



Cátedra de Taller de Trabajo Final

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MOTIVOS DEL DIAGNOSTICO TARDÍO DEL VIH-SIDA.

(Estudio a realizar con Pacientes del Hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba, en el segundo semestre del 2019.)

Autores:

Almirón, Sixta Rosana

Ybarra, Matías Gabriel

Asesora Metodológica: Lic. Díaz, Estela

Córdoba, Julio 2019

“En muchos lugares el estigma y la discriminación continúan impulsando la creación de leyes y políticas contraproducentes que debilitan los esfuerzos para la prevención y el tratamiento. Enfrentar dichas políticas y exigir que sean cambiadas es un elemento central de cualquier estrategia para la prevención del VIH”

Ramírez, Luis Soto

DATOS DE LOS AUTORES

Almirón Sixta Rosana: Técnica Profesional Enfermera, egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba en el año 2012, actualmente se desempeña como personal operativo en la unidad de terapia intensiva del hospital, Florencia Díaz, institución dependiente del ministerio de salud de la provincia de Córdoba.

Ybarra Matías Gabriel: Técnico Profesional Enfermero, egresado de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba en el año 2009. Actualmente se desempeña como personal operativo en la unidad de la terapia intensiva del hospital Rawson, institución dependiente del ministerio de salud de la provincia de Córdoba.

AGRADECIMIENTOS:

Por su esmero, dedicación e interés; por su acompañamiento incondicional y compromiso desinteresado hacia nuestro trabajo y con nosotros, reconocemos en primer lugar el apoyo de nuestra asesora metodológica Lic. Estela del valle Díaz de Coy

Gracias infinitamente al apoyo incondicional de mi esposo, mis hijos, hermanas, amigos, colegas, quienes acompañaron y alentaron durante todo el proceso para lograr este objetivo.

Almirón, Sixta Rosana.

Agradezco a mi esposa Luciana por su apoyo incondicional a lo largo de la realización del presente proyecto, a mis hijas Julieta y Paula por darme sus tiempos de juego y diversión para seguir adelante, a mi padre que de una y otra forma me aconseja a no bajar los brazos.

Ybarra, Matías Gabriel.

INDICE

Datos de los autores.....	3
Agradecimientos.....	4
Índice.....	5
Pròlogo.....	6
CAPITULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Definición del problema.....	18
Justificación.....	18
Marco teórico.....	20
Definición conceptual de la variable.....	37
Objetivo general.....	39
Objetivo específicos.....	39
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.....	40
Tipo de estudio.....	41
Operacionalización de la variable.....	41
Población y muestra.....	43
Técnica instrumento de recolección de datos.....	43
Fuente de información.....	43
Planes.....	44
Recolección de datos.....	44
Plan de procesamiento de datos.....	44
Plan de presentación de datos.....	44
Plan de análisis de datos.....	47
Cronograma de actividades.....	47
Presupuesto.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
ANEXO.....	53

PRÒLOGO

El presente proyecto de investigación se orienta a una problemática de salud pública a nivel mundial; nacional y lo más importante en el nivel local, que es el VIH SIDA.

Enfermedad que se encuentra instala en nuestra ciudad y alrededores a partir de la década de los 90 con importantes números de casos a lo largo de los años en personas con sus diferentes característica en los determinantes socioculturales y demográficos.

El ingreso de estos pacientes, lo hacen en un estado de salud desolador, por su diagnóstico tardío o la enfermedad en estado ya avanzado, donde el punto de referencia para esto son los parámetros de laboratorios, recuento de células LT CD 4 y carga viral.

Para finalizar otro punto importante es la dimensión que tiene el paciente en cuanto al motivo que obstaculizan o motivan para la realización de la pruebas de diagnósticos, haciendo énfasis a la protección de sus derechos como paciente HIV, evitando así la estigmatización del mismo dentro de la sociedad, de su grupo laboral o de su propia familia para lograr así su recuperación y el avance de la enfermedad.

El desarrollo del siguiente estudio se organiza en dos capítulos:

Capítulo I: El Problema, incluye la descripción de la problemática planteada, la justificación y mediante la búsqueda de información, el marco conceptual donde se desarrollará las bases teóricas que sustentan la investigación. Como así también la definición de la variable en estudio, del cual se desprenderán los objetivos del mismo.

Capítulo II: Diseño Metodológico, describe la metodología que se empleará para el desarrollo del mismo, el tipo de estudio, la técnica e instrumento a utilizar, la operacionalización de la variable en estudio y las etapas de recolección, procesamiento, presentación y análisis de la información a recopilar.

Además, se encuentra disponible las referencias bibliográficas consultadas y los anexos que sirven de respaldo al proyecto de investigación.

CAPITULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÒN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2017). El Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) infecta las células del sistema inmunitario, las destruye-altera el funcionamiento y progresivamente lo deteriora. La inmunodeficiencia ocurre cuando el sistema de defensa deja de cumplir su función de combatir infecciones y otras enfermedades, a estas afecciones graves se las denomina oportunistas.

El Sida es la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Generalmente aparece alguna de las 20 infecciones o más, oportunistas o cánceres vinculados con el virus. Por lo tanto el VIH SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos. (OMS), (2017).

Los datos actualizados de la estadística mundial informada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala que:

Las personas que viven con HIV en el año 2017 son 36,9 millones, de los cuales 35,1 millones son adultos y 1,8 millones son niños menores de 15 años. De este grupo poblacional el 75 % conocían su estado serológico, el restante 25% no lo sabían.

En el mismo año, 21,7 millones de pacientes tenían acceso a la terapia antirretroviral. Por lo cual gracias a ello, se produjo un aumento positivo de 2,3 millones desde 2016 y con relación a los 8 millones de 2010.

Otros datos estadísticos importantes son lo que respectan a las nuevas infecciones, que se han reducido un 47 % desde el pico alcanzado en 1996. Lo que se refleja que en el año 2017 hubo un total de 1,8 millones de casos, comparado al año 1996 el cual fue un total de 3,4 millones de casos y en el año 2010 las nuevas infecciones por el VIH en adultos descendieron alrededor de un 16%, desde 1,9 millones hasta 1,6 millones en el 2017.

Analizando esta problemática cabe resaltar el impacto de mortalidad de pacientes con VIH SIDA. Hubo una reducción en más de un 51 % del pico máximo alcanzado en el año 2004; falleciendo en el año 2017, 940.000 personas en el mundo, frente a 1,9 millones en el 2004 y 1,4 millones en el 2010. (ONU), (2017).

Con respecto a Argentina según el Boletín sobre el VIH-SIDA e ITS que se publica anualmente, viven alrededor de 120 mil personas con VIH, el 30% de las cuales desconocen su situación. Cada año se siguen reportando alrededor de 6.500 nuevos casos, pero se redujeron ligeramente los diagnósticos reportados en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) aumentaron en todas las restantes regiones del país. En cuanto a las características de las personas diagnosticadas entre 2013 y 2015, más del 90% adquirieron la infección durante prácticas sexuales desprotegidas; en el caso de los varones, la mitad con mujeres y la otra mitad con varones. Por cada nuevo diagnóstico de mujeres se producen dos de varones. La mediana de edad de diagnóstico es de 32 años para las primeras y 33 para los últimos, lo que implica una reducción de la brecha entre ambos sexos.

El 20% de los diagnósticos se producen en personas menores de 25 años y el 21% en personas de 45 años o más. El nivel de instrucción aumentó en ambos sexos, especialmente en los varones, entre quienes uno de cada tres tiene estudios superiores. El 32% de los varones y el 23% de las mujeres se diagnostican cada año en forma tardía.

A su vez, la tasa de mortalidad por SIDA en 2014 se ubicó en 3,4 por 100 mil habitantes. Ambos indicadores no muestran cambios en relación a lo informado en los últimos años. En cuanto a la transmisión perinatal del VIH, cada año dan a luz alrededor de 1.600 mujeres con dicha enfermedad. La tasa de transmisión perinatal del VIH se encuentra estable, en un valor de 5,2% para el período 2013-2015; en tanto que la tasa de sífilis congénita ha aumentado los últimos años.

En lo que se refiere a la provincia de Córdoba los datos brindados por el informe epidemiológico sobre el VIH SIDA (2015), elaborado por el Ministerio de Salud del Gobierno Provincial, 597 nuevas infecciones fueron detectadas en lo que va en el año, cifra similar registradas en años anteriores que oscilan entre 500 y 600, donde su tendencia es ascendente y amesetada.

Otro dato significativo es que a pesar del diagnóstico tardío implica un riesgo tanto para la salud de la persona con el virus como a nivel colectivo, en la ciudad 1 de cada 3 varones, y 1 de cada 5 mujeres se encuentra en esa situación. Este año en promedio hubo un 24 % de nuevos diagnósticos que se hicieron de forma tardía en la provincia, destacando que ese porcentaje viene en descenso.

Por la situación antes mencionada, la ONUSIDA ha manifestado su preocupación por lo que motivó en el día mundial del SIDA en el año 2016 la puesta en marcha del programa “Hans up for HIV Prevention” (Manos arriba para la prevención del VIH) el cual pretende potenciar algunos factores claves para la prevención de VIH dando relevancia a las poblaciones más vulnerables. Como así también en el año 2014 el objetivo denominado “90-90-90” pretende que un 90 % de las personas portadoras conozcan su diagnóstico, 90% de las diagnosticadas reciban el tratamiento antirretroviral y que un 90 % de los pacientes en tratamientos alcancen la indetectabilidad viral.

El presente estudio se realizara en el Hospital Rawson de la ciudad de Córdoba, institución dependiente del ministerio de salud de la provincia de Córdoba. El mismo se encuentra ubicada en el denominado polo sanitario, bajada Pucara 2030 esquina Ferroviario, en la latitud -31.42887, longitud -64.16909 entre los hospitales San Roque y del Hospital de niños de la Santísima Trinidad.

Es hospital escuela de mediana complejidad, referente a la atención de pacientes con diferentes enfermedades infecto contagiosas, y de enfermedades de transmisión sexual cuenta con un servicio de guardia central con cuatro camas frías, un shock room, unidad de cuidados intermedios con tres camas, dos pabellones con un total de 30 camas cada uno, unidad de terapia intensiva con seis camas de las cuales dos con box de aislamiento con sistema de presión negativa, consultorios externos con diversas especialidades como clínica médica, infectología, ginecología, salud mental, cardiología, nutrición, endocrinología, odontología, entre otras.

Cabe destacar que a comienzo de los noventa hubo importantes modificaciones edilicias, ante la aparición de los primeros casos de VIH-SIDA, que se convierte en una pandemia, como así también al rebrote de cólera, razón por la cual se acondicionaron los diferentes pabellones de internación, consultorios, guardia unidad de terapia intensiva de modo de ofrecer comodidad y funcionalidad para la atención de los pacientes.

Hoy en día al sistema hospitalario personas de diferentes clases socioeconómicas y culturales que provienen de capital, alrededores, interior provincial o países limítrofes Bolivia, Chile, con patología variadas, pero en su mayoría un 80 % son pacientes con serologías positivas de VIH SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que reciben el tratamiento de forma gratuita mediante el plan provincial de VIH sida y ETS que se encuentra en el nosocomio.

Actualmente se observa el aumento de ingresos de pacientes con enfermedades marcadoras propiamente del Sida, con recuento de células T CD4 por debajo de 200ul, presentando complicaciones propias del diagnóstico tardío. Teniendo en cuenta el valor normal de células T CD4 es de 500ul a 1600ul.

