



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL
PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. TELLEZ TORRES DANIEL ALFONSO**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. PÉREZ LÓPEZ DANAE**

CIUDAD DE MÉXICO 2022





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.

**FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL
PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20**

DIRECTOR DE TESIS

**DRA. PÉREZ LÓPEZ DANAÉ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN DOCENCIA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 36**

**FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL
PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20.**

VoBo

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
UMF FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro COMBIOÉTICA COMBIOÉTICA 09 CEI 012 1018002

Fecha Martes, 30 de agosto de 2022

Dr. Danae Pérez Lopez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3404-047

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Director

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



DEDICATORIA

Agradezco a la medicina, por que cada día estoy más seguro que necesitas amarla para poder ejercerla con calidez y calidad.

A todos los médicos y profesores que desde el inicio de mi vida como estudiante hasta el día de hoy como residente estuvieron ahí para guiarme, educarme, enseñarme y en algunas ocasiones a reprenderme, todo con el fin de mi buena formación académica, profesional y personal.

A todos los compañeros médicos que conocí, que se quedaron en el camino o que continúan viviendo esta gran aventura de la medicina conmigo, compañeros, amigos, colegas o incluso conocidos de la carrera, ya que todos me han dejado en alguna medida alguna enseñanza.

Finalmente quiero dedicar el presente estudio a mi familia: Mamá, Papá, Mario, Yazmín, Brenda, Pancha. Pues sin su apoyo incondicional y grandes sesiones de ánimos, me sería imposible estar culminando una nueva meta más.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES.

Que eterna e incondicionalmente me han brindado su apoyo para poder cumplir todos los objetivos que me plantee, tanto personales como profesionales. Gracias a ellos pude comenzar y terminar la mejor carrera y la mejor especialidad médica.

Las palabras no me alcanzan para expresar mi amor y gratitud.

A MIS HERMANOS

Que muy a su manera particular también han estado ahí para mi siempre que los necesité, porque no solo son mis hermanos sino mis mejores amigos y pude contar con ellos, con sus consejos y, cuando hizo falta, con sus regaños.

A MI SOBRINA

Que con su llegada le ha dado una nueva y resplandeciente luz a mi vida, llenándola de ánimos, ganas y amor para continuar.

ÍNDICE

Resumen	8
Introducción	10
Marco Teórico	11
Planteamiento del problema	23
Objetivos	25
Hipótesis	26
Sujetos, Material y Métodos	27
Resultados	37
Discusión	49
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Bibliografía	54
Anexos	59

RESUMEN

FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20

Pérez -López D.¹ Tellez-Torres DA.²

1. Médico familiar, Maestra en Docencia Científica y Tecnológica, CCEIS UMF36 IMSS.
2. Médico residente de segundo año de medicina familiar UMF 20 IMSS

En el 2016, 36.9 millones de pacientes vivían con VIH a nivel mundial. El diagnóstico no oportuno de este virus se ve asociado a un incremento en la morbimortalidad y la transmisión. Actualmente, existen estereotipos y convicciones erróneas de las personas en general, provocando discriminación hacia los pacientes con esta enfermedad. Hay pocas investigaciones acerca de las barreras, razones o motivaciones para la no realización del test para detección de VIH. **OBJETIVO** Analizar los factores psicosociales implicados en el balance decisional para tamizaje de VIH en pacientes de 20-45 años de la UMF 20 **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional analítico transversal, prospectivo, en 382 pacientes, de entre 20 y 45 años, adscritos a la UMF 20, variables sociodemográficas y factores psicosociales por los instrumentos FCV-19S (fiabilidad CI Alpha=0.82 e ICC=0.72), Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH (ICC=0.71) s por los estadística descriptiva, y bivariada significancia estadística cuando $p \geq 0.5$. **RESULTADOS:** En relación a las frecuencias mayores presentadas, se tiene: edad de 20-30 años 42% (n=163), género femenino en 59.4% (n=227), católicos 64.7% (n=247), solteros 49.2% (n=188), preparatoria 43.2% (n=165), heterosexuales 85% (n=325), en las barreras psicosociales el 73% (n=279) de la muestra mostro indiferencia, seguido del miedo 47.9%(n=183) y la ignorancia 44.2%(n=169), vergüenza 12% (n=46), sin barreras 3.9% (n=15), utilizando la prueba chi², existe relación con miedo y edad $p=0.0000$, sexo y miedo $p=0.012$, sexo e ignorancia $p=0.002$, estado civil e ignorancia $p=0.021$, escolaridad y miedo $p=0.001$, escolaridad e indiferencia $P=0.004$, escolaridad e ignorancia $p=0.000$, escolaridad sin barreras 0.008, preferencia sexual y vergüenza $p=0.003$, preferencia sexual y sin barreras $p=0.011$. **CONCLUSIÓN:** Los factores psicosociales intervienen en el balance decisional para tamizaje de VIH.

PALABRAS CLAVE: Barreras-psicosociales, Detección, Diagnóstico, VIH.

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL FACTORS INVOLVED IN THE DECISIONAL BALANCE FOR HIV SCREENING IN PATIENTS AGED 20-45 AT UMF 20

Pérez -López D.¹ Tellez-Torres DA.²

1. Clinical coordinator of health education and research, CCEIS family medicine UMF 36 IMSS
2. Second year resident doctor of family medicine UMF 20 IMSS

In 2016, 36.9 million patients were living with HIV globally. The non-opportune diagnosis of this virus is associated with an increase in morbidity and mortality and transmission. Currently, there are stereotypes and erroneous convictions of people in general, causing discrimination towards patients with this disease. There is little research on the barriers, reasons or motivations for not performing the HIV detection test. **OBJECTIVE:** To analyze the psychosocial factors involved in the decisional balance for HIV screening in patients aged 20-45 years of the UMF 20. **MATERIAL AND METHODS:** Prospective, cross-sectional, analytical observational study in 382 patients, between 20 and 45 years old, assigned to the UMF 20, sociodemographic variables and psychosocial factors by the FCV-19S instruments (reliability CI Alpha=0.82 and ICC=0.72). , Barriers associated with HIV diagnostic testing (ICC=0.71) s by descriptive statistics and bivariate statistical significance when $p \geq 0.05$. **RESULTS:** In relation to the higher frequencies presented, there is: age 20-30 years 42% (n=163), female gender 59.4% (n=227), Catholic 64.7% (n=247), single 49.2% (n=188), high school 43.2% (n=165), heterosexual 85% (n=325), in psychosocial barriers 73% (n=279) of the sample showed indifference, followed by fear 47.9% (n= 183) and ignorance 44.2% (n=169), shame 12% (n=46), without barriers 3.9% (n=15), using the chi2 test, there is a relationship with fear and age $p=0.0000$, sex and fear $p=0.012$, sex and ignorance $p=0.002$, marital status and ignorance $p=0.021$, schooling and fear $p=0.001$, schooling and indifference $P=0.004$, schooling and ignorance $p=0.000$, schooling without barriers 0.008, sexual preference and shame $p =0.003$, sexual preference and no barriers $p=0.011$. **CONCLUSION:** Psychosocial factors intervene in the decisional balance for HIV screening.

KEY WORDS: Barriers-psychosocial, Detection, Diagnosis, HIV.

INTRODUCCIÓN.

De las primeras planificaciones para el diagnóstico en tiempo y forma de la enfermedad por VIH está el uso planificado de test rápidos en comunidades con alta vulnerabilidad.

Cuando no se hace un diagnóstico en tiempo y forma de la presencia del virus de inmunodeficiencia humana se asocia a un incremento en la morbilidad y la mortalidad, así como en su transmisibilidad.

Hay evidencia que dice que las personas tienen una baja percepción de riesgo con respecto contagiarse de VIH, por lo que minimizan las consecuencias de las conductas sexuales de alto riesgo. Parecen ser muchas los motivos y de muy amplia gama, que van desde el temor a un resultado positivo, la discriminación o el contagiar a alguien más, hasta la ignorancia de la gratuidad de las pruebas o el miedo al dolor físico provocado por aguja utilizada durante la prueba. Son muchos los puntos implicados en el balance decisional de los habitantes a la hora de realizarse prueba de tamiz de VIH.

La enfermedad por VIH afecta de manera principal a las personas productivas en cuanto a nivel económico, lo cual desencadena consecuencias para el paciente y para su familia, además de el alto costo que paga el sistema de salud.

Múltiples son los beneficios que se obtendrán del presente estudio. En primer lugar, el médico de primer contacto podrá conocer las causas que influyen para que un paciente decida realizarse o no la prueba de detección de VIH para poder abordarlo de una manera más dirigida, resolviendo sus dudas y ayudándolos a tomar una decisión informada en aquellos con factores de riesgo para contagio, logrando así detecciones más oportunas ; Por otro lado, el beneficio será para los pacientes, ya que al implementarse estrategias de difusión y prevención de VIH con base a los resultados obtenidos de las razones para no realizarse la prueba, se podrán trabajar en ellos para que aquellos pacientes que aún no se realizan tamizaje y que están contagiados, se puedan diagnosticar y tratarse de manera oportuna. Finalmente, el beneficio será económico y social, puesto que un mayor índice de diagnósticos en etapas más tempranas de la infección por VIH, implican tratamientos más oportunos con la posibilidad de lograr un estatus de indetectabilidad, consiguiendo así los pacientes llevar una vida lo más normal que sea posible y evitándole al instituto todos los gastos relacionados a la atención de las complicaciones relacionadas al SIDA.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad por VIH es una patología que ocasiona el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, o VIH, y su principal objetivo es el sistema inmune el cual se ve deteriorado de forma irreversible y gradual. Su etapa final, el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida o SIDA, trae graves problemáticas de salud a nivel nacional e internacional.¹

Siendo una patología con afectación principal a la parte de la población que es activa económicamente hablando, hace que las consecuencias financieras en el paciente, sus familiares y en la salud y su sistema sean importantes. El saber de esta patología, hacer el diagnóstico y comenzar oportunamente el tratamiento ayuda al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes infectados y por ende de su círculo social, reduciendo la mortalidad que existe a pesar de las terapias antirretrovirales.¹

Actualmente, las terapias que se otorgan a los pacientes que padecen la infección por VIH les ofrece tener una carga viral con estatus de indetectable, lo que permite una reducción de los agentes oportunistas y, regularmente, se encuentran sin ninguna sintomatología.²

EPIDEMIOLOGÍA

Hay una estimación para el fin de la epidemia de VIH para el año 2030 por el programa conjunto de las naciones unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), que estableció para el 2020, el objetivo “90-90-90”, que dice que por lo menos el 90% de los infectados con VIH fueran diagnosticados, que al menos 90% de los ya diagnosticados recibieran terapia oportuna y que mínimo, el 90% de los pacientes en tratamiento fueran indetectables en cuanto a carga viral.²

De igual manera, a los objetivos mencionados anteriormente, se agregaba uno transversal de gran relevancia: el objetivo de la cero discriminación.²

De igual forma, ONUSIDA comunicó en el 2017, que mundialmente alrededor de 36.9 millones de individuos vivían con infección de VIH, de éstas, cerca del 25% no conocían su estatus serológico.³

