

Cita bibliográfica: Rodríguez-Otero, L.M. (2023). Conductas sexuales de riesgo y estigma en pacientes seropositivos mexicanos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 81-105. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.22116>


## Conductas sexuales de riesgo y estigma en pacientes seropositivos mexicanos

### *Risky sexual behaviors and stigma in seropositive Mexican patients*

LUIS MANUEL RODRÍGUEZ-OTERO

Universidad Autónoma de Sinaloa, Cuiacacán, México

[luismaotero@yahoo.es](mailto:luismaotero@yahoo.es)

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

#### Resumen

**Introducción.** Las conductas sexuales de riesgo hacen referencia a un fenómeno social, multifactorial, sociocultural y prevenible que está vinculado con la exposición del sujeto a daños en la salud física, sexual y reproductiva, mediante la actividad sexual sin protección. Las principales conductas de riesgo aluden a cuestiones comportamentales y de falta de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, vinculadas con: la realización de prácticas sexuales sin protección, la percepción sobre el riesgo, el número de parejas sexuales, la falta de educación sexual, el consumo de drogas y/o alcohol, el trabajo sexual, el sexo casual, el inicio precoz en las relaciones sexuales, las desigualdades de género y mantener sexo con personas y/o parejas con alguna infección de transmisión sexual. **Metodología.** Se realizó una investigación cuantitativa con el objetivo de analizar la relación entre las conductas sexuales de riesgo, el nivel de satisfacción con la vida, el estigma interiorizado y percibido. La muestra la conformaron 198 pacientes seropositivos de un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Nuevo León (México), seleccionados a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Como técnica de

#### Abstract

**Introduction.** Risky sexual behaviors refer to a social, multifactorial, sociocultural and preventable phenomenon, linked to the subject's exposure to physical, sexual and reproductive health damage through unprotected sexual activity. Behaviors presenting the major risk involve behavioral issues and lack of knowledge about: sexually transmitted infections linked to unprotected sexual practices; risk perception; number of sexual partners; lack of sexual education; consumption of drugs and/or alcohol; sex work; casual sex; early initiation to sexual relations; gender inequalities; and having sex with people and/or couples with a sexually transmitted infection. **Methodology.** A quantitative study was conducted to analyze the relationship between risky sexual behaviors, life satisfaction, and internalized and perceived stigma. A sample of 198 seropositive patients from a second level hospital of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in Nuevo León (Mexico) was selected via simple random probabilistic sampling. The data was collected through a self-administered questionnaire, composed of the participants' sociodemographic data, questions on risky sexual behaviors and Likert scales on life satisfaction, internalized stigma and

Recibido: 02/03/2022

Aceptado: 06/10/2022



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

recolección de los datos se utilizó un cuestionario autoadministrado compuesto por datos sociodemográficos de la muestra, cuestiones sobre conductas sexuales de riesgo y las escalas Likert de satisfacción con la vida, estigma interiorizado y discriminación percibida (temor a la discriminación y discriminación real). Se realizaron análisis descriptivos, de comparación de medias en función a las conductas sexuales y correlacionales entre las escalas aplicadas. *Resultados.* Los resultados mostraron que existe una relación directamente proporcional entre el estigma internalizado, la percepción sobre la discriminación y la discriminación real. Asimismo, se constató que se producen diferencias significativas en cuanto a las conductas sexuales de riesgo en pacientes seropositivos. *Discusión.* Se observaron niveles superiores de estigma en pacientes monógamos, que consumen drogas, con otras infecciones de transmisión sexual, que no utilizan preservativo, que ocultan su estatus a sus parejas y no tiene adherencia al tratamiento. *Conclusiones.* Los resultados advierten la necesidad de retomar la perspectiva de los procesos de estigmatización en las políticas y en las propuestas de intervención orientadas a la salud sexual, así como promover medidas formativas especializadas a los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** discriminación; VIH; SIDA; inadaptación; hábitos sexuales.

perceived discrimination (fear of discrimination and actual discrimination). Descriptive analyses were performed, in which means were compared based on sexual and correlational behaviors between the applied scales. *Results.* The results showed a directly proportional relationship between internalized stigma, the perception of discrimination and actual discrimination. Significant differences among seropositive patients were also found regarding risky sexual behaviors. *Discussion.* Higher levels of stigma were observed in patients who were monogamous, used drugs, had other sexually transmitted infections, did not use a condom, hid their status from their partners, and did not adhere to treatment. *Conclusions.* Based on the findings of this study, policies and sexual health interventions need to return to addressing stigmatization as well as to promoting specialized training measures for health professionals.

**Keywords:** discrimination; HIV; AIDS; maladjustment; sexual habits.

## 1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual refiere a la capacidad que tienen las personas de expresar la sexualidad, sin riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados, así como sin ser objeto de coerción, violencia y/o discriminación. La salud sexual se construye a partir de dos dimensiones, por un lado, el funcionamiento sexual (respuesta sexual) y, por otro lado, las conductas sexuales de riesgo (Álvarez, Gómez y Sierra, 2020).

Las conductas sexuales de riesgo hacen referencia a un fenómeno social, multifactorial, sociocultural y prevenible, que está vinculado con la exposición del sujeto a daños en la salud física, sexual y reproductiva mediante la actividad sexual sin protección (Alfonso, Figueroa, García y Soto, 2019). En este sentido, Vidal y Hernández (2017) aluden a cuestiones comportamentales y de falta de conocimientos sobre las ITS, que están vinculadas con: la realización de prácticas sexuales sin protección, la percepción sobre el riesgo, el número de parejas sexuales y la falta de educación sexual. No obstante, Alfonso, Figueroa, García y Soto (2019) añaden otros factores como: el consumo de drogas y/o alcohol, el trabajo sexual, el sexo casual, el inicio precoz en las relaciones sexuales, las desigualdades de género o mantener sexo con personas y/o parejas con alguna ITS. Asimismo, la revisión sistemática de Tizoc-Márquez et al. (2021) pone de manifiesto que la autoestima influye como una variable determinante. Mientras que la revisión de Sola, Caparrós, Hueso y Morente (2021) añade que las creencias religiosas, culturales y de prohibición y los procesos de estigmatización favorecen tales prácticas.

Las ITS se clasifican en función a su origen en: bacterianas, micóticas, virales y parasitarias. El VIH refiere a una ITS de tipo viral, la cual puede producir comorbilidad con otra ITS (López, Rodríguez y Peña, 2020). En este sentido, diferentes estudios evidencian que la confianza en los fármacos antirretrovirales y en los tratamientos preventivos (PREP), influyen en la realización de prácticas sexuales de riesgo al minimizar el temor a la infección (Sola, Caparrós, Hueso y Morente, 2021).

En relación con el VIH, Agudelo (2021) enfatiza respecto a la diferencia de los factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH y los factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH. En cuanto a los primeros los relaciona con: la existencia de trastornos mentales y/o depresión, la ausencia de una pareja sexual estable, el sentimiento de «venganza» o desquite», confiar plenamente en la fidelidad de la pareja, la baja adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), la existencia de parejas concordantes positivas y las situaciones de confinamiento/encarcelamiento. Mientras que respecto a los segundos menciona: el consumo

de alcohol y sustancias psicoactivas, el uso de aplicaciones de contacto, el «*coping*» o presión de un grupo social determinado, la presión por parte de la pareja sexual, el uso de material sexual en línea y la facilidad de acceso y uso de servicio para los encuentros sexuales de carácter privado.