Cabe destacar que algunos de los pacientes, ya fueron diagnosticados y no fueron adherentes al tratamiento estos se da en diferentes edades, sexo, lugar de residencia y niveles de estudios alcanzados.

En base a estas observaciones se hace a los siguientes interrogantes:

¿Es el estigma que lleva a no realizar la prueba o al abandono del tratamiento en personas diagnosticadas de VIH?

Según la Lic. Inés Arístegui, Pemoff, Flighelman y Warth. (2012) Basada en observaciones realizadas a pacientes y un informe de abordaje psicológico de personas con VIH sobre el problema de abandono del tratamiento, llega a conclusión que el estigma es un gran causante

de esta problemática. El estigma refiere a la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente de la mayoría. El estigma es un atributo des evaluador – visible o invisible - que degrada y rebaja a la persona que lo posee. Así, el estigma está estrechamente relacionado a conceptos como estereotipo, prejuicio y discriminación. Las personas estigmatizadas están ligadas a estereotipos negativos o características indeseables y experimentan una pérdida de su estatus social, pudiendo ser incluso receptoras de actos de discriminación. El atributo potencialmente estigmatizante dependerá en gran medida de los significados compartidos en un periodo histórico particular y un contexto cultural determinado. Cualquier enfermedad cuya causalidad resulte “oscura” o para la cual el tratamiento resulte ineficaz o difícil de sostener, tiende a inundarse de significados “moralistas”. El estigma ha estado vinculado en la historia de la humanidad con enfermedades que provocan reacciones emocionales intensas por su relación con el deterioro físico (poliomielitis y lepra), la muerte (cólera) y la sexualidad (sífilis); en el caso del VIH estos tres componentes (deterioro físico, muerte y sexualidad) se asocian con un solo virus. En el caso del VIH, el estigma está asociado a conductas consideradas marginales, como el consumo de sustancias, el trabajo sexual, y la diversidad sexual en general. Así, el conocimiento o la suposición de un diagnóstico de VIH despierta prejuicios contra las personas afectadas y, por tanto, genera una desaprobación social. El estigma genera actitudes negativas que se ponen de manifiesto a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Los estereotipos son estructuras cognitivas aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad, que representan un acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Conocer un estereotipo no implica necesariamente estar de acuerdo con él. Cuando efectivamente se aplican y se experimentan reacciones emocionales negativas en base a ese estereotipo, se están poniendo en marcha los prejuicios sociales, dando lugar a situaciones de discriminación y comportamientos de rechazo que son precisamente los que ponen a las personas estigmatizadas en condición de desventaja social.

¿Existe el estigma en la atención por parte del equipo de salud hacia las personas que viven con VIH y ser este un motivo de no detección temprana?

Según estudio realizado por Byron Zuluga, Gil y Orrego. (2015) resulta favorable al tener presente que el estigma por parte del personal de la salud tiene grandes implicaciones negativas como el provocar que las personas VIH positivas no acudan oportunamente a los servicios de salud, no reciban tratamiento de forma oportuna, ni asistan a programas de seguimiento y control de la infección, lo que puede conllevar al deterioro de su salud y a la propagación del VIH/SIDA en la comunidad.

La misma autora con el ánimo de comprender los factores asociados al estigma hacia las personas con VIH/SIDA, algunos hallazgos relevantes se encuentran en un estudio realizado en cuatro países africanos en 2009 en los que se evidenció que el estigma es más frecuentes en lugares con menor prevalencia de la infección, lo que podría suponer que en países con elevada ocurrencia se realizan esfuerzos mayores en educación, prevención, fomento de la tamización, entre otras acciones en salud que ayudan a reducir el estigma y la discriminación. También se podría pensar que en países con baja prevalencia persisten concepciones erróneas de la infección como el que es un asunto de otros (grupos de mayor

riesgo como usuarios de drogas, trabajadoras sexuales, privados de la libertad), o que las acciones en salud no incluyen estrategias para mitigar el estigma.

Así también se ha observado que una mayor conciencia pública de la transmisión del VIH se relaciona con una mejoría en las actitudes y percepciones hacia las personas seropositivas, otros autores indican que el conocimiento presenta un efecto positivo, aunque de baja magnitud en las actitudes discriminatorias; lo que sugiere que el estigma presenta una causalidad multifactorial, donde la información haría un aporte relativamente pequeño. Al respecto, estudios previos como de Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, (1991-1999). *Am J Public Health.* (2002), Evans JK, Bingham JS, Pratt K, Carne CA. Attitudes of medical students to HIV and AIDS. *Genitourin Med.* (1993), Sheen D, Green A. Are You Positive? AIDS, Attitudes and Physiotherapy. *Physiotherapy.* 1997. todos ellos refieren que el estigma se reduce después de participar en cursos que incluyen información sobre la epidemia en combinación con el desarrollo de destrezas o contacto con personas que viven con VIH.

Por lo que se sugiere que las personas con altos grados de escolaridad tienen un mejor conocimiento sobre VIH/SIDA y son menos propensas a estigmatizar a quienes padecen la enfermedad, lo que coincide con los hallazgos obtenidos en el presente grupo. Además, se ha reportado que las personas mal informadas o desinformadas acerca de la transmisión del VIH tienen probabilidades mucho más altas de tener actitudes discriminatorias. No obstante estos hallazgos, se han presentado algunas excepciones como un estudio realizado en estudiantes de medicina de la Universidad de Putra en Malasia, donde los individuos de último año, a pesar de estar en contacto con pacientes seropositivos y tener un buen nivel de conocimientos sobre la enfermedad, presentaron actitudes estigmatizantes similares. . Chew BH, Cheong AT. Assessing HIV/AIDS Knowledge and Stigmatizing Attitudes among Medical Students in Universiti Putra Malaysia. *Med J Malaysia.* (2013).

Con lo expuesto queda claro que los programas de información son útiles, dado que los profesionales de la salud que tienden a tener menor estigma son aquellos que han recibido formación especializada en el área de VIH/SIDA mediante la incorporación de temas relacionados en los currículos académicos, prácticas académicas, o cursos de adiestramiento que impliquen contacto con pacientes; esto podría explicar los mejores resultados hallados en los profesionales de bacteriología y microbiología.

¿Es la discriminación que lleva a no realizar la prueba o al abandono del tratamiento en personas diagnosticadas de VIH?

Arístegui, Pemoff, Flighelman y Warth (2012) refieren que la discriminación por VIH se va configurando en una estructura preexistente de prejuicios, estigma y discriminación relativa al género, la identidad y orientación sexual, la clase social y la pobreza, o los estilos de vida y las prácticas de consumo y sociabilidad. Cuando las actitudes sociales descalificadoras son internalizadas por el individuo, reciben el nombre de estigma interno o auto-estigma. El estigma interno va a influir en la manera en que una persona se percibe a sí misma y la manera en que cree ser mirada por los demás. Este, muchas veces conlleva sentimientos de vergüenza, incapacidad y culpa, que afectan psicológica y socialmente a las personas. El estigma interno muchas veces paraliza a la persona quien presenta pensamientos del tipo “No puedo hacerlo”, “No soy lo suficientemente bueno”, “Nadie me amara”, “No me merezco nada mejor”, que afectan la autoestima Se entiende por discriminación el resultado

final de un proceso de estigmatización que alude al trato diferente e injusto que se da a una persona sobre la base de su pertenencia, o supuesta pertenencia, a un grupo en particular. La discriminación es la puesta en acto del estigma. Así definida, la discriminación consistiría en acciones u omisiones dirigidas a personas estigmatizadas. Así, cuando se habla de discriminación por VIH, se hace referencia al trato diferente, generalmente desventajoso, que recibe una persona debido a que se sabe - o se supone - que vive con VIH. Este tipo de discriminación no sólo la experimentan directamente las personas en cuestión, sino también sus parejas y familiares. La discriminación relacionada con el VIH puede ser vivida a diferentes niveles: familiar, comunitario, institucional y/o nacional/jurídico. Un aspecto importante de los procesos de estigmatización es que pueden hacer que la persona anticipe el rechazo, incluso cuando aún no se ha producido. Dicha anticipación puede llevar a la persona a experimentar auto-discriminación, es decir, una forma de actuar en la que es la misma persona quien deja de ejercer sus derechos, se aleja de sus redes de apoyo social, etc., bloqueándose a sí mismo la posibilidad de desarrollo personal.

En Argentina, pacientes entrevistados manifestaron haber vivido situaciones de estigma y discriminación. Las situaciones de estigma interno - con similar intensidad respecto de sentimientos, temores y comportamientos - superaron a las correspondientes al estigma externo.

Existen razones por las cuales el paciente interrumpe el tratamiento o no realiza la prueba?

Tatiana Dilla , Valladares (2009) describe las Razones relacionadas con el paciente, la edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos pacientes no cumplen el tratamiento o la prueba debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como el Alzheimer también son de las principales razones para el incumplimiento. Por último, es necesario destacar la especial relevancia de este problema en dos poblaciones especiales: ancianos y niños, en los que aspectos como la seguridad o la simplificación de los regímenes terapéuticos son clave.

Las razones relacionadas con profesional sanitario, falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

De todos los factores anteriormente mencionados, algunos de ellos han sido identificados como clave y predictores de una baja adherencia a la medicación. Éstos son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento o falta de un plan elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de

efectos adversos, costos de la medicación y/o copago, no acudir a las citas médicas, presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad, creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas.

-¿Qué experiencia poseen los médicos con respecto a la prevención del VIH para solicitar prueba serológica? Solicitan la prueba oportunamente?

Según información recogida de representantes del Programa Provincial de HIV /SIDA (2018) los mismos indican que:

“... se podría decir que no solo se trata de falta de experiencia por parte del personal médico si no falta de promoción del testeo voluntario ya que acá no solo se trata del accionar del médico sino también hay otras cuestiones como lo legal, que obstaculiza pedir como análisis de rutina, ya que esto es obligatorio es libre y voluntario, el personal del equipo de salud debería apoyar y potenciar la promoción de testeo voluntario y gratuito de la cual todos tiene alcance y derecho según las normativas de la ley nacional del SIDA N° 23.798... “ Programa Provincial de HIV /SIDA (2018)

Según informe de Ministerio de Salud (2010) subraya que

“...Voluntariedad y consentimiento informado La Ley Nacional de Sida estipula que la decisión de realizar o no la prueba (el test de VIH) es un acto voluntario (voluntariedad). Es el respeto de esta voluntad lo que le da contenido a la firma del consentimiento informado...”Ministerio de Salud (2010)

No obstante, en los testimonios de distintos integrantes del equipo de salud se observa una gran variación en la interpretación de las normativas vigentes. Normativas que inclusive son percibidas por algunos como obstáculos para la atención. Esta diversidad de interpretaciones se observa, por ejemplo, en la crítica de la práctica de la utilización del consentimiento informado: “una formalidad” por la que “la mayoría de los pacientes confían, lo leen, lo firman y listo”, según la visión de un médico infectólogo. Por su parte, el testimonio de un médico urólogo sugiere que el consentimiento se vuelve un obstáculo para la implementación de un testeo más sistemático. La respuesta obtenida de algunos profesionales de diferentes especialidades refieren que:

“Habitualmente, no se pide [test VIH] de rutina por una cuestión de ley, entonces al no pedirlo de rutina, salvo que venga el paciente específicamente a pedirlo, cosa que es muy esporádica, en todo el año puedes tener uno o dos pacientes, nada más que te piden eso, entonces prácticamente no tienes, yo creo que hoy en día se tendría que hacer de rutina el HIV”. Ministerio de Salud (2010)

La visión de un médico dermatólogo parece estar orientada en la misma senda:

“Cuando se hace un análisis de sangre, tiene que estar en la rutina como cualquier otro y el médico no tiene que andar pidiendo autorización... para “se lo hago”, “no se lo hago”. En realidad, le estás salvando la vida, yo creo que hay que hacerlo como parte de una rutina, porque todavía mucho protocolo, mucho que tapar el nombre, hoy en día me parece que tiene que ser una rutina, a cómo están los tiempos, una rutina y chau”. Ministerio de Salud (2010)

Resulta interesante remarcar la concepción de rutina implicada tanto en este como en otros tramos de las entrevistas. Rutina que supone un dispositivo estandarizado, de criterio

estrictamente médico, en donde la consideración del punto de vista o el interés del paciente, se percibe como un obstáculo para la obtención del diagnóstico. Confidencialidad para la realización del testeo se debe considerar que el espacio físico en el que se desarrollen las entrevistas, así como el encuadre institucional, permitan resguardar el anonimato y la confidencialidad. En ningún caso el usuario necesita identificarse. Sin embargo de algunas entrevistas se desprende el problema de las filtraciones o brechas en la confidencialidad de los diagnósticos en distintos momentos del circuito. En algunos casos, las condiciones edilicias fueron descritas como insuficientes para resguardar la confidencialidad y privacidad necesarias para la atención (techos altos y paredes bajas, puertas que no se cierran, espacios reducidos, entre otras). Con el mismo objetivo de confidencialidad, la Ley Nacional de Sida establece que tanto los registros como las muestras de sangre deben recibir una identificación alfanumérica que sustituya el nombre y documento de la persona. No obstante, en algunos relatos, la codificación surge como un obstáculo en la búsqueda de pacientes con resultados VIH positivos. La imposibilidad de identificar por el nombre y apellido a las personas aparece como otro límite para la atención.

Se debe precisar que las actitudes estigmatizantes en profesionales que tienen o tendrán contacto con pacientes con VIH/SIDA deberían ser nulas. Los resultados de este y otros estudios indican que la información presenta un efecto protector; sin embargo, no elimina factores relacionados con las emociones, creencias, conductas y, en general, con la biografía de los profesionales, que podrían explicar el grado de estigma hallado. concluye que los estudiantes y profesionales de las áreas de la salud presentaron estigma en la atención de personas con VIH/SIDA siendo mayor en los individuos de los primeros ciclos de formación, sin realización de la prueba de tamización y de medicina; esto corrobora la necesidad de mejorar las estrategias de comunicación, información y educación en salud para los subgrupos de mayor riesgo, como una de las herramientas más importantes para combatir el estigma y sus consecuencias sobre la atención, control y seguimiento de los pacientes seropositivos, y sobre la prevención de la transmisión de la infección. Aunado a esto, la escala empleada para la medición de estigma, hasta donde es sabido, es una de las primeras en Colombia que presentó un proceso de confirmación a la luz de los criterios de validez de apariencia, de contenido, consistencia interna, fiabilidad, y de constructo y utilidad. Fueron consultados al respecto profesionales médicos (88), bioquímicos (5), enfermeros (62), farmacéuticos (11), psicólogos (13), técnicos (30), trabajadores sociales (13), voluntarios/consejeros en VIH (3) y personal administrativo ((28), en un total de 233 entrevistas.

-¿Cuáles son los factores que dificultan que las personas accedan oportunamente a realizarse el examen de VIH?

Según estudios realizados de Alejandra X. Araya, Bravo y M. Jesús Lira (2013) Elementos que dificultan la toma del examen del VIH, en el mismo se refiere que existen diversos factores entre ellos:

Factores personales

Falta de percepción de riesgo. Contrariamente a aquellos que se perciben como en riesgo de adquirir el VIH, las personas que consideran tener un bajo riesgo de ser infectados por el

virus, manifiestan no tener la necesidad de realizarse el examen. Un estudio mixto con jóvenes canadienses mostró que 45% de los participantes reconoció este bajo riesgo como una de las razones principales para no realizarse el examen, mientras que 35% se negó al examen porque no habían mantenido relaciones sexuales con una persona con serología positiva. Los investigadores reportan que esta percepción de invulnerabilidad fue una de las razones más importantes para decidir no realizarse el examen.

Estigma. El miedo a la estigmatización y consecuente discriminación, aparece como uno de los elementos que más dificultan el acceso al examen del test de ELISA para el diagnóstico del VIH. Por ejemplo, las personas reconocen que el estigma que significa el estar infectado por VIH es una limitante para solicitar el examen, dado que esto implica revelar que son personas que están en riesgo de tener serología positiva para VIH. A sí mismo, un estudio cualitativo realizado en Zambia con 34 usuarios y 10 consejeros para el examen, mostró que las personas prefieren evitar la "*etiqueta*" de infectado por VIH y no realizarse el examen. Otro estudio realizado en mujeres canadienses, señala que el miedo a ser estigmatizado no sólo es hacia su propia persona, sino también hacia a sus familias.

Adicionalmente, un estudio realizado con más de 9.000 zimbabuenses señaló que hombres y mujeres que reportaron niveles de estigma hacia personas con infección por VIH, tenían significativamente un número menor de serologías para VIH realizadas.

Miedo al resultado del examen.

Otra de las barreras identificadas por un estudio cualitativo que involucró a 100 participantes, develó que el miedo al resultado del examen es un motivo por el cual las personas no acceden a éste, lo que se relaciona además con el miedo a transmitir el virus a otros y el inminente pensamiento de muerte por la adquisición del VIH.

Factores profesionales

Falta de confianza. La confianza es la seguridad o esperanza de que los profesionales que trabajan en el centro manejaran en reserva los nombres de los usuarios que se han tomado el test de ELISA para el diagnóstico del VIH. Cuando los usuarios reconocen a las organizaciones y los profesionales de la salud como poco confiables, porque pueden poner en riesgo la privacidad y confidencialidad del proceso de toma del test al resto de la comunidad, tienden a rechazar la realización del mismo, especialmente si esta información puede ser conocida por la comunidad.

Falta información sobre el VIH. La carencia de entrega de contenidos educativos sobre los factores de riesgo para adquirir el VIH o sobre los servicios existentes en caso de que el resultado del examen sea positivo ha sido considerada como una barrera para acceder oportunamente al test de ELISA para el diagnóstico de infección por VIH. Es así como, un estudio cualitativo realizado en Sudáfrica, con 21 usuarios del sistema de salud, señala que la falta de información sobre el VIH durante la toma del examen puede afectar negativamente el acceso futuro al mismo.

Factores de la institución que acude.

Falta de información del acceso al examen. La falta de información o desconocimiento de los usuarios sobre la disponibilidad del test en los centros de salud fue descrita como una de las principales barreras que dificultan el acceso al examen por más de un tercio de los participantes en un estudio en Estados Unidos de América además, concluye que servicios de salud no acogedores y profesionales poco empáticos y que presionan a las personas, son aspectos que pueden influir negativamente en la voluntariedad de la toma del examen. Estos resultados concuerdan con los hallazgos reportados por un estudio cualitativo realizado con mujeres y trabajadores de la salud en Canadá.

Tiempo de espera. Un estudio reporta que el tiempo de espera para la toma del examen y la recolección de los resultados es un aspecto que obstaculiza la decisión de realizarse el examen. Este período de espera aumenta la tensión y ansiedad que las personas experimentan en este proceso lo que dificulta la decisión

-¿Cuáles fueron los motivos por el cual nunca realizaron prueba de VIH?

Se concluye que:

Según los antecedentes encontrados existen diferentes causas para la negativa de la realización de la prueba de VIH, se puede afirmar que el hecho de que se hará una extracción de sangre que tardara demasiado, que se darán charlas moralistas, pero una de las causas más desconocidas o poco hablada es el estigma moral, la infección por VIH supone ser juzgado constantemente.

Las personas temen realizar la prueba no solo por el resultado del chequeo sino del qué dirán, el rechazo y los prejuicios que tendrán así su persona.

El motivo del abandono del tratamiento en personas diagnosticadas de VIH, se debe al estigma el cual está asociado a conductas consideradas marginales, como el consumo de sustancias, el trabajo sexual, y la diversidad sexual en general.

La experiencia poseen los médicos con respecto a la prevención del VIH para solicitar prueba serológica la realización de la prueba oportunamente no es solo una razón por la cual no solicitan la prueba existen cuestiones legales que enlentece el pedido.

El estigma en la atención por parte del equipo de salud hacia las personas que viven con VIH suele ser la causa de la detección temprana, lo que tiene grandes implicaciones negativas como el provocar que las personas VIH positivas no acudan oportunamente a los servicios de salud, no reciban tratamiento de forma oportuna, ni asistan a programas de seguimiento y control de la infección.

Existen también factores, personales, profesionales o de las instituciones que acuden para solicitar el pedido, causando así el retraso del diagnóstico como del tratamiento.

No habiendo encontrado respuestas sobre cuáles son los motivos que llevaron al diagnóstico tardío del VIH/SIDA en pacientes que se encuentran en tratamiento en el plan provincial se define el problema de la siguiente manera:

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los motivos que llevaron al diagnóstico tardío del VIH/SIDA en pacientes que se encuentran en tratamiento en el Plan Provincial de VIH SIDA y ETS del Hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba en el periodo del segundo semestre del 2019.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo estará inclinado a que el VIH SIDA se ha convertido ya en un problema de salud mundial, nacional y local. Hoy la respuesta a la epidemia confronta nuevos desafíos sanitarios, dado que por esto el proyecto tiene por finalidad conocer la cantidad de atenciones y diagnósticos tardíos de VIH SIDA que se encuentran bajo tratamiento en el programa provincial del VIH SIDA y ETS del hospital Rawson de la ciudad de Córdoba, donde muchas de las veces el diagnóstico tardío o abandono del tratamiento se relaciona a la discriminación que tiene el paciente ante la sociedad, los grupos de trabajo familiares o así también por parte del equipo de salud.

Es importante señalar que la institución es referente provincial de las diferentes enfermedades infectas contagiosas, como el VIH SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual.

Razón por lo que se justifica realización del presente proyecto:

- Inexistencia de estudios en la institución del problema expuesto.
- Realización de reajustes de las planificaciones de todas las acciones de prevención, promoción de la salud en las poblaciones bajo estudio, población en general así también poblaciones con mayores factores de riesgo.
- Dar respuesta sostenibles al seguimiento de los pacientes mediante el sistema hospitalario, fortaleciendo el auto cuidado del paciente y evitar la estigmatización del mismo.
- Ayudar al control de la epidemia, dando mayor esperanza y calidad de vida a los pacientes y familiares.
- Hacer énfasis en la protección de los derechos de los pacientes con VIH SIDA, la promoción de esos derechos y de la equidad de género como elementos cruciales de la respuesta del sector de la salud.

La realización del presente proyecto no será de un costo alto, así también la fuente de información de datos se encuentra disponible en la institución.

El tema presentado tiene relevancia hoy en día donde los cambios culturales estilos de vida de cada persona que presenta nuestra sociedad son variados como así también dejar de lado el tema del VIH SIDA deje ser un tabú que solo lo hablan los mayores, al mismo tiempo se concientizara sobre la importancia del diagnóstico oportuno y la realización del tratamiento.

MARCO TEÓRICO

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cual altera el sistema inmunológico y destruye la capacidad del cuerpo para defenderse de otras infecciones o cánceres (American Cancer Society) (2014). Los principales mecanismos de transmisión del VIH son vía sexual, parenteral y vertical (perinatal).