Durante el 2016, 36.9 millones de pacientes vivían con el virus del VIH a nivel mundial, sobre todo en África y Asia. A partir del principio de la pandemia, cerca de 78 millones de personas se han diagnosticado con VIH y alrededor de 41 millones han muerto; 17.1 millones de individuos no saben de su enfermedad y 22 millones carecen de oportunidad para recibir terapia antirretroviral.⁴

En Europa, según el centro europeo para la prevención y control de enfermedades (ECDC), establece que, a diario, se realizan aproximadamente 400 nuevos diagnósticos de VIH, 438,000 personas siguen sin saber su estatus de infección y cerca de un millón de pacientes ya diagnosticados con la enfermedad no reciben terapia.²

Se tiene estimado que en España habitan aproximadamente 130,000 y 160,000 individuos con VIH, de las cuales el 18% no sabe de su infección y el 50% recibe el diagnóstico de forma tardía, resultando en una mala evolución, mala calidad de vida, peor esperanza de vida y costos aumentados.⁵

Así mismo, en España, el contagio por VIH no está en control. Son necesarias nuevas estrategias para fomentar la prevención, el diagnóstico precoz y el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral, tomando en cuenta la promoción de cambios de conducta en la población.⁶

El abordaje al problema de VIH se ha hecho a partir de los primeros pacientes que se reportaron, pero para el año de 1999 cuando el tamaño de la población infectada creció de manera alarmante, la OMS registró a 34 millones de habitantes infectados por VIH, y de esos la mitad eran de América, siendo Estados Unidos, México y Brasil los países con distribución mayor de casos.⁷

En América Latina, cerca de 2,100,000 habitantes están infectados con VIH o padecen SIDA. Los países del Caribe no hispanos en los últimos 5 años han tenido las incidencias más altas de esta patología. De igual manera, países como Cuba y Chile reportan un aumento gradual de la incidencia de infección por este virus.⁸

Entre el 2007 y el 2008 se tenía registro a nivel mundial de 33 millones de individuos viviendo con el virus del VIH, con una prevalencia en México del 0.3% en adultos de entre 15 y 49 años con afectación mayor de los 15 a los 44 años de edad, constituyendo el 78.6% de los registros.¹

En México ha sido constante el comportamiento de la epidemia por VIH y SIDA del 2005 al 2017. De los pacientes registrados, las relaciones sexuales sin protección ha sido la vía de contagio más alta con 95.2%, seguido por el uso de drogas inyectables.⁸

Según el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, en su informe histórico de del tema en el primer trimestre de 2021, el 2004 fue el año en que más notificaciones de casos se realizaron en México con 26,024 notificados y más de 10,000 pacientes diagnosticados.⁹

Ahora bien, en el 2018 y 2019 fueron los años que más diagnósticos se realizaron, con más de 17,000 en ambos años. En el 2020 se registraron 9,711 notificaciones y se realizaron 9,220 diagnósticos.⁹

GENERALIDADES DEL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Hace aproximadamente 30 años, el Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, su consecuencia más fatal, surgieron como una nueva patología, y a partir de eso ha figurado como una enorme preocupación para el sector salud a nivel mundial a razón de su importante morbilidad y mortalidad.¹⁰

Múltiples investigaciones y recursos se han usado hasta la fecha para encontrar e implementar la manera más efectiva de prevenir la diseminación del VIH y curar la enfermedad.¹⁰

A partir del análisis de los primeros casos, se destacó el daño del sistema inmunológico, conociéndosele como una “nueva inmunodeficiencia adquirida”. Los linfocitos cooperadores son las células que son atacadas de manera principal por este retrovirus, debido a la disfunción inducida pone en compromiso la totalidad de la red reguladora inmunológica, a nivel citoquímico y celular, puesto que estas células tienen un rol estelar en la respuesta de tipo inmunológica, tanto adquirida como innata.⁴

La infección por VIH se puede transmitir por medio de diferentes fuentes: una de ellas son las relaciones sexuales sin el uso del condón, incluyendo aquellas por exposición laboral en el caso de los y las sexoservidoras. Otra vía de contagio es la exhibición a sangre infectada por el uso compartido de accesorios para drogas intravenosas como las agujas que contengan sangre de algún portador. El contagio por recibimiento de órganos transplantados y la transmisión de madre a bebé durante el parto son otras vías de transmisión del VIH.⁸

En cuanto a las diferentes categorías clínicas, se dividen en categoría A, categoría B y categoría C.⁸

La Categoría A corresponde a una infección de carácter asintomática, hay adenomegalia generalizada persistente con la localización de ganglios linfáticos en 2 o más lugares anatómicos en lugares diferentes a ingles, de al menos 1 cm de diámetro por un periodo mayor a 90 días; La categoría B hace alusión a los pacientes con sintomatología como angiomatosis bacilar, candidiasis vaginal persistente por más de 30 días o que no tenga respuesta a tratamiento, candida en faringe o cavidad oral, presencia de displasia cérvico-uterina o síndrome constitucional con presencia de fiebre igual o mayor a los 38.4° o la presencia de evacuaciones diarreicas de más de 30 días de evolución. Finalmente, la categoría C se refiere a las consecuencias graves por SIDA, en donde se presenta candidiasis traqueal bronquial o esofágica, cáncer cérvico-uterino invasivo, infecciones por citomegalovirus, tuberculosis o Pneumocistis Jirovecci, encefalopatía o leucoencefalopatía multifocal progresiva por VIH, criptococosis extrapulmonar, histoplasmosis o diferentes neoplasias, por nombrar algunas.⁸

En el siguiente cuadro se pueden apreciar las distintas categorías de la infección por VIH así como el conteo de células CD4 que corresponde a cada una de dichas categorías:⁸

CÉLULAS CD4	A	B	C
1) >500/mm ³	A1	B1	C1
2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2
3) <200/mm ³	A3	B3	C3

El VIH-1 produce una infección más grave que el VIH-2. El VIH-2 no está muy extendido en el mundo y se caracteriza por cargas virales pequeñas y con frecuencia indetectables, con un avance más lento a la fase del SIDA.¹¹

Las investigaciones que se han hecho hasta la fecha de hoy han señalado diversos factores que tienen una relación con el VIH y su huésped las cuales contribuyen a una mejora del control inmunológico y a una reducción en la replicación viral.¹¹

De las primordiales planificaciones para el diagnóstico temprano de enfermedad por VIH está el uso planificado y constituido de test rápidos en comunidades con alta

vulnerabilidad. En todas estas personas vulnerables o con datos clínicos de la enfermedad se debe realizar dicha prueba rápida o una prueba convencional de ensayo por inmunoabsorción ligada a enzima o ELISA, con la posterior confirmación mediante ensayo Western blot o también llamada por inmunofluorescencia indirecta.^{3, 8}

La terapia antirretroviral (ARV) ha tenido un impacto positivo en la supervivencia y el pronóstico de las personas con infección por VIH. Es importante una evaluación del curso clínico inmunológico así como la carga viral de la infección para poder decidir la terapia ARV de inicio.⁸

La terapia antirretroviral es necesaria iniciarse en aquellas personas con enfermedad definitiva de SIDA, con un conteo de células CD4 menor a 350 /mm³, mujeres embarazadas, pacientes con nefropatías asociadas al virus o con co-infecciones con virus de hepatitis B que requieren tratamiento para ambas patologías. También se recomienda en pacientes con infección crónica aunque ésta sea asintomática.⁸

Hoy, las personas que portan el virus de inmunodeficiencia humana tienen una esperanza de vida mayor, gracias a las efectivas terapias antirretrovirales disponibles, teniendo de la posibilidad de gozar de una vida casi normal.¹²

El diagnóstico no oportuno de la presencia del virus de inmunodeficiencia humana se ve asociado a un incremento en la morbilidad y la mortalidad, así como en su nivel de transmisión.¹³

El saber los aspectos clínicos y epidemiológicos de los más recientes diagnósticos de enfermedad por VIH, así como los factores de riesgo implicados en el diagnóstico tardío con presencia o no de enfermedad avanzada constituyen una ventana de oportunidad para el diagnóstico temprano y para bajar el nivel de transmisión.¹³

La infección por VIH afecta de manera primordial a los individuos productivos a nivel económico, desencadenando consecuencias para el paciente y para su familia, sin mencionar el alto costo que paga el sistema de salud.¹

Los gastos en tratamiento se incrementan para los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad por VIH. Sin tomar en cuenta a los antirretrovirales, el gasto promedio de las personas con conteo de CD4 inferior a 200 células/mm³ es aproximadamente 30% mayor con respecto al de otros pacientes. Los gastos se incrementan a causa de que estos

individuos pasan casi el doble de días en el hospital, así como por el uso de métodos de diagnóstico inespecíficos de SIDA.¹⁴

FACTORES DE RIESGO

Desde el construccionismo social, la sexualidad es la respuesta a ciertos roles sociales y culturales que no son heredados de manera biológica, sino que se obtienen durante el transcurso de interacciones y adquisiciones de conocimientos con el sector social.¹⁵

Las prácticas de índole sexual saludables han llegado a ser prioritarias para la difusión del autocuidado que aspira dar la seguridad que se necesite a los individuos en contra de lo que figura como una gran amenaza para el sector salud, las infecciones de transmisión sexual (ITS).¹⁶

Las prácticas sexuales saludables son definidas como prácticas que hacen énfasis en el involucramiento del propio cuerpo y el de otras personas, en busca de placer y satisfacción de manera segura y con responsabilidad.¹⁶

Actualmente, gran proporción de la población y los jóvenes se exponen a factores de riesgo inherentes a los dinamismos sociales y a las relaciones interpersonales que los forman, generando un prototipo de sociedad más multicultural en apariencia, con más tolerancia e inclusión en varias temáticas de comportamiento, en especial, el relacionado a las prácticas sexuales, lo que ha generado un alarmante crecimiento en los números indicadores de incidencia de las infecciones de transmisión sexual, destacando la infección por VIH/SIDA.¹⁶

Existen comportamientos en la época actual diversos y complejos, como el “bareback” que consiste en la práctica de sexo anal sin protección de manera intencionada en personas que no se identifican como pareja estable, el “bug chasing” o cazadores de virus o los “gift giver” que son éstos individuos que practican sexo bareback teniendo en cuenta que uno de los involucrados presenta estatus serológico positivo y el otro no. Dichos comportamientos contemporáneos desfavorecen los esfuerzos por controlar esta enfermedad, y no han sido tomados en cuenta lo suficiente por estudios científicos que se encargan del tema.¹⁶

Existen algunos modelos hechos para dar explicación al contexto y a los motivos de contracción de VIH/ SIDA, uno de ellos hace mención de 3 macro-ambientes donde se

desarrollan los factores que influyen y vulneran a los pacientes para la adquisición de una patología transmisible: ambiente biofísico, social y el desarrollado en una base cultural.¹⁷

Posteriormente, dicho modelo es adaptado al concepto de conducta vulnerable, identificándose 3 tipos de comportamientos que se vinculan a la exposición al VIH: comportamientos que aumentan la exposición, que facilitan el contagio y comportamientos que dan protección para no contraer la enfermedad. Por lo tanto, se dice que hay conductas de riesgo que aumentan la posibilidad de contraer el VIH, y conductas protectoras que contrarrestan a las primeras, las cuales pueden identificarse y estudiarse como variables de medida en el desarrollo del contagio del virus.¹⁷

Con respecto a los factores que incrementan el riesgo, el involucramiento de la persona vulnerable para con el dinamismo del contagio del VIH, desarrolló un valor importante para el direccionamiento de sistemas preventivos.¹⁷

Un factor importante para la adquisición del virus lo son las prácticas sexuales de riesgo. Entre los motivos que están asociados al incremento de éstas están los avances en los tratamientos antirretrovirales que dan la impresión al paciente de “cronicidad débil” y por consecuencia se establece una baja en la percepción de la peligrosidad.¹⁵

También se ha observado que otros factores asociados son el consumo de drogas con fines recreativos y la promiscuidad.¹⁵

Los hombres, independientemente de cómo se definan a sí mismos en cuanto a preferencias sexuales, presentan una mayor necesidad de relaciones sexuales que las mujeres, situación que da explicación del porque los hombres tienen actitudes de búsqueda del placer llevando a cabo prácticas sexuales de alto riesgo que los vulneran ante el VIH.¹⁵

Los siguientes son los factores de riesgo mayormente asociados para contraer infección por VIH, según la actualización de 2017 de la guía de práctica clínica mexicana.¹

PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN POR VIH
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
Usuarios de drogas inyectables
Personas que intercambian sexo por dinero o drogas
Las parejas sexuales de personas infectadas por VIH, bisexuales o de usuarios de

drogas inyectables
Personas que tienen relaciones sexuales con parejas cuya condición de VIH es desconocida.
Violación

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES ASOCIADOS AL VIH Y GRUPOS VULNERABLES.

