigma trae consecuencias específicas en la persona seropositiva por ejemplo el estigma interno afecta ciertas decisiones de vida personal y profesional, la participación en actividades sociales y la búsqueda de atención médica (Moussa et al., 2021), el estigma anticipado es predictor de baja adherencia a los tratamientos de ARV y de una mayor preocupación sobre los esquemas de medicación (Camacho et al., 2020); al igual que el estigma percibido que se ha encontrado actúa

como una barrera para la prevención, la búsqueda de tratamiento, la atención y apoyo relacionados con el VIH (Subedi et al., 2019), el estigma externo ocasiona actitudes estigmatizantes las cuales son más frecuentes en personas con angustia psicológica, personas de mayor edad, baja escolaridad, personas bajo que viven en lugares de nivel socioeconómico, áreas rurales y zonas urbanas irregulares así como personas que no tienen conocimientos correctos sobre el VIH (Ncitakalo et al., 2021).

Como se ha podido observar la estigmatización por VIH puede tener diversas manifestaciones, las cuales tienen un papel importante en la concepción de las personas que viven con VIH que las puede llevar a considerar como verdaderas las concepciones sociales negativas que existen sobre el VIH lo que ocasiona que se consideren a sí mismas como personas que tiene algo malo que deben ocultar, por miedo al rechazo de quienes los rodean, por el temor a que se les asocie con prácticas como tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo, utilizar drogas inyectables o ser trabajadores sexuales que no usan protección, las cuales ya por si solas son estigmatizantes.

El estigma es algo que trae consecuencia negativas, que no solo afecta la percepción de la población en general acerca de lo que es el VIH, sino que también causa mucho daño emocional y psicológico a las personas que viven con VIH el cual disminuye la efectividad de los esfuerzos que a nivel gobierno se hacen para hacer accesibles los tratamientos de ARV, pues influye negativamente en que las personas que viven con VIH se acerquen a los servicios de salud a iniciar tratamiento en cuanto son diagnosticadas como VIH positivo, se mantengan en tratamiento de ARV y se informen acerca del VIH.

De poco sirve que se realicen múltiples estudios para tratar de apoyar a esta población y que se haga accesible el tratamiento de ARV si no se trabaja en conocer el estigma e identificarlo desde la concepción social, enfocándose principalmente en identificar y conocer los autoestigmas que están presentes en procesos como hacerse una prueba para conocer el estado serológico, solicitar tratamiento, solicitar información acerca del VIH, etc., no se podrá combatir la pandemia por VIH de forma adecuada, lo cual contribuirá a seguir registrando año con año casos nuevos de VIH así como muertes de personas que viven con VIH las cuales no se acercaron a alguna institución médica para recibir atención.

Evaluación del estigma relacionado con el VIH

La evaluación del estigma en personas que viven con VIH tiene sus comienzos con la Escala Berger et al. (2001) esta es la escala con más representatividad en cuanto a la medición de estigma en personas con VIH en su versión original consta de 30 ítems aunque este número puede variar dependiendo de la adaptación, mide el estigma establecido, preocupaciones de divulgación de estatus de seropositivo, autoimagen negativa y preocupaciones ante actitudes públicas en respuestas de tipo Likert de 5 puntos, fue realizada en población que vive con VIH de E.U. de ambos sexos (de los estados Illinois, Missouri, Wisconsin, Kansas, Michigan, Arizona, Nueva York, y Texas) con una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 ha sido traducida a varios idiomas entre ellos el español (adaptada en España por Fuster et al., 2015) con una coeficiente alfa de Cronbach de 0.88) y adaptada a la población de diversos países incluyendo población latinoamericana como en Perú (Franke et al., 2010), Argentina (Alpert et al., 2013), etc.

La escala Berger et al.(2001) ha servido de base para el desarrollo de otras escalas tales como la escala de estigma interiorizado de Hernansaiz-Garrido y Alonso-Tapia (2017) la cual se realizó en población española de habla hispana, esta mide el estigma internalizado y las preocupaciones sobre la divulgación del estado serológico, consta de 10 ítems con respuestas tipo Likert y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de =.94; la escala de estigma sentido de Miric (2004) desarrollada en población dominicana la cual se probó en hombres y mujeres seropositivas, esta escala mide el estigma personalizado, encubrimiento, autoestima y estigma extensivo consta de 18 ítems con respuestas tipo Likert y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84; y la Brief HIV stigma scale for Japanese people living with HIV de Fumiko et al. (2020), realizada en adultos japoneses con VIH, entre muchas otras.

A partir de la creación de la escala Berger et al. (2001) en diversos países del mundo se han desarrollado otras escalas de creación propia para medir el estigma en personas seropositivas principalmente en E.U. y Europa tales como la escala de estigma experimentado por las personas que viven con VIH de Holzemer et al. (2007) esta escala mide estigma experimentado por las personas que viven con VIH a través de varias subescalas (abuso verbal, autopercepción negativa, negligencia en la atención de la salud, aislamiento social, miedo al contagio y estigma laboral), consta de 33 ítems con respuestas tipo Likert fue desarrollada en hombres y mujeres que viven con VIH africanos (de los países Lesoto, Malawi, Sudáfrica, Suazilandia y Tanzania) con coeficientes

alfa de Cronbach que van de 0.75 a 0.90 dependiendo la sub escala; la escala de estigma interiorizado de Kalichman et al. (2009), esta escala mide el estigma interiorizado por medio de 6 ítems que se responden en formato Likert, cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.75, fue desarrollada con datos recopilados de diversas poblaciones (n=1068), Swazilandia (n=1090) y Atlanta (EE. 0,75) también se consideró válida y confiable para población de África del sur y América del Norte, dirigido a personas seropositivas de ambos sexos; la Escala de mecanismos de estigma relacionados con VIH de Earnshaw et al. (2013) consta de 24 ítems que se responden en formato Likert cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86, esta escala mide estigma internalizado, el estigma promulgado y el estigma anticipado estos últimos se evalúa a partir de tres fuentes: la familia, la comunidad y los trabajadores sociales comunitarios y los trabajadores de la salud (tres ítems cada uno); el Abbreviated HIV-related stigma scale for young people living with HIV and young people affected by HIV in India de Marbaniang et al. (2022), esta escala fue desarrollada en población de la India, la cual consta de 12 ítems, que se califican en una escala Likert de 4 puntos, mide estigma que se relaciona con VIH y tiene confiabilidad alfa de Cronbach del 0.82% fue desarrollada basándose en estudios de salud mental recolectados del 2018 al 2021 por el centro de terapia de ARV, entrevistas cognitivas y hallazgos de diversos análisis factoriales confirmatorios.

En Latinoamérica al evaluar el estigma relacionado con el VIH por lo general se utilizan adaptaciones de la escala Berger et al. (2001) en el mejor de los casos, de lo contrario se utiliza solo la adaptación hecha por Fuster et al. (2015) en población española de esta misma escala sin comprobar su validez y confiabilidad en la población a la cual se utilizara, en cuanto al desarrollo de escalas para medir el estigma en población con VIH de creación propia se han desarrollado pocas la mayoría desarrolladas en E.U. utilizando población latina tal es el caso de la HIV/AIDS Stigma Scale para Latinos GBT de Molina y Ramírez-Valles (2013), la cual se realizó en población de ascendencia latinoamericana de San Francisco y Chicago, se incluyeron 170 GBT VIH positivos (hombres homosexuales, n = 136; hombres bisexuales, n = 15; mujeres transgénero, n = 19)., esta escala evalúa el estigma percibido y experimentado en 4 dimensiones: estigma internalizado, estigma percibido, estigma generalizado promulgado y estigma promulgado romántico y sexual, cuenta con 38 ítems que se responden en formato Likert, cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.8 y la Escala de Estigma sentido del VIH o la HFSS por sus siglas en inglés de Jiménez et al. (2010) la cual se desarrolló en Puerto Rico para su uso con poblaciones de habla hispana (hombres y mujeres), esta escala mide el estigma percibido o estigma sentido por medio de cuatro dimensiones

o subescalas: estigma personalizado, preocupaciones por la divulgación, autoimagen negativa y preocupación por las actitudes públicas, consta de 17 ítems que se responden en formato Likert, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91.

De creación propia en Latinoamérica solo se tiene el Inventario de Estigma relacionado con el VIH (IE-VIH) versión preliminar realizada por Radusky et al. (2017) en población de Argentina, esta escala evalúa el estigma percibido por las personas con VIH y los aspectos psicosociales de tener VIH por medio de tres subescalas o factores: estigma internalizado, estigma experimentado y estigma anticipado, está dirigido a personas seropositivas de ambos sexos, consta de 50 ítems (después de la segunda fase de aplicación), se responden en formato Likert y cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, como podemos ver los instrumentos para medir estigma en población latinoamericana son en su mayoría adaptaciones de escalas creadas y aprobadas en su mayoría en poblaciones de otros países y continentes.

Planteamiento del problema

En México el panorama de la medición del estigma no es muy distinto al del resto de Latinoamérica, únicamente se cuenta con dos escalas adaptadas a la población mexicana: el trabajo de Rodríguez de los Reyes que en el 2015 adaptó la Escala de mecanismos de estigma relacionados con VIH de Earnshaw et al. (2013) aunque dicha adaptación sólo se hizo en varones mexicanos con VIH, aun así se utiliza en hombres y mujeres seropositivas por igual y la muy reciente adaptación de la escala Berger et al. (2001) realizada por López et al. (2022) validada tanto en hombres como en mujeres mexicanas que viven con VIH. De creación propia solo se tiene el Cuestionario de discriminación temida y percibida en mujeres que viven con VIH/SIDA este tiene 48 ítems que se responden en formato Likert, creado por Moral y Segovia (2011), el cual se realizó en mujeres mexicanas que viven con VIH de Nuevo León y aunque no mide estigma sino discriminación ha sido adaptado para usarse en investigaciones que pretendían medir estigma tanto en hombres como mujeres seropositivos (Otero & Rodríguez, 2022; Otero & Rodríguez, 2020).