Respecto a la población heterosexual el estudio de Álamo (2020), realizado con 103 parejas en Puerto Rico, reveló que la baja percepción del riesgo de contagio (48.5%) por parte de los sujetos, el no uso del preservativo durante las relaciones sexuales (51.6%) y la existencia de creencias normativas liberales (68%), favorecen el riesgo de infección por VIH. Asimismo, el estudio de Chong-Villarreal y Torres-López (2019) señala que tanto hombres como mujeres de México, presentan dificultades al inicio de una relación para desvelar el estatus de seropositividad. En este sentido, indican que los sujetos analizados informan a sus parejas una vez iniciada la fase de afianzamiento de la relación, lo cual contribuye al riesgo de transmisión del VIH. Por otro lado, diferentes estudios señalan que los hombres, las personas con menor nivel formativo y con menos recursos socioculturales y económicos tienen mayor riesgo de infección por VIH derivada de prácticas sexuales de riesgo (Cardona, Correa, López y Berbesi, 2018; López y Onofre, 2020; Lombó, 2021; Vieira y Monteiro, 2015). Lo cual revela que en la población heterosexual, la sexualidad y las prácticas derivadas están fuertemente condicionadas por: factores socioculturales (en los cuales convergen las cuestiones de género), el imaginario sobre el VIH, la educación sexual y el estigma (Cardona, Correa, López y Berbesi, 2018).

Por otro lado, Báez, Márquez, Benavides y Nava (2019) señalan que tanto las prácticas sexuales que difieren del modelo heterocisnormativo, como las cuestiones asociadas al VIH, se perciben como experiencias de discriminación y estigma social. Por ende, cuando se conjugan, subyace un proceso de doble estigmatización que se asocia con situaciones de violencia, las cuales producen repercusiones a nivel físico, mental y social en los sujetos, tales como: cuadros de ansiedad, estrés, depresión, aislamiento y/o internalización del estigma, entre otros.

Fauk et al. (2017) realizaron un estudio en Indonesia con 24 hombres que tienen sexo con hombres (HSH), a través del cual observaron que el estigma, la discriminación y las culturas prohibitivas favorecen las relaciones sexuales clandestinas y sin protección. Por otro lado, Balaji et al. (2017) en otro estudio contextualizado en E.E.U.U. con 9.819 HSH determinaron que el 32% experimentó acoso verbal en los últimos 12 meses, el 23% discriminación y el 8% agresiones físicas; asimismo los autores señalan que tales experiencias pueden estar asociadas con conductas de riesgo relacionadas con el VIH.

También en E.E.U.U., Truong, Fatch, Raymond y McFarland (2017) en una investigación con 773 HSH y Macapagal et al. (2017) en otra con 352 HSH, señalan que el uso y confianza en los fármacos antirretrovirales influye en: las prácticas sexuales de riesgo relacionadas con la ausencia de protección en las mismas, la realización de prácticas de sexo grupal y/o con parejas de estado serológico desconocido. En este sentido, Santiesteban, Orlando-Narváez y Ballester-Arnal (2019) aluden tanto al «*bareback*» (sexo anal sin protección de modo intencional entre hombres) como al «*bugchasing*» (sexo bareback cuando uno de los/las participantes es VIH+ y el otro no). En cuanto a tales prácticas, Romero-Palau y Cuenca-Martínez (2021) mencionan que el estigma y la discriminación son factores que favorecen tales conductas; presentándose como una acción política a través de una forma de rebeldía ante la percepción de la estigmatización. Aunque también aluden a otros factores como: la soledad y la solidaridad grupal, la emoción del riesgo y la vinculación entre las emociones de miedo y alivio aunado a la perspectiva de la cronicidad de la infección.

Respecto al colectivo de mujeres que tienen sexo con otras mujeres (MSM), la revisión sistemática realizada por Rodríguez-Otero (2020) muestra que, las prácticas de riesgo más frecuentes son: el sexo oral (de forma individual o mutua), la masturbación, la penetración digital, el tribadismo, el uso de juguetes sexuales, el anilingus, las relaciones sexuales con múltiples parejas dentro de las redes sexuales, el sexo casual fuera de la relación sentimental y el sexo fetichista con sangre. Asimismo, dicha revisión señala que respecto al VIH la prevalencia en MSM es inferior al 10%; aunque varía en función al contexto. No obstante, pone de manifiesto que la normativización del género y la imposición de la visión falocentrista del sexo, contribuyen a la invisibilización de la sexualidad de la mujer. En este sentido, Rodríguez-Otero y Facal-Fondo (2021) realizaron un estudio a través del cual analizaron páginas de contacto de mujeres y entrevistaron a MSM. El estudio señala que las mujeres mexicanas participantes manifiestan diferentes prácticas sexuales de riesgo, tales como: el consumo de drogas y/o alcohol, la no utilización de métodos de barrera, no realizar habitualmente análisis serológicos y/o ginecológicos, la práctica de sexo grupal y el sexo fuera de la pareja. No obstante, también muestra que las vías de prevención referidas por la muestra son: el preservativo femenino, la no realización de ciertas conductas sexuales y la higiene de utensilios que utilizan durante las prácticas sexuales. Asimismo, mencionan diferentes investigaciones anglosajonas, a través de las cuales se presentan factores sanitarios (barreras en el acceso e inadecuada atención de la salud de las MSM) y comunitarios (bullying, discriminación familiar, mobbing, etc) que influyen en la salud de las MSM.

En cuanto al estigma y la discriminación, Báez, Márquez, Benavides y Nava (2019) señalan que el abordaje a las conductas sexuales de riesgo y el VIH, se caracteriza por una clara orientación a la comunidad LGTBI y en especial respecto a la comunidad migrante latina en E.E.U.U. No obstante, destaca el estudio de Cardona, Correa, López y Berbesi (2018) realizado en Columbia, en el cual participaron 217 pacientes seropositivos (51.2% homosexuales y 47.8% heterosexuales); el cual muestra que la percepción del estigma es superior en los/las pacientes con pareja estable (65.5%) que ocasional (34.5%). Asimismo, indican que la percepción también es superior en los/las participantes que utilizan preservativo (74.5%), respecto a los que no lo utilizan (25.5%). Por otro lado, en la revisión de López y Onofre (2020) se pone de manifiesto que la falta de apoyo social y la promiscuidad, se asocian con niveles mayores de estigma internalizado y la realización de conductas sexuales de riesgo. Asimismo, la investigación de Lombó (2021), en la cual participaron 18.267 participantes de Asia y África, mostró que el estigma favorece tales prácticas. Además, indica que produce repercusiones en la calidad de vida de los sujetos a nivel: psicológicas y sociales (53%), laborales y económicas (21%), físicas (18%) y sexuales (15%). Por otro lado, el estudio de Vieira y Monteiro (2015) manifiesta que las mujeres son más susceptibles a los procesos de estigmatización, y en mayor medida las que poseen un menor nivel de escolaridad y renta y las que sufren violencia de género. También la investigación de Conde et al. (2016) observó la influencia que el estigma y la discriminación ejercen sobre la adherencia al tratamiento.

