

Internalización del estigma en pacientes seropositivos heterosexuales, homosexuales y bisexuales de Nuevo León

Internalization of stigma in heterosexual, homosexual and bisexual seropositive patients from Nuevo León

LUIS MANUEL RODRÍGUEZ OTERO

*Profesor-Investigador de la Facultad de Trabajo Social de Culiacán.
Universidad Autónoma de Sinaloa, México luismaotero@yahoo.es ORCID ID: 0000-0002-1748-9303*

MARÍA GABRIELA LARA RODRÍGUEZ

*Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Nuevo León, México
gaby-lr@hotmail.com ORCID ID: 0000-0003-1033-789X*

Recibido: 21/09/2020

Aceptado: 10/11/2020

Resumen: La estigmatización incluye procesos internos a través de los cuales los sujetos objetivan el imaginario social, los mitos y los estereotipos asociados al VIH/SIDA, lo aprueban y generan emociones negativas hacia la propia identidad. El estigma internalizado está formado por componentes cognitivos (estereotipos), emocionales (prejuicios) y conductuales (autodiscriminación). Se plantea una investigación cuantitativa mediante un diseño no experimental, descriptivo, comparativo y causal con el objetivo de describir y caracterizar el nivel de estigma internalizado en pacientes seropositivos del Estado de Nuevo León (México), adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se seleccionaron 198 pacientes de un hospital de segundo nivel a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó un cuestionario autoadministrado para la recolección de datos; compuesto por una batería de preguntas sociodemográficas y la escala en formato Likert sobre estigma interiorizado de Kalichman et col., (2009). Se calculó el nivel de estigma, se realizaron comparaciones de medias en función a las variables sociodemográficas, la prueba de t-Student (variables dicotómicas) y la ANOVA (variables politómicas) para muestras independientes, con un porcentaje de intervalo de confianza del 95%. Los resultados denotan un nivel medio ($x = 2.6$) de estigma internalizado, representando el género, la orientación sexual, el nivel de instrucción, el ámbito geográfico, ciertos aspectos psicológicos y médicos y otros vinculados con la salud sexual factores determinantes en su interiorización. Desde el Trabajo Social sería idóneo promover acciones comunitarias de educación para la salud, haciendo uso del modelo revolucionario y el modelo biográfico y profesional de educación sexual.

Palabras clave: estigma, VIH, SIDA, diversidad y Trabajo Social.

Abstract: Stigmatization includes internal processes through which subjects objectify the social imaginary, myths and stereotypes associated with HIV/AIDS, approve of it and generate negative emotions

towards their own identity. Internalized stigma is made up of cognitive (stereotypes), emotional (prejudice), and behavioral (self-discrimination) components. A quantitative research is proposed through a non-experimental, descriptive, comparative and causal design with the objective of describing and characterizing the level of internalized stigma in seropositive patients from the State of Nuevo León (Mexico) assigned to the Mexican Institute of Social Security (IMSS). 198 patients were selected from a second-level hospital through simple random probability sampling. A self-administered questionnaire was used for data collection, consisting of a battery of sociodemographic questions and the scale in Likert format on internalized stigma from Kalichman et al., (2009). The level of stigma was calculated, mean comparisons were made based on the sociodemographic variables, the Student's t-test (dichotomous variables) and the ANOVA (polytomous variables) for independent samples with a 95% confidence interval percentage. The results denote a medium level ($x = 2.6$) of internalized stigma, representing gender, sexual orientation, level of education, geographic scope, certain psychological and medical aspects, and others linked to sexual health, determining factors in its internalization. From Social Work, it would be ideal to promote community actions from health education making use of the revolutionary model and the biographical and professional model of sexual education.

Keywords: stigma, HIV, AIDS, diversity and Social Work.

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos de discriminación en personas seropositivas hunden sus raíces en dos categorías o elementos interrelacionados entre sí (reconocimiento y estigma). El reconocimiento, como señala Honneth (2010), es el medio a través del cual los sujetos alcanzan la autorrealización a través de la intersubjetividad y la perspectiva normativa. El cual se distribuye en tres esferas asociadas a diferentes vías de materialización del reconocimiento (afectiva- autoconfianza; jurídica-autorespeto; solidaridad-autoestima) y otras de no reconocimiento o desprecio (afectiva-maltrato; jurídica- desposesión de derechos; solidaridad-estigmatización). No obstante también incluye las injusticias, las cuales son producto de la dominación cultural y económica (Fraser y Honneth, 2006). Por otro lado, la noción de estigma refiere a los atributos y las identidades devaluadas o desacreditadas por medio de la interacción social con base en características físicas, de carácter o tribales (Goffman, 1970). Los cuales, como señalan Major y O'Brien (2005) y Parker (2012), se gestan mediante un proceso de producción-reproducción del estigma y las representaciones colectivas, con base en modelos hegemónicos socialmente aceptados, a través de: la ritualización, la jerarquización social, las amenazas a la identidad y la socialización familiar, institucional y mediática; incrementado su intensidad en los casos en los que se conjugan varias tipologías de estigma (Marichal y Quiles, 2000).

Diferentes estudios ponen de manifiesto que el estigma produce repercusiones en la salud de las personas seropositivas, en la relación con su entorno y en los procesos de

exclusión social. No obstante, la estigmatización incluye procesos internos a través de los cuales los sujetos por un lado objetivan el imaginario social, los mitos y los estereotipos asociados al VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Pero por otro lado lo aprueban y generan emociones negativas hacia la propia identidad. Cuando se materializa esta secuencia, los sujetos internalizan el estigma e inician comportamientos de autodiscriminación con graves consecuencias respecto al autoestima y la autoeficacia (Díaz-Mandado, 2015). Corrigan y Watson (2002) señalan que el estigma internalizado está formado por componentes cognitivos (estereotipos), emocionales (prejuicios) y conductuales (autodiscriminación). Estos componentes interaccionan entre sí a través de un proceso secuenciados en: (1) la conciencia del estereotipo (estigma percibido o anticipado), (2) la aprobación del estereotipo, (3) la aplicación del estereotipo a uno mismo y (4) el daño o disminución de la autoestima. En dicho proceso resultan determinantes las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos, las cuales se asocian con la evitación, la desesperanza, el secreto y el distanciamiento (Díaz-Mandado, 2015).