Se considera que alguien tiene SIDA cuando presenta una o más infecciones y un número bajo de células T. que son un tipo de glóbulo blanco, las **células T** son parte del sistema inmunitario y se forman a partir de **células** madre en la médula ósea. Ayudan a proteger el cuerpo de las infecciones.

La infección aguda por VIH se caracteriza por la infección directa de los linfocitos T de memoria CD4 positivos en el tejido linfoide asociado a mucosa y, consecuentemente, con la muerte de muchas de estas células infectadas.

La determinación en el laboratorio del número de células CD4 se sustenta en la utilización de la citometría de flujo, esto es un parámetro indispensable en la atención médica a los pacientes infectados por VIH, se emplea para estadificar la infección y como guía en la toma de conducta clínica. Cierta nivel de células CD4 sirve como referencia para iniciar profilaxis contra infecciones oportunistas y/o para iniciar tratamiento antirretroviral, como así es también un indicador de respuesta al tratamiento antirretroviral.

Como se citó anteriormente la citometría de flujo es la utilizada para la cuantificación de las células los especímenes de sangre deben ser procesados dentro de las 18 h después de su colección. El conteo absoluto de células CD4 puede diferir cuando se utilizan técnicas diferentes, o cuando la misma técnica es realizada en laboratorios diferentes. Por tal motivo, estos elementos deben ser considerados al interpretar los resultados.

El conteo normal de células CD4 positivas en un adulto se encuentra en un rango de 800 a 1 050 cél/mL, con un espectro de variación (2 desviaciones estándares) de 500 a 1 400 cél/mL; este amplio rango de valores de normalidad es porque el conteo de células CD4 es producto de 3 variables: el conteo global de leucocitos, el porcentaje de linfocitos y el porcentaje de linfocitos que poseen el antígeno CD4.

Más de 90 % de las células CD4, aproximadamente 10 células, se encuentran localizadas en la sangre periférica o en el tejido asociado a mucosa. Se estima que el VIH destruye entre 1 y 2×10 células CD4 cada 24 h. En estadios tempranos de la enfermedad, las pérdidas diarias de células CD4 son remplazadas por nuevas células manteniendo un cierto grado de equilibrio. En este periodo más de 10 % de las células CD4 ubicadas en el tejido linfoide asociado a mucosa están infectadas por el VIH, el porcentaje de células CD4 circulantes infectadas por el virus no sobrepasa el 0,1 %.

Se llama célula CD4 según El equipo de gTt- VIH (grupo de trabajo - VIH) (2017), quien describe que:

“...Los linfocitos-T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario. Su función principal es la de activar al propio sistema alertándole de la presencia de patógenos o de una replicación errónea de células humanas, para que pueda hacerles frente y corregir la situación”. Grupo de trabajo-VIH (2017)

En cuanto al número de linfocitos T CD4 es el principal marcador de riesgo de progresión clínica de la infección VIH, ya que se ha demostrado una buena correlación entre el nivel de CD4, la restauración de la inmunidad celular, el retraso en la progresión y el aumento de supervivencia. No obstante en la literatura científica se pueden encontrar más de veinte definiciones de diagnóstico tardío, por ejemplo en un estudio publicado en el Reino Unido en el año 2003 el diagnóstico tardío se situaba en el 15% o en el 33%, si éste era definido como la presencia de menos de 50 CD4/ μ l o de 200 CD4/ μ l5 .

En el caso de España en 2009, el retraso se cifraba en el 30% cuando la infección se diagnosticaba con una cifra de CD4 inferior a 200 cel./ μ l, mientras que ascendía al 50% si el nivel de CD4 era menor de 350 cel. / μ .

Según el CDC (Centro para el control y prevención de las enfermedades) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) (1987) En el denominado diagnóstico tardío dice que

“...se incluye a toda persona que antes o en el momento de hallársele el VIH, o durante 6 meses después de determinada su seropositividad, presente al menos 2 exámenes de conteo de CD4 por debajo de 350 células x mm^3 , independientemente de si existen manifestaciones clínicas o no, o alguna enfermedad de las entidades menores asociadas al sida (incluidas en la lista del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades-categoría B-), sea cual sea el inicio clínico...”

Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M (2011) describen En Europa en el año 2009 con el objetivo de identificar personas con un incremento de riesgo de progresión de la infección, y de mejorar la vigilancia, así como de facilitar las comparaciones entre países, regiones del mismo país, y a lo largo del tiempo, se consensuaron las siguientes definiciones:

-Presentación tardía (late presentación): personas que inician tratamiento con un recuento de CD4 menor de 350 cel./ μ l o con un diagnóstico de SIDA, independiente de su recuento de CD4.

- Presentación con enfermedad avanzada de VIH: personas con recuento de CD4 menor a 200 cel./ μ l o con diagnóstico de SIDA independiente del nivel de CD4.

Otras se basan en categorías clínicas, considerándose tardío si el diagnóstico de la infección se realiza coincidiendo con el diagnóstico de un evento SIDA, o si éste aparece a los 6-12 meses del diagnóstico. Hay definiciones que utilizan una combinación del estado inmunológico y las características clínicas.

Otro de los aspectos importantes para el diagnóstico es el método convencional para detectar la infección por VIH es la identificación serológica de la respuesta inmunológica

(anticuerpos) o la presencia del virus, es la medición de la concentración de RNA viral en el plasma (carga viral de VIH), pues se ha demostrado que es un método más sensible y define mejor la progresión de la infección a SIDA y muerte, La carga viral se informa bajo el término copias/mL y los niveles en el plasma pueden variar de menos de 100 hasta más de 20 millones de copias/mL.

Carga viral plasmática del VIH (CV) es la cantidad de VIH presente en la sangre u otros órganos del cuerpo humano (fluidos genitales, tejidos, etc.) de una persona con la infección. Se debe determinar en la valoración inicial del paciente y antes del comienzo del TAR, descendiendo rápidamente tras el inicio de un TAR efectivo.

Se denomina CV indetectable a la situación en la cual el número de copias del VIH es inferior a 50 copias/ml, compatible con una recuperación completa del estado inmunológico.

Se entiende por respuesta virológica la reducción de la CV en más de 10 veces a las 4 semanas del inicio del TAR y ser indetectable tras 16 a 24 semanas de tratamiento, aunque en pacientes con CV muy elevadas (superiores a 100.000 copias/ml) se puede tardar más de 24 semanas en conseguir niveles inferiores a 50 copias/ml, por el contrario, se habla de fracaso virológico cuando en un paciente con adherencia estricta y óptima tolerabilidad al TAR se da alguna de las dos situaciones siguientes: CV detectable tras 24 semanas del inicio del TAR.

Si tras alcanzar la indefectibilidad, la CV vuelve a ser >50 copias/ml en 2 determinaciones consecutivas (separadas por 2-4 semanas), si se excluyen vacunaciones o infecciones intercurrentes (pueden producir elevaciones transitorias de CV). El objetivo de supresión de la CV es conseguir de forma permanente unas cifras inferiores a 50 copias/ml, lo que se asocia a la máxima recuperación inmunológica y previene la aparición de mutaciones de resistencia. Es conveniente medir la CV a las 4 semanas del inicio del TAR y, posteriormente, cada 3-6 meses, para comprobar la respuesta virológica y como medida indirecta de adherencia al TAR y refuerzo de la misma. En pacientes clínicamente estables con CV repetidamente suprimida y cifras elevadas de linfocitos CD4 este intervalo de tiempo puede alargarse incluso hasta 12 meses¹⁶.

1.1.4 Evolución fisiológica de la infección por VIH.

Tengamos en cuenta que ambos marcadores los CD 4 son marcadores de los ofensores y la carga viral del estado del sistema inmunológico.

Según la tesis doctoral de Jose Bustos MartinezMartinez (2013) cita autores donde mafiestan que Delpierre (2008) Erausquin (2009) durante los años en los que una persona está infectada sin saberlo no puede beneficiarse de la atención sanitaria adecuada y se estima que tiene un riesgo 3,5 veces superior de transmitir el virus que cuando conoce su estado serológico. Las personas, una vez conocen su estado serológico disminuyen en gran medida sus prácticas sexuales de riesgo. Según Cock(2009) incluso se ha propuesto modelos matemáticos que explican cómo diagnosticando y tratando precozmente la infección disminuye la incidencia de la epidemia.

Cajas (2015) refiere que

“...el VIH es miembro de la clasificación del virus conocido como Retroviridae (retrovirus), además es un microorganismo que ocupa a las células blancas de la sangre (que son partes del famoso sistema inmunológico), infecta los linfocitos y otras células portadoras del marcador celular CD4, produciendo alteraciones de la inmunidad celular, y activación policlonal de las células B con respuestas defectuosa de las células B a los nuevo antígenos.”

Asimismo, Cajas (2015) menciona lo siguiente:

“...El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir sus funciones de lucha contra las infecciones y enfermedades...”

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH lo cual se define por la presencia de las más de veinte infecciones oportunista o cánceres relacionados con el VIH.

Otra definición común sería útil para gestionar más eficazmente la presentación tardía de la enfermedad del VIH en Europa y en otros lugares. También facilitaría las comparaciones entre países o regiones, y permitiría investigar las tendencias temporales después de las intervenciones específicas. Es de destacar que la política de salud es un asunto del estado miembro de la Unión Europea (UE) y no se define a nivel de la UE; esto explica en parte por qué han surgido definiciones divergentes en varios países de Europa. Durante el año pasado, dos iniciativas se han movido hacia una definición armonizada. En la primavera de 2009, unieron esfuerzos para identificar una definición común de lo que se entiende por un paciente "tardío".

Como premisa para la definición, se acordó que, si bien la definición debería ser válida para identificar personas con un riesgo particularmente mayor de progresión de la enfermedad clínica, también debería ayudar a mejorar la vigilancia y satisfacer las necesidades de salud pública.

Actualmente el tratamiento del VIH virus de la inmunodeficiencia humana, ha avanzado de forma significativa, mejorando la calidad de vida de todas aquellas personas portadoras del mismo y disminuyendo la mortalidad, Se destaca la importancia del diagnóstico oportuno para su tratamiento eficaz, disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida, incidencia de las enfermedades oportunistas y reducir las hospitalizaciones, pero aun así no se despliega del estigma social radicada desde su comienzo que potencia a la pandemia y como consecuencia de ello muchas veces el diagnóstico es percibido por la persona como sentencia a muerte. Actualmente no se a logrado erradicar por completo el estigma social complicando el control de la epidemia VIH.

El estigma por parte de la sociedad o trabajadores de la salud tiene grandes implicaciones en la calidad del servicio que se brinda a estas personas; el rechazo y la discriminación hacen que las personas VIH/ SIDA positivas no acudan oportunamente a los servicios de salud y no reciban el tratamiento cuando lo necesita.

Tratando de profundizar y describir la problemática, en un informe el CDC (Centro de control y Prevención de las Enfermedades) (2018) en lo cual se detalla la discriminación y estigmatización.

¿Qué es el estigma del VIH? El estigma del VIH consiste en actitudes y creencias negativas sobre las personas que viven con el VIH. Es el prejuicio que ocurre al identificar a una persona como parte de un grupo que se considera socialmente inaceptable. Aquí hay algunos ejemplos:

Crear que solo ciertos grupos de personas pueden infectarse con el VIH

Juzgar a las personas que toman medidas para prevenir la transmisión del VIH

Pensar que las personas merecen infectarse con el VIH por las decisiones que han tomado en sus vidas.

¿Qué es la discriminación? Mientras que el estigma se refiere a actitudes o creencias, la discriminación es el comportamiento que resulta de esas actitudes y creencias. La discriminación del VIH es la acción de tratar a las personas que viven con el VIH de una manera distinta a aquellas personas que viven sin el virus. Aquí hay algunos ejemplos:

Un profesional de la salud que se niegue a proveer atención o servicios a una persona que vive con el VIH.