### *1.1. Trabajo Social y VIH*

El Trabajo Social infiere en el área de la salud desde dos grandes especialidades. Por un lado, desde el Trabajo Social sanitario, el cual se desarrolla dentro de las estructuras del sistema sanitario. Por otro lado, desde el Trabajo Social socio-sanitario, el cual se desarrolla desde las instituciones externas a los sistemas de salud (Gijón y Colom, 2016).

Labra (2011) realizó una investigación etnográfica del contexto canadiense sobre las acciones que se realizan desde el Trabajo Social respecto al VIH. En este sentido destaca que a nivel individual se implementa un proceso secuenciado por las fases de ventilación, información, apoyo y referencia. Respecto a la última fase, Labra (2011) destaca «la importancia de la colaboración, la coordinación y el trabajo multidisciplinario como estrategias necesarias para una intervención eficaz» (p. 45). Por otro lado, a nivel grupal se han desarrollado acciones desde el Trabajo Social sanitario y sociosanitario con grupos

diana como la comunidad LGTBI y los/as trabajadores/as sexuales, entre otros/as, especialmente respecto a cuestiones como: las prácticas de riesgo, la expresión de las emociones, la adherencia al tratamiento, el apoyo psicosocial, el apoyo educativo, el apoyo familiar, etc. Desde esta perspectiva, Labra (2011) destaca que los principales objetivos de la intervención se centran en «combatir las ideas de negación, cólera, culpabilización, depresión y aceptación de sí mismos» (p. 47). Finalmente, señala que a nivel comunitario en el contexto anglosajón se han desarrollado acciones basadas en la promoción de la salud y el desarrollo comunitario, respecto a las cuales Labra (2011) indica que se centran especialmente en la provisión de los servicios comunitarios y/o locales y la creación de redes de apoyo.

En el contexto español, Capella, Navarro y Fajardo (2018) señalan que desde el Trabajo Social se realizan intervenciones con tres perfiles de usuarios/as. Por un lado, con personas en fase terminal; por otro lado, con sujetos seropositivos y finalmente con las parejas y las familias de los pacientes. Asimismo, indica que la labor de los/as trabajadores/as sociales suele estar vinculada con «las redes sociales del usuario, sus relaciones familiares, la interacción con la pareja y amigos, el acceso a los recursos sociosanitarios, la formación y la búsqueda de empleo, la solicitud y tramitación de prestaciones, y la coordinación y derivación institucional» (p. 17). Asimismo, Ruiz, de Haro y Moreno (2015) señalan que a nivel clínico se realizan acciones tanto de atención psico-social como de: «información sobre recursos sanitarios, recursos sociales, sobre la infección por VIH, acompañamiento hospitalario y asesoramiento legal y jurídico» (p. 114). No obstante, Capella, Navarro y Fajardo (2018) mencionan labores que se realizan desde el Trabajo Social comunitario y educativo en aras de promover la inclusión social y erradicar los mitos, los estereotipos y el estigma hacia las personas seropositivas.

Por otro lado, existen acciones específicas desarrolladas por el Trabajo Social respecto a grupos específicos tales como: los menores (Acevedo y Carranza, 2022), las personas privadas de libertad (Lorenzo, 1999), la tercera edad (Ballestín et al. 2012), toxicodependencias (Vera, Rodríguez y Herrera, 2003), la prevención comunitaria (Vilches, 2019) y la Salud Pública (Rico, 2016) entre otros. En este sentido, las investigaciones anteriormente citadas, ponen de manifiesto la necesidad de promover acciones transdisciplinarias y en red; a través de las cuales se aborden las esperas clínica, psicológica y social de la salud.

Tomando en consideración el contexto mexicano desde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las labores de los trabajadores/as sociales están configuradas a partir de tres niveles de intervención (Unidades de Medicina Familiar,

Unidades Hospitalarias y Hospitales de Altas Especialidades). La intervención con personas seropositivas se desarrolla desde las Unidades Hospitalarias a través del programa especializado VIH/SIDA; en el cual se integran equipos multidisciplinares conformados por: trabajadores/as sociales, infectólogos/as y/o médicos/as internistas, asistentes/as de medicina y enfermeros/as (IMSS, 2019). Las labores de los/as trabajadores/as sociales son la elaboración del programa de trabajo, la realización de informes mensuales de actividades e informes diarios de servicios paramédicos, los cuales se dirigen a la jefatura de Trabajo Social (IMSS, 2019). En este sentido, la investigación cualitativa realizada por Rodríguez-Otero (2021) especifica que el plan de trabajo incluye funciones vinculadas con: (1) la realización de estudios socioeconómicos, diagnósticos sociales, visitas domiciliarias, seguimientos e informes sociales, (2) la creación de redes comunitarias de apoyo, (3) la información, asesoramiento y apoyo de pacientes y familiares, (4) derivaciones a recursos comunitarios. Asimismo, destaca que desde los hospitales carecen de grupos de apoyo, programas especializados, apoyos económicos y otros recursos específicos.

Con base en lo anteriormente expuesto, se planteó una investigación con el objetivo de analizar la relación entre las conductas sexuales de riesgo, el nivel de satisfacción con la vida, el estigma interiorizado y percibido (temor a la discriminación y discriminación real) de pacientes seropositivos de un hospital de segundo nivel del IMSS de Nuevo León (México).

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Enfoque

Se realizó un estudio cuantitativo a través de un diseño descriptivo, transversal y analítico.

### 2.2. Participantes

La población objeto de estudio fueron 850 (universo) pacientes seropositivos que reciben tratamiento antirretroviral, adscritos a un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Estado de Nuevo León (México). Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple (margen de error 5%; nivel de confianza 95%) para seleccionar una muestra de 198 pacientes. La selección de los/as participantes (muestra) se realizó con base a la valoración de la trabajadora social del hospital adscrita al Departamento de Infectología, tomando en consideración el historial clínico y el expediente social de cada usuario/a.



Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable		n	%	Variable		n	%	
Sexo	Hombre	171	86.4	Estado civil	Soltero/a	144	72.7	
	Mujer	27	13.6		Casado/a	38	19.2	
Ámbito	Rural	38	19.2	Estado civil	Separado/a	2	1.0	
	Urbano	160	80.8		Divorciado/a	3	1.5	
Orientación sexual	Heterosexual	49	24.7	Situación laboral	Viudo/a	11	5.6	
	Homosexual	128	64.6		Trabajo	174	87.9	
	Bisexual	20	10.1		Estudio	6	3.0	
	Otra	1	0.5		Jubilado/a	8	9.1	
Estudios	Primaria	4	2.0	Nacionalidad	Mexicana	198	100.0	
	Secundaria	40	20.2	Total		198	100.0	
	Preparatoria	53	26.8	Edad	20-70 años	Media	38.45 años	
	Universidad	89	44.9					
	Otros	12	6.1					

Nota: 197 participantes se autodefinían como cisgénero y una mujer como transexual.

Fuente: elaboración propia.