A pesar de no se tiene escalas mexicanas y que hay pocas escalas que midan el estigma adaptadas a la población en la literatura se menciona que se han empleado en algunas investigaciones versiones basadas en la escala Berger et al. (2001), en la escala de Earnshaw et al. (2013), en la escala de

Kalichman et al. (2009) y en la escala de Moral y Segovia (2011), para medir los niveles de estigma en población seropositiva.

Dada la importancia que tiene el estigma en aspectos como la resolución de realizarse una prueba de VIH de cualquier individuo, la búsqueda de tratamiento y el apego a este por parte de las personas que viven con VIH (García et al., 2016; Hernansaiz-Garrido & Alonso-Tapia, 2017; López et al., 2022; Radusky et al., 2017; Wilandika & Sari, 2020) es necesario la creación de una escala o inventario mexicano que mida el estigma así como las dimensiones que contempla la literatura actual (estigma interno, estigma externo, estigma percibido y estigma anticipado) debido a que actualmente a nivel nacional no se cuenta con ninguna escala o inventario que mida el estigma lo más próximo de creación mexicana es la escala de Moral y Segovia (2011) la cual como ya se mencionó no mide estigma, sino discriminación en cuanto a las escalas que miden estigma que se utilizan son adaptaciones de versiones creadas en otros países tal es el caso de la escala Berger et al. (2001), la escala Earnshaw et al. (2013) y Kalichman et al. (2009) las cuales no consideran las peculiaridades de la población como lo son su lenguaje, sus creencias, la percepción social sobre el VIH entre otros aspectos que contribuyen al mantenimiento y desarrollo de estigmas en torno al VIH en la población mexicana .

Las redes semánticas naturales modificadas (RSNM) son un método que facilita la construcción de instrumentos de medición psicológica culturalmente sensibles y relevantes (Reyes-Lagunes, 1991) este método que tiene diversas ventajas entre las que se puede mencionar, tener una muestra representativa de la conducta que se desea medir la cual además incluye las características culturales específicas de la población en la que se desarrolla gracias a que la construcción de conceptos es realizada por la población objetivo la cual definen el concepto de interés (definición psicológica) partiendo de un concepto central (nodo) utilizando palabras a las que posteriormente les asignan un valor o nivel de importancia (peso semántico) por lo que permite crear un instrumento válido y confiable que además es más económico que otros medios.

Objetivo.

Diseñar un instrumento para medir el estigma en HSH que viven con VIH por medio de la técnica de Redes semánticas naturales modificadas (RSNM).

Método

Población

Se trata de hombres mexicanos de entre 18 y 65 años, que son sexualmente activos y que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), los cuales tienen un diagnóstico de VIH positivo; que acuden a Clínica Condesa Iztapalapa, perteneciente a la Ciudad de México a solicitar algunos de los servicios que ofrece dicha institución.

Participantes

La muestra consta de 115 de hombres mexicanos que viven con VIH los cuales acuden a Clínica Condesa de Iztapalapa para recibir tratamiento o para realizar prueba de detección o prueba de carga viral.

Tipo de muestreo

No probabilístico

Se considera no probabilística cuando es necesario que la población participante cuente con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández et al., 2014), pero la muestra al ser escogida por las condiciones, límites y características de la investigación a su vez representa un muestreo intencionado o por conveniencia, en el cual los sujetos serán elegidos intencionalmente de acuerdo los siguientes criterios de exclusión e inclusión:

Criterios de inclusión:

Ser hombre y contar con un diagnóstico de VIH positivo sin importar el tiempo de haberlo recibido.

Criterios de exclusión:

Ser mujer y ser hombre sin un diagnóstico de VIH positivo.

Tipo de investigación

Cuantitativo de alcance descriptivo

De acuerdo con Hernández et al. (2014) las investigaciones de tipo cuantitativo buscan principalmente la expansión de los datos e información basándose en investigaciones previas.

Alcance descriptivo

Este busca especificar por medio de medir o recoger información sobre las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández et al., 2014).

En el caso de esta investigación busca crear un instrumento que de alguna manera contribuye con la expansión de la teoría sobre el estigma relacionado con el VIH en México, para lo cual recolectó información sobre las características del estigma y se le sometió a análisis.

Instrumento de evaluación

La recolección de información se llevó a cabo con base en la técnica de redes semánticas naturales modificadas (RSNM) utilizando un cuadernillo con un formulario impreso (apéndice A) el cual contiene: a) un pequeño cuestionario con 8 preguntas para recopilar datos demográficos y generales de los participantes, b) una hoja con las instrucciones de cómo responder a los conceptos centrales (nodos) que se presentarán y c) 5 frases que se presentan como estímulos para encontrar el significado psicológico del estigma y discriminación relacionado con el VIH en términos cognitivos, emocionales y conductuales, las cuales son: Persona que vive con VIH, Los otros ante el VIH, Compartir que se vive con VIH, Discriminación y VIH y Me han tratado por vivir..... con VIH, se usaron 3 versiones (A, B y C) que incluyeron los estímulos antes mencionados y en los que únicamente se modificó el orden en el que se presentaron estos. Se incluyó un distractor como indica Reyes, (1991) en este caso COVID (ver apéndice A).

Procedimiento

En la sala de espera de clínica condesa Iztapalapa se abordó a la población invitándoles a participar en una investigación relacionada con el estigma y discriminación relacionada con el VIH, una vez que aceptaban participar se procedía a realizar la aplicación de formar individual para esto se les solicitaba llenar el cuestionario de datos demográficos y generales, posterior se leían y se explicaban las instrucciones; una vez llenados los datos demográficos y aclarado dudas, se les entregaba el cuadernillo junto con un lápiz para que lo respondiera y se permanecía cerca para poder brindar apoyo en caso de ser necesario. Ya que el participante entregaba el cuadernillo se revisaba que se

hubiera contestado adecuadamente, se agradecía participación y se ofrecía un dulce. La información fue transcrita en un base de datos de Excel en la cual se capturaron los datos por estímulo.

Análisis de resultados

Una vez finalizada la recolección y captura de la información, se procedió a analizarla con base en la técnica de redes semánticas naturales modificadas (RSNM) para conocer el significado psicológico en términos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma y discriminación que se relaciona con el VIH en los participantes.

Para obtenerlas palabras del significado psicológico, se capturaron las respuestas de los participantes por estímulo identificándolas de acuerdo a la versión de cuadernillo (A, B ó C) que cada participante respondió para después asignarles el valor de 1 a cada palabra en función del orden de importancia que recibieron por parte de estos.

Posteriormente, se procedió a ordenar las palabras en orden alfabético lo que no dio las frecuencias por posición y palabra; después, se agruparon las palabras con la misma raíz y significado y se ordenaron en función a las frecuencias obtenidas. Las frecuencias fueron multiplicadas por 10, 9, 8, 7, 6 y 5 en función al orden de importancia y se sumaron los productos de cada multiplicación para obtener el peso semántico (PS), después de esto se ordenaron de mayor a menor los resultados; al valor más grande obtenido del PS se le dio el valor de 100 y por regla de tres se obtuvieron los valores de las otras palabras. El diferencial semántico cuantitativo (DSC) se obtuvo restando a los valores obtenidos por regla de tres el número 100.

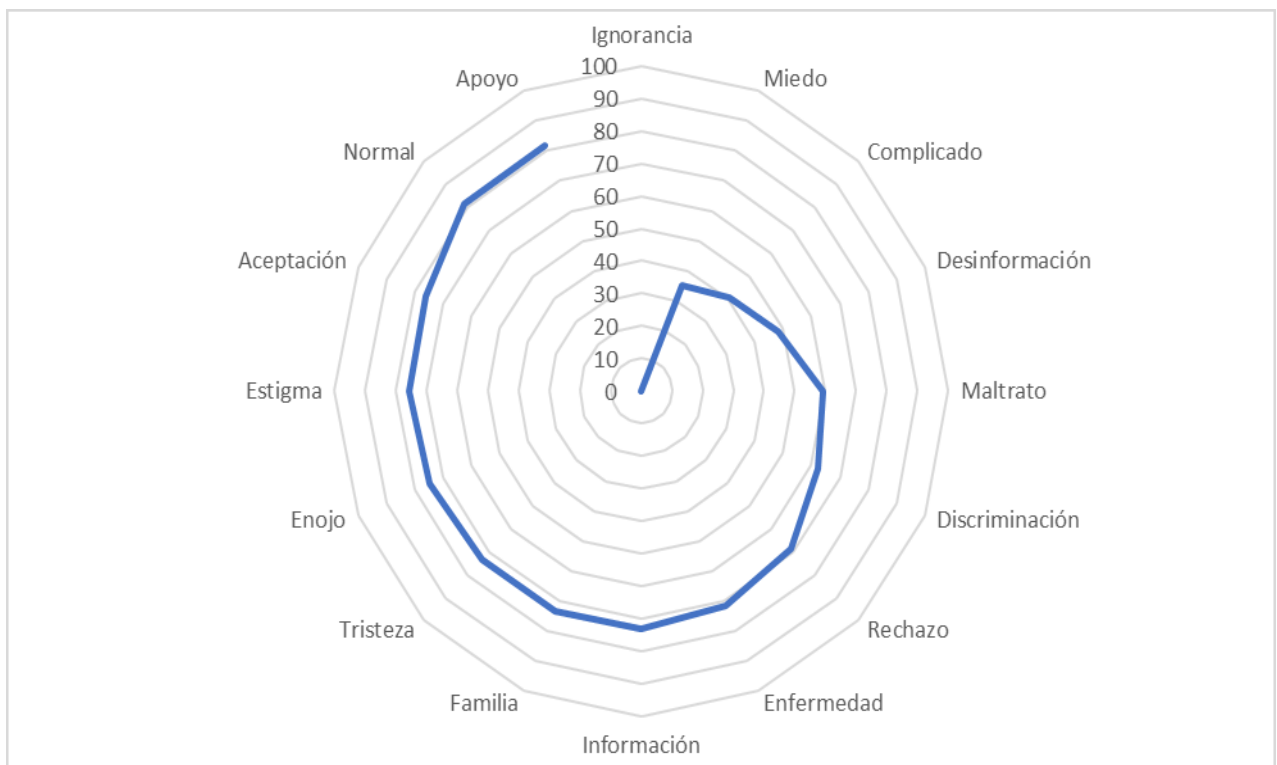
Una vez que se obtuvieron los valores PS y DSC se realizó una gráfica de línea con los valores del PS a la cual se le insertó un corte cualitativo en el momento en que la línea de la gráfica comenzaba a ser horizontal y se tomaron las palabras del corte a la izquierda respetando la regla de no rebasar 20 palabras, una vez identificadas las palabras antes del corte se procedió a realizar con estas una gráfica radial con los valores de DSC de las palabras así como la clasificación de estas dentro de las dimensiones de cognitiva, emocional o conductual.

