



REDES DE APOYO EN LOS PROCESOS DE ESTIGMA ASOCIADO AL VIH EN NUEVO LEÓN (MÉXICO) *SUPPORT NETWORKS IN HIV-ASSOCIATED STIGMA PROCESSES IN NUEVO LEÓN (MEXICO)*

Luis Manuel Rodríguez Otero

Universidad Autónoma de Sinaloa

<https://orcid.org/0000-0002-1748-9303>

María Gabriela Lara Rodríguez

Instituto Mexicano del Seguro Social

<https://orcid.org/0000-0003-1033-789X>

Cómo citar este texto:

Rodríguez Otero, L.M. y Lara Rodríguez, M.G. (2022). Redes de apoyo en los procesos de estigma asociado al VIH en Nuevo León (México). *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(1), 40-54. doi: 10.21134/haaj.v22i1.602

Resumen

En los procesos de estigmatización asociados al VIH se insertan cuestiones personales, culturales y estructurales que afectan a la salud psicosocial de los pacientes. En el contexto latinoamericano no se advierten estudios que aborden la inferencia del apoyo social percibido (material, instrumental, cognitivo y afectivo). Se plantea una investigación cuantitativa, mediante un cuestionario autoadministrado, con objeto de analizar la influencia que tienen las redes de apoyo en los procesos de discriminación percibida, estigma internalizado y satisfacción con la vida de 198 pacientes seropositivos de un hospital de segundo nivel del IMSS. Los resultados revelan que los niveles de estigma internalizado asociado al VIH ($x=2.60$) y de satisfacción con la vida ($x=3.54$) son medios y el de discriminación percibida bajo ($x=1.87$). Asimismo se advierte que: (1) los apoyos afectivos y cognitivos provienen especialmente del ámbito familiar y sanitario, (2) el conocimiento de la seroprevalencia en el ámbito laboral, las situaciones de outing familiar y social, la satisfacción de los apoyos recibidos y el apoyo cognitivo de las amistades están asociados con el estigma percibido y (3) el conocimiento de seropositividad en amistades y los compañeros/as de trabajo, el de outing en comunitario y el apoyo emocional sanitario influyen en la discriminación percibida.

Abstract

Personal, cultural and structural issues that affect the psychosocial health of patients are inserted into the stigmatization processes associated with HIV. In the Latin American context there are not studies about the inference of perceived social support (material, instrumental, cognitive and affective). A quantitative investigation is planted, using a self-administered questionnaire, in order to analyze the influence that support networks have on the processes of perceived discrimination, internalized stigma, and satisfaction with the life of 198 seropositive patients from a second-level IMSS hospital. The results reveal that the levels of internalization of stigma associated with HIV ($x = 2.60$) and satisfaction with life ($x = 3.54$) are medium and that of perceived discrimination is low ($x = 1.87$). Likewise, it is noted that: (1) affective and cognitive supports come especially from the family and health environment, (2) knowledge of seroprevalence in the work environment, family and social outing situations, satisfaction of the supports received and the Cognitive support from friends is associated with perceived stigma and (3) knowledge of seropositivity in friends and co-workers, that of outing in the community and emotional health support influence perceived discrimination.

Palabras clave

Estigma, discriminación, redes, apoyo y VIH/SIDA.

Keywords

Stigma, discrimination, networks, support and HIV/AIDS.

Introducción

El abordaje sociológico de los estudios sobre el VIH desde una perspectiva epistemológica constructivista, incluye el análisis de los mecanismos de producción y reproducción del estigma asociado al VIH; en los cuales se constata la conjugación de factores, tanto micro como macrosociales, que operan en los procesos de estigmatización. Estos procesos, como señalan Rodríguez y Facal (2019), hacen referencia a mecanismos basados en un sistema jerárquico de poder (con base en la hegemonía de ciertas identidades), los cuales, a través de diferentes procesos de socialización y ritualización, promueven la devaluación de ciertos atributos o características identitarias adyacentes y (re) producen la discriminación, la estratificación social y por ende la desigualdad social (Parker, 2012). No obstante, como indican Major y O'Brien (2005), en tales procesos resultan determinantes: (1) la configuración de las representaciones colectivas, las señales situacionales y las características personales, (2) las evaluaciones de las amenazas de identidad, (5) la presentación de respuestas voluntarias e involuntarias a las amenazas a la identidad y (6) el afrontamiento en respuesta a las amenazas a uno mismo. Es por ello que la aprobación de los estereotipos sobre el estigma, las emociones negativas hacia la propia identidad y los comportamientos de autodiscriminación (es decir la internalización del estigma), ejercen como un elemento importante, ya que generan daño o disminución de la autoestima, la autoeficacia y por ende en la satisfacción con la vida (Díaz-Mandado, 2015).

De la misma manera es importante tener que en cuenta que en los sujetos pueden coexistir diferentes estigmas (Marichal y Quiles, 2000). Respecto al estigma asociado al VIH, es necesario evaluar las posibles conjugaciones (Parker, 2012), las cuales advierten grupos especialmente vulnerables a los procesos de discriminación como: las mujeres, las personas que difieren del modelo heteronormativo y cisonormativo, la población indígena, etc. En consecuencia, tomar en consideración la esfera microsocial, el reconocimiento individual y las redes de apoyo social son cuestiones importantes ante la discriminación y los procesos de exclusión social (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2014).

Las redes de apoyo hacen referencia a las relaciones percibidas de forma individual que corresponden al nicho interpersonal de cada sujeto, cuyas funciones (de cada atributo) se vinculan con la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y los consejos (Sluzki, 2002). Al respecto Fusté, Pérez y Paz (2018) aluden a cuatro tipologías de apoyo social: emocional (empatía, afectos, compañía, reconocimiento y escucha), material (comida, ropa, alojamiento, dinero y pago de servicios), cognitivo (información, consejos e intercambio de experiencias) e instrumental (cuidado, transporte y labores de hogar); las cuales, como señalan Arechabala, Ferrer, Vásquez, Castro y Scrivanti (2019) infieren en la salud de las personas seropositivas.