2. ESTUDIOS SOBRE LA INTERNALIZACIÓN DEL ESTIGMA EN PACIENTES SEROPOSITIVOS A NIVEL INTERNACIONAL

La prevalencia del estigma internalizado refiere a una cuestión que varía notoriamente en función del contexto; como ejemplo:

- En Estados Unidos Christopoulos et col. (2019) en una muestra 13.183 pacientes del Centro de Investigación del SIDA de la Red de Sistemas Clínicos Integrados (CNICS), advierte un nivel de estigma internalizado de 1.99. Asimismo, Relf et col (2019) identificaron en 123 mujeres un nivel de 2.61, Baugher et col (2017) en una muestra de 13.841 pacientes de 2.4, Kalichman et col. (2009) en 239 sujetos presentan niveles ligeramente inferiores ($x=2.4$) y Williams et col (2020) en 603 pacientes notoriamente superior ($x=3.75$).
- Por otro lado, en el contexto africano, Friedland et col (2020) observaron niveles divergentes en tres países africanos (Camerún: $n=377$, $x=3.3$; Senegal: $n=390$, $x=2.7$; Uganda: $n=391$, $x=2.1$); al igual que Rosengren et col (2019) en un estudio realizado en Camboya ($n=1207$; $x=3.84$), Uganda ($n=391$; $x=2.06$) y Tanzania ($n=529$; $x=3.84$) y Kalichman et col. (2009) en Sudáfrica ($n=1.068$, $x=3.0$) y Swazilandia ($n=1.090$, $x=2.2$). Asimismo, en Togo Sehonou et col (2017) señalan que el 35.4% de 891 pacientes manifiestan estigma internalizado.
- En referencia al contexto europeo Den Daas et col (2019) identificaron un nivel de 3.57 en 250 pacientes holandeses y Fuster, Molero y Ubillos (2016) de 2.41 en 221 pacientes españoles.
- En Latinoamérica Rosengren et col (2019) en un estudio realizado en República Dominicana con 891 sujetos identificaron un nivel de internalización de 2.62. Asimismo, en otro estudio en el mismo contexto, Yam et col (2020) analizaron diferentes grupos poblacionales y observaron que el nivel variaba entre 2.3 y 2.9.

Respecto a la relación entre el estigma internalizado y las características sociodemográficas de los sujetos Pantoja y Estrada (2014), a través de una revisión bibliográfica sobre internalización del estigma en pacientes seropositivos, identificaron que registran niveles superiores las mujeres, los homosexuales, las personas con realizan prácticas sexuales inseguras, sujetos que consumen alcohol y drogas, que presentan ideación suicida y que tienen problemas de adherencia tratamiento. Asimismo, en otra revisión sobre estigma en mujeres transgénero realizada por Magno, Vasconcelos, Veras, Pereira-Santos y Dourado (2019), encontraron que el estigma percibido es determinante en la internalización del mismo; el cual provoca estrés psicosocial, baja autoestima, depresión e ideación suicida. También identificaron, al igual que Calabrese et col (2016), niveles de internalización superiores en sujetos que realizan consumo habitual de alcohol y drogas.

Por otro lado, Christopoulos et col. (2019) y Baugher et col (2017) advierten niveles más altos en pacientes menores de 50 años y en minorías raciales/étnicas, mujeres cisgénero y heterosexuales. Mientras que Sileo et col (2019) describen un mayor nivel en sujetos con relaciones sexuales transaccionales y que presentan barreras estructurales para la atención del VIH. Asimismo se identifican estudios que identifican niveles superiores en: (1) personas con bajos niveles de apoyo social (Brenner, et col, 2020), (2) trabajadoras sexuales y heterosexuales (Yam, et col, 2020), (3) mujeres (Sehonou, et col, 2017), (4) hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en trabajadores sexuales (Friedland, et col, 2020) y (5) pacientes con un mayor nivel formativo (Williams, et col, 2020).

También se advierten estudios en que presentan niveles superiores en pacientes con problemas en la adherencia al tratamiento (Psaros, et col., 2020; Yam, et col, 2020; Relf, et col, 2019). Otros estudios señalan que se producen correlaciones inversamente proporcionales con la percepción sobre calidad de vida y la autoestima y directamente proporcionales con el estigma social percibido (Fuster, Molero y Ubillos, 2016; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018; Sehonou, et col, 2017).

3. ESTUDIOS SOBRE LA INTERNALIZACIÓN DEL ESTIGMA EN PACIENTES SEROPositivos EN MÉXICO

El análisis del estigma internalizado en México refiere a una temática poco abordada. En un estudio cualitativo realizado en Chiapas con parejas heterosexuales serodiscordantes, advierten que la discriminación percibida y el autoestigma influyen en la interacción social y en mayor medida en la esfera afectivo-sexual (Chong-Villarreal y Torres-López, 2019). Asimismo, Noguera-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, Vázquez-Pineda y Sierra-Madero (2015) en un estudio con una muestra de 150 pacientes de Ciudad de México (CDMX), determinaron que el estigma internalizado influye en el inicio tardío de tratamiento antirretroviral. Por otro lado, se aprecian estudios que abordan el análisis desde una perspectiva externa, en tanto en cuanto al personal de salud o actores sociales de la comunidad o, con relación a la percepción de los sujetos sobre la discriminación percibida en diferentes sistemas o ámbitos sociales (Infante, et col, 2006; Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez y Leyva, 2012; Moral y Segovia, 2011). En este sentido, en el contexto de Nuevo León, las investigaciones identificadas sobre el estigma abordan cuestiones relacionadas con los efectos que tiene en los pacientes (Moral, Ramos-Basurto y Segovia-Chávez, 2015; Sotomayor-Duque, et col, 2018; Guzmán, Bermúdez y López, 2017),

su relación con la adherencia al tratamiento (Gerardo, et col, 2018) y respecto al estigma en el ámbito laboral (Moral y Segovia, 2015) y en los medios de comunicación (Sánchez, Blanco, Luis y Lozano, 2016).