Resultados

En la figura 1 se puede observar que las palabras definidoras del significado psicológico resultantes del estímulo “Discriminación y VIH” las cuales son las siguientes de acuerdo con el orden de importancia: Ignorancia, miedo, complicado, desinformación, maltrato, discriminación, rechazo, enfermedad, información, familia, tristeza, enojo, estigma, aceptación, normal y apoyo.

Figura 1

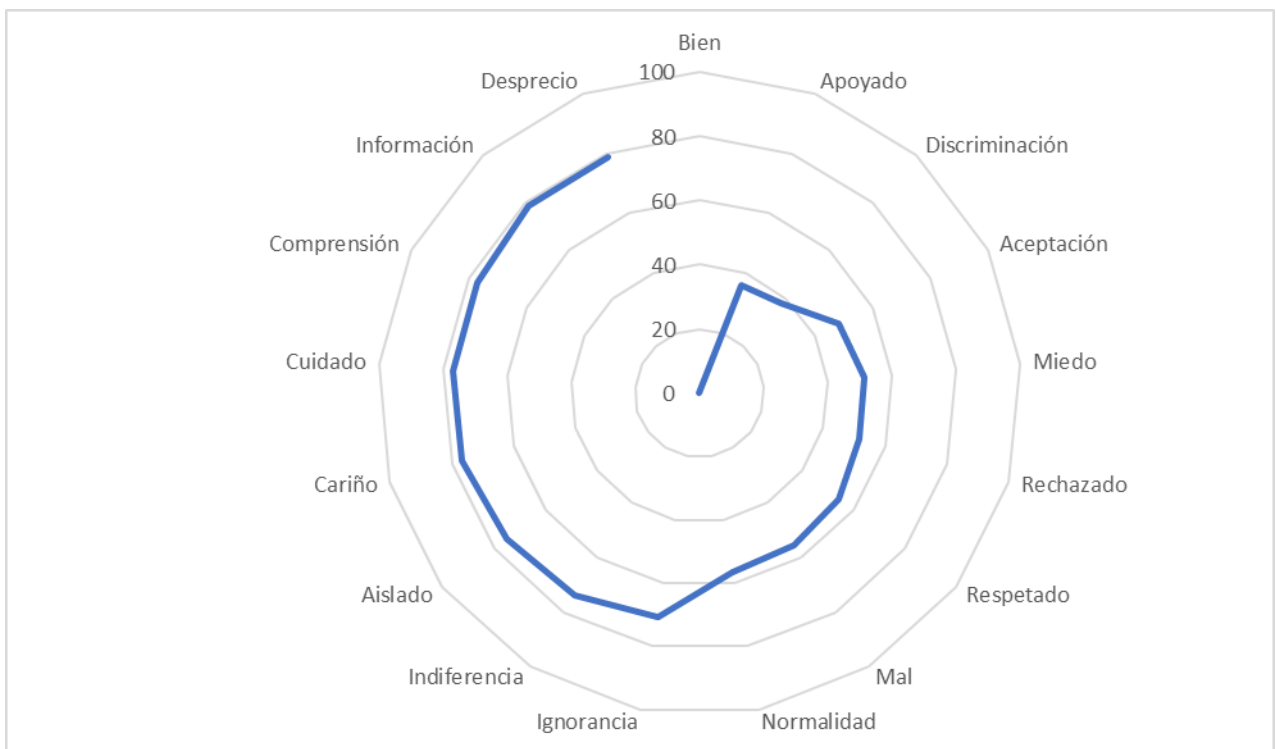
Percepción del estímulo “Discriminación y VIH”



Como se puede observar en la figura 2 las palabras definidoras del significado psicológico resultantes del estímulo “Me han tratado por vivir con VIH” las cuales son las siguientes de acuerdo con el orden de importancia: Bien, apoyado, discriminación, aceptación, miedo, rechazado, respetado, mal, normalidad, ignorancia, aislado, cariño, cuidado, comprensión, información y desprecio.

Figura 2

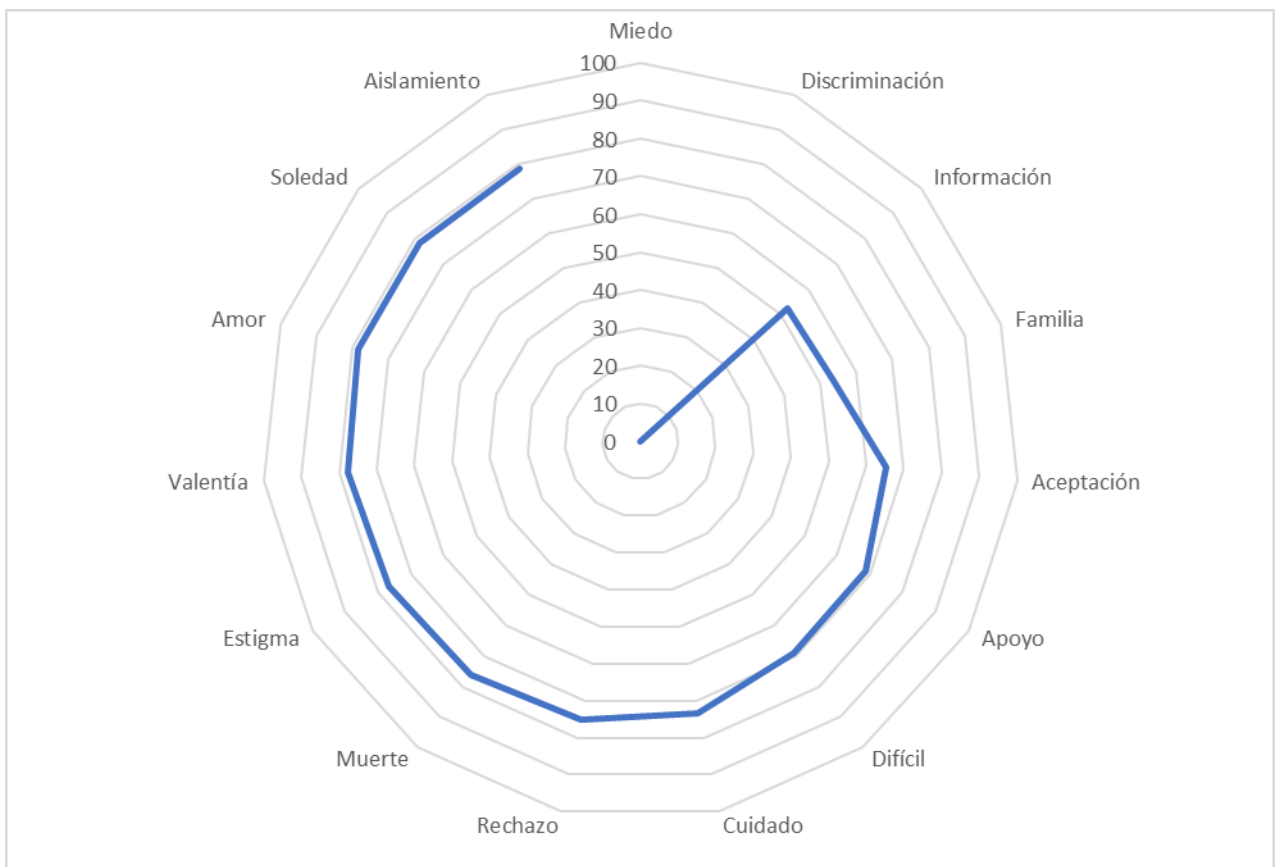
Percepción del estímulo “Me han tratado por vivir con VIH”



En la figura 3 se puede observar que las palabras definidoras del significado psicológico resultantes del estímulo “Compartir que se vive con VIH” las cuales son las siguientes de acuerdo con el orden de importancia: Miedo, discriminación, información, familia, aceptación, apoyo, difícil, cuidado, rechazo, muerte, estigma, valentía, amor, soledad y aislamiento.