### 2.3. Instrumentos

Como técnica de recolección de los datos se utilizó un cuestionario anónimo autoadministrado, el cual incluía: (1) datos sociodemográficos de la muestra, (2) cuestiones sobre conductas sexuales de riesgo, (3) la escala Likert de satisfacción con la vida de Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita (2002), (4) la escala Likert sobre estigma interiorizado de Kalichman et al. (2009) y (5) la escala Likert de discriminación percibida, construida a partir de Moral y Segovia (2011) y Berger, Estwing y Lashley (2001). Esta última incluye dos dimensiones (temor a la discriminación y discriminación real). Respecto a la fiabilidad del cuestionario, cabe destacar que el Alfa de Cronbach de cada una de las escalas aplicadas fue aceptable (satisfacción con la vida  $\alpha = 0.870$ ; estigma interiorizado  $\alpha = 0.759$ ; discriminación percibida  $\alpha = 0.885$ ).

### 2.4. Procedimiento

La investigación se realizó a través de las siguientes fases: (1) solicitud de registro del estudio en el Comité 1.909 de la Unidad de Medicina Familiar n.º 32 del IMSS (n.º de registro F-2019-1909-098), (2) diseño del instrumento,

(3) recepción del informe favorable de aceptación (n.º R-2019-1909-070), (4) contacto con la población objeto de estudio por parte de la trabajadora social del Departamento de Infectología del hospital, (5) presentación de la investigación de forma individualizada a las/los pacientes por parte de la trabajadora social, (6) solicitud para participación a la muestra, (7) aplicación del instrumento y del consentimiento informado, de forma individualizada, en el Departamento de Trabajo Social del hospital, (8) tamizaje de los instrumentos, (9) codificación de los datos en el programa SPSS y (10) análisis de los datos.

### 2.5. *Análisis de datos*

Se realizaron análisis descriptivos (totales y frecuencias) en cuanto a las variables nominales, así como comparaciones de medias para muestras independientes, con un porcentaje de intervalo de confianza del 95% respecto a las variables ordinales. Para ello se realizaron las pruebas de Levene y t-Student. Asimismo, se realizó un análisis correlacional de Pearson a nivel 0.01 y 0.05 entre las escalas aplicadas a través del programa estadístico SPSS.

### 2.6. *Cuestiones éticas y legales*

Para la realización del estudio se aplicó por un lado la Norma que establece la disposición para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009 y por otro lado la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. También se tomaron en consideración las normas éticas de la APA y NC3R.

## 3. RESULTADOS

### 3.1. *Conductas sexuales de riesgo*

Los datos obtenidos revelaron que 21 participantes manifestaron que tienen varias parejas sexuales (10.6%). Por otro lado 11 pacientes señalaron que consumen algún tipo de droga de forma habitual (5.6%) y 35 que desde el diagnóstico de VIH han tenido otras ITS (17.1%). Asimismo, 29 sujetos indicaron que nunca utilizan preservativo cuando mantienen relaciones sexuales (14.6%) y 70 que nunca revelan su estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales (35.4%). Por su parte, 59 participantes advirtieron que no tienen adherencia al tratamiento de VIH (29.8%).

### 3.2. Satisfacción con la vida y discriminación

En la escala de satisfacción con la vida se obtuvieron puntuaciones medias-altas (media= 3.54; DT= 1.11). Por otro lado, en la escala sobre estigma interiorizado se reflejaron niveles medios-bajos (media= 2.60; DT= 0.95), mientras que en la escala de discriminación percibida bajos (media= 1.87; DT= 0.66), los cuales fueron superiores respecto al temor a la discriminación (media= 2.91; DT= 1.21) que a la discriminación real (media= 1.47; DT= 0.65).

### 3.3. Relación entre las conductas sexuales y la satisfacción con la vida

Tras realizar una comparación de medias en función de las variables relativas a las conductas sexuales de riesgo (ver tabla 2 y tabla 3), se observó que el nivel de satisfacción con la vida es superior en la muestra que: (1) manifiesta que posee varias parejas sexuales, (2) no consume drogas, (3) no se ha contraído otras ITS desde el diagnóstico de VIH, (4) utiliza preservativo en las relaciones sexuales, (5) no revela el estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales y (6) tiene adherencia al tratamiento.

Respecto a las pruebas de fiabilidad de los datos obtenidos en las comparaciones de medias, se asumieron varianzas iguales en la prueba de Levene en todas variables, a excepción el consumo de drogas y la satisfacción con la vida (ver tabla 2). Asimismo, el nivel de significancia en la prueba de t-Student fue superior a 0.05 en todas las variables (ver tabla 3).

### 3.4. Relación entre las conductas sexuales y la discriminación

Se registraron niveles superiores de estigma interiorizado en pacientes que: (1) no poseen varias parejas sexuales, (2) consumen drogas, (3) han contraído otras ITS desde el diagnóstico de VIH, (4) no utiliza preservativo en las relaciones sexuales, (5) no revela el estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales y (6) tiene adherencia al tratamiento.

En cuanto al estigma percibido, se presentaron niveles superiores en la muestra que: (1) no posee varias parejas sexuales, (2) no consume drogas, (3) se ha contraído otras ITS desde el diagnóstico de VIH, (4) nunca utiliza preservativo en las relaciones sexuales y (5) no revela el estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales. No obstante, respecto a la adherencia al tratamiento, no se identificaron diferencias significativas.

En este sentido, se apreció que el temor a la discriminación se reflejó en mayor medida en quienes: (1) no poseen varias parejas sexuales, (2) consumen drogas, (3) han contraído otras ITS desde el diagnóstico de VIH, (4) nunca utiliza preservativo en las relaciones sexuales, (5) no revela el estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales y (6) no tiene adherencia al tratamiento. Por su parte, los niveles de discriminación real se observaron más en los/las participantes que: (1) no poseen varias parejas sexuales, (2) no consume drogas, (3) han contraído otras ITS desde el diagnóstico de VIH, (4) nunca utiliza preservativo en las relaciones sexuales, (5) revela el estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales y (6) tiene adherencia al tratamiento.

Respecto a las pruebas de fiabilidad de los datos obtenidos en las comparaciones de medias, se asumieron varianzas iguales en la prueba de Levene en todas variables (ver tabla 2). Asimismo, el nivel de significancia en la prueba de t-Student fue superior a 0.05 en todas las variables, excepto en la relación entre el temor a la discriminación y si revela el estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales (ver tabla 3).