4. JUSTIFICACIÓN

A través del análisis de los estudios expuestos se advierte que en México no se identifican estudios que describan el nivel de estigma internalizado en pacientes seropositivos y las diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas. Asimismo, no se aprecian estudios a nivel internacional que analicen variables como: el ámbito geográfico (rural-urbano), la existencia de hijos/as, la vía contagio VIH, el motivo por el cual realizan los sujetos el análisis diagnóstico, la monogamia/poligamia, la existencia de otras Infecciones de Transmisión sexual (ITS) y los efectos del tratamiento en el deseo y actividad sexual de los pacientes.

Tomando en consideración los estudios existentes sobre Trabajo Social y sexualidad, Fernández (2019), De Jesús-Reyes y González (2017) y Quiroz y Sepúlveda (2016) señalan que existe una fuerte vinculación entre la educación sexual y el ejercicio profesional en el ámbito educativo. No obstante, diferentes investigaciones aluden a las labores que también se realizan desde el Trabajo Social Sanitario y Sociosanitario (Agulló, et col. 2012; Vicente-Hernández, 2014; Villaluenga, 2020). En este sentido Agulló, et col. (2012) aluden a diferentes tipologías de intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. No obstante, como señalan Rodríguez y Facal (2019, p. 137), “a pesar de que existe una fuerte vinculación entre el Trabajo Social y las cuestiones relativas a la sexualidad, la presencia de publicaciones sobre esta temática en las revistas latinoamericanas de Trabajo Social es relativamente baja (1.77 %)”. En este sentido advierten que el abordaje del VIH/SIDA desde la profesión en el contexto anglosajón (especialmente desde el Trabajo Social clínico) tiene una fuerte presencia. Sin embargo, en los países hispanoamericanos su presencia es menor. En este mismo sentido advierten de las necesidades formativas al respecto en las titulaciones universitarias.

La educación para la salud representa una de las estrategias del Trabajo Social en materia de salud sexual y reproductiva. No obstante, respecto a la educación sexual cabe señalar que no existe un único abordaje en su materialización, siendo los modelos de educación sexual desde el punto de vista ideológico y epistemológico determinantes. Así, como señala Claramunt (2011, p. 119) existen diferentes abordajes con objetivos divergentes.

- (1) Modelo de riesgos (preventivo o médico): “evitación de riesgos inherentes a la actividad sexual” y “evitar costos económicos al sistema de salud” (p. 119).
- (2) Modelo moral: promover “principios morales asociados a concepciones religiosas, educación para el amor y para el matrimonio y evitación de riesgos mediante la abstinencia sexual (castidad y fidelidad)” (p. 119).
- (3) Modelo revolucionario: “transformación revolucionaria de la sociedad”, “aumentar la conciencia crítica sobre la explotación social y la represión sexual” y “reivindicación de la actividad sexual satisfactoria” (p. 119).
- (4) Modelo biográfico y profesional: generar “debates y análisis sociopolíticos”, “inclusión generalizada de la educación sexual en el currículum formal escolar” y “participación y apoyo de los servicios comunitarios” (p. 119).

En este sentido, para la intervención ante el estigma asociado al VIH/SIDA, el modelo revolucionario representan una herramienta interesante. El cual promueve metodologías basadas en el análisis crítico del capitalismo, el patriarcado y el derecho a la sexualidad. Todo ello en aras del generar la emancipación, el empoderamiento de los sujetos y la difusión de la filosofía del placer no estereotipada (Claramunt, 2011); siendo estos objetivos afines a los modelos teóricos críticos y de inclusión en Trabajo Social. Así el uso de los modelos teóricos de intervención en Trabajo Social crítico-radicales en sus tres enfoques (marxista, feminista y problematizador) son medios compatibles con esta perspectiva (Viscarret, 2014). En este sentido, Simón y Moretti (2019) enfatizan señalando que resulta indispensable desde el Trabajo Social para tales menesteres realizar un “proceso de deconstrucción acerca de sus creencias y prejuicios, de develar lo social y cultural sobre lo naturalmente construido” (p. 94). De modo que la esfera estigmatizante de la sexualidad debe de incluir, según los autores, técnicas emancipatorias encaminadas a la problematización, la desnaturalización y la disuasión de la enajenación a la que dirigen los contextos basados en sistemas patriarcales. No obstante, el modelo biográfico y profesional representa un medio idóneo en la intervención ante situaciones de internalización del estigma, puesto que como indica Claramunt (2011, p. 119), por un lado “favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual” y por otro lado “potenciar el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan la vivencia sexual según la biografía personal”. Los cuales pueden desarrollarse especialmente desde los modelos filosóficos (centrado en el clien-

te, gestáltico, transaccional, existencialista e interaccionismo simbólico) y los modelos pedagógicos (Fernández-Riquelme, 2015). En este sentido, desde cualquiera de los abordajes mencionados resulta indispensable conocer la presencia y los factores determinantes en la internalización del estigma en personas seropositivas. Al respecto, destaca la propuesta realizada por Vicente-Hernández (2014), la cual presenta la creación de "Redes voluntarias multiplicadores de información sobre educación sexual" (p. 32). En dicho proyecto de educación sexual se presenta al trabajador/a social como: (1) el enlace entre la comunidad y los servicios sanitarios, (2) la guía para los profesionales y organizaciones del entorno, (3) el informante clave para los diferentes grupos o colectivos de la comunidad y (4) el generador de redes comunitarias de apoyo. De esta forma Vicente-Hernández (2014) propone una ruta metodológica basada en: el análisis del contexto, la formulación del diagnóstico, la socialización de resultados y la organización de la red.