Figura 3

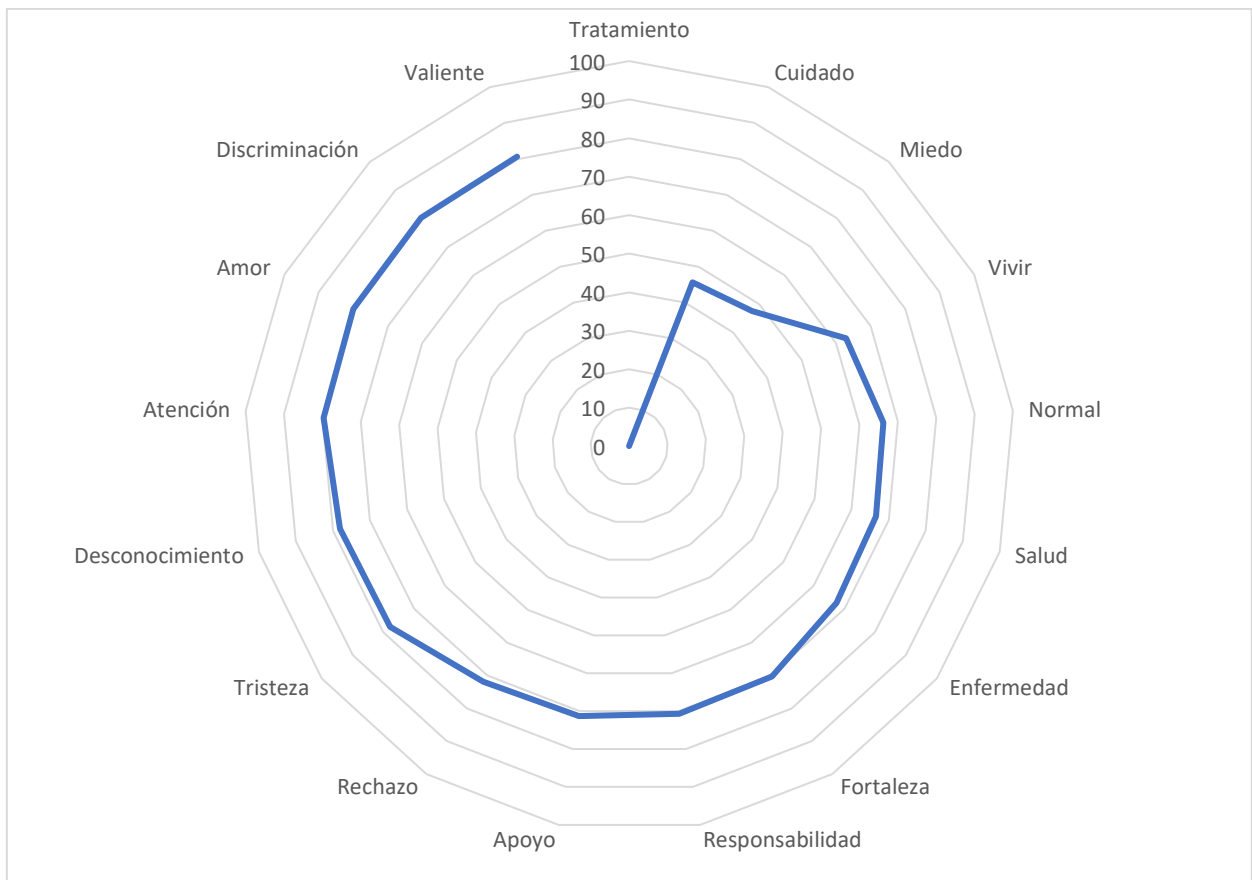
Percepción del estímulo “Compartir que se vive con VIH”



Las palabras definidoras del significado psicológico resultantes del estímulo “Persona que vive con VIH” se pueden observar en la figura 4, las cuales son las siguientes de acuerdo al orden de importancia: Tratamiento, cuidado, miedo, vivir, normal, salud, enfermedad, fortaleza, responsabilidad, apoyo, rechazo, tristeza, desconocimiento, atención, amor, discriminación y valiente.

Figura 4

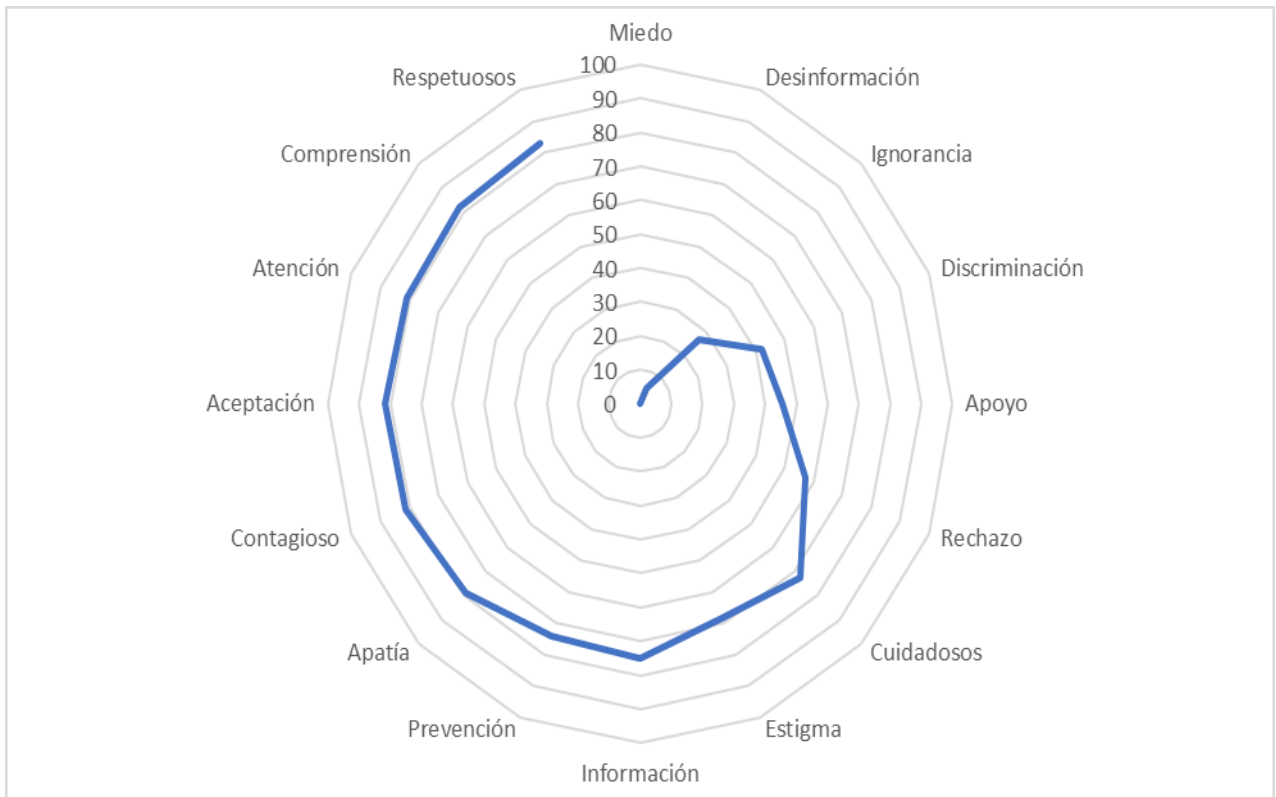
Percepción del estímulo “Persona que vive con VIH”



Y por último en la figura 5 se puede observar que las palabras definidoras del significado psicológico resultantes del estímulo “Los otros ante el VIH” las cuales son las siguientes de acuerdo con el orden de importancia: Miedo, desinformación, ignorancia, discriminación, apoyo, rechazo, cuidadosos, estigma, información, prevención, apatía, contagioso, aceptación, atención, comprensión y respetuosos.

Figura 5.

Percepción del estímulo “Los otros ante el VIH”



Una vez que se obtuvieron las palabras definidoras en términos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma y discriminación que se relaciona con el VIH en los participantes que resultaron de cada estímulo, se procedió a diseñar el instrumento (ver apéndice B).

Construcción del instrumento

Antes de iniciar la construcción del instrumento (apéndice B) se consideró basarse en las palabras definidoras resultantes de las RSNM y el tipo de estigma (interno o externo). Se inició clasificando las palabras definidoras resultantes de los estímulos presentados a los participantes de Clínica Condesa en las RSNM, de acuerdo con su significado psicológico, dividiéndolas en cognitivas, emocionales o conductuales con el fin de tomarlas en cuenta al momento de redactar las afirmaciones. Una vez que las palabras se clasificaron, se redactaron las afirmaciones teniendo en cuenta el tipo de estigma que se pensaba evaluar, posteriormente se crearon dos secciones, la primera pretende medir estigma interno y el segundo estigma externo. Las afirmaciones fueron redactadas de tal forma que pudieran ser valoradas por los participantes, por medio de una escala de Likert con base en los siguientes criterios de totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo

En la sección 1 se colocaron 24 afirmaciones en la cuales a mayor nivel de acuerdo con la oración mayor es el puntaje que debe asignarse a la misma, salvo en los ítems 1, 4,10,12,13 y 22 las cuales se puntúan a la inversa (a menor nivel de acuerdo mayor puntaje deberá asignarse), dichas afirmaciones expresan cogniciones, emociones o conductas que se relacionan con el estigma interno y auto estigma derivado de vivir con VIH.

La mayoría de los criterios de la sección 1 se evaluaron de acuerdo con el siguiente puntaje: totalmente de acuerdo (se califica con 5 puntos), de acuerdo (se califica con 4 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (se califica con 3 puntos), en desacuerdo (se califica con 2 puntos), y totalmente en desacuerdo (se califica con 1 punto).

Para las afirmaciones 1, 4,10,12,13 y 22 las cuales expresan cogniciones, emociones o conductas que no se relacionan con el estigma interno y auto estigma derivado de vivir con VIH o que son indicadores de que no se tienen estigmas derivados de vivir con VIH, se evaluaron de acuerdo con el siguiente puntaje: totalmente de acuerdo (se califica con 1 punto), de acuerdo (se califica con 2 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (se califica con 3 puntos), en desacuerdo (se califica con 4 puntos), y totalmente en desacuerdo (se califica con 5 puntos).

En la sección 2 se colocaron 50 afirmaciones en la cuales a mayor nivel de acuerdo con la oración mayor es el puntaje que debe asignarse a la misma. salvo en los ítems 2,10,12,37 y 45 los cuales se

puntúan a la inversa (a menor nivel de acuerdo mayor puntaje deberá asignarse), dichas afirmaciones expresan cogniciones, emociones o conductas que se relacionan con el estigma externo, anticipado y percibido que puede ser consecuencia de vivir con VIH. La mayoría de los criterios de la sección 2 se evaluaron de acuerdo con el siguiente puntaje: totalmente de acuerdo (se califica con 5 puntos), de acuerdo (se califica con 4 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (se califica con 3 puntos), en desacuerdo (se califica con 2 puntos), y totalmente en desacuerdo (se califica con 1 punto).