La enfermedad por VIH y la epidemia mundial que originó, ha sido observada de múltiples dimensiones: social, política, económica y en su interacción con otras infecciones de transmisión sexual. A pesar de eso, todavía existen algunas situaciones sin resolver en cuanto a la influencia de la persona como un ser que es vulnerable para adquirir la enfermedad en una serie de hechos dinámicos en donde intervienen múltiples factores sociales, ambientales y culturales.¹⁷

En cuanto a determinantes socioculturales y factores de riesgo en el contagio de VIH, con base a la evidencia, se logran organizar en 4 grandes grupos: La migración y la pobreza, la vulnerabilidad de las mujeres, el racismo y la etnicidad y los engendramientos culturales en cuanto al VIH.¹⁸

En América Latina, se han llevado investigaciones acerca del fenómeno migratorio, la no igualdad de género y la pobreza como agentes de vulnerabilidad social para el contagio de VIH, situación que no ha pasado con la etnicidad ni con las preferencias sexuales o con la variabilidad sexual y amorosa, con excepción de algunas ocasiones, y en investigaciones que en su mayor proporción son hechas por civiles.¹⁸

La mortalidad por complicaciones ligadas al SIDA ha ido a la baja de manera heterogénea, esto a causa de que la mortalidad tiene variaciones relacionadas a género, lugar de residencia, empleo y edad. Los hombres se infectan de VIH más que las mujeres, 4:1 en proporción y en México la población más afectada son los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como las personas transgéneros.⁸

La dificultad de que el pueblo indígena pase desapercibido respecto al VIH es debido a varios factores: No tomar en cuenta a dicha población al pensar en la salud, estereotipos en sociedad sobre cómo es su modo de vivir y quienes son, dogmas acerca de la

“sexualidad natural” del pueblo indígena, que dice que todos son de preferencia heterosexual, y que asocian la enfermedad con el ser homosexual, significando que, si no hay homosexuales, no hay VIH y el hecho de que en los programas e investigaciones del tema no se tomen en cuenta su especificidad cultural y social en un ámbito nacional que se caracteriza por praxis discriminatorias y racistas.¹⁸

En personas heterosexuales el diagnóstico se retrasa más, al igual que en usuarios de drogas intravenosas, inmigrantes y adultos de 50 años o más.⁵

Por otra parte, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres son un grupo único en donde los nuevos diagnósticos van aumentando. Se proyecta que un 34% de las personas infectadas de VIH presentan una carga viral detectable, esto secundario a las barreras que dificultan su diagnóstico como la baja percepción del riesgo por parte del paciente y el médico o por el insuficiente acceso a la prueba.⁵

Los hombres que contratan a sexo servidoras, tanto en países de bajos como en medianos ingresos, son una población importante que se ve afectada desproporcionadamente por el virus de VIH y representan un punto de oportunidad valorable para realizarse la prueba. El que aumente el número de pruebas en esta población ayudaría a prevenir que dichos hombres transmitan el virus a sus parejas sexuales y a sus parejas de consumo de drogas, refiriendo a los individuos que viven con VIH, a servicios de prevención y tratamiento.¹⁹

En América y el Caribe se destacan puntos como la diferencia en cuanto a estándares de cómo comportarse en la sociedad entre hombres y mujeres hacia temas como la fidelidad en el matrimonio, migración a centros urbanos desde áreas rurales, y el contagio de VIH a la pareja.²⁰

Las desigualdades de género que se caracterizan por control y poder del hombre por encima de las mujeres, junto con factores socioculturales que mantienen a la mujer bajo un yugo, ignorando sus necesidades, derechos y responsabilidades, son factores muy destacables en el incremento de contagios de VIH/SIDA en las mujeres.²⁰

Actualmente, aún hay estereotipos y convicciones equivocadas por parte de las personas en general, provocando acciones de discriminación dirigidas hacia los pacientes con VIH, todo desencadenado por carencia de información y a la interpretación inapropiada de las normas.²¹

De igual forma, en algunas situaciones, el contagio por VIH se antepone a otras situaciones ya existentes de exclusión social, como lo son las preferencias sexuales, el género y la identidad de éste y el consumo de sustancias nocivas. La desigualdad social claramente influye en la vulnerabilidad frente a la infección, la evolución y en el pronóstico de esta patología.²¹

ESTIGMAS, BARRERAS PARA TAMIZAJE Y BALANCE DECISIONAL.

La organización mundial de la salud (OMS) promueve que los integrantes de la población se realicen el tamizaje para detección de VIH al menos 1 vez por año. La detección tardía del virus de la inmunodeficiencia humana desmejora el pronóstico de los pacientes diagnosticados e incrementa las probabilidades de contagio. Alrededor del mundo, ciertas poblaciones afectadas por el VIH son también las poblaciones que menos probabilidad de realizarse la prueba tienen.^{19,22}

El escenario idóneo para la búsqueda de pacientes con VIH ha sido tema de discusión en muchas ocasiones, así como la mejor estrategia para dicho propósito. Se ha señalado a la atención primaria como el ambiente propicio para hacer dicha tarea y diagnosticar el VIH en etapas tempranas, puesto que cerca del 80% de la población, va a su unidad de medicina familiar por lo menos 1 vez por año.^{23,24}

Los nuevos tratamientos y las aportaciones científicas en la atención en sanidad han sido buenas para la calidad y la esperanza de vida en los pacientes infectados con VIH. A pesar de lo anterior, quienes portan esta enfermedad continúan expuestos a la estigmatización social que aún se asocia a este estatus, viviendo en ocasiones situaciones de discriminación, en los ámbitos educativo, laboral, judicial y sanitario, así como la accesibilidad a seguros y prestaciones.²¹

Es posible describir que la estigmatización social del VIH es producto de las clasificaciones morales del siglo XX de las instituciones de religión y política hacia los individuos que se contagiaron de esta patología, en ese entonces enigmática, sin tratamiento y sin explicación; de igual forma, relacionando dicha condición a grupos, que en aquel entonces contaban con un rol negativo en la sociedad: los homosexuales, trabajadores sexuales y los usuarios de sustancias inyectables o psicoactivas.²⁵

El estigma que se asocia a la infección por VIH es dañino en sí mismo, pues lleva a los pacientes que padecen la infección a sentir culpa y sentirse avergonzadas, con su consecuente aislamiento. Por otro lado, puede llevar a los individuos de la sociedad a perjudicar o repudiar sus derechos. A tales actos se les denominan actos de discriminación por motivo de VIH o de estado serológico.²¹

Hay un gran acuerdo acerca de la relevancia que el pobre diagnóstico y la detección tardía de la enfermedad por VIH tiene hacia la salud de los individuos que la padecen, así como en la prevalencia de la epidemia debido a un alza no prevenido de la transmisión.²⁶

Las barreras con respecto al tamizaje de VIH han sido analizadas en individuos de alto riesgo y de las primordiales barreras sobresalen la falta de información sobre dónde realizarse la prueba, una baja percepción de vulnerabilidad con respecto al VIH, temor a la infección y la falta de recursos para pruebas, así como servicios y políticas de salud.^{27,}

28

En un estudio realizado en el 2020 por Muelas Fernández y colaboradores en donde dieron revisión a la atención brindada en los 5 años previos al estudio para resaltar oportunidades desaprovechadas de diagnóstico temprano, concluyeron que, a pesar del contacto tan seguido de los pacientes con el sistema de salud, cerca del 50% de los nuevos diagnósticos de VIH se llevaron a cabo de manera tardía.²⁹

En otro estudio del tema, Torres Obregón R y colaboradores, resumen que “El riesgo percibido hacia el VIH y el balance decisional (pros y contras) hacia la prueba del VIH son aspectos fundamentales para la comprensión de la motivación de los hombres que tienen sexo con hombres para involucrarse en conductas que reduzcan o aumenten el riesgo de infección ante el virus”³⁰

En dicho estudio, encuestaron a 202 hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres acerca del riesgo percibido hacia el VIH y el balance decisional hacia el tamizaje de este virus. El 66.3% tuvo una baja percepción de riesgo con respecto al VIH; Los Pros más citados: “si tuviera VIH no quisiera infectar a nadie más” con el 95% y “quisiera estar seguro de no tener el VIH para decírselo a mi pareja sexual” con el 90.6%; Los contras más citados fueron “Tengo miedo a la aguja utilizada en la prueba de detección del VIH” con el 53% y “La gente me podría rechazar si tuviera el VIH con un 78.7%.”³⁰

Por otro lado, a pesar de lo importante de la realización de la prueba de VIH para hombres que contratan servicios de tipo sexual, un estudio en Guatemala reveló que la

negación de éstos para tamizarse es por temor a reactividad positiva en el resultado o incluso por desconocimiento de que hay acceso a pruebas gratuitas. De igual manera, concluyeron que el temor a un trato discriminatorio o que los estigmaticen por padecer VIH los empuja a no realizarse la prueba.¹⁹

Hay pocas investigaciones que han indagado las barreras, razones o motivaciones para la realización en tiempo y forma del test para VIH. Se ha encontrado que la no toma del examen de diagnóstico es debida al miedo ante un resultado positivo, no tener seguridad social, no conocer la terapia antirretroviral, el empleo de drogas ilícitas, así como la ausencia de percepción de riesgo ante la posibilidad de adquirir la enfermedad.²⁸

Es de vital importancia tener en consideración para situaciones venideras, conocimiento acerca de la relevancia de realizarse la prueba para VIH de manera periódica, y se hace urgente implementar estrategias que suban el número de personas diagnosticadas y de manera más acelerada. De igual forma, se tienen que realizar estrategias para hacer crecer la percepción de exposición hacia el virus del VIH.^{26, 30}