Tabla 2. Comparación de medias de las variables: n.º de parejas sexuales, consumo de drogas y otras ITS

Variable	N	X	DT	Prueba de Levene		Prueba T			
				F	p	t	p		
Varias parejas sexuales	Estigma interiorizado	Si	21	2.41	0.72	2.42	0.12	-0.96	0.33
		No	177	2.62	0.98				
	Estigma percibido	Si	21	1.71	0.57	0.82	0.36	-1.18	0.23
		No	177	1.89	0.67				
	Satisfacción vida	Si	21	3.94	0.95	1.06	0.30	1.72	0.08
		No	177	3.50	1.12				
	Discriminación temor	Si	21	2.42	1.14	0.35	0.55	-1.96	0.05
		No	177	2.97	1.21				
	Discriminación real	Si	21	1.44	0.59	0.19	0.65	-0.30	0.76
		No	177	1.49	0.65				
Consumo de drogas	Estigma interiorizado	Si	11	3.12	0.91	0.03	0.84	1.85	0.06
		No	187	2.57	0.95				
	Estigma percibido	Si	11	1.73	0.55	1.19	0.27	-0.70	0.48
		No	187	1.88	0.67				
	Satisfacción vida	Si	11	3.18	1.58	4.39	0.03*	-0.80	0.43
		No	187	3.57	1.08				
	Discriminación temor	Si	11	3.27	1.25	0.00	0.99	0.99	0.32
		No	187	2.89	1.21				
	Discriminación real	Si	11	1.16	0.54	3.22	0.07	-1.69	0.09
		No	187	1.50	0.65				
ITS desde diagnóstico VIH	Estigma interiorizado	Si	35	2.82	0.97	0.34	0.56	1.50	0.13
		No	163	2.55	0.95				
	Estigma percibido	Si	35	2.05	0.76	1.85	0.17	1.77	0.07
		No	163	1.83	0.64				
	Satisfacción vida	Si	35	3.40	1.14	0.02	0.88	-0.86	0.38
		No	163	3.58	1.10				
	Discriminación temor	Si	35	3.25	1.18	0.13	0.71	1.82	0.06
		No	163	2.84	1.21				
	Discriminación real	Si	35	1.60	0.76	3.31	0.07	1.22	0.22
		No	163	1.46	0.62				

Nota: (\*) = No se han asumido varianzas iguales.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Comparación de medias de las variables uso de preservativo, conocimiento sobre el estatus parejas y adherencia al tratamiento

Variable		N	X	DT	Prueba de Levene		Prueba T		
					F	p	t	p	
Uso preservativo	Estigma interiorizado	Si	169	2.56	0.93	0.97	0.32	-1.43	0.15
		No	29	2.83	1.08				
	Estigma percibido	Si	169	1.86	0.68	0.22	0.63	-0.82	0.41
		No	29	1.97	0.58				
	Satisfacción vida	Si	169	3.58	1.11	0.01	0.92	1.02	0.31
		No	29	3.35	1.14				
	Discriminación temor	Si	169	2.88	1.24	2.45	0.11	-0.88	0.37
		No	29	3.10	1.07				
	Discriminación real	Si	169	1.47	0.65	0.03	0.86	-0.54	0.58
		No	29	1.54	0.60				
Revela parejas estatus	Estigma interiorizado	Si	128	2.53	0.99	1.42	0.23	-1.44	0.15
		No	70	2.73	0.87				
	Estigma percibido	Si	128	1.83	0.70	2.07	0.15	-1.07	0.28
		No	70	1.94	0.58				
	Satisfacción vida	Si	128	3.50	1.18	2.81	0.09	-0.72	0.47
		No	70	3.62	0.97				
	Discriminación temor	Si	128	2.73	1.20	0.01	0.89	-2.99	0.03
		No	70	3.26	1.17				
	Discriminación real	Si	128	1.50	0.68	1.36	0.24	0.54	0.58
		No	70	1.45	0.57				
Adherencia tratamiento	Estigma interiorizado	Si	139	2.62	0.98	1.19	0.27	-0.39	0.69
		No	59	2.56	0.89				
	Estigma percibido	Si	139	1.87	0.67	0.43	0.51	-0.05	0.95
		No	59	1.87	0.64				
	Satisfacción vida	Si	139	3.55	1.15	0.29	0.58	-0.18	0.85
		No	59	3.52	1.03				
	Discriminación temor	Si	139	2.86	1.20	0.42	0.51	0.89	0.37
		No	59	3.03	1.25				
	Discriminación real	Si	139	1.50	0.65	1.32	0.25	-0.70	0.48
		No	59	1.43	0.63				

Fuente: elaboración propia.

### 3.5. Análisis correlacional entre las escalas aplicadas

El análisis entre las variables aplicadas reveló que existen relaciones directamente proporcionales entre el estigma internalizado y el estigma percibido y cada una de sus dimensiones; registrando correlaciones de Pearson a nivel 0.01. Sin embargo, en la escala de satisfacción con la vida, a pesar de reflejar relaciones inversamente proporcionales respecto al estigma internalizado y al estigma percibido, no se registraron correlaciones.

Tabla 4. Análisis correlacional de las escalas aplicadas

		<i>Discriminación real</i>	<i>Satisfacción vida</i>	<i>Estigma interiorizado</i>	<i>Estigma percibido</i>
<i>Discriminación temor</i>	Correlación de Pearson	0.361(**)	-0.093	0.648(**)	0.752(**)
	Sig. (bilateral)	0.000	0.192	0.000	0.000
<i>Discriminación real</i>	Correlación de Pearson	1	-0.113	0.257(**)	0.886(**)
	Sig. (bilateral)		0.113	0.000	0.000
<i>Satisfacción vida</i>	Correlación de Pearson		1	-0.129	-0.126
	Sig. (bilateral)			0.071	0.077
<i>Estigma interiorizado</i>	Correlación de Pearson			1	0.504(**)
	Sig. (bilateral)				0.000

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

Fuente: elaboración propia.

### 3.6. Conductas sexuales de riesgo y estigma en función a las variables sociodemográficas

Respecto a las conductas sexuales de riesgo los resultados mostraron que los hombres manifiestan poseer en mayor medida múltiples parejas sexuales que las mujeres, un mayor consumo de drogas y revelar en menor medida a sus parejas su seropositividad. Mientras que las mujeres manifiestan en mayor medida que los hombres que no utilizan preservativo, haberse infectado de otras ITS y poseer un menor nivel de adherencia al tratamiento (ver Tabla

5). En este sentido cabe destacar que, tras realizar la prueba de chi cuadrado, se advirtieron niveles de significancia superiores a 0.05 en todas las variables excepto a revelar a las parejas el estatus de seropositividad y el uso del preservativo.

Por otro lado, la muestra homosexual y bisexual declaró en mayor medida que la heterosexual poseer múltiples parejas sexuales, consumo de drogas y otras ITS; mientras que la población heterosexual menor nivel de uso de preservativo, adherencia al tratamiento y revelar estatus de seropositividad (ver Tabla 5). En este sentido cabe destacar que, tras realizar la prueba de chi cuadrado, se advirtieron niveles de significancia superiores a 0.05 en todas las variables excepto en cuanto a revelar a las parejas el estatus de seropositividad y el uso del preservativo.

En cuanto al ámbito geográficos de los/as participantes, la muestra de ámbito rural registró niveles superiores a la población urbana en todas las conductas sexuales de riesgo analizadas (ver Tabla 5). Asimismo, tras realizar la prueba de chi cuadrado, se advirtieron niveles de significancia superiores a 0.05 en todas las variables.

Finalmente, los análisis realizados mostraron que la muestra con menor nivel formativo declaró mayor consumo de drogas, así como menor adherencia al tratamiento y uso de preservativo. Por su parte, la muestra con mayor nivel formativo manifestó más parejas sexuales, otras ITS y un menor nivel de revelar el estatus de seropositividad a sus parejas. En este sentido cabe destacar que, tras realizar la prueba de chi cuadrado, se advirtieron niveles de significancia superiores a 0.05 en todas las variables excepto respecto a poseer varias parejas sexuales (ver Tabla 5).