En lo relativo a la esfera macrosocial, existen factores que infieren en los procesos de discriminación tales como: las políticas socio sanitarias y los recursos existentes, así como la interiorización del estigma en las esferas políticas, culturales e institucionales. Siendo dichos procesos determinantes en la calidad de vida de las personas, es decir, en lo referente a la percepción (dentro del contexto cultural y con base en sistemas de valores concretos) sobre la posición en la vida respecto a las metas, expectativas, normas y preocupaciones individuales (Cebolla, 2017).

Objetivos

El objetivo general de la investigación consiste en analizar la influencia que tienen las redes de apoyo en los procesos de discriminación percibida, estigma internalizado y satisfacción con la vida en pacientes heterosexuales, homosexuales y bisexuales seropositivos de Nuevo León (México). Asimismo, se plantean los siguientes objetivos específicos: (1) conocer las redes a las que los pacientes revelan su estatus de seropositividad y el nivel de outing, (2) identificar los tipos de apoyo recibidos por parte de la red social de pacientes seropositivos y la satisfacción de los mismos, (3) establecer el nivel de discriminación percibida, estigma internalizado y satisfacción con la vida de los pacientes y la correlación entre las tres escalas y (4) analizar la relación existente entre la discriminación percibida, el estigma internalizado y el nivel de satisfacción con la vida de los pacientes respecto a la vinculación con la red social, el apoyo social recibido y las variables sociodemográficas.

Justificación

Tomando en consideración el contexto mexicano, y el área social de la salud, se observa que en la literatura científica existente, las redes de apoyo en la mayor parte de los estudios son analizadas en cuanto a su vinculación con: (1) la adhesión al tratamiento (Ramírez y López, 2011), (2) situaciones vinculadas con el estrés del paciente (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997), (3) el diagnóstico y la prevención del VIH (Cáceres, 2004; Araya, Bravo, Carrasco, Urrutia, Vega, Rubio y Lira, 2013; Varas-Díaz, 2004), (4) el soporte emocional (Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco, 2010), (6) las relaciones y el impacto del VIH en el sistema familiar (Palacios, Avendaño y San Luis, 2008), (7) el estigma interiorizado en el personal de salud (Infante, et col, 2006) o en distintos sistemas sociales (Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez y Leyva, 2012) y (8) la discriminación percibida por parte de los pacientes (Moral y Segovia, 2011). En cuanto al estado de Nuevo León, se observa que la mayor parte de los estudios realizados sobre el VIH versan sobre: (a) los efectos en la salud de los pacientes (Moral, Ramos-Basurto y Segovia-Chávez, 2015; Sotomayor-Duque et col., 2018; Guzmán, Bermúdez y López, 2017), (b) el apego al tratamiento (Gerardo, et cols., 2018), (c) la prevención del contagio (Torres, Torres, Onofre-Rodríguez y Vázquez, 2018), (d) la mortalidad de pacientes con VIH (Bravo-García y Ortiz-Pérez, 2016), (e) la exclusión laboral (Moral y Segovia, 2015), (f) el imaginario sobre el VIH difundido en medios de comunicación (Sánchez, Blanco, Luis y Lozano, 2016) y (g) la reacción de los pacientes ante el diagnóstico (Konstantinidis y Garza, 2008).

A través de la revisión sistemática realizada por Bevilaqua, Correia, Gontijo, Santos y Mota (2013) sobre el estigma interiorizado, se aprecia que refiere a una problemática poco estudiada en el contexto latinoamericano. Asimismo, los autores mencionan que existe una relación directa entre el estigma internalizado, la autoestima y la adherencia al tratamiento. Por otro lado, Kalichman et col., (2009) realizaron un estudio con 2.397 pacientes de Sudáfrica, Swazilandia y Estados Unidos, en el cual identificaron que el nivel de estigma interiorizado era medio (Sudáfrica media= 3.0; Swazilandia media= 2.2; Estados Unidos media= 2.4). En el contexto español, en un estudio realizado por Fuster-Ruiz, Molero y Ubillos (2016), en el que participaron 221 personas con VIH, se presentaron niveles medios de estigma declarado (media= 2.44) y estigma internalizado (media= 2.41) y altos respecto a la calidad de vida (media= 3.38), la satisfacción con la calidad de vida (media= 3.11) y la autoestima (media= 4.84); así como una correlación inversamente proporcional entre la calidad de vida y la autoestima respecto al estigma declarado e internalizado. En este mismo sentido, en el estudio de Williams et col (2020) en el que participaron 603 pacientes de Florida (Estados Unidos), se identificó que el nivel de estigma interiorizado era medio-alto (media= 3.75) y el de discriminación percibida medio (media= 2.75); asimismo los autores advierten que en ambas categorías se registra un nivel superior en pacientes con un mayor nivel formativo.

En el contexto mexicano, el estudio realizado por Noguera-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, Vázquez-Pineda y Sierra-Madero (2015) con 150 pacientes de CDMX concluyó que el estigma internalizado representa el principal factor psicosocial asociado al inicio tardío de tratamiento antirretroviral; asimismo, advierte que el autoestigma es superior al estigma social percibido. Por otro lado, Chong-Villarreal y Torres-López (2019) en un estudio cualitativo con pacientes de Chiapas, determinaron que las experiencias de discriminación y el miedo tanto a contagiarse como al rechazo son factores que influyen en la interacción social de las personas seropositivas; especialmente en la esfera afectivo-sexual. Asimismo, Moral y Segovia (2015) en un estudio en el que participaron 200 mujeres de Nuevo León observaron que el nivel de discriminación era medio-alto (3.20), medio en cuanto a la discriminación en el trabajo y en el vecindario (media= 1.92), significativamente superior en la familia (media= 1.42) e inferior a la referida en el ámbito sanitario (media= 2.22).