El tener conocimiento de la patología, hacer su diagnóstico y proporcionarle tratamiento oportuno ayuda a la calidad de vida del paciente, por ende, la de su familia y a la sociedad en la que habita.¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los gastos en tratamiento se incrementan para los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad por VIH. Sin tomar en cuenta a los antirretrovirales, el gasto promedio de las personas con conteo de CD4 inferior a 200 células/mm³ es aproximadamente 30% mayor con respecto al de otros pacientes. Los gastos se incrementan a causa de que estos individuos pasan casi el doble de días en el hospital, así como por el uso de métodos de diagnóstico inespecíficos de SIDA.¹⁴

Hoy, las personas que portan el virus de inmunodeficiencia humana tienen una esperanza de vida mayor, gracias a las efectivas terapias antirretrovirales disponibles, teniendo la posibilidad de gozar de una vida casi normal.¹²

Sin embargo, ONUSIDA comunicó en el 2017, que mundialmente alrededor de 36.9 millones de individuos vivían con infección de VIH, de éstas, cerca del 25% no conocían su estatus serológico.³

El diagnóstico no oportuno de la presencia del virus de inmunodeficiencia humana se ve asociado a un incremento en la morbilidad y la mortalidad, así como en su nivel de transmisión.¹³

Los nuevos tratamientos y las aportaciones científicas en la atención en sanidad han sido buenas para la calidad y la esperanza de vida en los pacientes infectados con VIH. A pesar de lo anterior, quienes portan esta enfermedad continúan expuestos a la estigmatización social que aún se asocia a este estatus, viviendo en ocasiones situaciones de discriminación, en los ámbitos educativo, laboral, judicial y sanitario, así como la accesibilidad a seguros y prestaciones.²¹

El estigma que se asocia a la infección por VIH es dañino en sí mismo, pues lleva a los pacientes que padecen la infección a sentir culpa y sentirse avergonzadas, con su consecuente aislamiento. Por otro lado, puede llevar a los individuos de la sociedad a perjudicar o repudiar sus derechos.²¹

El riesgo que se percibe hacia el VIH y el balance decisional, es decir, los pros y los contras hacia la realización o no de esta prueba, desde el miedo al rechazo social por una confirmación diagnóstica hasta el miedo a la aguja utilizada para la prueba, son aspectos importantes para el entendimiento de lo que motiva a las personas para implicarse en comportamientos que bajen o suban el riesgo de contraer el virus.³⁰

Por todo lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicosociales implicados en el balance decisional para el tamizaje de VIH en pacientes de 20-45 años de la UMF 20?

OBJETIVO GENERAL

Analizar los Factores psicosociales implicados en el balance decisional para el tamizaje de VIH en pacientes de 20-45 años de la UMF20

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los datos sociodemográficos: edad, género, orientación sexual, estado civil, religión y escolaridad.
- Determinar los factores psicológicos que influyen en la realización de la prueba de detección de VIH, medido por los instrumentos FCV-19S y Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH.
- Determinar los factores sociales que influyen en el tamizaje de detección de VIH a través de los instrumentos: FCV-19S, Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH.
- Asociar las variables sociodemográficas con los factores psicológicos que influyen en el tamizaje de detección de VIH
- Asociar las variables sociodemográficas con los factores sociales que influyen en el tamizaje de detección de VIH

HIPÓTESIS.

HO: No existe asociación entre los factores psicosociales y el balance decisional para el tamizaje de VIH en pacientes de 20-45 años de la umf20

HA: Existe asociación entre los factores psicosociales y el balance decisional para el tamizaje de VIH en pacientes de 20-45 años de la umf20

MATERIAL Y MÉTODOS.

POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en pacientes que acudan a la Unidad de Medicina Familiar número 20 (UMF 20) los cuales fueran mayores de edad y tuvieran vida sexual activa en un periodo de agosto a septiembre de 2022.

El estudio se hizo en la zona norte de la Ciudad de México en la UMF 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en calzada vallejo número 675 de la colonia Magdalena de las salinas, código postal 07760, ubicada en alcaldía Gustavo A. Madero.

La UMF 20 es una unidad de primer nivel de atención, la cual cuenta con módulo de detecciones, en donde se realizan pruebas de glucosa y presión arterial entre otras, así como la realización de prueba rápida de VIH. Dicha área tiene un horario matutino y vespertino.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO.

Se estudiaron los datos reportados por los pacientes que acudieron a la unidad de medicina familiar número 20, mediante el uso de 2 instrumentos de medición, teniendo en cuenta a hombres y mujeres de 20 a 45 años, adscritos a la UMF 20 del IMSS con vida sexual activa en un periodo proyectado de agosto de 2022 hasta completar la población muestral.

TIPO DE ESTUDIO.

-Observacional: el propósito del estudio es la descripción de un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma sin intervenir en el curso natural de éstos.

-Analítico: Se pretendió descubrir una hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, establecer una relación causal entre 2 fenómenos naturales

-Transversal: Esta investigación realizó la recolección de la información en una sola emisión.

-Prospectivo: Estudio que en el tiempo se diseñó y comenzó a realizarse en el presente y los datos se analizaron con proyecciones a futuro.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

- Criterios de inclusión:
 - Hombres y mujeres con edad de 20-45 años, con vida sexual activa.
 - Usuarios de atención médica adscritos a la UMF 20

- Criterios de exclusión
 - Pacientes con diagnóstico de VIH
 - Pacientes que presenten alguna limitación física o mental, que les impida responder los cuestionarios
 - Mujeres embarazadas
 - Usuarios de atención médica de entre 20 a 45 años de edad, que no tengan vida sexual activa.

- Criterios de eliminación.
 - Pacientes que no deseen participar
 - Pacientes que abandonen en algún momento la investigación
 - Instrumentos mal requisitados

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Pacientes de entre 20 y 45 años de edad, adscritos a la unidad de medicina familiar n. 20, CDMX.

Para el presente estudio se utilizó la fórmula de poblaciones finitas, pues se busca determinar una proporción con población finita y se usó la siguiente fórmula:

$$n = N * Z_a^2 * p * q / d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q$$

Donde:

N: total de la población, en este caso, hay, en la UMF 20, entre ambos turnos, un total de 51, 211 pacientes de entre 20-45 años.

Z_a^2 : 1.96² (seguridad del 95%)

p: proporción esperada (5% = 0.05)

q: 1 – p (1-0.05= 0.95)

d: precisión. (3%)

Entonces:

$$n = (51,211) (1.96^2) (0.05) (0.95) / (0.03)^2 (51,211 - 1) + (1.96)^2 (0.05) (0.95)$$

$$n = 382.$$

El tamaño de la muestra para este estudio fue de 382 participantes.

Técnica de muestreo:

El muestreo se realizó en sala de espera por casos consecutivos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

❖ VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Sexo.
- Religión
- Estado civil
- Escolaridad
- Orientación sexual

❖ V

ARIA
BLE
S
DEP
END
IENT
ES:

VARIABLES INDEPENDIENTES

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
--------	-----------------------	------------------------	------------------	--------------------	--------------------

• F

actor
es
psico
socia
les
(Mie

do, Ignorancia, Vergüenza, Indiferencia)

Edad	Se considero el tiempo que ha vivido una persona o un ser vivo contando desde su nacimiento	Se obtuvo por cuestionamiento directo al paciente, corroborando con identificación oficial.	Cuantitativa	Discreta	18-25 26-35 36-45
Sexo	Se define como la expresión biológica y genética que tienen los seres humanos en hombres y mujeres a partir de su expresión gonadal.	Se obtuvo por cuestionamiento directo al paciente, corroborando con identificación oficial.	Cualitativa	nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 3. Indefinido

Religión	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Se obtuvo por cuestionamiento directo al paciente.	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • cristiana • testigo de Jehová • Ateo • otras
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que, establece ciertos derechos y deberes.	Se obtuvo por cuestionamiento directo al paciente.	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • soltero (a) • casado (a) • Viudo (a) • Divorciado (a) • En una relación/unión libre

Escolaridad	Nivel de educación más alto que una persona ha concluido.	Se obtuvo por cuestionamiento directo al paciente.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria terminada • Secundaria terminada • Bachillerato terminado • Licenciatura terminada • Posgrado o Maestría
Orientación sexual	La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros.	Se obtuvo por cuestionamiento directo con el paciente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Homosexual • Bisexual • Otro/No respondió

VARIABLE DEPENDIENTE

FAC TO RES	NOMB RE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN.
PSI CO SO CIA LES	Miedo	Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.	Se obtuvo a partir de los ítems del 1-7 del cuestionario FCV-19S con la siguiente puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • 7-21 puntos: SIN MIEDO • < 21 puntos: CON MIEDO Y de los ítems 8, 9, 10 y 12 del cuestionario Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH.	Cualitativa	Nominal	a) Con miedo b) Sin miedo
	Ignorancia	Falta general de instrucción o de conocimientos.	Se obtuvo a partir de los ítems 3, 6, 7, 13 y 16 del	Cualitativa	nominal	• Si • No

	Desconocer algo.	cuestionario Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH			
Vergü enza	Sentimiento de pérdida de dignidad causado por una falta cometida o por una humillación o insulto recibidos.	Se obtuvo a partir de los ítems 4 y 11 del cuestionario Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Indifer encia	Que no muestra una actitud positiva ni negativa hacia determinada cosa o persona, o que no la muestra hacia nada ni nadie.	Se obtuvo a partir de los ítems 2, 5, 14 y 15 del cuestionario Barreras asociadas a la prueba diagnóstica del VIH	cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y TÉCNICA UTILIZADA

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, transversal, prospectivo, en el que se pretendió determinar y analizar los factores sociales y psicológicos determinantes para que un paciente decida realizarse o no la prueba de detección de VIH.

Para lo anterior, se hizo uso de los instrumentos “Escala de miedo ajustada al VIH” y “barreras hacia la prueba de VIH”, los cuales se aplicaron a 382 pacientes, con criterios de selección específicos, previamente determinados por medio de fórmula de poblaciones finitas, dentro de la población de la unidad de medicina familiar número 20, con previo consentimiento informado de los comités de ética e investigación, para posteriormente realizar la búsqueda de pacientes en sala de espera, se les menciono y se les invito a participar en la investigación, con un trato cordial y amable se respondieron todas las dudas generadas, y posteriormente se les dio a firmar el consentimiento informado.

Una vez recopilada la información, se hizo la observación de los instrumentos, creando una base de datos con el uso del programa estadístico SPSS para el vaciamiento y el análisis de ésta.

Se utilizo estadística descriptiva, con porcentajes, frecuencias, con IC (95%) para variables cualitativas, para cuantitativas DE y promedios con pruebas de normalidad, estadística bivariada para más de tres grupos para variables ordinales con prueba de Chi cuadrada, considerando significancia estadística cuando p sea menor a 0.5.

Finalmente, se analizaron los factores sociales y psicológicos que influyen en el tamizaje de VIH, así como la influencia que tienen las determinantes sociodemográficas en éstos. Se pretendió plantear la necesidad de realizar más estudios de esta índole para poder pensar en nuevas formas de intervención para los pacientes vulnerables, y se puedan realizar las detecciones correspondientes.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

- Escala de miedo ajustada al VIH: Misma que se tomó de la escala de miedo al COVID-19, (FCV-19S) es un cuestionario autoadministrable el cual evalúa el miedo o el temor al COVID 19 con el uso de 7 ítems, con un formato LIKERT con 5 anclajes para respuesta, (fiabilidad CI Alpha=0.82 e ICC=0.72) dependiendo el grado de intensidad de los participantes, con una puntuación que va de los 7 a los 35 puntos, siendo la escala 7-21 puntos negativo a miedo; más de 22 puntos positivo a miedo, con los siguientes rangos de puntuación por respuesta.

FUERTEMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO (2 puntos)	NI ACUERDO DESACUERDO	DE NI ACUERDO	DE ACUERDO (4 puntos)	FUERTEMENTE DE ACUERDO. (5 puntos)
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------	-----------------------------	--

(1 punto)		(3 puntos)		
-----------	--	------------	--	--

- Barreras hacia la prueba de VIH: este instrumento, diseñado por Peralta et.al en el 2007 (ICC=0.71) , de manera original cuenta con una lista de 16 reactivos o barreras. De este listado, los participantes señalarán todos los motivos por los que no se han realizado la prueba diagnóstica de VIH, correspondiendo cada uno a una de las 4 variables estudiadas, de la siguiente manera:

ÍTEM	VARIABLE QUE ESTUDIA
1.	Criterio de exclusión
2.	Indiferencia
3.	Ignorancia
4.	Vergüenza
5.	Indiferencia
6.	Ignorancia
7.	Ignorancia
8.	Miedo
9.	Miedo
10.	Miedo
11.	vergüenza
12.	Miedo
13.	Ignorancia
14.	Indiferencia
15.	Indiferencia
16.	Ignorancia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizo un estudio observacional, transversal, analítico en 382 participantes en cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión, dentro del análisis descriptivo se obtuvieron los siguientes datos por las variables sociodemográficas

Observando que el 42.7% (n=163) se encuentran en un rango de edad de 20 a 30 años; el 59.4% (n=227) fueron mujeres; el 64.7% (n=247) de religión católica; el 49.2% (n=188) de estado civil soltero; el 43.2% (n=165) estudiaron hasta la preparatoria y el 85% (n=325) se identifican como heterosexuales. Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

VARIABLE	n	%
Edad		
20-30 años	163	42.7
31-40 años	128	33.5
>40 años	91	23.8
Genero		
Hombres	155	40.6
Mujeres	227	59.4
Religión		
Católico	247	64.7
Cristianos	37	9.7
Testigo de Jehová	5	1.3
Ateos	77	20.2
Otros	16	4.2
Estado civil		
Solteros	188	49.2
Casados	112	29.3
Unión libre	66	17.3
Divorciado(a)	16	4.2
Escolaridad		
Primaria	5	1.3
Secundaria	74	19.4
Preparatoria	165	43.2
Licenciatura	105	27.5
Posgrado	33	8.6
Sexualidad		
Heterosexual	325	85
Homosexual	27	7.1
Bisexual	16	4.2
No respondió	14	3.7

En cuanto a los factores psicosociales que influyen en la realización de la prueba de detección de VIH se observó que el 73% (n=279) presentaron indiferencia. Tabla 2.

Tabla 2. Factores psicosociales.

VARIABLE	n	%
Factor psicosocial		
Miedo	183	47.9
Indiferencia	279	73
Ignorancia	169	44.2
Vergüenza	46	12
Sin barreras	15	3.9

En la aplicación del instrumento FCV-19S para detección de miedo para contagiarse de VIH, se observó que el 73.8% no presentan miedo a contraer la infección. Tabla 3.

Tabla 3. Instrumento FCV-19S.

VARIABLE	n	%
Miedo		
Presente	100	26.2
Ausente	282	73.8

En cuanto a las barreras detectadas para tamizaje de VIH se observó que el 41.9% (n=160) refieren que se encuentran seguros de que sus parejas sexuales no tienen VIH. Tabla 4.

Tabla 4. Barreras para tamizaje de VIH.

VARIABLE	n	%
Barreras		
Sin vida sexual	0	0
Siempre usan condón	134	35.1
Piensan que el VIH solo afecta a homosexuales y trabajadores sexuales	20	5.2
No quieren que sus padres sepan que tienen vida sexual	18	4.7
Seguros que sus parejas no tienen VIH	160	41.9
Nunca les han ofrecido hacerse la prueba	123	32.2
No saben dónde hacerse la prueba	98	25.7
Les asustaría tener un resultado positivo	120	31.4
Les preocupa no saber cómo actuar ante un resultado positivo	74	19.4
Les preocupa morir si les detectan VIH	65	17
No quieren que nadie supiera que tienen VIH	33	8.6
Les da miedo la toma de la muestra de sangre	47	12.3
No quieren pagar por hacerse la prueba	12	3.1
No querrían esperar los resultados	19	5
No creen que sea posible que tengan VIH	125	32.7
No conocen los beneficios de hacerse la prueba	42	11
Ninguna barrera	22	5.8

ANÁLISIS BIVARIADO

En el análisis bivariado se observó que en relación a la **edad con el miedo** en el grupo de 20 a 30 años el 57.1% (n=93) si presenta dicho factor psicosocial, en el de 31 a 40 años el 52.3% (n=67) también está presente y en el de mayores de 40 años el 74.7% (n=68) no lo presenta, con una p significativa de .000. **En cuanto al género y el factor del miedo** en hombres el 60% (n=93) no lo presenta y en mujeres el 53,3% (n=121) si lo presenta con una p significativa de .012. Con respecto a la **religión con el miedo**, el 50.6% (n=125) de los católicos lo presentan, el 59.5% (n=22) de los cristianos refieren no presentarlo, el 60% (n=3) de los que profesan ser testigos de Jehová si lo presentan, el 57.1% (n=44) de los ateos refieren no presentar miedo y en cuanto a otras religiones, poseen un 56.3% (n= 9) que refieren no tener miedo, con una p de .606; En cuanto al **estado civil y el miedo** el

51.6% (n=97) de los solteros refiere tenerlo, el 58.9% (n=66) de los casados mencionan no tenerlo, el 53% de los que viven en unión libre refieren tampoco presentar miedo y el 56.3% (n=9) de los divorciados si presentan miedo, con una p de .309. Con respecto a la **escolaridad y el miedo**, de los que estudiaron hasta la primaria, el 60% (n=3) presento miedo, el 50% (n=37) de los que estudiaron hasta la secundaria presentaron miedo, el 51.5% (n=85) de los que tienen estudios hasta la preparatoria presentaron miedo, el 51.4% (n=54) de los que tienen licenciatura presentaron miedo, mientras que el 87.9% (n=29) de los que tienen posgrado no presento miedo, con una p significativa de 0.001. Finalmente, en cuanto a **preferencia sexual y miedo**, el 52.3% (n=170) de los heterosexuales no lo presento, el 55.6% (n=15) de los homosexuales si lo presentaron, el 62.5% de las personas bisexuales no presentaron miedo y por último el 50% (n=7) de los que no respondieron su sexualidad si presentan miedo, con una p de .715. Tabla 5.

Tabla 5. Relación de las variables sociodemográficas con el miedo.

VARIABLE	MIEDO		AUSENTE		p
	n	%	n	%	
Edad					
20-30 años	93	57.1	70	42.9	.000
31-40 años	67	52.3	61	47.7	
>40 años	23	25.3	68	74.7	
Genero					
Hombres	62	40	93	60	.012
Mujeres	121	53.3	106	46.7	
Religión					
Católico	125	50.6	122	49.4	.606
Cristianos	15	40.5	22	59.5	
Testigo de Jehová	3	60	2	40	
Ateos	33	42.9	44	57.1	
Otros	7	43.8	9	56.3	
Estado civil					
Solteros	97	51.6	91	48.4	.309
Casados	46	41.1	66	58.9	
Unión libre	31	47	35	53	
Divorciado(a)	9	56.3	7	43.8	

Escolaridad					
Primaria	3	60	2	40	
Secundaria	37	50	37	50	
Preparatoria	85	51.5	80	48.5	.001
Licenciatura	54	51.4	51	48.6	
Posgrado	4	12.1	29	87.9	
Sexualidad					
Heterosexual	155	47.7	170	52.3	
Homosexual	15	55.6	12	44.4	.715
Bisexual	6	37.5	10	62.5	
No respondió	7	50	7	50	

En relación a la **edad con la indiferencia** en el grupo de 20 a 30 años el 71.8% (n=117) si presenta dicho factor psicosocial, en el de 31 a 40 años el 74.2% (n=95) también está presente y en el de mayores de 40 años el 73.6% (n=67) si lo presenta, con una p de .888. En cuanto al **género y el factor de indiferencia** en hombres el 77.4% (n=120) la presenta y en mujeres el 70% (n=159) también lo presenta con una p de .127. Con respecto a la **religión con la indiferencia**, el 71.3% (n=176) de los católicos la presentan, el 78.4% (n=29) de los cristianos refieren presentarla, el 100% (n=5) de los que profesan ser testigos de Jehová si la presentan, el 70.1% (n=54) de los ateos refieren presentar indiferencia y en cuanto a otras religiones, poseen un 93.8% (n= 15) que refieren tener indiferencia, con una p de .159. En cuanto al **estado civil y la indiferencia**, el 73.9% (n=139) de los solteros refiere tenerla, el 74.1% (n=83) de los casados mencionan ser indiferentes, de los que viven en unión libre el 69.7% (n=46) refieren presentar indiferencia y el 68.8% (n=11) de los divorciados si presentan indiferencia, con una p de .881. Con respecto a la **escolaridad y la indiferencia**, de los que estudiaron hasta la primaria, el 60% (n=3) no presento indiferencia, el 59.5% (n=44) de los que estudiaron hasta la secundaria si presentaron indiferencia, el 77.6% (n=128) de los que tienen estudios hasta la preparatoria presentaron indiferencia, el 72.4% (n=76) de los que tienen licenciatura si presentaron indiferencia, mientras que el 87.9% (n=29) de los que tienen posgrado también presentaron indiferencia, con una p significativa de .004. Finalmente, en cuanto a **preferencia sexual y la indiferencia**, el 72.9% (n=237) de los heterosexuales la presento, el 70.4% (n=19) de los homosexuales si lo presentaron, el 62.5% de las

personas bisexuales también presentaron indiferencia y por último el 92.9% (n=13) de los que no respondieron su sexualidad si presentan indiferencia, con una p de .285. Tabla 6

Tabla 6 Relación de las variables sociodemográficas con la indiferencia.