Finalmente cabe destacar la escasez de estudios respecto a las respuestas desde el Trabajo Social de los procesos de estigmatización del VIH/SIDA desde el ámbito de la sexualidad. En este sentido Capella, Navarro y Fajardo (2018) destacan que el VIH representa un gran reto para el Trabajo Social en aras de promover la dignidad de las personas seropositivas y erradicar la discriminación en el ámbito familiar, comunitario e institucional (educación, servicios de salud, servicios sociales, etc). De esta forma los autores aluden a diferentes abordajes desde la prevención y la concientización entorno a la discriminación de personas con VIH/SIDA. No obstante, la inclusión de la perspectiva de los sujetos objeto de estigma también representa un elemento central en la erradicación de la discriminación. Es por ello que, identificar las variables determinantes en el estigma internalizado, resulta determinante para la propuesta desde el Trabajo Social de medidas específicas basadas en la educación sexual.

5. OBJETIVO

Tras haber realizado una intervención a través de una metodología de investigación-acción participativa con el experto del IMSS que labora con pacientes seropositivos de Nuevo León (2 médicos/as, 1 enfermera, 1 asistente de medicina, 1 trabajadora social, 1 técnica de laboratorio), se identificaron como principales necesidades de los pacientes situaciones vinculadas con: (1) el acto de compartir el estatus de seropositividad con la familia, la pareja y las amistades, (2) la falta de apoyos económicos para acudir/trasportarse a los servicios de salud, (3) compatibilizar los horarios personales y

laborales con los institucionales, (4) el rechazo por parte del entorno familiar, laboral, institucional y social, (5) la interiorización del estigma asociados al VIH/SIDA y su implicación en el establecimiento de relaciones sociales y afectivo-sexuales. En el análisis de las mismas se concluyó de forma unánime que por un lado, el estigma internalizado representa la piedra angular en la intervención individualizada con los pacientes. Por otro lado, se describió la falta de una idónea educación sexual en los sujetos, la cual se presenta como una barrera en los procesos de desestigmatización.

Con base en las dos últimas necesidades identificadas se propone una investigación con el objetivo de:

- Describir el nivel de estigma internalizado en pacientes seropositivos del Estado de Nuevo León (México) adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Comparar en el nivel de estigma internalizado en función de las variables sociodemográficas de pacientes seropositivos del Estado de Nuevo León (México) adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

6. METODOLOGÍA

La investigación desarrollada sigue un diseño de estudio no experimental, descriptivo, comparativo y causal (Sousa, Driessnack y Costa, 2007). La población objeto de estudio son pacientes seropositivos adscritos al departamento de infectología de un hospital de segundo nivel del IMSS en el Estado de Nuevo León. A partir de un universo de 850 pacientes se obtuvo una muestra de 265 pacientes mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple con un margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%. Se realizó un cribado excluyendo los cuestionarios que no estaban completos y la muestra final fue de 198 pacientes con edades comprendidas entre los 20 y los 70 años (media=38.45 años).

Se utilizó un cuestionario autoadministrado para la recolección de datos, el cual se aplicó a través de la trabajadora social del departamento entre diciembre de 2019 y febrero de 2020.

El instrumento se aplicó tras la presentación de los objetivos de la investigación y la firma del modelo de consentimiento informado incluido en la Norma que establece la disposición para la investigación en salud en el IMSS 2000-001-009 (IMSS, 2017). Estaba conformado por un cuestionario ad hoc para la recogida de los datos sociodemográficos (ver tabla I) y la escala validada en formato Likert sobre estigma interiorizado de Kalichman et col., (2009). La cual está construida por 6 ítems (ver tabla II) a los que se contesta a través de una escala Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo; 5 = Totalmente

TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

		n	%
Sexo	Hombre	171	86.4
	Mujer	27	13.6
Ámbito	Rural	38	19.2
	Urbano	160	80.8
Nivel de estudios máximo alcanzado	Primaria	4	2.0
	Secundaria	40	20.2
	Preparatoria	53	26.8
	Licenciatura	89	44.9
	Posgrado	12	6.1
Orientación sexual	Hetero	49	24.7
	LGB	149	75.3
Varias parejas sexuales	Si	21	21.5
	No	177	78.5
Pareja seropositiva	Si	48	42.9
	No	85	57.1
Hijos	Si	36	18.2
	No	160	80.8
	NC	2	1.0
Consumo drogas	Si	11	5.6
	No	187	94.4
Otras ITS	Si	35	17.7
	No	163	82.3
Disminución deseo sexual tratamiento	Si	37	18.7
	No	120	81.3
Disminución actividad sexual tratamiento	Si	35	17.7
	No	119	82.3
Abandono tratamiento	Si	43	21.7
	No	139	78.3
Dificultades acceso tratamiento	Si	66	33.3
	No	113	66.7
Total		198	100

Fuente: elaboración propia.

de acuerdo) y presenta una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.75$). No obstante, para analizar la fiabilidad del cuestionario en la muestra, se calculó el Alfa de Cronbach, resultando una consistencia adecuada ($\alpha = 0.759$).