Evitar contacto casual con una persona que vive con el VIH.

Aislar socialmente a un miembro de una comunidad porque sea VIH positivo.

Referirse a las personas como “sidosos” o “positivos”.

Cuáles son los efectos del estigma y discriminación del VIH? El estigma y la discriminación del VIH afectan el bienestar emocional y la salud mental de las personas que viven con el VIH. A menudo, las personas que viven con el VIH internalizan el estigma que sufren. Como resultado, empiezan a desarrollar una imagen negativa de sí mismos. Pueden temer que serán discriminados o juzgados si su estatus de VIH se revela.

El “estigma internalizado” o “auto-estigma” ocurre cuando una persona acepta las ideas negativas y estereotipos sobre las personas que viven con el VIH y empiezan a aplicarlos a sí mismos. El estigma internalizado del VIH puede causar sentimientos de vergüenza, miedo a revelar su estatus, aislamiento y desesperanza. Estos sentimientos pueden impedir que las personas se hagan la prueba de VIH y/o que acudan a recibir tratamiento.

Que causa el estigma del VIH? El estigma del VIH tiene su raíz en el miedo al VIH. Muchas de nuestras ideas sobre el VIH vienen de las primeras imágenes del VIH que aparecieron a

principio de los años 80. Hoy en día, todavía existen ideas incorrectas de cómo se transmite y lo que significa vivir con el VIH. La falta de información y concientización, además de las creencias anticuadas, llevan a las personas a tener miedo de infectarse con el VIH. Además, muchas personas piensan que el VIH es una enfermedad de la cual solo se infectan ciertos grupos. Esto lleva a juzgar de manera negativa a las personas que viven con el virus.

Analizar el estigma lleva conocer el estudio del que tiene sus raíces en las teorizaciones de Erving Goffman (1963 2003) quien ofreció una de las primeras conceptualizaciones quien da la definición de estigma, el cual hace referencia a:

“...atributo desacreditador que estigmatiza a su poseedor y a la vez confirma la normalidad de otro individuo....”

En este sentido, el estigma asociado a la variación de género, parece ser una barrera sociocultural que afecta directamente la experiencia vital, el bienestar físico, psicológico y social, las relaciones interpersonales, y la autorreferencial, así como también el acceso a determinados derechos oportunidades.

Este autor menciona tres tipos de estigmas; uno en que el individuo es desacreditado en todas las interacciones sociales: es el caso de las deformidades físicas. Otro en que el individuo también es descalificado por el hecho de pertenecer a un grupo étnico discriminado, en una determinada sociedad. Existe un tercer tipo de estigma que corresponde a ciertos comportamientos que son sancionados socialmente, como por ejemplo el ejercicio de la prostitución.

Este planteamiento teórico inicial dio un fuerte impulso al estudio del estigma en el campo de la Psicología Social y la investigación dentro de esta disciplina proliferó desde un enfoque socio-cognitivo (Parker &Aggleton, 2003). Este abordaje pone el énfasis en las percepciones individuales y sus consecuencias en las interacciones sociales, ubicando el origen del estigma en la cognición (Link &Phelan, 2001; Mahajan et al., 2008). En años recientes, numerosos investigadores han criticado este enfoque por considerar que pone un acento excesivo en el plano individual, mientras descuida las condiciones estructurales y contextuales que generan estigma y exclusión de la vida social (Mahajan et al., 2008; Ogden &Nyblade, 2005). Este enfoque alternativo, denominado estructural, propone redefinir el estigma como un proceso social que se produce en el marco de relaciones de poder desiguales entre grupos (Link &Phelan, 2001; Parker &Aggleton, 2003).

Desde esta concepción estructural, Link y Phelan (2001, 2006) definen al estigma como la ocurrencia simultánea de los siguientes componentes: Distinción y etiquetamiento de diferencias: toda sociedad identifica qué atributos son socialmente importantes y cuáles no lo son, en un proceso de selección social, y produce categorías para etiquetar las diferencias socialmente relevantes; Estereotipación: algunas etiquetas y categorías son asociadas a estereotipos que implican atributos negativos o socialmente indeseables; Separación “ellos” – “nosotros”: aquellos que comparten la etiqueta son vistos como esencial y particularmente diferentes a los que no la poseen. De este modo, se genera

una distancia o alejamiento simbólico y real entre ambos grupos; Pérdida de estatus y discriminación: la separación ubica a quienes poseen la etiqueta en una posición inferior respecto del otro grupo, dado que el atributo aplicado está asociado a estereotipos o características negativas y socialmente indeseables.

Tomando como base la conceptualización general de Link y Phelan (2001) e integrando los aportes de otros autores (Berger, Ferrans&Lashley, 2001; Deacon, 2006; Earnshaw et al., 2013; Hatzenbuehler, Phelan& Link, 2013; Herek, Capitano&Widaman, 2002; Link &Phelan, 2006; Ogden &Nyblade, 2005), definen al estigma relacionado con el VIH/SIDA como:

“... la ocurrencia simultánea, en el marco de relaciones sociales de poder, de etiquetamiento, estereotiparían y separación grupal, acompañados de emocionalidad negativa, dirigida a personas por el hecho de vivir con VIH.”

Así mismo manifiestan otros autores refieren que,

“... ocurre debido a la construcción del VIH como una marca desprestigiante o indeseable o un atributo negativamente valorado, en un contexto socio-cultural dado, que resulta en devaluación y descrédito de la identidad, pérdida de estatus y no aceptación social plena, desventaja social de las personas con VIH y, finalmente, discriminación, rechazo y exclusión de las mismas.” Radusky, Zalazar, (2017)

Al día de hoy, el VIH continúa siendo una enfermedad estigmatizada que se cubre bajo el anonimato, logrando con ello un bajo índice de prevención y provocando que los posibles infectados encuentren preferible padecer su diagnóstico en secreto por temor a ser señalados o rechazados de su grupo de convivencia cotidiana.

Ahora bien, desarrollar la problemática que ocasiona el VIH en hombres con prácticas sexuales tanto con hombres (HSH), como con mujeres, no fue fácil, ya que implicaba hablar de la diversidad que existe dentro de estos grupos en torno al espacio sexual íntimo, de las variables, las diferencias y todas aquellas características sociales y culturales que hacen de cada individuo un sujeto diferente. Un dato que es importante reconocer es el papel que juega el personal médico y de enfermería en todo este proceso, ya que al ser la primera instancia donde se da el diagnóstico, es fundamental la forma en cómo da la información.

Autores Quiroga, Castro, Mildreth. (2016.) define:

...El diagnóstico de pacientes VIH/SIDA en etapas avanzadas (CD4 menor 200 cel./mm³) y/o con presencia de enfermedades oportunistas, puede deberse a factores propios de los pacientes como: falta de información sobre la enfermedad, que el individuo no se considera en riesgo, miedo a la prueba por el estigma social del diagnóstico VIH (+); así también, factores relacionados con el sistema de salud: falta de sospecha clínica, falta de capacitación, poca oferta de prueba rápida....

La ONUSIDA hace aporte al respecto, en un nuevo informe que muestra cómo el estigma y la discriminación están obstaculizando el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, poniendo así en riesgo la vida de las personas.

El informe, titulado "Enfrentando la discriminación: superando el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en entornos de atención médica y más allá enfrentando la discriminación, dicho informe señala que las personas que viven con el VIH y son objeto de una gran estigmatización a causa de él tienen el doble de probabilidades de solicitar asistencia más tarde que aquellas personas que no se sienten estigmatizadas como consecuencia del VIH.

"Cuando las personas que viven con el VIH o en riesgo de contraerlo sufren discriminación en un entorno sanitario, deciden ocultarse. Esto repercute gravemente en nuestra capacidad para hacer llegar a la población servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH", afirmó el Sr. Sidibé. "El estigma y la discriminación constituyen una afrenta a los derechos humanos y ponen en peligro las vidas de las personas que viven con el VIH y de los principales grupos poblacionales en riesgo de contraerlo".

Con frecuencia, las personas que viven con el VIH evitan acudir a clínicas por miedo a que se revele su estado serológico o a sufrir más estigma y discriminación en relación con el VIH. En los 19 países en los que se dispone de datos, una de cada cinco personas seropositivas no fue a una clínica u hospital porque tenía miedo de ser estigmatizada o discriminada a causa del VIH. Es menos probable que una persona que vive con el VIH responda bien al tratamiento antirretroviral cuando espera a estar muy enferma antes de buscar ayuda.

El informe subraya que estos temores no son infundados. En los 19 países en los que se dispone de datos, una de cada cuatro personas seropositivas ha sido discriminada en entornos sanitarios y una de cada tres mujeres que viven con el VIH ha sufrido al menos un tipo de discriminación en contextos sanitarios con respecto a su salud sexual y reproductiva.

El acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH ha aumentado allí donde se han puesto en marcha programas para afrontar el estigma y la discriminación. En una clínica de Namibia en la que se empezó a prestar los servicios de salud de manera integrada, el número de fallecimientos de personas seropositivas se redujo en un 20%.

El informe destaca que, si se desea llegar a todas las personas que viven con el VIH o en riesgo de contraerlo y vincularlas a servicios de prevención y tratamiento, el mundo debe dar un paso hacia delante y luchar contra la discriminación. (Michel, Sidibe ONUSIDA Ginebra 2017).

No cabe lugar a dudas que mediante el enfoque de la "salud de la población" se ha prestado mayor atención al delineado y a la documentación de las evidencias relativas a los factores determinantes de la salud descritos por Evans y Stoddart en 1990 y por Evans, Barer y Marmor en 1994. Tal es así que el Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial sobre Salud de la Población de Canadá adoptó en 1994 esos factores determinantes como metas para las estrategias sobre salud de la población reformuladas a nivel nacional y provincial.

Este concepto de salud de las poblaciones apareció en 1989 y se perfecciona de manera permanente a partir de los resultados investigativos, sin lugar a dudas como se ha visto, ha

recibido un fuerte aporte con los estudios realizados por Evans y otros durante la década de los años 80, de ahí que el modelo de Evans y Stoddart se convirtiera a partir de 1994 en uno de los más utilizados a nivel internacional.

Evans y Stoddart (1994) señalan que la enfermedad genera la necesidad de acceder a servicios de atención médica y que sólo con la prestación de servicios de curación y cuidados efectivos se elimina esta necesidad, dejando claro que a mayor nivel de enfermedad se incrementan los costos de la atención médica. Es por eso que los autores en este punto se refieren a que existen un grupo de factores individuales y colectivos que influyen en la aparición de las enfermedades y es ahí donde se requiere la entrada de la epidemiología clínica, la evaluación de la atención médica y de la investigación en Servicios de Salud para evaluar la pertinencia, efectividad, eficiencia y calidad de los servicios de curación y cuidados que se prestan y reciben.

Todo este análisis conceptual les permitió a estos autores formular como determinantes de los niveles de salud de la población al ambiente físico, al ambiente social, a la dotación genética, a la atención médica y a la respuesta individual vista desde la doble perspectiva, de la dotación genética y del comportamiento del sujeto.

Es en este punto donde se insertan nuevas variables asociadas a este concepto de determinantes al aparecer las categorías de salud, bienestar y prosperidad. Queda claro que los factores ya mencionados al interactuar entre ellos determinan los niveles de salud y bienestar de la población; a esto sólo resta agregar que el concepto de prosperidad manejado por *Evans* retroalimenta en un puente de doble vía, por un lado a los niveles de bienestar y salud y a la respuesta del sujeto, y por otro al ambiente físico y social donde se inserta este desde una perspectiva de ecosistema de la salud humana.