Tabla 5. Conductas sexuales de riesgo y estigma en función a las variables sociodemográficas

		Género		Orientación		Ámbito		Estudios		
		Hombre N=171	Mujer N=27	Hetero N=49	LGB N=148	Rural N=38	Urbano N= 160	Medios N=97	Superiores N=101	
Múltiples parejas sexuales	Si	N	19	2	3	18	5	16	5	16
		%	11.11	7.40	6.12	12.16	13.15	10.0	5.15	15.84
Consumo drogas	Si	N	10	1	2	9	1	10	7	4
		%	5.84	3.70	4.08	6.08	2.63	6.25	7.21	3.96
Otras ITS	Si	N	30	5	7	28	7	28	13	22
		%	17.54	18.51	14.28	18.91	18.42	17.50	13.40	21.78
Uso preservativo	No	N	18	11	15	14	10	19	18	11
		%	10.52	40.74	30.61	9.45	26.31	11.87	18.55	10.89
Revela parejas estatus	No	N	61	9	19	51	17	53	31	39
		%	35.67	33.33	38.77	34.45	44.73	33.12	31.95	38.61
Adherencia tratamiento	No	N	48	11	17	42	13	46	31	28
		%	28.07	40.74	34.69	28.37	34.21	28.75	31.95	27.72
Discriminación temor	X		2.92	2.84	2.99	2.89	3.08	2.87	2.91	2.92
		DT	1.21	1.23	1.11	1.25	1.26	1.20	1.27	1.16
Discriminación real	X		1.49	1.46	1.59	1.45	1.58	1.46	1.50	1.46
		DT	0.67	0.51	0.71	0.63	0.69	0.63	0.69	0.61
Satisfacción vida	X		3.59	3.24	3.42	3.57	3.60	3.53	3.47	3.61
		DT	1.12	1.03	1.15	1.10	1.01	1.14	1.15	1.07
Estigma interiorizado	X		3.59	3.24	2.77	2.55	2.66	2.58	2.52	2.68
		DT	0.96	0.92	0.93	0.96	0.88	0.97	0.96	0.94

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las variables de discriminación y las características socio-demográficas de la muestra, los resultados revelaron que: (1) el temor a la discriminación es superior en hombres, población heterosexual, personas de ámbito rural y sujetos con mayor nivel formativo; (2) la discriminación real es superior en hombres, población heterosexual, personas de ámbito rural y sujetos con menor nivel formativo; (3) el estigma internalizado es superior en hombres, población heterosexual, personas de ámbito rural y sujetos con mayor nivel formativo; y (4) el nivel de satisfacción con la vida es superior en hombres, población homosexual y bisexual, personas de ámbito rural y sujetos con menor nivel formativo (ver Tabla 5). En este sentido cabe destacar que, tras realizar la prueba de Levene, se advirtieron niveles de significancia superiores a 0.05 en todas las variables, por lo que se asumieron varianzas iguales. Asimismo, el nivel de significancia en la prueba de t-Student fue superior a 0.05 en todas las variables.

#### 4. DISCUSIÓN

Los datos obtenidos revelaron que la conducta de riesgo más reportada por los/las pacientes seropositivos, al igual que en investigaciones precedentes, es la no adherencia al tratamiento. Le sigue la realización de prácticas sexuales sin protección (Agudelo, 2021; Alfonso, Figueroa, García y Soto, 2019; Tizoc-Márquez et al. 2021; Vidal y Hernández, 2017), con varias parejas sexuales (Vidal y Hernández, 2017) y el consumo de algún tipo de droga de forma habitual (Vidal y Hernández, 2017; Agudelo, 2021).

Se ha constatado que existe una elevada tasa de participantes que desde el diagnóstico de VIH han contraído otras ITS. Ello, tomando en consideración la literatura científica, se asocia con: (1) la baja percepción sobre el riesgo (Vidal y Hernández, 2017; Agudelo, 2021); (2) la confianza en los fármacos antirretrovirales (Sola, Caparrós, Hueso y Morente, 2021; Agudelo, 2021); (3) la falta de educación sexual (Vidal y Hernández, 2017); (4) el sexo casual; (5) el inicio precoz en las relaciones sexuales; y/o (6) con mantener sexo con personas y/o parejas con alguna ITS (Alfonso, Figueroa, García y Soto, 2019; Agudelo, 2021).

Destaca el número de pacientes que nunca revelan su estatus de seropositividad a sus parejas sexuales y/o sentimentales, dato expuesto también en otros estudios (Alfonso, Figueroa, García y Soto, 2019; Agudelo, 2021). Ello, tomando en cuenta a Fauk et al. (2017), se justifica por la inferencia del estigma, la discriminación y las culturas prohibitivas, las cuales favorecen las relaciones sexuales clandestinas y sin protección. En este sentido, la muestra se caracterizó por denotar niveles medios-bajos de estigma internalizado, medios en el temor a la discriminación y bajos en la discriminación real, similares a los de investigaciones precedentes (Kalichman et al. 2009; Moral y Segovia, 2011; Berger, Estwing y Lashley, 2001).

Tomando en consideración las conductas de riesgo se observó que: (1) la muestra que tiene varias parejas sexuales reflejó un mayor nivel de satisfacción con la vida, menor internalización del estigma, temor a la discriminación y discriminación real; (2) los/as pacientes que consumen drogas de forma habitual denotan una menor satisfacción con la vida, pero mayor nivel de internalización del estigma, temor a la discriminación y discriminación real; (3) en cuanto a la variable de existencia de otras ITS, se advirtieron niveles menores de satisfacción con la vida y superiores en internalización del estigma, temor a la discriminación y discriminación real; (4) el uso de preservativo se vinculó con mayor satisfacción con la vida y menor internalización del estigma, temor a la discriminación y discriminación real; (5) revelar a las parejas el estatus de seropositividad presentó menor satisfacción con la vida e internalización del

estigma, pero una mayor discriminación real, aunque no se constata su relación respecto al temor a la discriminación; (6) la adherencia al tratamiento presentó una mayor satisfacción con la vida, internalización del estigma y discriminación real, pero mayor nivel de temor a la discriminación.

De esta forma, se advierte que existe una mayor internalización del estigma en pacientes: (1) monógamos, (2) que consumen drogas, (3) con otras ITS, (4) que no utilizan preservativo, (5) que ocultan su estatus a sus parejas y (6) con adherencia al tratamiento. Por otro lado, el temor a la discriminación es superior en: (1) pacientes monógamos, (2) que consumen drogas, (3) han contraído otras ITS, (4) que no utiliza preservativo y (5) no tiene adherencia al tratamiento. Finalmente, los niveles de discriminación real se observaron más en los/las participantes: (1) monógamos, (2) que no consumen drogas, (3) han contraído otras ITS, (4) no utilizan preservativo en las relaciones sexuales, (5) revelan el estatus de seropositividad y (6) tienen adherencia al tratamiento.