El análisis realizado sobre la literatura científica sobre el VIH permite identificar que, en el contexto mexicano, no existe un análisis multifactorial sobre la influencia que tienen las redes de apoyo en los procesos de vida de las personas seropositivas, la discriminación percibida y el estigma internalizado.

Metodología

Se aborda una investigación cuantitativa a través de un diseño descriptivo-correlacional. Se aplicó un cuestionario autoadministrado a 198 pacientes seropositivos que reciben tratamiento en un hospital de segundo nivel del Ins-

tituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Nuevo León, los cuales fueron seleccionados a través de una muestreo aleatorio estratificado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% (ver tabla 1). El cuestionario estaba conformado por: (1) cuestiones sociodemográficas, (2) la escala validada en formato Likert sobre estigma interiorizado de Kalichman et col., (2009), (3) la escala Likert de discriminación percibida construida a partir de las escalas de Moral y Segovia (2011) y Berger, Estwing y Lashley (2001), (4) la escala Likert de satisfacción con la vida de Pons et. col. (2002), (5) cuestiones relativas al conocimiento del estatus de seropositividad y outing por parte de diferentes tipos de redes sociales y (5) preguntas en la que se analiza la existencia de apoyo, tipología de apoyo recibido por las mismas redes y la satisfacción percibida.

El análisis realizado consistió en: (1) la validación de la escala de discriminación percibida siguiendo el proceso descrito por Zamalloa (2017), (2) el cálculo de los tales y frecuencias de las variables nominales, (3) la prueba t-Student de comparación de medias (en función a las características sociodemográficas), (4) el análisis correlacional de Pearson y a nivel 0.05 y 0.01 entre las escalas y (5) el cálculo de las correlaciones de Rho de Spearman entre las escalas y las variables nominales. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS.

Para asegurar las cuestiones éticas y legales se aplicó la norma que establece la disposición para la investigación en salud en el IMSS 2000-001-009 y lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; para ello se hizo uso del consentimiento informado antes de la aplicación de cada cuestionario.

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra cualitativa.*

Variable		N	%	Variable		N	%
Sexo	Hombre	171	86.4	Pareja con VIH	Si	48	24.2
	Mujer	27	13.6		No	85	42.9
Nacionalidad	Mexicana	196	99.0		NC	3	1.5
	Otra	2	1.0	Múltiples parejas sexuales	Si	21	10.6
Ámbito	Rural	38	19.2		No	177	89.4
	Urbano	160	80.8	Vía contagio VIH	Sexual	149	75.3
Estado civil	Soltero/a	144	72.7		Drogas	3	1.5
	Casado/a	38	19.2		Vía materna	2	1.0
	Separado/a	2	1.0		Transfusión de sangre	3	1.5
	Divorciado/a	3	1.5		Desconoce la vía	40	20.2
	Viudo/a	11	5.6		NC	1	.5

Hijos/as	Si	60	30.3	Consumo de drogas	Si	11	5.6
	No	138	69.7		No	187	94.4
Nivel de estudios máximos finalizados	Primaria	4	2.0	Grupos apoyo VIH/SIDA	Si	13	6.6
	Secundaria	40	20.2		No	185	93.4
	Preparatoria	53	26.8	Abandono tratamiento en alguna ocasión	Si	43	21.7
	Universidad	89	44.9		No	155	78.3
	Otros	12	6.1	Dificultades acceso al tratamiento	Si	66	33.3
			No		132	66.7	
Situación laboral	Trabajo	174	87.9	Ideas suicidas	Si	26	13.1
	Estudio	6	3.0		No	163	82.3
	Jubilado/a	1	.5		NC	9	4.5
	En desempleo	11	5.6	Hospitalizaciones	Si	41	20.7
	Otro	6	3.0		No	147	74.2
				NC	10	5.0	
Total						198	

Resultados

Validación escala Likert de discriminación percibida

En el análisis ítem-test se deduce que todas las dimensiones denotan una correlación directamente proporcional a nivel 0.01 y un nivel de significación menor a 0.05, por lo que la escala posee un nivel de fiabilidad alto. Por otro lado, el coeficiente de fiabilidad de consistencia interna alfa de Cronbach en la escala es bueno (0.885); mientras que la confiabilidad calculada a través del uso del método de Guttman para hallar la confiabilidad según la separación por mitades de la escala es alta (0.895). Asimismo, tomando en consideración la media de las puntuaciones de cada ítem de la escala se observa que los resultados revelan un nivel bajo de discriminación percibida (1.87), superior en cuanto a los ítems relativos al temor a la discriminación e inferior respecto a la discriminación real o vivenciada (ver tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad y confiabilidad de la escala.

		x	DT
Temor discriminación	1.Siento temor de que alguien no quiere tener una relación sexual íntima conmigo por ser VIH positivo	3.24	1.60
	2.Tengo miedo a sufrir burlas por ser VIH positivo	3.22	1.63
	3.Tengo miedo a ser acosado/a o amenazado/a por ser VIH positivo	3.03	1.63
	4.Tengo miedo a sufrir violencia física por ser VIH positivo	2.69	1.61
	5.Tengo miedo de que me despidan del trabajo por ser VIH positivo	3.33	1.67
	6.Tengo miedo de que me rechace mi familia por ser VIH positivo	1.97	1.49

Discriminación real	7.La gente que sabe que soy VIH positivo no comparte cosas conmigo como cubiertos	1.55	1.10	
	8.Personas que saben que soy VIH positivo me dejan de hablar	1.53	1.06	
	9.Personas que saben que soy VIH positivo me critican	1.51	1.05	
	10.Personas que saben que soy VIH positivo no se acercan a mi	1.41	0.93	
	11.En mi casa separan todo de mi desde que saben que soy VIH positivo	1.30	0.96	
	12.Me echaron de mi casa cuando se enteraron que soy VIH positivo	1.20	0.79	
	13.En hospitales y clínicas me tratan mal cuando acudo a consulta	1.34	0.92	
	14.No me han querido atender en establecimientos por ser VIH positivo	1.30	0.84	
	15.No me han querido atender servidores públicos por ser VIH positivo	1.34	0.89	
	16.He sido rechazo por alguna pareja por ser VIH positivo	1.82	1.31	
	17.No han querido tener sexo conmigo por ser VIH positivo	1.83	1.26	
	18.He sufrido burlas por ser VIH positivo	1.60	1.17	
	19.He sufrido acoso o amenazas por ser VIH positivo	1.50	1.10	
	20.He sufrido violencia física por ser VIH positivo	1.35	0.96	
	21.Me han despedido del trabajo por ser VIH positivo	1.44	1.09	
	22.No me han contratado por ser VIH positivo	1.69	1.30	
	Escala Discriminación percibida total		1.87	.66
	Discriminación temor		2.91	1.21
	Discriminación real		1.48	.65

Nota: x= media; DT= desviación estándar; p= significación bilateral.