VARIABLE	INDIFERENCIA		PRESENTE		AUSENTE		p
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
20-30 años	117	71.8	46	28.2			
31-40 años	95	74.2	33	25.8			.888
>40 años	67	73.6	24	26.4			
Genero							
Hombres	120	77.4	35	22.6			.111
Mujeres	159	70	68	30			
Religión							
Católico	176	71.3	71	28.7			.159
Cristianos	29	78.4	8	21.6			
Testigo de Jehová	5	100	0	0			
Ateos	54	70.1	23	29.9			
Otros	15	93.8	1	6.3			
Estado civil							
Solteros	139	73.9	49	26.1			.881
Casados	83	74.1	29	25.9			
Unión libre	46	69.7	20	30.3			
Divorciado(a)	11	68.8	5	31.3			
Escolaridad							
Primaria	2	40	3	60			.004
Secundaria	44	59.5	30	40.5			
Preparatoria	128	77.6	37	22.4			
Licenciatura	76	72.4	29	27.6			
Posgrado	29	87.9	4	12.1			
Sexualidad							
Heterosexual	237	72.9	88	27.1			.285
Homosexual	19	70.4	8	29.6			
Bisexual	10	62.5	6	37.5			

No respondió	13	92.9	1	7.1
--------------	----	------	---	-----

En el análisis bivariado se observó que en relación a la **edad con la ignorancia** en el grupo de 20 a 30 años el 55.2% (n=90) no presenta dicho factor psicosocial, en el de 31 a 40 años el 56.3% (n=72) tampoco está presente y en el de mayores de 40 años el 56% (n=51) no lo presenta, con una p de .983. **En cuanto al género y el factor de ignorancia**, en hombres el 65.2% (n=101) no la presentan y en mujeres el 50.7% (n=115) si presentan ignorancia con una p significativa de .002. Con respecto a la **religión con la ignorancia**, el 54.3% (n=134) de los católicos no la presentan, el 62.2% (n=23) de los cristianos refieren no presentarla, el 80% (n=4) de los que profesan ser testigos de Jehova no la presentan, el 54.5% (n=42) de los ateos refieren no presentar ignorancia y en cuanto a otras religiones, un 62.5% (n= 10) refieren no ser ignorantes, con una p de .667; En cuanto al **estado civil y la ignorancia** el 61.2% (n=115)de los solteros refieren no presentarla, el 57.1% (n=64) de los casados mencionan no tenerla, el 60.6%(n=40) de los que viven en unión libre refieren si presentar ignorancia y el 50% (n=8) de los divorciados si presentan ignorancia, con una p significativa de .021. Con respecto a la **escolaridad y la ignorancia**, de los que estudiaron hasta la primaria, el 60% (n=3) presento ignorancia, el 64.9% (n=48) de los que estudiaron hasta la secundaria presentaron ignorancia, el 52.7% (n=87) de los que tienen estudios hasta la preparatoria también la presentaron, el 76.2% (n=80) de los que tienen licenciatura no presentaron ignorancia, mientras que el 81.8% (n=27) de los que tienen posgrado no presentaron ignorancia, con una p significativa de 0.000. Finalmente, en cuanto a **preferencia sexual e ignorancia**, el 52.9% (n=172) de los heterosexuales no la presento, el 74.1% (n=20) de los homosexuales tampoco lo presentaron, el 75% de las personas bisexuales no presentaron ignorancia y por último el 64.3% (n=9) de los que no respondieron su sexualidad tampoco presentaron ignorancia, con una p de .056. Tabla 7.

Tabla 7 Relación de las variables sociodemográficas con la ignorancia.

VARIABLE	IGNORANCIA PRESENTE		AUSENTE		p
	n	%	n	%	
Edad					
20-30 años	73	44.8	90	55.2	.983

31-40 años	56	43.8	72	56.3	
>40 años	40	44	51	56	
Genero					
Hombres	54	34.8	101	65.2	.002
Mujeres	115	50.7	112	49.3	
Religión					
Católico	113	45.7	134	54.3	.667
Cristianos	14	37.8	23	62.2	
Testigo de Jehová	1	20	4	80	
Ateos	35	45.5	42	54.5	
Otros	6	37.5	10	62.5	
Estado civil					
Solteros	73	38.8	115	61.2	.021
Casados	48	42.9	64	57.1	
Unión libre	40	60.6	26	39.4	
Divorciado(a)	8	50	8	50	
Escolaridad					
Primaria	3	60	2	40	.000
Secundaria	48	64.9	26	35.1	
Preparatoria	87	52.7	78	47.3	
Licenciatura	25	23.8	80	76.2	
Posgrado	6	18.2	27	81.8	
Sexualidad					
Heterosexual	153	47.1	172	52.9	.056
Homosexual	7	25.9	20	74.1	
Bisexual	4	25	12	75	
No respondió	5	35.7	9	64.3	

En el análisis bivariado se observó que en relación a la **edad con la vergüenza** en el grupo de 20 a 30 años el 86.5% (n=141) no presenta dicho factor psicosocial, en el de 31 a 40 años el 85.2% (n=109) no está presente y en el de mayores de 40 años el 94.5% (n=86) tampoco lo presenta, con una p de .084. **En cuanto al género y el factor de la vergüenza**, en hombres el 88.4% (n=137) no la presentan y en mujeres el 87.7% (n=199) no lo presentan con una p de .831. Con respecto a la **religión con la vergüenza**, el

87.9% (n=217) de los católicos no la presentan, el 89.2% (n=33) de los cristianos refieren no presentarla, el 100% (n=5) de los que profesan ser testigos de Jehová no la presentan, el 87% (n=67) de los ateos refieren no presentar vergüenza y en cuanto a otras religiones, el 87.5% (n= 14) refieren no tener vergüenza, con una p de .937. En cuanto al **estado civil y la vergüenza**, el 85.1% (n=160) de los solteros refiere no tenerla, el 92.9% (n=104) de los casados mencionan no tenerla, el 90.9%(n=60) de los que viven en unión libre refieren tampoco presentar vergüenza y el 75% (n=12) de los divorciados tampoco presentaron vergüenza, con una p de .070. Con respecto a la **escolaridad y la vergüenza**, de los que estudiaron hasta la primaria, el 80% (n=4) no presento vergüenza, el 90.5% (n=67) de los que estudiaron hasta la secundaria no presentaron dicha emoción, el 86.7% (n=143) de los que tienen estudios hasta la preparatoria tampoco presentaron vergüenza, el 88.6% (n=93) de los que tienen licenciatura no la presentaron, mientras que el 87.9% (n=29) de los que tienen posgrado tampoco la presentaron, con una p de 0.900. Finalmente, en cuanto a **preferencia sexual y vergüenza**, el 89.2% (n=290) de los heterosexuales no la presento, el 66.7% (n=18) de los homosexuales no la presentaron, el 87.5% (n=14) de las personas bisexuales no la presentaron y por último el 100% (n=14) de los que no respondieron su sexualidad, tampoco presentan vergüenza, con una p significativa de .003. Tabla 8.

Tabla 8. Relación de las variables sociodemográficas con la vergüenza.

VARIABLE	VERGÜENZA PRESENTE		AUSENTE		p
	n	%	n	%	
Edad					
20-30 años	22	13.5	141	86.5	.084
31-40 años	19	14.8	109	85.2	
>40 años	5	5.5	86	94.5	
Genero					
Hombres	18	11.6	137	88.4	.831
Mujeres	28	12.3	199	87.7	
Religión					
Católico	30	12.1	217	87.9	.937
Cristianos	4	10.8	33	89.2	
Testigo de Jehová	0	0	5	100	
Ateos	10	13	67	87	

Otros	2	12.5	14	87.5	
Estado civil					
Solteros	28	14.9	160	85.1	
Casados	8	7.1	104	92.9	.070
Unión libre	6	9.1	60	90.9	
Divorciado(a)	4	25	12	75	
Escolaridad					
Primaria	1	20	4	80	
Secundaria	7	9.5	67	90.5	
Preparatoria	22	13.3	143	86.7	.900
Licenciatura	12	11.4	93	88.6	
Posgrado	4	12.1	29	87.9	
Sexualidad					
Heterosexual	35	10.8	290	89.2	
Homosexual	9	33.3	18	66.7	.003
Bisexual	2	12.5	14	87.5	
No respondió	0	0	14	100	

En el análisis bivariado se observó que en relación a la **edad con los que no presentaron barreras para detección de VIH** en el grupo de 20 a 30 años el 94.5% (n=154) no presentan barreras, en el de 31 a 40 años el 98.4% (n=126) no presentan barreras y en el de mayores de 40 años el 95.6% (n=87) tampoco las presentan, con una p de .218. **En cuanto al género y los que no presentaron barreras**, en hombres el 94.2% (n=146) no la presentan y en mujeres el 97.4% (n=221) tampoco las presenta, con una p de .118. Con respecto a la **religión con los que no presentaron barreras**, el 96.8% (n=239) de los católicos no las presentan, el 94.6% (n=35) de los cristianos no las presentan, el 100% (n=5) de los que profesan ser testigos de Jehová no las presentan, el 93.5% (n=72) de los ateos refieren no presentar barreras y en cuanto a otras religiones, el 100% (n= 16) refieren tampoco presentar barreras para tamizaje con una p de .604. En cuanto al **estado civil y los que no presentaron barreras para tamizaje de VIH**, el 95.2% (n=179) de los solteros refiere no presentar barreras, el 95.5% (n=107) de los casados mencionan no presentar barreras, el 98.5%(n=65) de los que viven en unión libre refieren tampoco presentarlas y el 100% (n=16) de los divorciados tampoco presentaron barreras para tamizaje, con una p de .547. Con respecto a la **escolaridad y los que no**

presentaron barreras, de los que estudiaron hasta la primaria, el 100% (n=5) no presentaron barreras, el 98.6% (n=73) de los que estudiaron hasta la secundaria no presentaron barreras, el 98.8% (n=163) de los que tienen estudios hasta la preparatoria tampoco presentaron barreras, el 90.5% (n=31) de los que tienen licenciatura tampoco las presentaron, mientras que el 93.9% (n=31) de los que tienen posgrado tampoco las presentaron, con una p significativa de 0.008. Finalmente, en cuanto a **preferencia sexual y los que no presentaron barreras**, el 96.3% (n=313) de los heterosexuales no presentaron barreras, el 100% (n=27) de los homosexuales tampoco las presentaron, el 83.1% (n=13) de las personas bisexuales no presentaron dichas barreras y por último el 100% (n=14) de los que no respondieron su sexualidad, tampoco presentaron barreras para detección de VIH, con una p significativa de .011. Tabla 9.

Tabla 9. Relación de las variables sociodemográficas con los que no presentaron barreras para tamizaje de VIH.

	SIN BARRERAS		PRESENTE		AUSENTE		
	n	%	n	%	n	%	p
VARIABLE							
Edad							
20-30 años	9	5.5	154	94.5			
31-40 años	2	1.6	126	98.4			.218
>40 años	4	4.4	87	95.6			
Genero							
Hombres	9	5.8	146	94.2			
Mujeres	6	2.6	221	97.4			.118
Religión							
Católico	8	3.2	239	96.8			
Cristianos	2	5.4	35	94.6			.604
Testigo de Jehová	0	0	5	100			
Ateos	5	6.5	72	93.5			
Otros	0	0	16	100			
Estado civil							
Solteros	9	4.8	179	95.2			

Casados	5	4.5	107	95.5	.547
Unión libre	1	1.5	65	98.5	
Divorciado(a)	0	0	16	100	
Escolaridad					
Primaria	0	0	5	100	
Secundaria	1	1.4	73	98.6	
Preparatoria	2	1.2	163	98.8	.008
Licenciatura	10	9.5	95	90.5	
Posgrado	2	6.1	31	93.9	
Sexualidad					
Heterosexual	12	3.7	313	96.3	
Homosexual	0	0	27	100	.011
Bisexual	3	18.8	13	81.3	
No respondió	0	0	14	100	

DISCUSIÓN

La infección por VIH es una enfermedad ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana y su principal objetivo es el sistema inmunológico que posteriormente se deteriora de manera irreversible y paulatina.

En México ha sido constante el comportamiento de la epidemia por VIH y SIDA del 2005 al 2017. De los pacientes que se tienen registro, las relaciones sexuales sin protección han sido la vía de contagio más alta con 95.2%, seguido por el uso de drogas inyectables.