Para las afirmaciones 2,10,12,37 y 45 las cuales expresan cogniciones, emociones o conductas que no se relacionan con el estigma externo, anticipado y percibido derivado de vivir con VIH o que son indicadores de que no se tienen estigmas derivados de vivir con VIH, se evaluaron de acuerdo con el siguiente puntaje: totalmente de acuerdo (se califica con 1 punto), de acuerdo (se califica con 2 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (se califica con 3 puntos), en desacuerdo (se califica con 4 puntos), y totalmente en desacuerdo (se califica con 5 puntos). Al final del instrumento, se agregó una tabla donde el evaluador puede vaciar los puntajes obtenidos en cada una de las secciones para después sumarlas y obtener un puntaje total de la prueba.

Después, se agregó una tabla de información general en la cual se detalla el nombre del instrumento, el objetivo que en este caso es medir estigma en personas que viven con VIH, así como la forma de aplicación.

Se agregó posteriormente un pequeño cuestionario el cual tiene la función de recabar datos generales como lo son: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, situación laboral, con quien vive, orientación sexual y si se vive con VIH, se anexó también al inicio de este una leyenda que aclara que los datos que se recolecte serán confidenciales y con fines de investigación únicamente. Esta sección es la introducción al instrumento, por lo que además del cuestionario de datos generales se agregó una sección de instrucciones que explican a quién va a contestar el cuestionario su composición, forma de contestar, recomendaciones y se recalca que la información que se recolecte es confidencial y solo con fines de investigación.

Se incluyó también un apartado que contiene las instrucciones para el aplicador de que hacer antes, durante y después de la aplicación del instrumento.

Por último se agregó una sección que detalla cómo se califica el instrumento y la asignación de puntajes según la calificación obtenida donde el puntaje total mínimo que se puede obtener es de 46

puntos y el máximo es de 230 puntos; para interpretar los resultados los rangos son: índices de estigma y discriminación bajos si el evaluado obtiene 74 puntos, índices de estigma medio si el evaluado obtiene entre 75 y 147, índices de estigma altos si el evaluado obtiene entre 148 y 221 e índices de estigma extremos si el evaluado obtiene entre 222 y 296 puntos.

Como este instrumento se realizó por secciones separadas que evalúan estigma interno y estigma externo se agregó también el método de calificación para cada sección; para la sección uno la puntuación mínima a obtener sería de 24 puntos y la puntuación máxima sería de 96 puntos; para interpretar los resultados los rangos serían: si el evaluado obtiene 24 puntos indicaría índices de estigma interno bajos, si el evaluado obtiene entre 25 y 47 puntos indicaría índices de estigma interno medios, si el evaluado obtiene entre 48 y 71 puntos indicaría índices de estigma interno alto, si el evaluado obtiene entre 72 y 96 puntos indicaría índices de estigma interno extremos. Para la sección dos la puntuación mínima a obtener sería de 50 puntos y la puntuación máxima sería de 200 puntos; para interpretar los resultados los rangos serían: si el evaluado obtiene 50 puntos indicaría índices de estigma externo bajos, si el evaluado obtiene entre 51 y 99 puntos indicaría índices de estigma externo medios, si el evaluado obtiene entre 100 y 149 puntos indicaría índices de estigma externo alto, si el evaluado obtiene entre 150 y 200 puntos indicaría índices de estigma externo extremos.

Discusión

Este proyecto permitió conocer palabras que definen en acciones, pensamientos y sentimientos el estigma tanto interno como externo y discriminación que se relaciona con vivir con VIH en hombres mexicanos, las palabras definidoras obtenidas de las RSNM aplicadas en Clínica Condesa Iztapalapa dan un panorama amplio sobre qué acciones, pensamientos y sentimientos que los participantes asocian con vivir con VIH siendo resultantes en todos los estímulos las palabras: apoyo, aceptación, cuidadosos, discriminación, información, miedo y rechazo, seguidas de: normal, desinformación, estigma e ignorancia palabras resultantes en la mayoría del análisis de los estímulos palabras como estas fueron encontradas en instrumentos como los de Berger et al. (2001) donde algunos de los ítems se enfocan en medir situaciones de rechazo relacionadas con vivir con VIH., los inventarios de Kalichman et al. (2009) , Marbaniang et al. (2022), Hernansaiz-Garrido y Alonso-Tapia (2017) entre otros contienen ítems enfocados al miedo a la divulgación del estado serológico, Miric (2004) y Molina & Ramirez (2013) incluyeron ítems sobre la actitud de los demás al descubrir que se vive con VIH, por su parte Holzemer et al. (2007) incluyó subescalas que median: abuso verbal, autopercepción negativa, negligencia en la atención de la salud, aislamiento social, miedo al contagio y estigma laboral, algunas de estas palabras usadas para definir sub escalas fueron arrojadas por las redes como palabras representativas en todos los estímulos por lo que podemos decir que las palabras arrojadas por las RSMN son consistentes con las usadas por otras investigaciones para la creación de otros instrumentos.

Algo que llama la atención es que haya palabras con carga afectiva positiva entre las palabras resultantes presentes en más de un estímulo como lo son: apoyo, aceptación y normal, aunque la mayoría de las palabras tienen una carga afectiva negativa, el que palabras como esas comiencen a asociarse con VIH podría ser indicador de un cambio de creencias y sensibilización sobre el VIH en las personas con las que conviven las personas con VIH que participaron en el estudio (aunque sea mínimamente), aunque por otra parte que la mayoría de las palabras resultantes de los estímulos sean de carga afectiva negativa sigue evidenciando que el VIH se asocia a concepciones negativas las cuales siguen afectando a las personas que viven con VIH lo cual se puede ver en las encuestas realizadas por diversas instituciones tanto a nivel tanto nacional (CONAPRED, SSA, CENSIDA, INEGI, etc..) como nivel internacional (OMS) pero que también en los resultados de múltiples investigaciones realizadas por diversos autore (.2013; Berger et al. 2001; Earnshaw et al.; Sánchez

et al. 2022; Katz et al. ,2013; Li et al., 2011; Nurfalalah et al., 2019, Camacho et al.,2020; Moussa et al., 2021; Subedi et al., 2019) donde al medir o identificar el estigma relacionado con VIH los resultados son claros el VIH se asocia a concepciones negativas lo que mantienen los estigmas que existen entorno a la enfermedad y que influye en las personas que viven con VIH en diversos aspectos como el estado de ánimo, la vida personal, la decisión de hacerse una prueba de VIH, la búsqueda de atención medica lo que también afecta la lucha contra el VIH y pone en riesgo la vida de la personas que viven con VIH

Cada estímulo analizado dio palabras que al leerlas permitieron conocer cómo se construye la concepción sobre el estigma y discriminación relacionado con vivir con VIH, por ejemplo en el estímulo “Discriminación y VIH” fue impactante leer palabras como ignorancia, miedo, complicado, desinformación, maltrato, discriminación, rechazo, enfermedad, tristeza, enojo y estigma, pues a tantos años del primer caso VIH en la mente de las personas el VIH sigue siendo algo con una intensa carga negativa que es similar a la descripción de estigma por VIH hecha por varios autores (Berger et al., 2001; Goffman,1963; Earnshaw et al., 2013; Sánchez et al.,2022) los cuales indicaron que: vivir con VIH es algo que te hace diferente de forma negativa y que te hace más propenso a ser juzgado y discriminado (a esto lo llamaron estigma) y las palabras resultantes de este estímulo confirman que esta definición sigue siendo acertada para describir la experiencia de vivir con VIH.

Lo encontrado en el estímulo anterior es similar a lo encontrado en el estímulo “Los otros ante el VIH” incluso algunas palabras pueden ser encontradas en este estímulo y en el anterior como lo son: miedo, desinformación, ignorancia, discriminación, rechazo, estigma y las palabras distintas que se suman tampoco nos dan una visión muy alentadora de como perciben las personas que viven con VIH a quienes los rodean, pues se pueden leer palabras como cuidadosos, prevención, apatía, contagioso que son consistentes con los datos proporcionados por CONAPRED, 2023 la cual nos indica que el 36% de la población de CDMX sigue creyendo que “convivir con personas con VIH o SIDA implica siempre un riesgo”. Por otra parte, el análisis de palabras también arrojó palabras de carga afectiva positiva como lo son: aceptación, atención, comprensión y respetuosos, que dejan ver que para algunas de las personas que fueron participantes en las RSNM en Clínica Condesa Iztapalapa han tenido una experiencia un poco menos negativa y digo un poco, ya que, estas palabras

estaban al final de las de mayor peso semántico, es decir fueron mencionadas con frecuencia sin embargo, no en un orden de importancia que las colocara como representativas del estímulo.

El estímulo “Me han tratado por vivir con VIH” fue el único que tuvo una palabra con carga emotiva positiva en primer lugar como la más sobresaliente que fue *bien* seguida de *apoyado* (otra palabra con carga afectiva positiva) también es el estímulo con más palabras con carga positiva afectiva: aceptación, respetado, normalidad, cariño, cuidado y comprensión, lo cual es esperanzador Nurfalalah et al. 2019 nos menciona que el estigma que perciben las personas que viven con VIH disminuye tras experimentar los beneficios del tratamiento con ARV, por lo que encontrar este tipo de palabras con carga positiva es consistente con lo que nos menciona donde hasta el 62.7% de los participantes que se adherían a su tratamiento tenían niveles de estigma bajo comparado con el 55,83 % de adherencia que mostraban participantes con niveles de estigma más altos, avances que en gran medida son resultado de la Clínica Condesa Iztapalapa que facilita el acceso a los tratamientos de ARV a la población que toca sus puertas así como a un buen trabajo de psicoeducación realizado a cada uno de sus usuarios para cambiar ideas erróneas sobre el VIH que favorece el cambio de percepciones y que por consiguiente dan los resultados arrojados en este estímulo.