Conocimiento estatus seropositividad por parte de la red social y apoyo recibido

Tomando en consideración a la red social de los pacientes, se observa que la familia (especialmente la pareja y los progenitores) junto con las amistades, representan las principales redes con las que los sujetos comparten su estatus de seropositividad; mientras que el entorno comunitario vecinal y religioso son las redes menos afines. Por otro lado, destaca que el outing serológico se produce en todas las redes, siendo mayor la frecuencia en los ámbitos: institucional, educativo, laboral, vecinal y especialmente respecto a los hijos/as (ver tabla 4). Además, se corrobora en todas las redes analizadas que el apoyo de tipo emocional es el más frecuente (especialmente en el ámbito familiar y en las amistades), seguido del apoyo cognitivo (especialmente en el ámbito sanitario). Por otro lado, se identifican apoyos menos frecuentes como el apoyo de tipo material (más frecuente en cuanto a la familia, las amistades, los jefes y doctores del hospital) y el apoyo instrumental; el cual se presenta en todas las redes a excepción de las amistades, el vecindario y los compañeros/as de trabajo. Asimismo, destaca que el nivel de satisfacción en cuanto a los apoyos recibidos por parte de la red social es: (1) muy alto en cuanto a las parejas e hijos/as, (2) medio respecto a los progenitores, el resto de miembros de la familia, las amistades y los profesionales ámbito sanitario del equipo de infectología (medicina, enfermería y trabajo social) y (3) bajo en referencia a los vecinos/as, el ámbito laboral, el resto de profesionales del ámbito sanitario, las instituciones religiosas y las asociaciones (ver tabla 3).

Tabla 3. Conocimiento seropositividad y apoyo por parte de la red social.

Redes	NA	Sabe				Outing				Apoyo								Satis. apoyo	
		Si		No		Si		No		Emoci.		Material		Cognitivo		Instrumen- tal			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X	DT
Pareja	74	99	79.84	25	20.16	20	16.13	104	83.87	76	61.29	2	1.61	6	4.84	2	1.61	4.59	3.74
Hijos/as	138	17	28.33	43	71.67	27	45.00	33	55.00	20	33.33	0	0.00	1	1.67	2	3.33	5.00	4.73
Progenitores	9	102	53.97	87	46.03	26	13.76	163	86.24	80	42.33	5	2.65	13	6.88	2	1.06	2.31	2.40
Resto familia	10	74	39.36	114	60.64	27	14.36	161	85.64	79	42.02	6	3.19	7	3.72	2	1.06	2.18	2.42

Amistades	8	98	51.58	92	48.42	24	12.63	166	87.37	75	39.47	1	0.53	15	7.89	0	0.00	2.13	2.33
Vecinos/as	29	11	6.51	158	93.49	32	18.93	137	81.07	27	15.98	0	0.00	6	3.55	0	0.00	1.00	1.87
Compañeros/as trabajo/escuela	18	32	17.78	148	82.22	31	17.22	149	82.78	39	21.67	0	0.00	5	2.78	0	0.00	1.00	1.85
Jefes/profesorado	22	31	17.61	145	82.39	29	16.48	147	83.52	35	19.89	1	0.57	6	3.41	1	0.57	1.00	1.85
Instituciones religiosas	41	12	7.64	145	92.36	31	19.75	126	80.25	26	16.56	0	0.00	5	3.18	0	0.00	1.00	1.71
Asociaciones	44	31	20.13	123	79.87	33	21.43	121	78.57	27	17.53	0	0.00	8	5.19	1	0.65	1.00	1.81
Doctores/as hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	26.77	1	0.51	44	22.22	4	2.02	2.62	2.35
Enfermeros/as hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49	24.75	0	0.00	37	18.69	4	2.02	2.28	2.31
Trabajadores/as sociales hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	27.78	0	0.00	39	19.70	4	2.02	2.52	2.34
Psicólogos/as hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	23.74	0	0.00	27	13.64	1	0.51	1.95	2.36
Otros profesionales hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	18.18	0	0.00	21	10.61	2	1.01	1.67	2.31
Otras personas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	6.06	1	0.51	6	3.03	0	0.00	1.00	1.61

Nota: N= total; %=frecuencia; x= media; DT= desviación estándar.

Tabla 4. Discriminación y satisfacción con la vida.