El análisis estadístico realizado consistió en el cálculo de las frecuencias y porcentajes de las variables nominales y de las medias y desviaciones típicas de las variables ordinales. A continuación, se calcularon las medias de cada ítem y del total de la escala sobre estigma interiorizado de Kalichman et col., (2009). Seguidamente se realizó la comparación de medias con base a las variables sociodemográficas de la muestra, así como la prueba de t-Student (variables dicotómicas) y la ANOVA (variables politómicas) para muestras independientes con un porcentaje de intervalo de confianza del 95%.

TABLA II. PUNTUACIONES ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO

	n	x	dt
1.Es difícil contar a otras personas que tengo VIH	198	3.7879	1.50311
2.Ser VIH positivo me hace sentir sucio	198	1.7980	1.23798
3.Me siento culpable de ser VIH positivo	198	2.5606	1.55242
4.Siento vergüenza por ser VIH positivo	198	2.2273	1.47186
5.A veces siento que no valgo nada porque soy VIH positivo	198	1.7475	1.28911
6.Oculto que tengo VIH a otras personas	198	3.5000	1.45229
Total	198	2.6035	0.95799

Fuente: elaboración propia.

7. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la escala sobre estigma interiorizado de Kalichman et col., (2009), como se observa en la tabla II, denotan un nivel medio ($x = 2.6$), el cual es superior respecto a las cuestiones relacionadas con desvelar el estado serológico (ítems 1 y 6) e inferiores en cuanto a las cuestiones que aluden a sentimientos de culpa (ítem 3), vergüenza (ítem 4), valía (ítem 5) y suciedad (ítem 2).

Tomando en consideración las variables dicotómicas objeto de estudio, como se observa en la tabla III, se advierte que el nivel de estigma internalizado es mayor en: mujeres, población rural, heterosexuales, pacientes con pareja serodiscordantes, parejas monógamas, personas con hijos, población que realizan consumo habitual de drogas, participantes que contrajeron alguna ITS tras ser diagnosticados de VIH, pacientes con disminución del deseo y actividad sexual desde el inicio del tratamiento, población con problemas de adherencia al tratamiento y en pacientes que presentan/presentaron dificultades para acceder al tratamiento.

En este sentido, tras realizar la prueba de Levene para la igualdad de varianzas, se advierten varianzas iguales, así como una probabilidad asociada al estadístico Levene mayor que 0.05 respecto a todas las variables analizadas. No obstante, mediante la prueba t-Student se observa que la significación bilateral es superior a 0.05 (distribución normal) respecto a todas las variables; excepto en las referentes a la disminución del deseo sexual ($p = 0.023$) y de la actividad sexual desde el inicio del tratamiento retroviral ($p = 0.007$).

TABLA III. COMPARACIÓN DE MEDIAS VARIABLES DICOTÓMICAS

		n	x	dt F	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
					Sig.	t	gl	p	
Sexo	Hombre	171	2.5877	0.96411	0.203	0.653	-0.584	196	0.560
	Mujer	27	2.7037	0.92949					
Ámbito	Rural	38	2.6667	0.88362	1.011	0.316	0.451	196	0.652
	Urbano	160	2.5885	0.97683					
Orientación sexual	Hetero	49	2.7789	.93007	0.039	0.844	1.482	196	0.140
	LGB	149	2.5459	.96307					
Varias parejas sexuales	Si	21	2.4127	0.72384	2.427	0.121	-0.965	196	0.336
	No	177	2.6262	0.98124					
Pareja seropositiva	Si	48	2.3785	0.92300	1.137	0.288	-2.363	131	0.020
	No	85	2.8000	1.02282					
Hijos	Si	36	2.8657	1.01169	0.791	0.375	1.813	194	0.071
	No	160	2.5458	0.94410					
Consumo drogas	Si	11	3.1212	0.91010	0.036	0.849	1.856	196	0.065
	No	187	2.5731	0.95431					
Otras ITS	Si	35	2.8238	0.97430	0.342	0.560	1.504	196	0.134
	No	163	2.5562	0.95082					
Disminución deseo sexual tratamiento	Si	37	2.9595	1.06820	0.980	0.324	2.294	155	0.023
	No	120	2.5375	0.94934					
Disminución actividad sexual tratamiento	Si	35	3.0238	0.95670	0.105	0.746	2.718	152	0.007
	No	119	2.5112	0.98786					
Abandono tratamiento	Si	43	2.5388	0.93918	0.320	0.573	-0.483	180	0.630
	No	139	2.6211	0.98781					
Dificultades acceso tratamiento	Si	66	2.5934	0.83109	4.673	0.032	-0.135	177	0.892
	No	113	2.6136	1.02771					
Total		198	2.6035	0.95799					

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las variables politómicas analizadas, como se observa en la tabla IV, el nivel de estigma interiorizado es superior a la media en sujetos que desconocen la vía a través de la cual se contagiaron de VIH ($x = +0.2048$) y en los que fue mediante el consumo de drogas inyectables ($x = +0.0076$). Por otro lado, se aprecia que los pacientes que realizaron el análisis serológico por requerimiento laboral ($x = +0.334$) o por causa de hospitalizaciones ($x = +0.3483$), registran un nivel superior de estigma internalizado superior a la media. Asimismo, se aprecia que la población con un menor nivel formativo ($x = +0.5215$), registra niveles de interiorización del estigma superiores. No obstante, respecto a la población con cualificación media y superior, se advierte que a mayor nivel de cualificación el estigma incrementa.

En este sentido, tras realizar la prueba ANOVA se observa que la significación bilateral es superior a 0.05 (distribución normal) respecto a las variables de vía de contagio y nivel

de estudios máximo alcanzado. Sin embargo, el nivel de significancia es inferior a lo permitido para poder asumir una distribución normal en cuanto a la variable de motivo por el cual se realizó el análisis serológico el paciente ($p = 0.032$).