Estos resultados se relacionan con otras investigaciones en las que se expone que el uso y confianza en los fármacos antirretrovirales influye en las prácticas sexuales de riesgo relacionadas con: la ausencia de protección en las mismas, la realización de prácticas de sexo grupal y/o con parejas de estado serológico desconocido (Truong, Fatch, Raymond y McFarland, 2017; Santiesteban, Orlando-Narváez y. y Ballester-Arnal, 2019; Romero-Palau y Cuenca-Martínez, 2021). También guardan relación con otras investigaciones que indican que la percepción del estigma es superior en los pacientes con pareja estable que en los con pareja ocasional (Báez, Márquez, Benavides y Nava, 2019), y superior en los/las participantes que utilizan preservativo respecto a quienes que no lo utilizan (Báez, Márquez, Benavides y Nava, 2019). Asimismo, se comprobó la relación entre el estigma y la discriminación respecto a la adherencia al tratamiento (Conde et al. 2016; Lombó, 2021). No obstante, no se encontraron relaciones significativas entre la satisfacción con la vida respecto a la discriminación (real y temor) y el estigma internalizado.

Los resultados mostraron que se producen diferencias en cuanto al género y la orientación sexual respecto a las diferentes conductas de riesgo, excepto en cuanto a revelar a las parejas el estatus de seropositividad y el uso del preservativo, así como en función al nivel formativo, excepto en cuanto a poseer varias parejas sexuales. También se determinó que la población de ámbito rural es más susceptible a las diferentes conductas sexuales analizadas. Finalmente, se advirtió que se producen diferencias significativas entre el temor a la discriminación, la discriminación real, el estigma internalizado y el nivel de satisfacción con la vida de los pacientes en función del género, la orientación sexual, el nivel educativo y el ámbito geográfico. En este sentido, los resultados expuestos

corroboran las tesis de Álamo (2020), Chong-Villarreal y Torres-López (2019), Cardona, Correa, López y Berbesi (2018), Báez, Márquez, Benavides y Nava (2019) y Lombó (2021), en tanto en cuanto a que en la población heterosexual y LGBT, la sexualidad y las prácticas derivadas están fuertemente condicionadas por factores socioculturales, de género (invisibilización de la sexualidad de la mujer), el imaginario sobre el VIH, la educación sexual y el estigma.

Finalmente, cabe destacar que en la presente investigación se advierten ciertas limitaciones relacionadas con la población objeto de estudio, porque al ser personas adscritas al IMSS, no incluyen a: (1) funcionarios/as y personal de instituciones públicas derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), (2) trabajadores de la marina y el ejército (SEDEMA), (3) empleados de PEMEX, (4) población adscrita al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y (5) pacientes de seguros privados. Otra limitación se refiere a que la muestra se caracteriza por estar integrada en su mayoría por hombres, homosexuales y de ámbito urbano.

En este sentido, como línea futura de investigación, sería idóneo realizar un estudio que incluya a todos los sistemas de salud anteriormente citados. Asimismo, sería conveniente realizar un estudio cualitativo sobre la percepción del equipo multidisciplinar de VIH/SIDA de cada sistema de salud, sobre la relación entre las conductas sexuales de riesgo, el nivel de satisfacción con la vida, el estigma interiorizado de las personas seropositivas.

## 5. CONCLUSIONES

A partir de los datos expuestos se advierte que existe una relación directamente proporcional entre el estigma internalizado, la percepción sobre la discriminación y la discriminación real. Asimismo, se constató que se producen diferencias significativas en cuanto a las conductas sexuales de riesgo en pacientes seropositivos. Por ende, subyace la necesidad de retomar la perspectiva de los procesos de estigmatización en las políticas y en las propuestas de intervención orientadas a la salud sexual. Para ello, sería idóneo tomar en consideración el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo, desde una perspectiva sociocultural y sistémica. Pero, a su vez, integrando las diferentes dimensiones de la vida social de las personas (familia, educación, salud, trabajo, política y cultura). Asimismo, la formación de los profesionales de la salud en una perspectiva basada en la inclusión social, aunaría en la persecución de tal cometido, así como la incursión de la educación sexual crítica de forma integral en los planes formativos tanto de la educación básica, media y universitaria.

### 5.1. Aportaciones del estudio al Trabajo Social

Los resultados anteriormente expuestos sustentan la necesidad de replantear la política social mexicana sobre discriminación y VIH/SIDA. En este sentido, resultaría determinante:

- La acción de los colegios profesionales estatales de Trabajo Social respecto a la creación de una propuesta política colegiada, respecto al estigma del VIH y la prevención de las conductas sexuales de riesgo desde una visión sistémica.
- Crear un proyecto de educación para la salud desde el Trabajo Social educativo; el cual debería de construirse con una perspectiva crítica de la sexualidad.
- Desde los Servicios Sociales, sería conveniente la creación y aplicación de programas sociosanitarios sobre discriminación en torno al VIH/SIDA y la educación para la salud, los cuales estarían dirigidos a toda la comunidad, contribuyendo a la prevención primaria.
- Desde el Trabajo Social sanitario, los resultados fundamentan la necesidad de crear programas de prevención secundaria y terciaria sobre los procesos de estigmatización en pacientes seropositivos, tomando en consideración las variables sociodemográficas de género, orientación sexual, nivel educativo y ámbito geográfico entre otras. La promoción de intervenciones grupales de apoyo y ayuda mutua con colectivos diana, a través de los cuales se aborden cuestiones como: las prácticas de riesgo, la expresión de las emociones, la adherencia al tratamiento, el apoyo psicosocial, el apoyo educativo, el apoyo familiar, etc. La configuración de redes comunitarias de apoyo vinculadas con los Servicios de Salud y la coordinación e intervención transdisciplinar que incluya acciones de ventilación, información, apoyo y referencia.
- También sería necesario desarrollar desde el ámbito de la salud colectiva, a partir de una visión holística y multiprofesional, medidas que integren los aspectos relacionales y estructurales implicados en los procesos de estigmatización y desafiliación social inherentes a cualquier proceso de pérdida de salud, a través de los cuales se desarrollen propuestas encaminadas a promover la inclusión social y erradicar los mitos, los estereotipos y el estigma hacia las personas seropositivas.