Variables	x	Estigma internalizado				Discriminación percibida				Satisfacción con la vida				Satisfacción apoyo redes			
		DT	t	p	x	DT	t	p	x	DT	t	p	x	DT	T	p	
Total		2.60	.95	-	-	1.87	.66	-	-	3.54	1.11	-	-	2.04	1.55	-	-
Sexo	H (n=171)	2.58	.96	-.58	.56	1.88	.68	.29	.76	3.59	1.12	1.52	.12	2.13	1.49	2.02	.045
	M (n=27)	2.70	.92			1.84	.54			3.24	1.03			1.48	1.09		
Orientación	Hetero (n=49)	2.77	.93	1.48	.14	1.97	.67	1.17	.24	3.42	1.15	-.86	.38	1.77	1.22	-1.39	.164
	LGB (n=149)	2.54	.96			1.84	.66			3.58	1.10			2.13	1.63		
Ámbito	Rural (n=38)	2.66	.88	.45	.65	1.99	.71	1.23	.21	3.60	1.01	.31	.75	1.72	1.62	-1.45	.146
	Urbano (n=160)	2.58	.97			1.84	.65			3.53	1.14			2.12	1.53		
Estudios	Medios (n=97)	2.52	.96	-1.17	.24	1.89	.70	.30	.76	3.47	1.15	-.89	.37	1.81	1.57	-2.11	.035
	Sup. (n=101)	2.68	.94			1.86	.63			3.61	1.07			2.27	1.51		
Pareja VIH	Si (n=48)	2.37	.92	-2.30	.02	1.83	.65	-.52	.60	3.75	.93	1.12	.26	1.95	1.38	.36	.718
	No (n=85)	2.80	1.02			1.89	.63			3.53	1.15			1.85	1.55		
Abandono tratamiento	Si (n=43)	2.53	.93	-.48	.63	1.84	.59	-.32	.74	3.51	1.06	-.23	.81	1.86	1.64	-.99	.322
	No (n=155)	2.62	.98			1.87	.67			3.55	1.15			2.14	1.55		
Ideas suicidas	Si (n=26)	3.09	1.11	2.92	.004	2.13	.64	2.34	.02	2.91	1.36	-3.18	.002	2.48	1.71	1.49	.136
	No (n=163)	2.51	.91			1.81	.64			3.65	1.04			1.99	1.53		
Hospitalizaciones	Si (n=41)	2.52	.89	-.49	.62	1.91	.69	.54	.58	3.57	1.01	.12	.90	2.23	1.67	.81	.417
	No (n=147)	2.61	.98			1.84	.64			3.55	1.14			2.01	1.54		

Nota: x= media; DT= desviación estándar; t= prueba t-Student; p= significación bilateral.

Estigma internalizado, discriminación percibida y satisfacción con la vida

Las puntuaciones obtenidas en las escalas aplicadas revelan que el nivel de estigma internalizado es medio ($x=2.60$; $DT=0.95$), el de discriminación percibida bajo ($x=1.87$; $DT=0.66$) y el nivel de satisfacción con la vida medio-alto ($x=3.54$; $DT=1.11$). Tomando en consideración las variables objeto de estudio, destaca que el estigma internalizado es superior en: mujeres, población heterosexual, pacientes con un mayor nivel formativo, con parejas serodiscordantes, que no abandonaron el tratamiento, con ideas suicidas y no refieren hospitalizaciones en el último año (ver tabla 4). No obstante, la variable relativa a la existencia de ideas suicidas presenta un bajo nivel de asociación, ya que al realizar la prueba de t-Student el nivel de significancia es inferior a 0.05. Por otro lado, se identifica que la discriminación percibida es superior en: hombres, población heterosexual, pacientes con estudios de menor cualificación, con parejas serodiscordantes, que no abandonaron en alguna ocasión el tratamiento, con ideas suicidas y que han sufrido hospitalizaciones en el último año (ver tabla 4). En cuanto al nivel de satisfacción con la vida se aprecia que es superior en: hombres, población homosexual y bisexual, pacientes con estudios superiores, con parejas en la que ambos son seropositivos, que nunca abandonaron el tratamiento, sin ideas suicidas y que han sufrido hospitalizaciones en el último año (ver tabla 4). No obstante, la variable relativa a la existencia de ideas suicidas presenta un bajo nivel de asociación, ya que al realizar la prueba de t-Student el nivel de significancia es inferior a 0.05 (ver tabla 4).

Relación entre la red social, estigma, discriminación percibida y satisfacción con la vida:

Analizando la relación entre las escalas aplicadas, se evidencia que cuando se incrementa el estigma internalizado aumenta el estigma percibido; mientras que en cuanto al estigma percibido disminuye aumenta el nivel de satisfacción con los apoyos recibidos por parte de la red social. Respecto al nivel de satisfacción con la vida se advierte que existe una relación inversamente proporcional respecto al estigma (internalizado y percibido) y directamente proporcional con el nivel de satisfacción de los apoyos recibidos. No obstante, no se advierten correlaciones significativas de Pearson a nivel 0.01 ni a 0.05 (ver tabla 5).

Tabla 5. Relación entre variables paramétricas aplicadas.

Correlación de Pearson		Estigma interiorizado	Estigma percibido	Satisfacción vida	Satisfacción apoyo
Estigma interiorizado	Correlación	1	.504(**)	-.129	-.117
	Sig. (bilateral)		.000	.071	.103
Estigma percibido	Correlación	.504(**)	1	-.126	-.179(*)
	Sig. (bilateral)	.000		.077	.012
Satisfacción vida	Correlación	-.129	-.126	1	-.061
	Sig. (bilateral)	.071	.077		.398
Satisfacción apoyo	Correlación	-.117	-.179(*)	-.061	1
	Sig. (bilateral)	.103	.012	.398	

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Por otro lado, tras realizar la prueba de Rho de Spearman a nivel 0.05 entre las escalas aplicadas y las variables nominales del conocimiento por parte de la red social del estatus de seropositividad de los pacientes, se observa que el nivel de estigma internalizado es inferior cuando: (1) las amistades y los compañeros/as de trabajo conocen el estado serológico, (2) los pacientes no vivencian situaciones de outing en instituciones religiosas y en asociaciones de ayuda y (3) reciben apoyo emocional por parte de los doctores. Asimismo, el nivel de discriminación percibida es inferior cuando: los compañeros/as de trabajo, los jefes o superiores y las instituciones religiosas conocen el estado serológico; así como en participantes cuyas amistades prestan apoyo cognitivo. Mientras que el nivel es superior cuando los pacientes vivencian situaciones de outing en la familia extensa y entre las amistades. Finalmente destaca que no se aprecia una relación directa entre la satisfacción con la vida y el conocimiento por parte de la red social del estatus serológico y la existencia de situaciones de outing. No obstante, se advierte una correlación inversamente proporcional a nivel 0.05 respecto a la existencia de apoyo emocional por parte de jefes o superiores y otras dos directamente proporcionales a nivel 0.05 con la existencia de apoyo material por parte de los progenitores y de apoyo cognitivo de jefes o superiores (ver tabla 6).