El diagnóstico o la detección tardía de la infección por VIH se ha visto asociado a un incremento en la morbimortalidad, así como en la transmisibilidad de la enfermedad.

Actualmente, aun existen situaciones que tienen una fuerte influencia en las personas en cuanto a la toma de decisión de tamizaje, que logran perder de vista la vulnerabilidad para adquirir la enfermedad en una serie de hechos dinámicos en donde intervienen diferentes factores psicosociales.

Se estudiaron los datos reportados por los pacientes que acuden a la unidad de medicina familiar número 20, mediante el uso de 2 instrumentos de medición, teniendo en cuenta a hombres y mujeres de 20 a 45 años, adscritos a la UMF 20 del IMSS con vida sexual activa en un periodo proyectado de agosto de 2022 hasta completar la población muestral de 382 pacientes.

Posteriormente se obtuvieron los siguientes resultados: El 47.9%(N=183) de la muestra respondió positivamente a MIEDO en las barreras hacia la prueba de VIH correspondientes a este. Sin embargo, en el instrumento FCV-19S solo el

26.2%(N=100) del total, respondieron positivamente a miedo con respecto al VIH; Con respecto a la INDIFERENCIA, fue el factor psicológico más detectado, en un 73% del total de los encuestados(N=279); La IGNORANCIA fue el tercero en frecuencia, con un 44.5%(N=169) de los participantes, que respondieron positivamente a las barreras correspondientes a este parámetro; Posteriormente, siguió la VERGÜENZA en cuanto a frecuencia, siendo el factor psicológico menos citado, con un total de 12%(N=46) y Finalmente, solo el 3.9%(N=15) mencionaron no tener ninguna barrera en cuanto a tamizarse para la detección de VIH

Un estudio realizado en el año 2020 por M Fernández y colaboradores, revisaron la atención dada en 5 años previos al estudio, en el que destacaban oportunidades desaprovechadas para tamizaje y diagnóstico temprano de VIH, en el cual concluyeron que a pesar del contacto relativamente seguido con los pacientes, cerca del 50% de los diagnósticos de primera vez se realizaron tardíamente. En el presente estudio, 32.2% de los participantes, refieren que, a pesar de acudir regularmente a su unidad médica, nunca les habían ofrecido hacerse una prueba de tamizaje para VIH.²⁹

En su estudio del 2015, P. Vega, A Ayala y colaboradores, mencionaron que se ha encontrado que el no tamizaje es debido al miedo antes un resultado positivo, falta de seguridad social y por no conocer la terapia antirretroviral. En el presente estudio, fue la indiferencia el factor psicosocial más citado con un 73% del total muestral. El miedo es el segundo factor en frecuencia, y el 31.45% (n=120) refirió que les daba miedo esperar un resultado positivo.²⁸

En otro estudio de Torres R y Onofre D, en 202 hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, el 66.3% tuvo baja percepción de riesgo con respecto al VIH. Además, los temas más citados fueron que les daba miedo la aguja utilizada para el tamizaje, a diferencia de el presente estudio en el que solo el 12.3% refirió temerle a la toma de sangre para la muestra. De igual manera en

dicho estudio, el 32.7% refiere ser indiferente al VIH porque no creen que sea posible que lo padezcan.³⁰

CONCLUSIONES

La realización de la prueba de tamizaje para VIH permite la detección oportuna de la infección, aunque existen factores psicosociales que interfieren en la toma de decisión por parte de la población, como es la indiferencia, que estuvo presente en el 73% de la población estudiada, seguida del miedo en 47.9%.

En la aplicación del instrumento FCV-19S demostró que el 73.8% no presentan miedo a la infección por VIH, de igual manera, en las barreras que muestra la población para la realización de la prueba de tamizaje el 41.9% consideran no necesitan el estudio de detección ya que aseguran que sus parejas no tienen VIH, el 35.1% tampoco prioriza el tamizaje por referir que siempre usan preservativo, además de que 32.7% cree que no tengan la enfermedad.

En la asociación de factores sociodemográficos con los psicosociales para la detección de tamizaje para VIH, se encuentra que el factor miedo presenta relación con la edad ($p < .000$), el género ($p = .012$) y la escolaridad ($p = .001$). En relación del factor indiferencia solo hay relación en la decisión de tamizaje con la escolaridad ($p = .004$). En cuanto al factor ignorancia se encontró relación con el género ($p = .002$), el estado civil ($p = .021$) y escolaridad ($p = .000$) para la decisión de tamizaje. Por otra parte, en el factor psicosocial de vergüenza se demostró relación para la decisión de tamizaje de VIH con la preferencia sexual ($p = .003$) y con en el factor de sin barreras ($p = .011$), este último también demostró relación con la escolaridad ($p = .008$).

Los factores psicosociales y sociodemográficos si demuestran relación con la toma de decisión para el tamizaje de VIH, por lo que se acepta hipótesis alterna y se rechaza la nula.

RECOMENDACIONES.

Actualmente existen muchas fuentes de información acerca de las implicaciones, factores de riesgo y conductas protectoras para la contracción de la infección por VIH.

Es importante que, desde el primer contacto con los pacientes que puedan presentar factores de riesgo para la adquisición de la enfermedad, se aborde el tema de la sexualidad y la importancia del tamizaje para su temprana detección y pronto tratamiento.

De igual forma, es importante realizar promoción y campañas dirigidas a educar a los pacientes acerca de las implicaciones actuales de la infección, hacerles saber que es una enfermedad controlable, siempre y cuando se detecte y se trate a tiempo, buscando identificar y persuadir las barreras psicológicas y sociales que puedan llegar a presentar y que impiden la realización de un tamizaje por VIH.

Finalmente, es importante concientizar al personal médico acerca de las conductas racistas y discriminatorias que todavía se presentan en diferentes instituciones en contra de los pacientes que son portadores de VIH o padecen SIDA, buscando lograr una atención más humana, cálida y de calidad.

LIMITACIONES.

La infección por VIH y todas las consecuencias derivadas de una detección tardía de la infección, actualmente tienen implicaciones importantes en cuanto al sector productivo y trabajador de la población, por lo que es prioritario identificar a los pacientes que potencialmente puedan presentar la infección, es decir, a aquellos con factores de riesgo o conductas sexuales de riesgo, principalmente.

Sin embargo, existen múltiples implicaciones sociales, culturales y personales por las cuales un gran número de los pacientes, que presentan dichas conductas, no se realizan detecciones oportunas de VIH.

Múltiples factores psicosociales se analizaron en el presente estudio, sin embargo, existen otras conductas y/o limitaciones de las cuales no se hablaron y sería importante estudiar, puesto que se han considerado conductas o situaciones de riesgo para contraer la infección, como lo sería el nivel socioeconómico, la promiscuidad y el uso y abuso de sustancias legales e ilegales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica Diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección de VIH en el primer nivel de atención evidencias y recomendaciones, catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-067-08 <http://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/SSA-067-08-ER.pdf>
2. Rodríguez B, La comunicación como prevención de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual Rev. Esp. Salud pública vol 94 (1); 2020: 14
3. Belmonte M, Castillo O, Ballester J, Castro I, Pérez F, Monteagudo O, Evaluación de un programa de salud pública sobre diagnóstico precoz de VIH con prueba rápida Rev. Española Salud pública, vol. 93; 2019: e1-10. [SciELO - Salud Pública - Evaluación de un programa de salud pública sobre diagnóstico precoz de VIH con prueba rápida Evaluación de un programa de salud pública sobre diagnóstico precoz de VIH con prueba rápida \(scielosp.org\)](https://doi.org/10.1186/s13051-019-0010-1)
4. Boza R, Patogénesis del VIH/SIDA Revista clínica de la escuela de medicina URC- HSJD, vol 5 (1); 2017: 1-19. <file:///C:/Users/familia%20lamani/Downloads/31630-Texto%20del%20art%C3%ADculo-92292-1-10-20171205.pdf>
5. Morán A, Rivera A, Fernández E, Poveda T, Cayla J, Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria, Enf. Infecc. Microbiol. Clín. 36; 2018: 3-9. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30239-8](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30239-8).
6. Antela A, Azconga A, Sampedro E, Poveda T, Prevención primaria, Enfermedades infecciosas y microbiología clínica” vol. 36 (1); 2018: 31-34. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30244-1](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30244-1).

7. Cruz H, Moreno J, Delgado M, Tamizaje para VIH y estimación de riesgo para reactividad simultánea con otros marcadores infecciosos en un banco de sangre de Colombia, Archivos de medicina vol 4(2); 2014: 1-8
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273835711010.pdf>
8. Gutiérrez I, Godoy J, Lucas H, Pineda B, Vázquez E, Hernández M, et; al, Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA, Rev. Chilena infectología, vol 36 (3); 2019: 331-39. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182019000300331>.
9. Informe histórico de VIH 1er trimestre 2021. Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, dirección de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. INEGI, Secretaría de salud, 2021: 20-21
10. Sprenger M. Know, Treat, Prevent--HIV Testing, a Key Strategy in the Prevention and Control of the HIV/AIDS Epidemic . Euro Surveillance vol. 15, (48); 2010
<https://doi.org/10.2807/ese.15.48.19736-en>.
11. Visseaux B, Le Hingrat Q, Damond F, Charpentier C, Descamps D, Physiopathologie de l'infection par le VIH-2. Virologie, vol. 23, (5); 2019: 277-91.
<https://doi.org/10.1684/vir.2019.0789>.
12. Mirza F, Lathra P, Chirch L, Endocrinological aspects of HIV infection Journal of endocrinological investigation, vol. 41 (8); 2018: 881-99
<https://doi.org/10.1007/s40618-017-0812-x>.
13. Palacios Z, Ortega M, Ríos J, Perfil de los nuevos diagnósticos de infección por VIH y factores de riesgo asociados al diagnóstico tardío en una consulta especializada

durante el periodo 2014-2018, Medicina clínica, vol. 55 (11); 2020: 482-87.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.01.035>.