8. DISCUSIÓN

Los resultados revelan que existe un nivel medio ($x = 2.6$) de estigma internalizado entre la población seropositiva del IMSS de la zona norte del Estado de Nuevo León. El cual es similar a los valores descritos por otras investigaciones realizadas en Estados Unidos (Relf, et col, 2019; Baugher, et col, 2017), Senegal (Friedland, et col, 2020), Uganda (Friedland, et col, 2020; Rosengren, et col, 2019), Swazilandia (Kalichman, et col., 2009), España (Fuster, Molero y Ubillos, 2016) y República Dominicana (Rosengren et col, 2019; Yam et col, 2020).

TABLA IV. COMPARACIÓN DE MEDIAS VARIABLES POLITÓMICAS

					ANOVA					
					Grupos	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Vía contagio VIH	Sexual	149	2.5604	0.95551	Inter	3.053	5	0.611	0.660	0.655
	Drogas	3	2.6111	1.08440	Intra	177.742	192	0.926		
	Vía materna	2	2.5833	1.29636	Total	180.794	197			
	Transfusión de sangre	3	2.0000	0.60093						
	Desconoce la vía	40	2.8083	0.98533						
	NC	1	2.6667	.						
Motivo análisis	Solicitar cita específica	35	2.3571	0.76605	Inter	9.560	4	2.390	2.694	0.032
	Requerimiento laboral	8	2.9375	0.84015	Intra	171.234	193	0.887		
	Ingreso hospitalario	38	2.9518	0.97175	Total	180.794	197			
	Otro	105	2.5794	1.00482						
	NC	12	2.2083	0.76252						
Estudios	Primaria	4	3.1250	0.75000	Inter	3.992	4	.998	1.089	.363
	Secundaria	40	2.4458	0.98449	Intra	176.802	193	.916		
	Preparatoria	53	2.5346	0.96374	Total	180.794	197			
	Licenciatura	89	2.6442	0.93784						
	Posgrado	12	2.9583	1.02771						
	Total	198	2.6035	0.95799						

Fuente: elaboración propia.

No obstante, se presentan niveles de internalización menores con relación en otros contextos como: Sudáfrica (Kalichman et col, 2009), Camerún (Friedland, et col, 2020), Camboya (Rosengren, et col, 2019), Tanzania (Rosengren, et col, 2019), Holanda (Den Daas, et col, 2019) y Miami (Williams, et col, 2020). De esta forma se consta que los mecanismos de producción y reproducción del estigma asociado al VIH, tal y como señalan autores como Parker (2012), funcionan de forma diversa en función de las características contextuales (socioculturales, políticas y sanitarias entre otras).

En referencia a las características sociodemográficas de la muestra se advierte que el nivel de internalización del estigma es superior en cuanto al género como indican otras investigaciones en mujeres cisgénero (Pantoja y Estrada, 2014; Christopoulos, et col, 2019; Baugher, et col, 2017; Sehonou, et col, 2017). En referencia a la orientación sexual se registran niveles superiores en pacientes heterosexuales (Christopoulos et col, 2019; Baugher et col, 2017; Yam et col, 2020). Asimismo, como indican investigaciones como las de Christopoulos et col (2019) y Baugher et col (2017), se aprecian diferencias en cuanto a cuestiones contextuales o comunitarias; registrando al igual que Williams, et col (2020) un mayor nivel de estigma en personas de ámbito rural y con mayor nivel formativo.

Como señalan diferentes investigaciones realizadas en otros países los aspectos psicológicos y médicos reflejan diferencias en cuanto a los niveles de internalización del estigma; así se presentan como variables asociadas a niveles mayores: el consumo de alcohol y/o drogas (Pantoja y Estrada, 2014; Vasconcelos, Veras, Pereira-Santos y Dourado, 2019; Calabrese et col, 2016), la existencia de ideación suicida (Pantoja y Estrada, 2014; Vasconcelos, Veras, Pereira-Santos y Dourado, 2019), los problemas de adherencia tratamiento (Pantoja y Estrada, 2014; Psaros et col., 2020; Yam et col, 2020; Relf et col, 2019) y las dificultades para acceder al tratamiento (Sileo et col, 2019). No obstante, se aprecian también en pacientes que desconocen la vía a través de la cual se contagiaron de VIH.

Por otro lado, la sexualidad se describe como un elemento determinante, así las personas que realizan prácticas sexuales de riesgo (Pantoja y Estrada, 2014), los pacientes con pareja serodiscordante, en pareja monógama, con hijos y que contrajeron alguna ITS tras ser diagnosticados de VIH, presentan un mayor nivel de internalización del estigma.

Finalmente cabe destacar que a pesar de registrar mayor autoestigma la muestra con disminución del deseo y actividad sexual desde el inicio del tratamiento y la que realizó el análisis serológico de diagnóstico del VIH por requerimiento

(laboral o sanitario), las pruebas paramétricas realizadas no presentan diferencias significativas.

9. CONCLUSIONES

A través de la presente investigación se ha identificado un nivel medio de estigma internalizado en pacientes seropositivos del Estado de Nuevo León (México) adscritos al IMSS. Asimismo, se advierten diferencias significativas en función a las variables sociodemográficas de los pacientes; representando el género, la orientación sexual, el nivel de instrucción, el ámbito geográfico, aspectos psicológicos y médicos y otros vinculados con la salud sexual factores determinantes en su interiorización.