Tabla 6. Relación entre escalas y variables no paramétricas.

Rho de Spearman		Estigma interiorizado	Estigma percibido	Satisfacción vida	Rho de Spearman		Estigma interiorizado	Estigma percibido	Satisfacción vida
Sabe amistades	Coefficiente correlación.	-.162(*)			Outing asociaciones	Coefficiente correlación.	-.149(*)		-.149(*)
	Sig. (bilateral)					0.023			
Sabe compañeros trabajo	Coefficiente correlación.	-.151(*)	-.158(*)		Jefes Apoyo emocional	Coefficiente correlación.			-.155(*)
	Sig. (bilateral)					0.034			
Saben jefes	Coefficiente correlación.		-.162(*)		Doctores Apoyo emocional	Coefficiente correlación.	-.165(*)		
	Sig. (bilateral)					0.022			
Sabe Inst. religiosas	Coefficiente correlación.		-.146(*)		Padres Apoyo material	Coefficiente correlación.			.179(*)
	Sig. (bilateral)					0.041			
Outing resto familia	Coefficiente correlación.		.144(*)		Amistades Apoyo cognitivo	Coefficiente correlación.		-.146(*)	
	Sig. (bilateral)					0.042			
Outing amistades	Coefficiente correlación.		.170(*)		Jefes Apoyo cognitivo	Coefficiente correlación.			.160(*)
	Sig. (bilateral)					0.016			
Outing Inst. religiosas	Coefficiente correlación.	-.167(*)		-.167(*)					
	Sig. (bilateral)								

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Discusión

A través de la presente investigación se ha comprobado que el ámbito familiar (especialmente la pareja y los progenitores) y las amistades, refieren los principales sistemas a lo que los pacientes comparten su seroprevalencia. Asimismo, se ha constatado que el 83.84% de la muestra manifiesta haber sufrido situaciones de outing serológico, especialmente respecto a los hijos/as (45%), asociaciones (21.43%), instituciones religiosas (19.75%) y vecinos/as (18.93%). Estos resultados advierten que el entorno social más próximo representa, al igual que se advierte en investigaciones realizadas en otros contextos, el principal sistema de reconocimiento en los pacientes. Pero a su vez, representa un sistema en el que se producen ciertas tensiones respecto al deseo de compartir (o no) con otras personas el estatus (Palacios, Avendaño y San Luis, 2008; Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez y Leyva, 2012; Moral y Segovia, 2015). Por otro lado, los resultados muestran que los pacientes reciben los diferentes tipos de apoyo social descritos por Sluzki (2002) y manifiestan un nivel de satisfacción medio con el apoyo recibido ($x = 2.04$); superior respecto a la familia, las amistades y los profesionales sanitarios e inferior en cuanto al vecindario, el ámbito laboral, instituciones y organizaciones comunitarias. Lo cual revela que, como señalan autores como Botero, Molano y Arias (2018) y Cebolla (2017), la existencia de una red de apoyo contribuye al buen estado de bienestar de las personas. En efecto, como señalan diferentes autores, la existencia de apoyo contribuye tanto en el tratamiento (Gerardo, et cols., 2018) como en la mejora de la salud general de los pacientes (Moral, Ramos-Basurto y Segovia-Chávez, 2015; Sotomayor-Duque et col., 2018; Guzmán, Bermúdez y López, 2017). En este sentido destaca que el apoyo de tipo emocional, seguido del apoyo cognitivo, son los que más refieren los pacientes; y se advierte que la familia representa la principal fuente de ayuda respecto a los diferentes tipos de apoyo. No obstante, el ámbito sanitario representa una importante fuente de apoyo emocional, cognitivo e instrumental; así como el ámbito laboral respecto al apoyo material. En este sentido, destaca la importancia que la muestra otorga a los profesionales del ámbito sanitario, en los cuales se advierte, además del apoyo cognitivo, una mayor presencia de apoyo emocional.

En referencia al nivel de discriminación percibida por parte de los pacientes, los resultados revelan un nivel medio-bajo ($x=1.87$); el cual es inferior a los identificados por Fuster-Ruiz, Molero y Ubillos (2016) en España ($x=2.44$), Williams, et col (2020) en Estados Unidos ($x=2.75$) y Moral y Segovia (2015) en mujeres mexicanas ($x=3.20$). Asimismo, en referencia a las variables objeto de análisis, la discriminación percibida es superior en: hombres, población heterosexual, pacientes con estudios de menor cualificación, con parejas serodiscordantes, que no abandonaron en alguna ocasión el tratamiento, con ideas suicidas y que han sufrido hospitalizaciones en el último año.

Por otro lado, en cuanto al estigma internalizado, se aprecia un nivel medio ($x=2.60$); ligeramente superior al descrito en los estudios realizados por Fuster-Ruiz, Molero y Ubillos (2016) en España ($x=2.41$) y Kalichman et col (2009) en Swazilandia ($x=2.2$) y Estados Unidos ($x=2.4$) e inferior a los estudios de Kalichman et col (2009) en Sudáfrica ($x=3.0$). En este sentido, tomando en consideración las variables objeto de estudio, destaca que el estigma internalizado es superior en pacientes: mujeres, heterosexuales, con un mayor nivel formativo, con parejas serodiscordantes, que no abandonaron el tratamiento y no refieren hospitalizaciones en el último año. Asimismo, destaca que el nivel de estigma internalizado, al igual que advierten Nogueta-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, Vázquez-Pineda y Sierra-Madero (2015), es superior al de discriminación percibida. Asimismo, el análisis de la discriminación percibida y el estigma internalizado en función de las variables objeto de estudio, corrobora su mayor incidencia en determinados colectivos; lo cual revela la coexistencia de otras formas de estigma (Parker, 2012; Marcihal y Quiles, 2000; CENSIDA, 2014). En cuanto al nivel de satisfacción con la vida se aprecia un nivel alto ($x=3.54$), superior en: hombres, homosexuales y bisexuales, pacientes con estudios superiores, parejas seroprevalentes y en sujetos con adherencia al tratamiento.