14. Bautista S, Dmytraczenko T, Kombe G, Bertozzi S, Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México, SSA / IMSS / ISSSTE / INS. N 54: 55
[file:///C:/Users/familia%20tlamani/Downloads/54-Analisis_Costos_Atencion_VIH-SIDA_Mexico%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/familia%20tlamani/Downloads/54-Analisis_Costos_Atencion_VIH-SIDA_Mexico%20(2).pdf)
15. Jacques C, García P, Diez E, Martín S, Cayla J, Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres, Gac. Sanit. Vol 29 (4); 2015: 252-57. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>.
16. Orcasita L, López M, Gómez C, Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisiones sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali, Informes psicológicos, vol 14 (1); 2014: 143-158.
<file:///C:/Users/familia%20tlamani/Downloads/Dialnet-ConocimientosSobreRiesgosFrenteAInfeccionesDeTrans-5229782.pdf>
17. Díaz Y, Orlando S, Ballester – Arnal R, Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes, Ciencia y saude colectiva, vol. 24 (4); 2019: 1417-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.02322017>.
18. Ponce P, Muñoz R, Stival M, Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno, Salud Colectiva vol 13 (3); 2017 : 537- 554. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>
19. Fleming P, Patterson T, Chavarin C, Semples J, Magis C, Pitpitan E, Behavioral and psychosocial correlates of VIH testing among male clients of female sex workers in Tijuana, México, AIDS Behav. 21 (8); 2017: 2322-31. [Behavioral and Psychosocial](#)

[Correlates of HIV Testing Among Male Clients of Female Sex Workers in Tijuana, Mexico - PubMed \(nih.gov\)](#)

20. Quiroga R, Leguizamón A, Illanes D, Castro M, Factores que influyen en el retraso del diagnóstico del VIH, *Gac. Med. Bol.* Vol 39 (2); 2016: 72-78.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n2/v39n2a3.pdf>
21. Koerting A, Polo R, Vázquez M, Del Amo J, Desarrollo del pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH, *Revista Española De Salud Pública* vol 93 (8); 2019.
<file:///C:/Users/familia%20lamani/Desktop/ARTICULOS%20PROTOCOLO/ART%202.pdf>
22. Gargallo C, Sangros F, Arazo P, Martínez R, Malo-Aznar C, Gallardo A, et;al, Oportunidades perdidas en el diagnóstico por el virus de inmunodeficiencia humana en la comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío, *enfermedades infecciosas y microbiología clínica* vol 37 (2); 2019: 100-108.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.03.007>.
23. Puentes R, Aguado C, Pérula L, Espejo J, Castro C, Fransi L, Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunista de VIH en los centros de salud en España, *Aten. Primaria*, 49 (10); 2017: 593-602.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656717302068?token=DEA02F371AA474A9EEAEB17E10E98DCC2FE751137C3EF111204A43938D4F60949BF1C90D4A17062E6F53C91EBF4573F4&originRegion=us-east-1&originCreation=20210927060522>
24. Agustí C, Rabadán M, Zarco J, Aguado C, Carrillo R, Codinach R, et. al; Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen, *Atención*

primaria, vol 50 (3); 2018: 159-165.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716305194?via%3Dihub>

25. Guevara Y, Hoyos P, Vivir con VIH: Experiencias de estigma sentido en personas con VIH, Psicogente, vol 21 (39); 2018: 127-139.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v21n39/0124-0137-psico-21-39-00127.pdf>

26. Moreno S, Berenguer J, Fuster M, García M, Detección temprana, Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 36; 2018: 35-39. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(18\)30245-3](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(18)30245-3).

27. Morales A, Espada J, Orgiles M, Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España, Psychosocial intervention, 25 (2016): 135-141.
<https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v25n3/1132-0559-inter-25-03-00135.pdf>

28. Vega P, Araya A, Urrutia M, Carrasco P, Rubio M, Barreras percibidas por los usuarios para acceder al test de Elisa para VIH Ciencia y enfermería, XXI (2); 2015: 77-85. https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_08.pdf

29. Muelas M, Rosas J, Pérez R, Pérez A, Tapiz A, Mallolas J, Prevalencia de diagnóstico tardío en infección por VIH, Medicina Clínica vol. 55 (9); 2020: 388-91.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.01.029>.

30. Torres R, Onofre D, Benavides R, Calvillo C, Garza M, Telumbre J, Riesgo percibido y balance decisional hacia la prueba de VIH en hombres que tienen sexo con hombres se Monterrey, México, Enfermería clínica, vol 8 (6); 2018: 394-400.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.008>.

ANEXOS.

1. Carta de no inconveniente
2. Consentimiento informado
3. Instrumentos.



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DISTRITO FEDERAL NORTE
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
EDUCACIÓN

Ciudad de México, a 29 de Marzo de 2022

Oficio No. 1874/35-01-26-2110/2022

DR. MIGUEL ALFREDO ZURITA MUÑOZ
DIRECTOR DE LA UMF 20

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENCIA

Por medio de la presente se solicita de no haber inconveniente que la Dra. Danae Pérez López con matrícula 98351807, y al Dr. Daniel Alfonso Tellez Torres matrícula 97351778 médico residente de segundo año de medicina familiar, con adscripción en la UMF 20, responsables del protocolo de investigación titulado: **FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UMF 20**, lleven a cabo la aplicación de dos encuestas, una de datos sociodemográficos y otra sobre la percepción de los factores psicológicos y sociales, en 382 pacientes, con objeto de verificar las asociaciones inmersas en las variables. Expresando que no existe conflicto de interés de parte de las investigadoras.

Sin más por el momento, se envía un cordial saludo

Atentamente

Dra. Danae Pérez López
Médico Familiar

Vo.Bo.

Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Director de la UMF 20





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20

Nombre del estudio:	No aplica
Patrocinador externo (si aplica):	UMF 20, 2022
Lugar y fecha:	R-2022-3404-047
Número de registro:	El tamizaje temprano de enfermedades que ponen en riesgo la integridad física, mental y social, es de importancia a nivel nacional, puesto que su detección permite brindar atención oportuna, y mejorar la salud. El objetivo de estudio es analizar las razones psicológicas y sociales que intervienen para que un paciente se realice o no la prueba de tamizaje o detección de VIH.
Justificación y objetivo del estudio:	Se le darán 2 cuestionarios auto aplicables que pretenden recabar las razones psicológicas que intervienen en la realización de pruebas de detección para VIH, como lo son miedo, ignorancia, vergüenza e indiferencia, tomando en cuenta factores sociodemográficos como edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad y la orientación sexual.
Procedimientos:	Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para la salud ni para su integridad, ya que se hará solo por medio de la aplicación de encuestas, algunas preguntas pueden resultarle incómodas al contestarlas, sin embargo, estas molestias son pasajeras, sin poner en riesgo su salud. El tiempo de respuesta de los cuestionarios es de 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Usted no recibirá pago alguno con su participación, sin embargo, el que usted participe, servirá a la comunidad médica a establecer en futuro estrategias que favorezcan el tamizaje temprano de VIH.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La publicación de los resultados se realizará respetando completamente su anonimato, la información recabada solo será difundida de forma global, si usted desea conocer su resultado, bastará con solicitarlo a los investigadores responsables a través de su número de folio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La presente investigación es voluntaria, usted es libre de decidir si desea participar sin ninguna repercusión en su asistencia médica o de cualquier otra índole.
Participación o retiro:	La información proporcionada que pudiera ser utilizada para su identificación será guardada de manera confidencial, al igual que la información recabada en el instrumento de recolección de datos, así como también los resultados de los mismos para salvaguardar su información y garantizar su privacidad.
Privacidad y confidencialidad:	El equipo de investigadores será el único que tendrá acceso a la información que se recabe durante la participación en este estudio. Solo se proporcionará información a externos, si fuese necesario para proteger los derechos, la integridad, el bienestar de las pacientes o si la ley lo requiere.

En caso de colección de material biológico (si aplica):	No se dará información que revele la identidad de las pacientes. Esta será protegida y resguardada. Para proteger la identidad se asignará un número de folio en lugar del nombre en nuestra base de datos.
---	---

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley General de Salud.
---	---

Aportar información sobre el impacto de los factores psicológicos y sociales para el balance decisional para la realización de tamizaje para VIH para lograr conocer las causas que influyen para que un paciente decida realizarse o no la prueba de detección de VIH para poder abordarlo de una manera más dirigida, resolviendo sus dudas y ayudándolos a tomar una decisión informada en aquellos con factores de riesgo para contagio, logrando así detecciones más oportunas; Por otro lado, el beneficio será para los pacientes, ya que al implementarse estrategias de difusión y prevención de VIH con base a los resultados obtenidos de las razones para no realizarse la prueba, se podrán trabajar en ellos para que aquellos pacientes que aún no se realizan tamizaje y que están contagiados, se puedan diagnosticar y tratarse de manera oportuna. Finalmente, el beneficio será económico y social, puesto que un mayor índice de diagnósticos en etapas más tempranas de la infección por VIH, implican tratamientos más oportunos con la posibilidad de lograr un estatus de indetectabilidad, consiguiendo así los pacientes llevar una vida lo más normal que sea posible y evitándole al instituto todos los gastos relacionados a la atención de las complicaciones relacionadas al VIH.

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

Investigador Responsable: **DRA. PÉREZ LÓPEZ DANAE, Médico familiar. Matrícula: 98351807**
Adscripción: UMF 20 Vallejo. Calz. Vallejo No. 675 Col. Magdalena de las Salinas; CP 07760. Alcaldía Gustavo A. Madero, CDMX.
Tel: 5553331100 ext 15307
E-mail: danaeperez@hotmail.com

Colaboradores:

DR. TELLEZ TORRES DANIEL ALFONSO, Cargo: Médico Residente de 2do. año de la especialidad en Medicina Familiar. Matrícula: 97351778, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Vallejo, Instituto Mexicano del Seguro Social, Domicilio: Calz. Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760 Ciudad de México Tel: 55331100 ext: 15307 e-mail: danitgamer2506@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma



**Coordinación de educación e investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 20**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL BALANCE DECISIONAL PARA TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES DE 20-45 AÑOS DE LA UMF 20

A continuación, se solicitan algunos datos sobre su persona, se solicita de lectura a cada una y emita la respuesta que más se adapte a su situación actual. En caso de que tenga alguna duda puede dirigirse a los investigadores quienes le auxiliaran en todo momento. Todas sus respuestas son muy importantes, por favor no deje ninguna sin responder. Gracias por su participación.

Edad _____ Sexo _____ Religión _____ Estado civil _____
Escolaridad _____ Orientación sexual _____ FOLIO _____

A continuación, se enuncian diferentes hechos relacionados con su percepción. Todas sus preguntas son importantes, por lo que solicitamos no deje ninguna sin responder. Por favor marcar con una "X" la casilla que corresponda a que tan de acuerdo está con la frase mencionada. Favor de marcar sólo una casilla.

	Fuertemente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Fuertemente de acuerdo. (5)
Tengo mucho miedo del VIH					
Pensar en el VIH me pone incómodo					
Cuando pienso en el VIH me transpiran las manos					
Tengo miedo de perder mi vida por el VIH					
Cuando veo noticias					

e historias sobre el VIH en las redes sociales, me pongo nervioso o ansioso					
No puedo dormir porque me preocupa contagiarme de VIH					
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme de VIH.					



A continuación, se enumeran diferentes BARRERAS percibidas por los pacientes para la realización de la prueba de detección de VIH. Por favor marcar con una “X” aquella que SI coincida con su situación particular.

BARRERAS PERCIBIDAS	RESPUESTA (MARCAR CON UNA X)
1. No he tenido relaciones sexuales	
2. He tenido relaciones sexuales, pero siempre he utilizado condón.	
3. Pienso que el VIH sólo afecta a trabajadores sexuales / homosexuales.	
4. No quiero que mis papás sepan que he tenido relaciones sexuales.	
5. Estoy seguro (a) de que mis parejas sexuales no tienen VIH	
6. Nunca me han ofrecido hacerme la prueba de VIH	
7. No sé dónde puedo hacerme la prueba	
8. Me asustaría tener un resultado positivo de VIH.	
9. Me preocupa no saber cómo actuar si me detectan VIH	
10. Me preocupa morirme si me diagnostican VIH	
11. No quiero que nadie sepa si tengo VIH	
12. Me da miedo que me saquen sangre.	
13. Tengo que pagar por hacerme la prueba	

14. No quiero esperar a recibir los resultados.	
15. Pienso que no es posible que tenga VIH	
16. No sé qué beneficios tiene hacerme la prueba	