Como se señaló anteriormente, Evans propuso un grupo de factores que inciden en los niveles de salud de la población. En el campo del entorno socioeconómico abordó aspectos como el ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo. En el entorno físico incluyó los factores físicos en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas. En los hábitos personales de salud analizó los comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Dentro de la capacidad individual y aptitudes de adaptación incluyó las características psicológicas de la persona como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas. Por último, en el campo de los servicios de salud abordó la capacidad de los servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

Los nuevos determinantes de la salud de los canadienses:

Estudios posteriores publicados en un solo volumen con el coauspicio de Health Canadá y de la OPS abordan los nuevos determinantes claves de la salud de los canadienses. Estos determinantes fueron ratificados recientemente según consta en el sitio web de salud de las poblaciones de Canadá a través de distintos documentos, entre ellos el documento "The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of

the Health Sector" un relato de la reunión celebrada en la Universidad de York en 2002 y cuyos determinantes son los siguientes:

Ingresos y nivel social

La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Ingresos altos determinan condiciones de vida como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza.

Redes de apoyo social

El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud.

Educación

La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta las oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida, factores claves que influyen en la salud.

Empleo/condiciones de trabajo

El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control de sus circunstancias laborales y menos exigencias relacionadas con el estrés del trabajo son más sanas y, con frecuencia, viven más tiempo que las personas que tienen un trabajo y actividades estresantes con riesgos.

Entornos sociales

El conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Entornos físicos

Los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud. Los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos también constituyen influencias importantes.

Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación

Los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones y estilos de vida saludables así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida de manera saludable son influencias claves en la salud. La investigación en áreas como cardiopatías y niñez en desventaja, muestra que hay certeza de vínculos bioquímicos y fisiológicos a las condiciones vasculares y otros eventos adversos de la salud. Pérez, F y Corbea (2017).

Desarrollo sano del niño

El efecto de las experiencias prenatales de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de adaptación y la competencia son muy importantes. Los niños nacidos en familias de bajos ingresos tienen mayores posibilidades que aquellos nacidos en familias de ingresos altos de tener bajo peso al nacer, comer alimentos menos nutritivos y tener más dificultades en la escuela.

Características biológicas y genéticas

La biología básica y la constitución orgánica del cuerpo humano, son factores determinantes de la salud. La dotación genética proporciona una predisposición hereditaria a un amplio rango de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos y ambientales son factores determinantes importantes de la salud, en algunas circunstancias la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a enfermedades o problemas de salud particulares.

Servicios de salud

Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.

Género

El género se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia relativos que la sociedad atribuye a los dos sexos sobre una base diferencial. Las normas “que tienen en cuenta consideraciones de género” influyen en las prácticas y en las prioridades del sistema de salud. Muchos temas de salud están en función de la posición social o del género y los roles. Por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a violencia sexual o física, ingresos bajos o a ser madres solteras por razón del género. Medidas para abordar la iniquidad y sesgo de género dentro y fuera del sistema de salud mejoran la salud de la población.

Cultura

Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización,

la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.

Wilkinson y Marmot (2006) han abordado a través de diversas entregas el tema de los determinantes sociales de la salud, en la última de ellas definen como principales determinantes sociales de la salud el gradiente social, el stress, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, las redes de apoyo social, la adicción, la alimentación y la transportación, factores de los que se tienen mayores posibilidades para explicar los niveles de salud.

De esta forma se asume que “determinantes de la salud” es el nombre colectivo que le ha sido asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud, que estos factores determinantes no actúan aisladamente y que *las* interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud.

Otro de un factor determinante que se encuentra inmersa la sociedad en si son los hábitos tóxicos, algunos ya aceptado por la masa social sin tener en cuenta lo que provoca en el organismo, el Dr. Ricardo González Menéndez (2014) define a los hábitos tóxicos como:

“...Consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona...”

En los casos que nos ocupan (tabaco y alcohol), los tóxicos son sustancias naturales y no médicas, aunque sí legales, que cuando son consumidas producen algún efecto sobre el sistema nervioso del hombre y determinan, además, tolerancia y dependencia, así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar la salud en sus aspectos físico, mental y social produciendo algún efecto sobre el sistema nervioso. Este efecto puede ser estimulante, depresor o distorsionante de la realidad. Esto implica que según pasa el tiempo se incrementa la cantidad del producto necesario para obtener iguales resultados que los iniciales. Determinan dependencia. Se refiere al grado de esclavitud que ocasionan tanto desde el punto de vista psíquico como desde el referente al organismo.

El tabaquismo es un importante factor de riesgo para la salud y es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras (Burns, 2003; K. Fagerstrom, 2002; Ferrando, Plasencia, Oros, Borrell, & Kraus, 2000; Haussmann, 2007; Sasco, Secretan, & Straif, 2004. No hay un umbral de consumo por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud (Ezzati & Lopez, 2003; HHS, 2004). Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades publicada por la OMS, la dependencia del tabaco o tabaquismo se considera una enfermedad crónica adictiva. El tabaquismo, a pesar de ser un hábito aceptado por una parte importante de nuestra sociedad, es una forma de drogadependencia, puesto que la nicotina es una sustancia adictiva que presenta las características de las demás drogas, es decir, crea tolerancia, dependencia.

El consumo de alcohol es multifactorial, influyendo factores personales, familiares y sociales, como la búsqueda de satisfacción inmediata o la tendencia a la evasión y al aturdimiento ante determinadas situaciones. Factores no laborales como familiares, sociales y personales.

Para finalizar, cabe también mencionar y hacer énfasis sobre la importancia del marco legal, los derechos humanos y el VIH/SIDA ya que en incumplimiento de las mismas influye y contribuye directamente a la propagación de la epidemia al hacer mucho más difícil frente al problema.

La protección y la promoción de los derechos humanos previenen el estigma y la discriminación contra las personas que viven o están en riesgo frente al VIH/ SIDA por lo que reducen la vulnerabilidad a la epidemia. Porque además todas las personas son iguales en dignidad y derechos.

A partir del año 2013 la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación creó un área de trabajo con vistas a fortalecer el enfoque de derechos humanos aplicado a la salud; un área que actúe como conector entre el Estado y la sociedad, una línea directa de comunicación, donde las personas con VIH que residen en Argentina, los programas jurisdiccionales, los servicios de salud y las organizaciones sociales puedan recibir el asesoramiento necesario para evitar la vulneración de los derechos fundamentales de las personas con VIH.

Como línea estratégica de trabajo, el Área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la Dirección de Sida y ETS redactó este documento que contiene una explicación desde el enfoque de derechos humanos en salud de la legislación orientada a regular estos derechos en Argentina y las vías de acceso a los organismos correspondientes para que estos se cumplan. Teniendo en cuenta el carácter federal y descentralizado de la salud en la República Argentina, el área también pretende servir de nexo para la articulación entre las distintas jurisdicciones y entre estas y las diferentes áreas del Estado Nacional que deban involucrarse en la respuesta a fin de elaborar estrategias conjuntas y abarcativas aplicando el enfoque de derechos humanos en salud a la gestión pública.

Las personas con VIH tienen los mismos derechos que el resto de las personas: a que se respete su integridad y autonomía; a la salud y a la atención médica integral y oportuna, a la educación y a un trato igualitario. En este sentido todos somos iguales ante la ley, y a la vez distintos como seres únicos e irrepetibles.

En determinadas circunstancias, sin embargo, es necesario reforzar algunos de estos derechos y se debe promover su protección. Una de esas circunstancias es la desprotección y desamparo que sufren algunas personas con VIH/SIDA debido a la discriminación.

Con la reforma constitucional del año 1994, la Constitución Nacional Argentina incorpora expresamente, por un lado, el derecho a la salud en su artículo 42, como parte de los nuevos derechos y garantías y, por otro lado, otorga jerarquía constitucional a trece instrumentos internacionales.

La promoción y la protección de los derechos humanos son factores esenciales para prevenir la transmisión del VIH y reducir sus efectos, son además necesarios para proteger la dignidad de las personas con VIH y para alcanzar los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección por el VIH y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.

Como se señala más arriba, todas las personas tienen los mismos derechos, pero en determinadas circunstancias -como por ejemplo la infección por VIH- esos derechos deben ser reforzados por leyes especiales.

En ese contexto, se detalla a continuación un listado de normas referidas al derecho a la salud, en especial aquellas directamente relacionadas con la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA

- 1) Ley Nacional de Sida
- 2) Ley de derechos del paciente
- 3) Leyes de obligatoriedad de cobertura de las prestaciones de VIH-SIDA y droga dependencia.
- 4) Ley de medicina prepaga.

La aparición del VIH/SIDA modificó la vida social fundamentalmente en dos esferas:

Las relaciones entre las personas y las relaciones de los varones y mujeres con el Estado, como garante último de los derechos fundamentales y la dignidad de las personas.

El Derecho es un sistema de normas que rige la convivencia social en orden a la realización del bien común. Los derechos son las atribuciones que este sistema de normas le otorga a cada persona para hacer o no hacer, para exigir al Estado o a otras personas. El Derecho debe hacerse cargo de las modificaciones en la vida social, procurando siempre la defensa de los derechos fundamentales y la dignidad de las personas, y su vida de relación con los demás.

El hecho de considerar "culpable" a quien contrajo el virus está relacionado también con aspectos morales y religiosos. Así, la aparición del VIH/SIDA potenció los prejuicios más arraigados y disparó prácticas de discriminación para quienes viven con el virus, en lugar de generar un compromiso comunitario para frenar la epidemia.

En principio podríamos decir que todos los derechos son humanos, porque pertenecen al individuo y toda persona puede ser titular de facultades ante la ley o facultades morales.

Los Derechos Humanos se caracterizan por ser universales (para todas las personas), absolutos (pueden reclamarse indeterminadamente), innatos (por ser atributos inherentes a todo ser humano), imprescriptibles (no se pierden en el tiempo), irrenunciables, indivisibles e interdependientes, es decir, que si se desconoce uno de estos derechos se afecta el cumplimiento de todos los demás.

Trabajar la problemática del VIH/SIDA desde una perspectiva de Derechos Humanos implica conocer que el Derecho a la Salud (y en este marco, los derechos sexuales y reproductivos) es un derecho básico y que si bien todos somos responsables de su cumplimiento, el garante último es el Estado.

En nuestro país el orden normativo es jerárquico, lo que significa que hay normas que están por encima de otras. Así, la Constitución y los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos están por encima de todo lo demás, lo que significa que no hay ninguna norma que pueda derogarlos, suprimirlos, modificarlos, recortarlos.

1. Ley Nacional de Sida (Ley N° 23.798)

En el caso del VIH/SIDA, la Argentina es uno de los pocos países de Latinoamérica que cuenta con una Ley 23.798 —sancionada en 1990— que protege a las personas que viven con VIH. Esta Ley habilitó la creación de un Programa Nacional de SIDA que asegura la atención y el tratamiento a todo aquel que viva con el virus. De la Ley Nacional de SIDA se desprenden una serie de principios básicos que deben ser respetados por toda la población, y estos son:

1- Consentimiento Informado

Es una de las reglas éticas que el equipo de salud debe cumplir. Es un procedimiento que se desarrolla durante toda la relación médico-paciente, basado en el diálogo y el respeto mutuo. Información y consentimiento son los dos componentes del "consentimiento informado", lo que implica brindar información al paciente de manera que la pueda comprender y así decidir si acepta o no someterse a una práctica médica. El consentimiento informado es un proceso por el cual el médico brinda la información al paciente sobre su diagnóstico, los riesgos y beneficios que puede tener y qué tratamiento o alternativas terapéuticas existen. El consentimiento es una decisión libre que da el paciente y supone su comprensión sobre su situación de salud. Este proceso del "consentimiento informado" se realiza con una autorización escrita por parte del paciente en los casos que lo exige la ley. En el caso del testeo por VIH, el paciente debe firmar dicha autorización antes de la extracción de sangre. Es importante recordar que la ley de SIDA se basa en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los principios establecidos en el Código Civil para exigir que se les solicite el consentimiento informado a los menores de edad.