Finalmente cabe destacar que las pruebas de relación entre variables paramétricas aplicadas revelan que, al igual que en otros estudios, existe una relación directamente proporcional entre el estigma interiorizado y la discriminación percibida (Fuster-Ruiz, Molero y Ubillos, 2016; Williams, et col 2020; Nogueta-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, Vázquez-Pineda y Sierra-Madero, 2015), e inversamente proporcional entre la satisfacción de los apoyos recibidos y el nivel de discriminación percibida. Sin embargo, no se identifican correlaciones entre el estigma (percibido e internalizado) respecto al nivel de satisfacción con la vida (aunque si una relación inversa entre las variables), ni tampoco entre a la satisfacción de los apoyos recibidos con respecto al estigma internalizado (pero si una relación inversa) y al nivel de satisfacción con la vida (pero si una relación directa). No obstante, los resultados obtenidos mediante pruebas de relación entre variables no paramétricas revelan que, en cuanto a la internalización del estigma está mayormente asociado a: el conocimiento de la seroprevalencia por parte de las amistades y los compañeros de trabajo, la existencia de outing en el ámbito institucional y asociativo y la inexistencia de apoyo emocional por parte de los doctores. En referencia a la discriminación percibida se advierten correlaciones con: el conocimiento de la seroprevalencia en el ámbito laboral y en las instituciones religiosas, las situaciones de outing en el ámbito familiar y entre las amistades y la inexistencia de apoyo cognitivo por parte de las amistades. Asimismo, la existencia de apoyo emocional y cognitivo por parte de los jefes o superiores y de apoyo material en el ámbito familiar se relacionan con el nivel de satisfacción con la vida de los pacientes. De este modo, se corrobora que, como señalan Botero, Molano y Arias (2018) y Cebolla (2017) los apoyos por parte de la red social contribuyen en el bienestar psicosocial de las personas; y por ende en la autoestima, la calidad de vida (Fuster-Ruiz, Molero y Ubillos, 2016), la adhesión al tratamiento (Gerardo et col, 2018), la minimización del estrés (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997) y la salud física (Duque et col., 2018).

Conclusiones

Desvelar el estatus de seropositividad representa una decisión importante en las personas ya que, visibilizar la realidad, sitúa a los sujetos ante una posición objeto de estigmatización; la cual desde el anonimato ejerce como factor protector, pero a su vez genera tensión porque ejerce como inhibidor de la propia identidad. De esta forma el mecanismo del estigma favorece los procesos de discriminación y exclusión social, siendo el estigma internalizado determinante en el transcurso de las vivencias de la cotidianidad. En dichos procesos la red social tiene un papel determinante, ya que a través de sus acciones puede generarlos o reproducirlos y por ende situar a los sujetos en posiciones de vulnerabilidad. No obstante, también puede participar en procesos de ayuda y ocupar una posición protectora o preventiva respecto a tales circunstancias.

Se ha constatado la relación directa que existe entre la internalización del estigma, la discriminación percibida y la satisfacción de los apoyos recibidos por parte de la red social; de forma que la familia, las amistades y los ámbitos laboral, sanitario y comunitario respecto a la existencia de situaciones estigmatizantes. Es por ello que, a través de una investigación con una perspectiva ETIC/EMIC, tomando en cuenta el punto de vista interno (pacientes) y externo (profesionales, familia y entorno social) con un diseño mixto (cualitativo y cuantitativo), sería posible realizar un diagnóstico sobre el estado de la cuestión, para poder desarrollar medidas específicas a implementar desde los departamentos de Trabajo Social de los servicios públicos de salud; pudiendo así favorecer la inclusión social de las personas seropositivas. Este hecho podría contribuir en la salud de los pacientes, ya que las medidas que favorecen la creación de redes de apoyo están directamente relacionadas con: la adherencia al tratamiento, la prevención de la violencia y la existencia de sistemas de apoyo en base a las diferentes tipologías (emocional, material, cognitivo e instrumental), entre otros factores. También respecto al monitoreo de las vivencias en el proceso de tratamiento, la adecuación respecto al cambio de estilo de vida y la socialización de la enfermedad. Asimismo, sería conveniente llevar a cabo acciones vinculadas con la promoción de un entorno profesional consciente de los factores que favorecen una atención integral y que no promueva la discriminación y la revictimización.

Referencias

- Araya, A. X., Bravo, P., Carrasco, P., Urrutia, M. T., Vega, P., Rubio, M. y Lira, M. J. (2013). Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 30(6), 638-643. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000600011>
- Arechabala, M. C., Ferrer, X., Vásquez, P., Castro, P. y Scrivanti, M. (2019). Apoyo social percibido por un grupo de personas viviendo con VIH/SIDA. *Revista Horizonte de Enfermería*, 16(1), 21-29. <http://revistaaisthesis.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12706>
- Bevilaqua, F.; Correia, G.; Gontijo, R.; Santos, P.; y Mota, T. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia - Teoria e Prática*, 15(1), 116-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193826310003>
- Berger, B.; Estwing, C. y Lashley, F. (2001). Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, 24, 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Botero, M. O., Molano, S. B. y Arias, M. A. M. (2018). Recursos personales y redes de apoyo en el tránsito del joven a la universidad. *Revista Hojas y Hablas*, (15), 100-115. <https://doi.org/10.29151/hojasyhablas.n15a6>
- Bravo-García, E. y Ortiz-Pérez, H. (2016). Análisis de la mortalidad por VIH/SIDA en México en el periodo 1990-2013: ¿se cumplirá la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015? *Gaceta Médica de México*, 152(6), 819-830. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm166m.pdf>
- Cáceres, C. F. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1468-1485. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600004>
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. y Zarco, Á. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud mental*, 33(5), 409-417. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58219793005>
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M. C. y Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública de México*, 39, 32-43. <https://www.scielosp.org/article/spm/1997.v39n1/32-43/>
- Cebolla, S. (2017). Hacia una valoración integral del paciente con infección por VIH. Evaluación de una herramienta

de detección de depresión en contextos médicos no especializados en Salud Mental (*Tesis Doctoral*). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2014). *Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida*. México DF: CONSADIDA, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y CENSIDA. Recuperado de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/451493/GUIA_NACIONAL_2014.pdf