Estos resultados revelan que el género en su dimensión más amplia (sexo, género, orientación sexual y expresión), como construcción social, ejerce como elemento transversal en la internalización del estigma asociado al VIH/SIDA. Por otro lado, expresión de la sexualidad, las conductas y las relaciones interpersonales devengadas también representan cuestiones que inciden en el estigma; de forma que los sujetos con una vida sexual satisfactoria, con contactos sexuales, con parejas seroprevalentes, que no presentan coinfecciones y que asumen una mayor responsabilidad hacia su salud sexual, registran niveles menores de internalización del estigma. Es por ello que el abordaje de esta problemática desde la perspectiva de género, haciendo alusión a la sexualidad incluyente (sin tabúes, mitos y estereotipos) y no hetero(cis)patrilal, representa el medio idóneo para intervenir tanto en la prevención de los procesos de estigmatización social como la revictimización de los sujetos por parte de los profesionales del ámbito sociosanitario. Así, desde el Trabajo Social sería idóneo promover acciones comunitarias desde la educación para la salud y la educación sexual haciendo uso del modelo revolucionario. Las cuales, deberían de implementarse a nivel escolar, laboral e institucional (servicios de salud, servicios sociales, sistema judicial, etc). En este sentido, la propuesta que realiza Vicente-Hernández (2014) sobre "Redes voluntarias multiplicadores de información sobre educación sexual" sería una herramienta comunitaria favorable para la deconstrucción del estigma asociado a la sexualidad no tradicional y al VIH/SIDA. De esta forma sería conveniente promover acciones desde el Trabajo Social encaminadas a lo que Simón y Moretti (2019) denominan como: la problematización, la desnaturalización y la disuasión de la enajenación a la que dirigen los contextos basados en sistemas patriarcales.

No obstante, a nivel grupal beneficiaría generar espacios en los sistemas de salud con pacientes seropositivos en los que, desde el Trabajo Social, se utilicen como medio el

modelo biográfico y profesional de educación sexual; todo ello en aras de generar procesos de aceptación positiva de la propia identidad. A través de estas acciones se buscaría en un primer momento que los sujetos tomen consciencia de la existencia del estigma asociado al VIH, las causas, la influencia del patriarcado en la sexualidad, los actores implicados, el proceso a través del cual se materializa, la implicación de la visión propia sobre la realidad (internalización del estigma) y las estrategias que cada miembro del grupo ha utilizado ante tales hechos. A continuación, desde la óptica de la sexualidad, se buscará reflexionar en torno a la forma en que el patriarcado diluye las formas de expresión alternativas a la socialmente establecida, genera animadversión hacia las ITS y las cuestiones asociadas a la sexualidad y produce efectos en los sujetos. Una vez analizada de forma grupal la situación se desarrollarán estrategias encaminadas a empoderar a los sujetos y generar la desestigmatización individual.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agulló, A., Alfaro, R., Calatayud, M. C., López, M. B., Rubio, M. D., Sahuquillo, M. C. y Soler, L. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Intervención de la trabajadora social en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva*. Valencia: Generalitat de Valencia. Recuperado a partir de http://www2.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/capitulo2/Intervencion_del_TSS_centros_salud_sexual_reproductiva.pdf
- Baughner, A. R., Beer, L., Fagan, J. L., Mattson, C. L., Freedman, M., Skarbinski, J. y Shouse, R. L. (2017). Prevalence of Internalized HIV-Related Stigma Among HIV-Infected Adults in Care, United States, 2011–2013. *AIDS and Behavior*, 21 (9), 2600–2608. doi: 10.1007 / s10461-017-1712-y.
- Brener, L., Broady, T., Cama, E., Hopwood, M., de Wit, J. B. y Treloar, C. (2020). The role of social support in moderating the relationship between HIV centrality, internalised stigma and psychological distress for people living with HIV. *AIDS care*, 32(7), 850–857. doi: 10.1080 / 09540121.2019.1659914.
- Calabrese, S.K., Burke, S.E., Dovidio, J.F., Levina, O. S., Uusküla, A., Nicolai, L. M. y Heimer, R. (2016) Internalized HIV and Drug Stigmas: Interacting Forces Threatening Health Status and Health Service Utilization Among People with HIV Who Inject Drugs in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behavior*, 20, 85–97. doi: 10.1007 / s10461-015-1100-4.
- 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 a partir de <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/322341>
- 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. Recuperado a partir de 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. doi:<http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.03>.
- Christopoulos, K. A., Neilands, T. B., Hartogensis, W., Geng, E. H., Saucedo, J., Mugavero, M. J., ... y Mayer, K. H. (2019). Internalized HIV stigma is associated with concurrent viremia and poor retention in a cohort of US patients in HIV care. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(2), 116-123. doi: 10.1097 / QAI.0000000000002117.
- Caramunt, C. (2011). Valoración del programa de educación sexual (P.E.Sex) en adolescentes de 13 a 16 años (*Tesis Doctoral*). Madrid: UNED. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Cclaramunt/Documento.pdf>
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- De Jesús-Reyes, D. y González, E. (2017). Facilitadores de la educación sexual en adolescentes de escuelas secundarias y preparatorias públicas de Nuevo León, México. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 13, 137-152. Recuperado a partir de <http://revistas.uned.es/index.php/comunitania/article/view/18951>
- Den Daas, C., Van den Berk, G. E. L., Kleene, M. J., De Munnik, E. S., Lijmer, J. G. y Brinkman, K. (2019). Health-related quality of life among adult HIV positive patients: assessing comprehensive themes and interrelated associations. *Quality of Life Research*, 28(10), 2685-2694. doi: 10.1007 / s11136-019-02203-y.
- Díaz-Mandado, O. (2015). Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención (*Tesis Doctorado*). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado a partir de <https://eprints.ucm.es/33637/1/T36323.pdf>
- Fernández, E. (2019). Trabajo Social y Educación sexual integral. Entre rutinas y prácticas innovadoras. *Intervención*, 9(1), 98-114. Recuperado a partir de <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/73>
- Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *Redistribución o reconocimiento*. Madrid: Morata.
- Friedland, B. A., Gottert, A., Hows, J., Baral, S. D., Sprague, L., Nyblade, L., ... y Tamoufe, U. (2020). The People Living with HIV Stigma Index 2.0: generating critical evidence for change worldwide. *AIDS*, 34(1), 5-18. doi: 10.1097 / QAD.0000000000002602.
- Fuster, 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. Recuperado a partir de <http://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. Recuperado a partir de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2018/spn183d.pdf>
- Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guevara-Sotelo, Y. y Hoyos-Hernández, P. A. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente*, 21(39), 127-139. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v21n39/0124-0137-psico-21-39-00127.pdf>
- 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. Recuperado a partir de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2529>
- Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Madrid: Katz Editores.
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2017). Norma que establece la disposición para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009. Recuperado a partir de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/2000-001-009.pdf>
- 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. Recu-