El Consentimiento informado tiene las siguientes excepciones:

- Pacientes en situaciones de urgencia donde el tiempo que demandaría darle la información y obtener su consentimiento informado le provocaría un daño grave;
- Pacientes graves en estado de inconsciencia donde no hay familiares ni allegados para representarlos;
- Pacientes que para realizarse una operación han dado su consentimiento pero que en la intervención los médicos se dan cuenta de que es necesario realizar una cirugía diferente a la prevista, la cual fue consentida.

2- Confidencialidad

Es la obligación de guardar o no revelar información obtenida en una relación de confianza. Es parte del derecho a la privacidad del que gozan todas las personas. Se trata de la obligación de guardar secreto, de callar y no difundir, de ninguna forma, datos de carácter confidencial. En el caso del VIH/SIDA, la ley indica, que esta obligación de guardar secreto alcanza a todos los miembros del equipo de salud y a toda persona que conozca que una persona contrajo el virus.

El principio de confidencialidad tiene las siguientes excepciones:

- Revelación del diagnóstico a la persona afectada y su representante;
- Revelación a otro profesional médico;
- Revelación a los entes del Sistema Nacional de Sangre;
- Revelación a los Jueces;
- Revelación a futuros adoptantes;
- Revelación para prevenir un mal mayor

3- Veracidad

Es la obligación de decir la verdad y no mentir o engañar en cuanto a la información sobre el estado de salud de una persona. Es importante recordar que para poder recibir la información es necesario contar con la contención adecuada. El equipo de salud debe tener en cuenta: ¿Qué decir?, ¿Cuánto decir?, ¿Cómo decirlo?, ¿Cuándo decirlo? Sin que ello suponga un ocultamiento o disminución de la verdad. El principio de veracidad tiene una excepción, conocida como privilegio terapéutico. Es cuando al no decir toda la verdad se beneficia al paciente, porque no está en condiciones de comprender la verdad o de querer saberla (mentira piadosa, altruista o benevolente).

4- Discriminación

Algunas nociones del término discriminación son: separación, distinción, diferenciación. La discriminación debe tomarse desde un lugar de cuidado, no de exclusión. Si bien "todos somos iguales ante la ley", se trata de reconocer y respetar las diferencias personales para poder implementar medidas que superen las desigualdades sociales, hasta tanto desaparezcan las condiciones que impiden la plena vigencia de la igualdad jurídica. Podemos decir entonces que la discriminación consiste en la diversidad de tratamiento en cuanto a los derechos que se da a un determinado grupo, en nuestro caso, a las personas viviendo con VIH/SIDA.

5- Acceso a la atención de la salud

Acceder a la atención de la salud es indispensable para la conservación de la buena salud y, en algunos casos, de la vida misma. El acceso a la atención sanitaria en nuestro país está garantizado para toda la población y está incluido en la Constitución Nacional y en lo Pactos Internacionales que ésta incluye a partir de la reforma de 1994. Además, la Ley Nacional de SIDA obliga a las obras sociales y a la medicina prepaga a brindar tratamiento médico, farmacológico y psicológico a todas

las personas que viven con VIH/SIDA. Para aquellas personas que no tienen ni obra social ni medicina prepaga es el Estado, a través de los hospitales públicos, quien brindará la atención necesaria como así también la provisión de los medicamentos.

2. Ley de derechos del paciente (Ley N° 26.529)

Esta ley establece los derechos que tienen los pacientes durante la relación con profesionales y/o instituciones de la salud. Fue sancionada en el año 2009 y su espíritu es la protección integral de la salud desde el enfoque de derechos humanos. En su artículo 2° reconoce los siguientes derechos:

- a) Asistencia
- b) Trato digno y respetuoso
- c) Intimidad
- d) Confidencialidad
- e) Autonomía de la voluntad
- f) Información sanitaria
- g) Interconsulta médica
- h) Consentimiento informado

a) Asistencia. Implica que las personas, prioritariamente niñas, niños y adolescentes, tienen derecho a la asistencia de su salud por parte de los profesionales del área. Estos deben brindar asistencia a todas las personas, sin discriminarlas por raza, sexo, ideología, religión ni condición socioeconómica, es decir, sin menoscabar la dignidad humana, ni realizar distinción alguna.

b) Trato digno y respetuoso. La persona, además de ser asistida, tiene que recibir un trato por parte del profesional de la salud que asegure el respeto de sus convicciones personales, morales, condiciones socioculturales, género, pudor, intimidad, sea cual fuere el padecimiento. Igual trato deben recibir sus familiares.

c) Intimidad. Sobre el tratamiento de la información y documentación clínica de la persona, debiendo ser manejada en forma confidencial, respetuosa de la dignidad, autonomía de la voluntad y privacidad protegidas por la Constitución Nacional y otras normas.

d) Confidencialidad. Al igual que la ya mencionada Ley de Sida, establece que las personas que participen en el acceso, elaboración o utilización de documentación clínica, deben guardar el secreto profesional, salvo dos excepciones: autorización del paciente (o su tutor) u orden judicial.).

Autonomía de la voluntad. La persona tiene la decisión de aceptar o rechazar terapias y procedimientos médicos o biológicos, sin necesidad de expresar el motivo. Este derecho se hace

extensivo a niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, por el cual se establece la posibilidad de que ellos participen en la toma de decisiones de terapias y/o procedimientos médicos o biológicos cuando involucran su vida o salud. Asimismo, la persona también puede revocar esta decisión. f) Información sanitaria. Los artículos 2° y 3° de la ley definen la información que se le debe brindar al paciente o representante legal, y en los casos que corresponda, al cónyuge, conviviente, concubino y/o familiares cercanos, sobre su estado de salud, estudios practicados, tratamientos realizados.

3. Obligatoriedad de cobertura de las prestaciones de VIH-sida y droga dependencia (Leyes N° 24.455 y 24.754).

Estas leyes obligan a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga, respectivamente, a garantizar la cobertura de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por cualquier retrovirus, incluido el VIH, y aquellas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

4. Ley de medicina prepaga (Ley N° 26.682)

La ley 26.682, sancionada en el mes de mayo de 2011, establece el marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga. El objetivo central de esta norma es equiparar los servicios de la medicina prepaga a los de las obras sociales, ampliando su cobertura. Debiendo incorporar como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio vigente según resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se hará una aproximación a los diagnósticos tardíos, obtenidos mediante parámetros, inmunológicos y virológicos recuentos de células LT CD4, y carga viral.

Según Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M (2011) describen en Europa en el año 2009 con el objetivo de identificar personas con un incremento de riesgo de progresión de la infección, y de mejorar la vigilancia, así como de facilitar las comparaciones entre países, regiones del mismo país, y a lo largo del tiempo, se consensuaron las siguientes definiciones:

-Presentación tardía (late presentación): personas que inician tratamiento con un recuento de CD4 menor de 350 cel./ μ l o con un diagnóstico de SIDA, independiente de su recuento de CD4.

- Presentación con enfermedad avanzada de VIH: personas con recuento de CD4 menor a 200 cel./ μ l o con diagnóstico de SIDA independiente del nivel de CD4.

Además el equipo para la variable del estigma, adhiere a Quiroga, Castro, Mildreth (2016) quien refiere que los factores o motivos que obstaculizan el diagnóstico precoz del VIH en pacientes VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) en etapas avanzadas (CD4 menor 200 cel/mm³) y/o con presencia de enfermedades oportunistas, puede deberse a: factores propios de los pacientes como así también el estigma social, la experiencia de los profesionales de salud en promoción y detección y los factores relacionados con el sistema de salud.

Factores propios de los pacientes:

- Escasa información sobre la enfermedad,
- Que el individuo no se considera en riesgo,
- Miedo a la prueba por el estigma social del diagnóstico VIH (+)
- Negatividad temor.
- Desconfianza en el sistema de salud.

Estigma social:

- No reciban tratamiento de forma oportuna.
- No asistir a programas de seguimiento y control de la infección.

Discriminación:

- Miedo al aislamiento social
- Limitación en las relaciones, aislamiento.
- Actitudes de evitación a las Visitas médica.
- Rechazo social.

Experiencias de los profesionales de salud en promoción y detección.

- Confidencialidad
- Concientización en la detección temprana y promoción de testeo voluntario y gratuito.
- Pérdida de oportunidad para solicitar el testeo.
- Falta de sospecha clínica cuando el paciente acude a la consulta.
- Cuestiones legales que enlentece la solicitud.

Factores relacionados con las instituciones de atención.

- Capacitación y actualización profesional de salud
- Exigua oferta o difusión de pruebas rápidas o test.
- Ineficaz consejería.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los motivos que llevaron al diagnóstico tardío, según recuento de cd4 y carga viral de los pacientes que se encuentra en tratamiento en el plan provincial del VIH/SIDA del hospital Rawson de la ciudad de Córdoba en el segundo semestre del 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer si los factores propios del paciente son un motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH /SIDA
- Analizar si el estigma social es un motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH /SIDA
- Determinar si la discriminación es un motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH /SIDA.
- Definir si la experiencia de los profesionales de salud en promoción y detección es un motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH /SIDA.
- Describir si factores relacionados con las instituciones de atención son motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH /SIDA.
- Establecer cual motivo prevalece para el diagnóstico tardío.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Según el periodo y secuencia del estudio será descriptiva, transversal debido a que la variable será estudiada por única vez haciendo un corte en el tiempo en el segundo semestre del 2019.

La investigación que se llevará a cabo será descriptiva, porque describirá los motivos que llevaron al diagnóstico tardío, según recuento de cd4 y carga viral, de los pacientes que se encuentra en tratamiento en el plan provincial del VIH/SIDA del hospital Rawson de la ciudad de Córdoba. En el segundo semestre del 2019.

Las variables en estudio, los motivos que llevaron al diagnóstico tardío del VIH SIDA fue definida operacionalmente por 5 dimensiones:

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE:

Variable conceptual	Dimensiones	Indicadores
Motivos que llevaron al diagnóstico tardío, según el recuento de los valores CD4 y la carga viral de los pacientes que se encuentra en tratamiento en el plan provincial del VIH/SIDA del hospital Rawson de la ciudad de Córdoba, durante el segundo semestre del 2019	Propios del paciente	<ul style="list-style-type: none">➤ Escasa información sobre la enfermedad.➤ Que el individuo no se considera en riesgo.➤ Miedo a la prueba por el estigma social del diagnóstico VIH (+)➤ Negatividad y temor.➤ Desconfianza en el sistema de salud
	Estigma social:	<ul style="list-style-type: none">➤ No recibir tratamiento de forma oportuna.➤ Asistencia programas de seguimiento y control de la infección
	Discriminación.	<ul style="list-style-type: none">➤ Miedo al aislamiento social➤ Limitación en las relaciones, aislamiento.➤ Actitudes de evitación a las Visitas médica.