Chong, F., Fernández, C., Huicochea, L., Álvarez, G. D. C. y Leyva, R. (2012). Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida: Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios fronterizos*, 13(25), 31-55. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612012000100002

Chong-Villarreal, F. y Torres-López, T. M. (2019). Parejas heterosexuales serodiscordantes en Chiapas, México. La influencia del género en la expresión de la agencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 37-56. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.03>

Díaz-Mandado, O. (2015). Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención (Tesis Doctrado). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <https://eprints.ucm.es/33637/1/T36323.pdf>

Fusté, M.; Pérez, M. y Paz, L. E. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&lng=es

Fuster-Ruiz, M. J.; Molero, F. y Ubillos, S. (2016). Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-49. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.192121>

Gerardo, S. P., Itzel, H. B. M., Lilia, A. Z. M., de Jesús, R. R. M., Vanesa, J. A. y Lorena, A. C. (2018). Estigmatización a personas con VIH-sida en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(3), 26-33. <https://doi.org/10.29105/respyn17.3-4>

Guzmán, R. C., Bermúdez, J. Á. y López, E. T. (2017). Emociones, sucesos vitales y niveles de células CD4+ en personas que viven con sida. *Psicología y Salud*, 27(2), 213-221. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2529>

Infante, C., Zarco, Á., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México*, 48, 141-150. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6680>

Kalichman, S. C., Amaral, C. M., White, D., Swetsze, C., Pope, H., Kalichman, M. O., ... y Eaton, L. (2009). Prevalence and clinical implications of interactive toxicity beliefs regarding mixing alcohol and antiretroviral therapies among people living with HIV/AIDS. *AIDS patient care and STDs*, 23(6), 449-454. <https://doi.org/10.1089/apc.2008.0184>

Konstantinidis, A. y Garza, M. L. C. (2008). La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus VIH: un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL. *Perspectivas sociales= Social Perspectives*, 10(1), 87-114. <http://eprints.uanl.mx/8715/1/art4%20%285%29.pdf>

Major, B. y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.* (56), 393-421. Disponible en

<https://labs.psych.ucsb.edu/major/brenda/docs/Major%20&%20O'Brien%202005.pdf>

Marichal, F. A. y Quiles, M. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12 (3), 458-465. <http://www.psicothema.com/pdf/357.pdf>

Moral, J., Ramos-Basurto, S. y Segovia-Chávez, M. P. (2015). Validación cruzada de la escala de expresión de ira en mujeres con VIH y población general. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.riips.2015.04.003>

Moral, J. y Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 185-206. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507004.pdf>

Moral, J. y Segovia, M. P. (2015). Discriminación en el trabajo y el vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la depresión y la ira. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 22(3), 204-214. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10441539004>

Noguera-Orozco, M. J.; Caro-Vega, Y.; Crabtree-Ramírez, B.; Vázquez-Pineda, F. y Sierra-Madero, J. G. (2015). Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Salud Pública de México*, 57(Supl. 2), s135-s141. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7601?articlesBySimilarityPage=4>

Palacios, F. F., Avendaño, M. A. y San Luis, A. G. (2008). Análisis del impacto del VIH/SIDA en la familia: Una aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6-13. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328002.pdf>

Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 164-169. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100017>

Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13, 71-82. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235116352009.pdf>

Ramírez, M. T. G. y López, J. A. P. (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10(2), 399-409. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722451007>

Rodríguez, L. M. y Facal, T. (2019). Diversidad sexual: imaginarios y actitudes en estudiantes de enseñanzas medias y superiores mexicanos. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 14(1), 183-205. <https://doi.org/10.14198/OBETS2019.14.1.06>

Sánchez, M., Blanco, T., Luis, J. y Lozano, J. C. (2016). Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. *Comunicación y sociedad*, (25), 71-100. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2016000100004

Sluzki, C. E. (2002). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Sotomayor-Duque, G., Colunga-Pedraza, P. R., Colunga-Pedraza, J. E., Lozano-Morales, R. E., Bugarín-Estrada, E. y Gómez-Almaguer, D. (2018). Linfoma no Hodgkin e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Experiencia de 10 años en un centro de referencia universitario. *Revista de Hematología*, 18(4), 155-160. <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2017/re174b.pdf>

Torres, J. L. H., Torres, R. A. B., Onofre-Rodríguez, D. J. y Vázquez, V. J. (2018). Valoración cualitativa de cuidado en jóvenes mexicanos con riesgo de VIH/sida. *RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería*, (15), 5-18. <https://doi.org/10.14198/recien.2018.15.02>

Varas-Díaz, N. (2004). El desarrollo de redes de apoyo para hombres que tienen sexo con hombres y que viven con VIH/SIDA: Alternativa para la intervención en política pública. En C.F., Cáceres; T., Frasca; M., Pecheny y V., Terto, *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*, (pp. 79-90). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Williams, R., Cook, R., Brumback, B., Cook, C., Ezenwa, M., Spencer, E., & Lucero, R. (2020). The relationship between individual characteristics and HIV-related stigma in adults living with HIV: medical monitoring project, Florida, 2015–2016. *BMC Public Health*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08891-3>

Zamalloa, E. R. (2017). Elaboración y validación de una escala de homofobia en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Este. *PsiqueMag. Revista Científica Digital de Psicología*, 6(1), 245-255. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v6i1.164>