- perado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007
- 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. doi: 10.1089/apc.2008.0184.
- Magno, L., Vasconcelos, L. A., Veras, M. A., Pereira-Santos, M. y Dourado, I. (2019). Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), e00112718. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1590/0102-311x00112718>
- Major, B. y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393-421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.
- 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 a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507004.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. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.04.003>
- 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. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5235473>
- Marichal, F. A. y Quiles, M. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12 (3), 458-465. Recuperado a partir de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=357>
- Nogueda-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), 135-141. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000800007
- Pantoja, A. L. y Estrada, J. H. (2014). Discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH / SIDA: revisión de la literatura. *Acta Odontológica Colombiana*, 4(1): 57-80. Recuperado a partir de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/44606>
- Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 164-169. doi: 10.1590/s0102-311x2012000100017.
- Psaros, C., Smit, J. A., Mosery, N., Bennett, K., Coleman, J. N., Bangsberg, D. R. y Safren, S. A. (2020). PMTCT Adherence in Pregnant South African Women: The Role of Depression, Social Support, Stigma, and Structural Barriers to Care. *Annals of Behavioral Medicine*, 54 (9), 626-636. doi: 10.1093/abm/kaa005.
- Quiroz, S. y Sepúlveda, P. (2016). Importancia del trabajo social en la intervención socio-educativa de la educación sexual. *Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação*, 11(1), 456-466. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6202878>
- Relf, MV, Pan, W., Edmonds, A., Ramirez, C., Amarasekara, S. y Adimora, AA (2019). Discrimination, Medical Distrust, Stigma, Depressive Symptoms, Antiretroviral Medication Adherence, Engagement in Care, and Quality of Life Among Women Living With HIV in North Carolina: A Mediated Structural Equation Model. *Journal Acquir Immune Defic Syndr*, 81 (3), 328-335. Recuperado a partir de doi: 10.1097/QAI.0000000000002033.
- Rodríguez, L. M. y Facal, T. (2019). Trabajo social y sexualidad. Un análisis desde la producción científica indexada. *Revista Sexología y Sociedad*, 25(2), 131-140. Recuperado a partir de <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/665>
- Rosengren, A. L., Menza, T. W., LeGrand, S., Muessig, K. E., Bauermeister, J. A. y Hightow-Weidman, L. B. (2019). Stigma and Mobile App Use Among Young Black Men Who Have Sex With Men. *AIDS Educ Prev*, 31(6):523-537. doi: 10.1521/aeap.2019.31.6.523
- 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. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2016000100004
- Sehonou, C., Sewu, E., Dokla, A., Maboudou, A., Kas-sankogno, Y. y Pitche, V. P. (2017). Discrimination et stigmatisation vécues par les personnes vivant avec le VIH au Togo en 2013. *Sante Publique*, 29(6), 897-907. Recuperado a partir de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-897.htm>
- Sileo, K. M., Bogart, L. M., Wagner, G. J., Musoke, W., Naigino, R., Mukasa, B. y Wanyenze, R. K. (2019). HIV fatalism and engagement in transactional sex among Ugandan fisherfolk living with HIV. *SAHARA-J: Journal*

- of *Social Aspects of HIV/AIDS*, 16(1), 1-9. Recuperado a partir de https://www.medscape.com/show_paper.asp?id=0440211963a289ab
- Simón, E. y Moretti, P. (2019). Una mirada desde el trabajo social sobre la Ley de Educación Sexual. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 6(7), 77-96. Recuperado a partir de <http://www.redsocialesunlu.net/wp-content/uploads/2019/06/06.-Una-mirada-desde-el-trabajo-social-sobre-la-Ley-de-Educaci%C3%B3n-Sexual..pdf>
- 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. Recuperado a partir de <https://www.medicigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2017/re174b.pdf>
- Sousa, V., Driessnack, M. y Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(3), 1-6. Recuperado a partir de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300022&script=sci_abstract&tlng=es
- Viscarret, J. J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vicente-Hernández, B. E. (2014). Trabajo Social y la educación sexual en adolescentes de 10 a 19 años de la colonia Oralia de la zona 3, Ciudad Guatemala (*Tesis de Licenciatura*). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado a partir de <http://www.repositorio.usac.edu.gt/869/>
- Villaluenga, M. (2020). Violencia de género y salud: perspectiva desde el Trabajo Social Sanitario. *Almoraima. Revista de Estudios Campogibraltareños*, (44), 81-89. Recuperado a partir de <http://institutoecg.es/wp-content/uploads/2020/06/Maite-Villaluenga.pdf>
- Williams, R., Cook, R., Brumback, B., Cook, C., Ezenwa, M., Spencer, E. y 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. doi: 10.1186/s12889-020-08891-3.
- Yam, E. A., Pulerwitz, J., Almonte, D., García, F., Del Valle, A., Colom, A., ... y Dolores, Y. (2020). Stigma among key populations living with HIV in the Dominican Republic: experiences of people of Haitian descent, MSM, and female sex workers. *AIDS*, 34(1), 43-51. doi: 10.1097/QAD.0000000000002642.