Por otra parte, palabras resultantes del estímulo “Compartir que se vive con VIH” son una mezcla de palabras de carga afectiva positiva (familia, aceptación, apoyo, valentía y amor) y de palabras con carga afectiva negativa (miedo, discriminación, información, difícil, cuidado, rechazo, muerte, estigma, soledad y aislamiento) estas últimas son palabras reflejan bien lo que ocasiona el estigma percibido y anticipado: temor vivir discriminación en los ambientes en que se relacionan y expectativas de discriminación por vivir con VIH Sánchez et al. (2022), lo cual justifica que miedo sea la palabra en primer lugar de este estímulo.

Por último, las palabras con carga negativa afectiva resultantes del estímulo “Persona que vive con VIH”, reflejan bien el auto estigma (creencias negativas arraigadas sobre el VIH, Sánchez et al., 2022) pues estas se relacionan con la forma en la que se auto perciben las personas que viven con VIH: tratamiento, cuidado, miedo, enfermedad, responsabilidad, rechazo, tristeza, desconocimiento y discriminación. Es interesante la palabra más representativa de este estímulo *tratamiento*, pues es indicador de que los participantes de las RSNM estaban conscientes que vivir con VIH requiere de seguimiento médico, lo cual es algo positivo de alguna manera, pues diversos autores (Katz et al., 2013; Li et al., 2011; Nurfalalah et al., 2019) indican que lo más común es tardar en iniciar el

tratamiento, no seguirlo adecuadamente y en el peor de los casos nunca iniciarlo, lo cual es desencadenante de muertes por la adquisición de enfermedades por un sistema inmunológico debilitado que se complican cómo reportó el INEGI, 2022 y SSA, 2022.

El encontrar palabras con carga afectiva positiva resultantes que fueran representativas de un estímulo (como el estímulo “me han tratado por vivir con VIH”) o la mención de diversas palabras con carga positiva en la mayoría de los estímulos me hizo darme cuenta de porque es necesario incluirlas en cuestionarios o inventarios sobre estigma y discriminación relacionado con VIH; pues incluirlas permitirá identificar a los participantes mejor las acciones, pensamientos y sentimientos que asocian al VIH actualmente. Las palabras con carga afectiva positiva encontradas permitieron crear ítems no solo de carga afectiva negativa como los son los ítems de la mayoría de los inventarios que se encontraron en línea y que por lo mismo pudieron ser consultados como lo son: Berger et al., 2001, Radusky et al., 2017, Earnshaw et al.,2013, Miric, 2004, Moral y Segovia, 201, Kalichman et al., 2009, si no considerar la posibilidad de incluir ítems con carga afectiva positiva que permitan identificar experiencias que reflejen ya sea en acciones, pensamientos o emociones sobre el conocimiento de lo que es el VIH, la expectativa y esperanza de vida, el apoyo o la aceptación que pudieran recibir, el recibir un buen trato, etc. Lo cual confirma que la técnica de RSNM fue la mejor decisión para la creación de este instrumento, pues permitió crear un producto que considera las construcciones psicológicas propias de los evaluados donde aspectos tan subjetivos como pensamientos, emociones y conductas pudieron ser transformados en parámetros objetivos (palabras resultantes) las cuales permitieron la creación de un producto cultural y psicológicamente válido para la población mexicana, que sera de apoyo en la medición de la discriminación y el estigma relacionada con el VIH al ser un instrumento que contiene el contenido psicológico de estigma y discriminación en hombres mexicanos que viven con VIH y no depender de escalas creadas para población con distintos valores culturales que no se han adaptado a la población mexicana además de permitir identificar en hombres con VIH estigma interno y externo así como discriminación los cuales como ya se ha mencionado con anterioridad tienen efectos influyen negativamente en el inicio y permanencia en el tratamiento de ARV lo cual es fundamental en la lucha contra el VIH.

Este instrumento creado puede ser útil como ya se mencionó en la medición de estigma relacionado con VIH al ser un instrumento realizado por RSMN cuenta con validez cultural y sus ítems están

creados con lo que los participantes relacionaron con estigma y VIH a nivel de significado psicológico, otras de sus características distintivas que integra ítems en forma de afirmaciones de carga afectiva, los cuales buscan identificar ideas y experiencias de apoyo, aceptación, normalidad entre otras que identifiquen el estigma no solo desde oraciones creadas con carga afectiva negativa, dichas oraciones están basadas en lo revelado por los estímulos aplicados por lo que puede considerarse que este instrumento tiene una visión actual de lo que las personas que viven con VIH (al menos los participantes de estudio) asocian con estigma y discriminación relacionada con VIH, también el instrumento explora experiencias de estigma ya vividas (experiencias pasadas que desencadenaran o reforzaran los estigmas), experiencias de estigma que pudieran estar ocurriendo en el presente y expectativas de vivir experiencias de estigma en el futuro a través de afirmaciones enfocadas a conocer si el participante se ve integrado en diversos ambientes como tener una relación sentimental, una familia, un trabajo, una larga vida, tener salud, etc.

En estudios futuros se deberá validar las propiedades psicométricas de este instrumento, verificar si puede usarse sin invariación de género (usarse tanto en mujeres como en hombres que viven con VIH), así como probarlo en otras poblaciones

Por último mi experiencia al realizar este proyecto me permitió conocer la concepción negativa que aún se tiene sobre el VIH, durante la aplicación de redes gracias al apoyo de La Clínica Condesa Iztapalapa y al proyecto PAPIIT IN303423 “Estrategias de afrontamiento para reducir el estigma interno y externo en HSH VIH+ : efectividad de una intervención de sesión única vía internet” y al proyecto UNAM-DGAPA-PAPIIT IN301322 “Intervención de sesión única en línea para promover el uso del condón”, que me permitieron el acceso a la población tuve la oportunidad de estar en contacto con los participantes, puedo decir que fue muy impactante y desgarrador para mí escuchar personas que al responder los estímulos su primera palabra escrita fuera rechazo, aislamiento, tristeza, soledad, etc., pues estando en campo pude darme cuenta que las palabras resultantes van más allá de solo ser palabras en un análisis para una investigación y la creación de un instrumento, sino que estas representan la experiencia de vida de una persona y la influencia de quienes los rodean (familia, amigos, comunidad, etc.) en la forma en que este piensa al VIH; esto me hizo cuestionarme qué estamos haciendo mal (de forma individual o grupal si se quiere ver así) para que las primeras palabras que vienen a la mente de una persona que vive con VIH al hablar sobre VIH sean estas, me queda claro que más allá de los datos de las encuestas que año con año se realizan por diversas

instituciones como la OMS a nivel internacional, la SSA, el INEGI, CENSIDA entre otras a nivel nacional en las cuales se evidencia al VIH como problema de salud (algo que sí es) como sociedad hay pendiente una gran lucha la cual no es contra el VIH sino contra la ignorancia, la desinformación, los tabúes y los estigmas que aún giran en torno al VIH que ocasionan discriminación y que hacen desagradable la experiencia de vida de las personas que viven con VIH.

Referencias

- Alpert, M., Wickersham, J., Vázquez, M., & Altice, F. (2013). Alcohol use disorders and antiretroviral therapy among prisoners in Argentina. *International journal of prisoner health*, 9(1), 40-50.
- Berger, B.E., Ferrans C.E., & Lashley F.R. (2001), Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Health*, 24(6), 518-529. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.10011>
- Camacho, G., Kalichman, S., & Katner, H. (2020). Anticipated HIV-Related stigma and HIV treatment adherence: The indirect effect of medication concerns. *AIDS Behavior*, 24, 185-191. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02644-z>
- Castañeda C. & Ramos, G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista cubana de Pediatría*, 92,1-24. <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1183>
- CENSIDA (2022). *Boletín de Atención integral de personas viviendo con VIH*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/799175/BOLET_N_DAI_VIH_CIER_RE_2022.pdf
- CONAPRED (2023). *Personas que Viven con VIH*. https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=139&id_opcion=47
- CONAPRED (2023). *COPRED se pronuncia en contra de la criminalización hacia las personas que viven con VIH*. <https://www.copred.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/copred-se-pronuncia-en-contra-de-la-criminalizacion-hacia-las-personas-que-viven-con-vih>

- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures, *AIDS Behavior* 13(11), 1160-1177.
<https://doi.org/1.1007/s10461-009-9593-3>
- 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 Behavior*, 17(5), 1785-1795. <http://doi.org.101.1007/s10461-013-0437-9>
- Franke, M., Muñoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J., Bayona, J., & Shin, S. (2010). Validation and abbreviation of an HIV Stigma Scale in an adult Spanish speaking population in Urban Peru. *AIDS Behavior*, 14(1), 89-199.
<https://doi.org/10.1007/s10461-008-9474-1>
- Fumiko Kagiura, Teruhisa Fujii, Nobuko Kihana, Eiko Maruyama, Yuka Shimoji & Masayuki Kakehashi (2020), Brief HIV stigma scale for Japanese people living with HIV: validation and restructuring using questionnaire survey data, *AIDS Care*, 32(1),1-9,
<https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1683809>
- Fuster, M., Molero, F., Holgado-Tello, F., & Ubillos, S. (2015). Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-15.
<https://doi.org/10.1017/S1138741615000694>
- García, B.E., Álvarez, G.M.M.L., & Oropeza, I. (2016) 19 Escalas de evaluación psicológica, *Adaptación de las escalas de estigma por VIH: una aproximación de tres dimensiones*,14-24
https://www.researchgate.net/publication/330485262_19_ESCALAS_DE_EVALUACION_PSICOLOGICA
- Goffman E. (1963) Stigma: Notes on the management of spoiled identity., *Stigma and Social Identity*, 1-40 ,
https://books.google.com.mx/books?id=zuMFXuTMAqAC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Hernández R., Fernández C., & Baptista P. (2014). *Metodología de la Investigación* (sexta edición). McGrawHill.
- Hernansaiz-Garrido, H., & Alonso-Tapia, J. (2017) Internalized HIV Stigma and Disclosure Concerns: Development and Validation of Two Scales in Spanish-Speaking Populations. *AIDS and Behavior*, *21*, 93–105 <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1305-1>
- Holzemer W.L., Uys L.R., Chirwa M.L., Greeff M., Makoe L.N., Kohi T.W., Dlamini, P.S., Stewart A.L., Mullan J., Phetlhu R.D., Wantland D., & Durrheim K. (2007) Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument—PLWA (HASI-P), *AIDS Care*, *19*(8), 1002-1012, <https://doi.org/10.1080/09540120701245999>
- INEGI (2022). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el VIH/SIDA, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_VIH_Nal22.pdf
- Jiménez J.C., Puig M., Ramos J.C., Morales M., Asencio G., Sala A.C., Castro E., Velez-Santori C., Santiago L., & Zorrilla C. (2010) Measuring HIV felt stigma: a culturally adapted scale targeting PLWHA in Puerto Rico. *AIDS Care*, *22*(11), 1314.-1322, <https://doi.org/10.1080/09540121003758481>.
- Kalichman, S. C., Simabayi, L., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, *21*, 87-93. <https://doi.org/10.1080/0954012080203262>
- Katz I.T., Ryu A.E., Onuegbu A.G., Psaros C., Weiser S.D., Bangsberg D.R., & Tsai A.C. (2013) Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*, *13*(16):18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>.
- Li, X., Huang, L., Wang, H., Fennie, K. P., He, G., & Williams, A. B. (2011). Stigma mediates the relationship between self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV/AIDS in China. *AIDS patient care and STDs*, *25*(11), 665-671, <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/apc.2011.0174> .