## 6. FUENTES DE FINANCIACIÓN

El estudio F-2019-1909-098 fue financiado por el Instituto Mexicano del Seguro Social de México.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- ACEVEDO, J. y CARRANZA, G. E. (2022). Infancia ante el VIH/SIDA. Apuntes para la atención desde el Trabajo Social. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (23), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.23.2>
- AGUDELO, C. (2021). *Factores Predisponentes y Facilitadores de Conductas Sexuales de Riesgo en Pacientes con VIH* (Tesis Doctoral). Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperada de <https://hdl.handle.net/10495/19088>
- ÁLAMO, N. M. (2020). *La construcción de los encuentros sexuales en parejas jóvenes heterosexuales y el riesgo a ITS* (Tesis Doctoral). Río Piedras: Universidad de Puerto Rico. Recuperado de <https://repositorio.upr.edu/handle/11721/2048>
- ALFONSO, L., FIGUEROA, L., GARCÍA, L. y SOTO, D. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 954-968. Recuperado de <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3896/pdf>
- ÁLVAREZ, A.; GÓMEZ, C. y SIERRA, J. C. (2020). Relación del doble estándar sexual con el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo: revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 103-116. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.02.038>
- BÁEZ, F. J., MÁRQUEZ, M. A., BENAVIDES, R. A. y NAVA, V. (2019). Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados*, 23(55), 113-125. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.11>
- BALAJI, A. B., BOWLES, K. E., HESS, K. L.; SMITH, J. C. & PAZ-BAILEY, G. (2017). NHBS studygroup. Association between enacted stigma and HIV-related risk behavior among MSM, National HIV Behavioral Surveillance System, 2011. *AIDS and Behavior*, 21, 227-237. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1599-z>
- BALLESTÍN, M. J., SANJOAQUÍN, I., GUILLEN, G., SÁNCHEZ, Y., CUESTA, J., LETONA, S., AMIGUET, J. A. y CRUSELLS, M. J. (2012). Infección por VIH, enfermedad crónica, envejecimiento, aspectos sociales en mayores de 50 años. *Trabajo social y salud*, (73), 5-14.
- BERGER, B.; ESTWING, C. & LASHLEY, F. (2001). Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- CAPELLA, S., NAVARRO, J. J. y FAJARDO, M. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. *AZARBE, Revista internacional de trabajo social y bienestar*, (7), 15-23. Recuperado de <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/322341>
- CARDONA J. E., CORREA, D. P., LÓPEZ, E. M. y BERBESI, D. Y. (2018). Factores demográficos, prácticas sexuales y características del VIH asociados a la

- percepción de estigma. *Enfermería Global*, 17(3), 68-89. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.287241>
- 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://doi.org/10.22544/rcps.v38i01.03>
- CONDE, P.; PIMENTEL, M. L.; DÍAZ, A. y DOMINGO, T. (2016). Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA. Una perspectiva bioética. *Acta Bioethica*, 22(2), 331-340. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200020>
- FAUK, N. K., MERRY, M. S., SIGILIPOE, M. A.; PUTRA, S. & MWANRI, L. (2017). Culture, social networks and HIV vulnerability among men who have sex with men in Indonesia. *PLoS ONE*, 12(6), e0178736. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178736>
- LOMBÓ, C. (2021). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 4(1), 23-38. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.606>
- GIJÓN, M. y COLOM, D. (2016). Debates transdisciplinarios en torno a la especialización del trabajo social sanitario. En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimeno (coords.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 1-23). Logroño: Universidad de la Rioja. Recuperado de [https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS\\_2016/Monografia/pdf/TC376.pdf](https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC376.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2019). *Procedimiento para la intervención de trabajo social en unidades hospitalarias*. Recuperado de <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-028.pdf>
- KALICHMAN, S. C., AMARAL, C. M., WHITE, D., SWETSZE, C., POPE, H., KALICHMAN, M. O.,... & 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>
- LABRA, O. (2011). Trabajo Social y VIH-SIDA: análisis de prácticas de intervención. *Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (6), 41-54. Recuperado de <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/149>
- LÓPEZ, D., RODRÍGUEZ, A. M. y PEÑA, M. (2020). Conductas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Novedades en población*, 16(31), 187-199. Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/436/464>
- LÓPEZ, U. y ONOFRE, D. J. (2020). Factores socioculturales y conductas sexuales de riesgo del VIH en hombres adultos latinoamericanos: revisión

- sistemática. *Horizonte de Enfermería*, 31(2), 225-240. Recuperado de <http://pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/RHE/article/view/14402>
- LORENZO, A. I. (1999). VIH/SIDA en el medio penitenciario: Reflexiones sobre la intervención desde el trabajo social. *Trabajo social hoy*, (Extra 0), 69-84.
- MACAPAGAL, K., BIRKETT, M., JANULIS, P., GAROFALO, R. & MUSTANSKI, B. (2017). HIV prevention fatigue and HIV treatment optimism among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 29(4), 289-301. <https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.4.289>
- 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. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507004.pdf>
- 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(1), 71-82.
- RICO, J. (2016). Trabajo Social Comunitario y Salud Pública: Estrategias para la incorporación de pruebas rápidas de VIH en entornos clínicos y no clínicos en la Comunidad de Madrid. En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimeno (coords.), *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 1-11). Logroño: Universidad de La Rioja. Recuperado de [https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS\\_2016/Monografia/pdf/TC174.pdf](https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC174.pdf)
- RODRÍGUEZ-OTERO, L. M. (2020). Revisión narrativa sobre estudios de mujeres que tienen sexo con mujeres. *MEDWAVE*, 20(3), e7884. <http://doi.org/10.5867/medwave.2020.03.7884>
- RODRÍGUEZ OTERO, L. M. (coord.) (2021). *Trabajo Social y salud. El contexto mexicano*. Ciudad de México: Tirant Humanidades.
- RODRÍGUEZ OTERO, L. M. Y FACAL, T. (2021). Mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM): miradas cercanas y lejanas del contexto mexicano de Nuevo León. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 23-45. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2021.28.1.02>
- ROMERO-PALAU, M. y CUENCA-MARTÍNEZ, F. (2021). Conductas sexuales de riesgo y búsqueda consciente de infección por VIH/SIDA (*bug-chasing*): una revisión narrativa desde la Psicología. *Apuntes de Psicología*, 39(1), 45-51. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/836>
- RUIZ, R., DE HARO, B. y MORENO, D. (2015). Evaluación del Servicio de Atención a pacientes (integrando Apoyo entre Pares) de la Unidad VIH del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (56), 113-132. Recuperado de <https://www.trabajosocialmalaga.org/revista-dts-56/>



- SANTIESTEBAN, Y. M., ORLANDO-NARVÁEZ, S. A. y BALLESTER-ARNAL, R. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1417-1426. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.02322017>
- SOLA, J. A., CAPARRÓS, R. A., HUESO, C. y MORENTE, P. (2021). Factores que determinan prácticas sexuales de riesgo en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en población de hombres que tienen sexo con hombres: revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202106089. Recuperado de [https://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/REVISIONES/RS95C\\_202106089.pdf](https://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/REVISIONES/RS95C_202106089.pdf)
- TIZOC-MÁRQUEZ, A., MORENO-MONSIVÁIS, M. G., ESQUIVEL-RUBIO, A., RIVERA-FIERRO, K., & GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, A. (2021). Autoestima y su relación con la conducta sexual de riesgo para el VIH en migrantes: revisión sistemática. *Revista SANUS*, 6(1), e213. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.213>
- TRUONG, H. M., FATC, R., RAYMOND, H. F. & MCFARLAND, W. (2017). HIV Treatment and re-infection beliefs predict sexual risk behavior of men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 29(3), 218-227. <https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.3.218>
- VERA, C., RODRÍGUEZ, I. y HERRERA, J. M. (2003). Estudio descriptivo sobre la prevención de riesgo frente al VIH/SIDA de internos drogodependientes. *Trabajo social y salud*, (44), 111-132.
- VIEIRA, W. y MONTEIRO, S. (2015). Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 531-540. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300019>
- VIDAL, E. Y HERNÁNDEZ, B. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(4), 625-634. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180453380014.pdf>
- VILCHES, E. (2019). VIH y políticas preventivas en Chile. La importancia de la enunciación en la intervención desde Trabajo Social. *Revista Perspectiva*, (33), 187-205. <https://doi.org/10.29344/07171714.33.2054>