- López A., Rafful C., Orozco R., Contreras-Valdez J.A., Jiménez-Rivagorza L., & Morales M. (2022) HIV Stigma Mechanisms Scale: Factor Structure, Reliability, and Validity in Mexican Adults. *AIDS Behavior*, 27(4), 1321–1328, <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03868-2>.
- Marbaniang I., Borse R., Sangle S., Aarti K., Amol C., Smita N., Nishi S., & Vidya M. (2022) Development of shortened HIV-related stigma scales for young people living with HIV and young people affected by HIV in India. *Health Qual Life Outcomes*, 20(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02030-9>.
- Miric, M. (2004). Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la República Dominicana. *Paradigmas*, 4, 70-101, <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16973.pdf>
- Molina Y., & Ramirez-Valles J. (2013) HIV/AIDS stigma: measurement and relationships to psycho-behavioral factors in Latino gay/bisexual men and transgender women. *AIDS Care*, 25(12), 1559-68. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.793268>
- Moral, J. & Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 185-206. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507004.pdf>
- Moussa, A.B., Delabre, R.M., Villes, V., Elkhammas, M., Bennani A., Ouarsas L., Filali H., Alami K., Karkouri M., & Rojas D. (2021) Determinants and effects or consequences of internal HIV-related stigma among people living with HIV in Morocco. *BMC Public Health* 21, 163. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10204-1>
- Ncitakalo, N., Mabaso, M., Joska, J., & Simbayi, L. (2021). Factors associated with external HIV-related stigma and psychological distress among people living with HIV in South Africa, *SSM - Population Health*, 14, <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100809>
- Nurfalah, F., Yona, S., & Waluyo, A. (2019). The relationship between HIV stigma and adherence to antiretroviral (ARV) drug therapy among women with HIV in Lampung, Indonesia. *Enfermería clínica*, 29(2), 234-237, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.138>

- OMS (2022) La OMS hace un llamamiento a la comunidad mundial para lograr la «igualdad ya» en la respuesta al VIH, <https://www.who.int/es/news/item/01-12-2022-who-calls-on-the-global-community-to-equalize-the-hiv-response>
- Radusky, P. D., Zalazar, V., Arístegui, I., Sued, O., & Mikulic, I. M. (2017). Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH (IE-VIH) en Buenos Aires, Argentina. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad.*, 17(2),7-24, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2451-66002017000200001&script=sci_abstract&tlng=en
- Rodríguez de los Reyes, G. O. (2015). Relationship quality and HIV stigma in gay and bisexual men. *Tesis de maestría no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.*
- Rojas Concepción, A. A. (2021). 40 años de una pandemia aún presente: el VIH/SIDA. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000400001
- Sánchez R., Rosales C.R., Enríquez D.J. & Muñoz S.I., 2022, Intervenciones psicológicas en personas con VIH/ SIDA, *Avances y perspectivas, Reducción del estigma y discriminación en personas con VIH*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de estudios superiores Iztacala.
- SSA (2023) Informe histórico de VIH 1er trimestre 2023, Dirección de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/825139/VIH_DVEET_1erTrim_2023.pdf
- Subedi, B., Timilsina, B. D., & Tamrakar, N. (2019). Perceived stigma among people living with HIV/AIDS in Pokhara, Nepal. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*,11, 93-103, <https://doi.org/10.2147/HIV.S181231>
- Wilandika, A., & Sari, D. (2020). El desarrollo y la validación inicial de la escala de estigma social del VIH de Indonesia (I-HSS). *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(1), 88-92. doi:<https://doi.org/10.15294/kemas.v16i1.22032>

Apéndices

Apéndice A

INSTRUCCIONES

- A continuación se te presenta al inicio de cada hoja una palabra o frase.
- Define con la mejor claridad y precisión las palabras o frases que se te presentan mediante el uso de **mínimo cinco palabras** que consideres están relacionadas con las palabras o frases.
- Puedes utilizar verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, entre otros.
- Es muy importante que sólo sean palabras procura no usar artículos (el, la, los, etc.), ni preposiciones (ante, como, para, etc.)
- Una vez que termines la lista, el siguiente paso es numerarlas en función de la importancia o cercanía que consideres tiene. Donde 1 corresponde a la más cercana o más importante y así continuas con la numeración.
- No pases a la siguiente hoja hasta que no hayas terminado.

EJEMPLO

En el siguiente ejemplo la palabra que se presenta es manzana, suponiendo que una persona responde de la siguiente manera:

<i>Paso 1. Hacer lista</i>	
	MANZANA
Árbol	
Fruta	
Rica	
Roja	
Comida	

Una vez que ha terminado de hacer la lista el siguiente paso es numerarlas en el orden de importancia que tu consideres que tienen:

<i>Paso 2. Numerar importancia o cercanía</i>	
	MANZANA
Árbol (3)	
Fruta (1)	
Rica (5)	
Roja (2)	
Comida (4)	

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales y familiares, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

DATOS PERSONALES

- D11. ¿Cuál es tu edad? _____ años cumplidos.
- D12. ¿Cuál es tu estado civil?
Soltero (1) Casado (2) Unión Libre (3) Otro (4) Cuál _____
- D13. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluíste?
Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Universidad (5) posgrado (5)
- D14. ¿Con quién vives? (puedes marcar más de una opción)
Solo (1) Con tu padre (2) Con tu madre (3)
Con tu pareja (4) Con amigos (5) Con hermanos (8)
Otro (7) especifica con quién _____
- D15. Te consideras una persona con una orientación sexual:
Homosexual (1) Bisexual (2) Heterosexual (3) No sé (4)
- D16. ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?
(1) Sí (2) No
- D17. De haber respondido **Si** en la pregunta anterior ¿Cuál fue el resultado de la última prueba de detección de VIH?
(1) Reactivo/Positivo: hay contagio de VIH
(2) No Reactivo/Negativo No hay contagio de VIH
(3) Indeterminado: Es necesario repetir la prueba porque la muestra no fue lo suficientemente clara.
- D18. De haber respondido **Si** en la pregunta anterior ¿hace cuánto tiempo te dieron el diagnóstico? (por favor evita poner afirmaciones como "muchas", "pocas", etc. y escribe el número en años y meses): _____ años _____ meses

COVID

DISCRIMINACIÓN Y VIH

**ME HAN TRATADO ... POR
VIVIR CON VIH**

**COMPARTIR QUE SE VIVE
CON VIH**

PERSONA QUE VIVE CON VIH

LOS OTROS ANTE EL VIH ...

**GRACIAS
POR TU
COLABORACIÓN
!!!**

Apéndice B

Instrumento: Escala para medir el estigma y la discriminación en hombres que viven con VIH.

Información del instrumento

Nombre del instrumento:	Escala para medir el estigma y la discriminación en hombres que viven con VIH.
Autor:	Miriam Macedo.
Objetivo:	Medir el estigma y la discriminación.
Población dirigida:	Hombres que viven con VIH.
Tipo de aplicación:	Individual.
Duración:	Sin tiempo límite.

Instrumento: Escala para medir el estigma y la discriminación en hombres que viven con VIH

Instrucciones para el aplicador

Antes	<p>El siguiente instrumento tiene como objetivo medir el estigma y la discriminación en hombres que viven con VIH cuenta con: Un apartado para recolectar datos sociodemográficos, instrucciones para el participante, dos secciones, en la primera se mide el estigma interno y autoestigma y en la segunda sección se mide estigma externo, percibido y anticipado por medio de una serie de afirmaciones las cuales pretenden conocer que piensa, hace y siente el participante en torno al VIH. El participante debe responder a cada afirmación eligiendo una respuesta de entre cinco criterios, los cuales se presentan en escala tipo Likert.</p> <p>Debido a la sensibilidad del tema que el instrumento aborda es importante informarle al participante que todos los datos que nos proporcionan son totalmente confidenciales y que puede responder con toda franqueza, así como hacerle saber que puede revisar el instrumento antes de responder. Antes de proporcionar el instrumento, el aplicador debe leer, explicar las instrucciones al participante, así como enseñarle la forma de responder y aclarar cualquier duda que pudiera llegar a tener el participante.</p>
Durante	<p>Se deberá aplicar el instrumento en un espacio libre de ruidos o distracciones, buena iluminación, ventilación y temperatura, el cual deberá contar con una silla cómoda, una mesa o escritorio.</p>
Después	<p>Una vez que el participante indique que ha finalizado de responder el instrumento, el aplicador deberá asegurarse que este se haya respondido en su totalidad de acuerdo a las instrucciones proporcionadas.</p> <p>Para calificar el instrumento primero se deberá obtener la puntuación por cada una de las secciones y después sumar ambas para obtener una calificación final, la cual deberá ubicarse dentro de los rangos que especifica la tabla de valoración para su interpretación.</p>

En el siguiente cuestionario se te presentarán algunas preguntas enfocadas a conocer datos generales sobre ti, no se te solicitará ningún dato sensible. Toda la información que nos proporciones es totalmente confidencial y sólo se usará con fines de investigación.

Edad:		Ocupación:	
Escolaridad:		Situación laboral:	
Estado civil:		Vives con:	
Vives con VIH:		Orientación sexual:	
Conoces tu carga viral:		Tiempo de vivir con VIH:	
Si conoces tu carga viral anota el %:			

Instrucciones

A continuación, se te muestra un cuestionario el cual cuenta con dos secciones, por favor lee cuidadosamente cada enunciado y selecciona la opción que mejor refleje tus pensamientos y sentimientos, es importante que consideres que no hay respuestas correctas o incorrectas en este cuestionario, solo queremos conocer tus experiencias y percepciones. Coloca una equis (X) en la opción que refleje que tan de acuerdo o desacuerdo estás con el enunciado.

Puedo tener una buena calidad de vida viviendo con VIH.:				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo sé	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Si algún enunciado te hace sentir incómodo o si no deseas responder, puedes saltarlo y continuar con el siguiente. Por favor, sé honesto y responde con sinceridad, esto nos ayudará a entender mejor el estigma relacionado con el VIH y cómo podemos abordarlo.

Si tienes dudas mientras completas el cuestionario puedes solicitar ayuda, te recordamos que todas las respuestas que proporciones serán completamente confidenciales y sólo se utilizarán con fines de investigación.

Sección 1. Estigma interno o auto estigma

	Afirmación	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	La información sobre VIH que tengo es precisa y por ello es difícil que crea tabúes sobre el VIH					
2	Me consideré culpable por vivir con VIH.					
3	En casa me aílo para evitar riesgos de infección por VIH con las personas que vivo.					
4	Puedo tener una buena calidad de vida viviendo con VIH.					
5	Vivir con VIH reduce la esperanza de vida.					
6	Es necesario usar tu propia vajilla y lavar tu ropa aparte, para prevenir la infección de VIH.					
7	Siento que no merezco amor por vivir con VIH.					
8	Vivir con VIH me define como una persona irresponsable.					
9	Mi vida ha cambiado para mal desde el diagnóstico de VIH.					
10	Merezco apoyo por vivir con VIH.					
11	Me rechazo por vivir con VIH.					
12	Soy valiente por vivir con VIH.					
13	Merezco respeto.					
14	Moriré de alguna enfermedad relacionada con el VIH.					
15	Vivir con VIH me define como una mala persona.					
16	Vivir con VIH justifica recibir maltratos.					
17	Me he alejado de mi familia por miedo a ser rechazado por vivir con VIH.					

18	Es difícil continuar en mi empleo actual, si digo que tengo VIH.					
19	Siento que no merezco amistad por vivir con VIH.					
20	Las personas me ven como un riesgo para su salud debido a que vivo con VIH.					
21	Merezco vivir con VIH.					
22	Merezco cuidados por vivir con VIH.					
23	Vivir con VIH me condena a la soledad y la tristeza					
24	Me he alejado de mis amigos por miedo a ser rechazado por vivir con VIH.					

Sección 2. Estigma externo /percibido/ anticipado

	Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Vivo con miedo a ser rechazado por vivir con VIH.					
2	Oculto que vivo con VIH por miedo a ser rechazado.					
3	Las personas son empáticas conmigo por vivir con VIH.					
4	Me han despreciado por vivir con VIH.					
5	He ocultado a mi familia que vivo con VIH.					
6	Quienes me rodean toman como ciertos tabúes sobre el VIH y eso ocasiona que sea estigmatizado por vivir con VIH en mi comunidad.					
7	La ignorancia sobre el VIH es la causante de que haya discriminación en torno al VIH.					
8	Me enoja cuando escucho que alguien habla mal de las personas que viven con VIH.					
9	Vivir con VIH podría ser un impedimento para tener hijos.					
10	Me siento bien hablando de mi diagnóstico de VIH con otras personas.					
11	Las personas me juzgan debido a que vivo con VIH.					
12	Recibo amor de las personas que me rodean por vivir con VIH.					
13	Me preocupa que en mi familia me rechacen si descubren que vivo con VIH.					
14	Pienso que soy tratado con indiferencia por vivir con VIH.					
15	Me preocupa que mis amigos me juzguen debido a mi diagnóstico de VIH.					
16	Las personas que viven con VIH son menos valiosas que las que no viven con VIH.					
17	Vivir con VIH es una limitante para obtener atención médica de calidad.					

18	Me preocupa que las personas del trabajo me rechacen si descubren que vivo con VIH.					
19	Han hablado mal de mi o inventados rumores por mi diagnóstico de VIH.					
20	Se han alejado de mí personas que antes eran cercanas tras revelar que vivo con VIH.					
21	He sido excluido de eventos sociales o actividades recreativas debido a vivir con VIH.					
22	He experimentado acoso debido a mi diagnóstico de VIH.					
23	En alguna reunión, me he sentido expuesto al coincidir con alguien que sabe que vivo con VIH.					
24	La sociedad en general tiene creencias negativas sobre las personas que viven con VIH.					
25	Me preocupa que mis familiares me juzguen debido a mi diagnóstico de VIH.					
26	Me preocupa que cuando doy a conocer que vivo con VIH, las personas sean incapaces de verme como siempre lo habían hecho.					
27	Mis amigos podrían discriminar o rechazar a alguien por tener VIH.					
28	Me siento preocupado por cómo las personas pueden reaccionar si descubren que vivo con VIH.					
29	Mi familia podría rechazar a alguien por tener VIH.					
30	He experimentado miedo cuando me relaciono con otras personas debido a mi diagnóstico de VIH.					
31	El VIH puede afectar mis relaciones en el futuro.					
32	Evito situaciones por temor a ser juzgado por vivir con VIH.					
33	Vivir con VIH puede afectar mis planes a largo plazo.					
34	He sido respetado por personas cercanas cuando les revelo mi diagnóstico de VIH.					
35	He sido apoyado por personas cercanas cuando les revelo mi diagnóstico de VIH.					

36	He recibido maltrato en mi comunidad por no comunicar que vivo con VIH.					
37	He recibido apoyo por parte de desconocidos que por algún motivo se enteran de que vivo con VIH.					
38	Alguien que vive con VIH puede ser considerado como alguien saludable.					
39	Evito relacionarme con las personas por temor a ser juzgado por vivir con VIH.					
40	Vivir con VIH puede afectar el tener una relación de pareja estable.					
41	Me preocupa que los miembros de mi comunidad me rechacen si descubren que vivo con VIH.					
42	He experimentado rechazo en mi comunidad, por vivir con VIH					
43	He experimentado rechazo en centros de salud, por vivir con VIH					
44	Me preocupa que las personas de la escuela me rechacen si descubren que vivo con VIH.					
45	He experimentado rechazo en la escuela, por vivir con VIH					
46	He recibido maltrato en la escuela por no comunicar que vivo con VIH					
47	En el ámbito laboral vivir con VIH es un motivo para que no me contraten o me despidan					
48	He experimentado rechazo en el trabajo, por vivir con VIH					
49	He recibido maltrato en algún trabajo por no comunicar que vivo con VIH.					
50	Me preocupa que mis compañeros de trabajo me rechacen si descubren que vivo con VIH.					

Tabla de calificación

Secciones	Puntaje obtenido
Sección 1:	
Sección 2:	
Puntaje total:	

Instrucciones de calificación

El instrumento consta de 74 ítems en total los cuales tienen como objetivo evaluar el nivel de estigma y discriminación presente en hombres que viven con VIH. Para poder calificar la prueba se deberán sumar los puntajes obtenidos en la sección uno y la sección dos y anotar los resultados en la tabla de calificación.

Para asignar puntuación a cada afirmación y hacer la suma posterior, se debe considerar el siguiente criterio, dependiendo de donde esté ubicada la respuesta del participante serán los puntos que se le asigne a cada respuesta:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos

Se debe tener en cuenta que los ítems 1, 4,10,12,13 y 22 de la sección 1 y los ítems 2,10,12,37 y 45 de la sección 2 se deben puntuar a la inversa, como se muestra a continuación:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto

Si se desea conocer el nivel de estigma interno puede considerarse la sección uno tomando en cuenta la siguiente tabla.

Puntaje sección 1	Resultado
24	El evaluado presenta índices de estigma interno y discriminación bajos.
25-47	El evaluado presenta índices de estigma interno y discriminación medios.
48-71	El evaluado presenta índices de estigma interno y discriminación altos.
72-96	El evaluado presenta índices de estigma interno y discriminación extremos.

Si se desea conocer el nivel de estigma externo puede considerarse la sección dos tomando en cuenta la siguiente tabla.

Puntaje sección 2	Resultado
50	El evaluado presenta índices de estigma externo y discriminación bajos.
51-99	El evaluado presenta índices de estigma externo y discriminación medios.
100-149	El evaluado presenta índices de estigma externo y discriminación altos.
150-200	El evaluado presenta índices de estigma externo y discriminación extremos.

Interpretación

Para conocer el nivel de estigma tanto interno como externo y discriminación deberá considerar la puntuación de la sección 1 y 2, sumarla y calificar de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntaje general	Resultado
74	El evaluado presenta índices de estigma y discriminación bajos.
Entre 75 - 147	El evaluado presenta índices de estigma y discriminación medio.
Entre 148-221	El evaluado presenta índices de estigma y discriminación altos.
Entre 222-296	El evaluado presenta índices de estigma y discriminación extremos.