Motivos que llevaron al diagnóstico tardío, según el recuento de los valores CD4 y la carga viral de los pacientes que se encuentra en tratamiento en el plan provincial del VIH/SIDA del hospital Rawson de la ciudad de Córdoba, durante el segundo semestre del 2019		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo social.
	Experiencias de los profesionales de salud en promoción y detección.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confidencialidad ➤ Concientización en la detección temprana y promoción de testeo voluntario y gratuito. ➤ Perdida para solicitar el testeo. ➤ Falta de sospecha clínica cuando el paciente acude a la consulta. ➤ Cuestiones legales
	Factores relacionados con las instituciones de atención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación y actualización profesional de salud ➤ Insuficiente oferta o difusión de pruebas rápidas o test. ➤ Consejería ineficaz

POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo estará comprendido por datos de 200 pacientes diagnosticados y bajo tratamiento que se encuentran en el plan provincial de VIH SIDA de la provincia de Córdoba.

Teniendo en cuenta que es una población cuantificable y limitada.

- Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados en el segundo semestre del 2019 y que se encuentren en el plan provincial de VIH SIDA., al realizar el primer testeo con recuento de células cd4 <350 células/mm³, carga viral con valor a >100.000 copias por ml.

- Criterios de exclusión: Pacientes diagnosticados en el segundo semestre del 2019 con recuentos de células >350 células/mm³, carga viral con valor <100.000 copias/ml, pacientes que no se encuentran dentro del programa provincial de VIH SIDA.
- Aquellos que no acepten participar.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleara como instrumento ficha de entrevista estructurada donde se explicitan las preguntas correspondientes a los aspectos incluidos en las dimensiones definidas en este trabajo, con sus respectivos indicadores

FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente de recolección será:

- 1) Secundaria: Ya que mediante esta técnica se solicitará al Programa Provincial del VIH /SIDA parámetros, inmunológicos y virológicos recuentos de células LT CD4, y carga viral de los paciente bajo el tratamiento, como así también la nómina de los mismos y sus respectivos contactos.
- 2) Primaria: Una vez obtenidos el listado de pacientes con sus respectivos contactos, se procederá a realizar una entrevista de los mismos ya sea en forma personal o telefónica.

PLANES:

- Recolección de Datos

Para tener accesos a los datos se presentara a las autoridades de la institución:

Solicitud de Autorización: al director del Hospital, encargado del programa provincial de VIH/SIDA y laboratorio de la institución.(anexo I)

Consentimiento Informado: a los pacientes que acepten participar del estudio y reúnan los criterios de inclusión (anexo II)

Instrumento de recolección: la implementación del mismo. (anexo III)

- Plan de procesamiento de los datos

Para llevar a cabo el procesamiento de datos, los mismos se agruparán, ordenarán y controlarán con el fin de descartar errores. El programa informático a utilizar para el análisis de los datos será el de Microsoft Office, Excel 2016.

- Plan de presentación de datos

TABLA 1) Edad y género de la población, que llevaron al diagnóstico tardío del VIH /SIDA de los pacientes que se encuentra en tratamiento en el plan provincial del VIH/SIDA del Hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba en el periodo del segundo semestre del 2019

Genero	F		M		O	
	F	%	F	%	F	%
Edad						
18-30 años						
31-40 años						
41-50 años						
>50 años						
Total						

Fuente: Cédula de entrevista

Tabla 2: Motivos propios del paciente que llevaron al diagnóstico tardío del VIH/SIDA en pacientes que se encuentran en tratamiento en el plan provincial de VIH SIDA y ETS del hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba en el periodo segundo semestre del 2019

Motivos propios del paciente	SI	NO
Escasa información sobre la enfermedad,		
Que el individuo no se considera en riesgo,		
Miedo a la prueba por el estigma social del diagnóstico VIH (+)		
Negatividad y temor.		
-Desconfianza en el sistema de salud		
Otro		
Total		

Fuente: Cédula de entrevista

Tabla 3: Estigma social como motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH/SIDA en pacientes que se encuentran en tratamiento en el plan provincial de VIH SIDA y ETS del hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba en el periodo segundo semestre del 2019

Estigma social	si	No
No recibir tratamiento de forma oportuna.		
No asistir a programas de seguimiento y control de la infección		
Total		

Fuente: Cédula de entrevista

Tabla 4: Discriminación como motivo que llevaron al diagnóstico tardío del VIH/SIDA en pacientes que se encuentran en tratamiento en el plan provincial de VIH SIDA y ETS del hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba en el periodo segundo semestre del 2019

Discriminación	si	No
Miedo al aislamiento social		
Limitación en las relaciones, aislamiento		
Actitudes de evitación a las Visitas médica		
Rechazo social.		
Total		

Fuente: Cédula de entrevista

Tabla 5:Experiencia de los profesionales de salud en promoción y detección como motivos que llevaron al diagnóstico tardío del VIH/SIDA en pacientes que se encuentran en tratamiento en el plan provincial de VIH SIDA y ETS del hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba en el periodo del segundo semestre del 2019

Experiencia de los profesionales de la salud	si	No

Confidencialidad		
Concientización en la detección temprana y promoción de testeo voluntario y gratuito.		
Perdida para solicitar el testeo		
Falta de sospecha clínica cuando el paciente acude a la consulta.		
Total		

Fuente: Cédula de entrevista.

- Plan de análisis de datos

Se seleccionará un programa estadístico para analizar los datos, descriptivamente por variable, lo que permitirá una visualización de los mismos y preparar los resultados para presentarlos en sus respectivas tablas, gráficos u otros.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. GRÁFICO DE GANTT

Se elaborará el Diagrama de Gantt para establecer el plan de trabajo y llevar a cabo el cumplimiento de cada una de las etapas del proyecto y su difusión, detallando el tiempo y fecha que se programarán dichas fases.

Actividades	Año 2019					
	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Revisión del Proyecto.	XXX					
Recolección de datos.		XXXX	XXXX			
Procesamiento de datos				XXXX		

Análisis e interpretación de datos				XXXX		
Redacción del informe final					XXXX	
Corrección					XXXX	
Publicación						XXXX

PRESUPUESTO

Rubro	Cantidad	Precio unitario	Precio total
Recursos humanos			
Investigadores	2	0	0
Asesor metodológico	1	\$2000	\$2000
Recursos materiales			
Fotocopias de encuesta	600	\$5.00	\$3.000
Folios	10	\$ 2.00	\$ 20.00
CD	10	\$14.00	\$140.00
Artículos de librería			
Cartuchos de impresion (Color y negro)	2	\$ 500	\$1000
Lapiceras	1 caja	\$ 255.00	\$ 255.00

Comunicación		Abonos de c/u	
Telefonía celular	2	\$ 500-\$450	\$950
Transporte			
Transporte urbano	10x2 (viaje de ida y vuelta)	\$ 28.00	\$250
Combustible	1	Nafta super \$ 48,59	\$ 1900,43
Imprevistos	-	-	\$ 1.000
Total general			\$ 10.020,43

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Adolfo Gerardo, Álvarez Pérez, García Fariñas, Anaí, & Bonet Gorbea, Mariano. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2) Recuperado, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&tlng=es.
- American Cancer Society (2014). ¿Qué es VIH y qué es SIDA?. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/infeccion-con-vih-sida/que-es-vih-y-sida.html>
- Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J (2011). Presentación tardía de la infección por VIH: una definición de consenso. *Pubmed*. (1). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20561080>
- Araya, Alejandra X, Bravo, Paulina, Carrasco, Paola, Urrutia, M. Teresa, Vega, Paula, Rubio, Miriam, & Lira, M. Jesús. (2013). Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH:

revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 30(6), 638-643 <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000600011>

- Byron Tamayo Zuluaga & Yerileny Macías-Gil, Jessica Natalia Henao Peláez, Jaiberth Antonio Cardona Arias, Ruth Cabrera-Orrego (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). Acerca del VIH/SIDA. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>.
- Datos sobre el estigma del VIH. (2018) CDC Centro de Promoción y Prevención de Enfermedades disponible: <https://www.cdc.gov/actagainstaids/spanish/campaigns/together/vih-estigma-datos/index.html>
- Díaz Torres HM, Lubián Caballero AL. Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. *Rev Cubana Med*. 1998 [citado 2 Oct 2015] 37(3):157-65. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_3_98/med05398.htm
- Dirección de Sida y ETS Ministerio de Salud de la Nación. (2010) El diagnóstico de VIH: prácticas del equipo de salud y experiencias de testeo en personas homosexuales, bisexuales y trans. DISPONIBLE: http://www.paho.org/arg/images/Gallery/SIDA/VIH_separata2.pdf?ua=1
- García de Olalla P, Reyes JM y Reyes JM. (2012). Retraso Diagnóstico de la Infección por VIH. *Rev. Es SanidPenit*2012; 14: 28-35. Disponible en : http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n1/05_revision.pdf
- Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH. (2017) ¿Qué son los CD4? Disponible en: http://gtt-vih.org/aprende/informacion_basica_sobre_el_vih_que_son_los_cd4
- José Busto Martínez. (2013). Actitudes, experiencias y prácticas en Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia

Humana. (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid. Madrid. Disponible: https://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/3068/Tesis_MJBM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Lic. Inés Arístegui Colaboradoras: Lic. Raquel Pemoff Lic. Mariana Flighelman Lic. Silvia Warth Lic. Franca Vergani Lic. Virginia ZalazarCrl. Liliana Rapagnani Lic. Arturo Mercado. (2014). ABORDAJE PSICOLÓGICO DE PERSONAS CON VIH Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped.: Recuperado de: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>
- Mariana Vázquez, Mariela Salomé, Elián Pregno, Gabriela Wald. (2014). Derechos Humanos y Sida. Guía para promotores comunitarios. Recuperado: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Derechos-Humanos-y-sida-%E2%80%93-Guia-para-promotores-comunitarios.pdf> .
- Michael M. Copenhaver (2013). Mecanismos de estigma del VIH y bienestar entre las personas que viven con el VIH: una prueba del marco del estigma del VIH, *Aids and Behavior*, volumen 17 (5) pp 1785–1795. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-013-0437-9>
- Ministerio de la Salud de la Nación. (2017, Diciembre). Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina (Nº34) [archivo PDF]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001070cnt-2018-03_boletin-epidemio-vih-sida.pdf
- Noda Albelo, Amauri Lázaro, Vidal Tallet, Lázaro Arturo, Pérez Lastre, Jorge Ernesto, & Cañete Villafranca, Roberto. (2013). Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. *Revista Cubana de Medicina*, 52(2), 118-127. Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000200005&lng=es&tlng=es

- Organización de las Naciones Unidas. (2017). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). VIH/SIDA. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Pablo David Radusky, Virginia Zalazar, Inés Arístegui, Omar Sued & Isabel María Mikulic. (2017). Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH (IE-VIH) en Buenos Aires, Argentina. *Psicodebate*, (2017), (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sideba/v17n2/v17n2a01.pdf>
- Puente Saní, Ventura, & Arias Deroncerés, Iván de Jesús. (2016). Inicio del sida o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *MEDISAN*, 20(8), 1009-1012. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000800001&lng=es&tlng=es.
- Quiroga Troche, Rocio, Leguizamón Castro, Ariel, Illanes, Daniel, & Castro, Mildreth. (2016). Factores que influyen en el retraso del diagnóstico del VIH. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(2), 72-78. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000200003&lng=es&tlng=es.
- Raúl Delgado Arenas, Pérez, Julca Vera, López Y Romer. (2016) Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *UNFEI*. 25(1), 63. DISPONIBLE: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/R.DELGADO.pdf>
- Valerie A. Earnshaw & Laramie R. Smith, Stephenie R. Chaudoir, K. Rivet Amico Wilkinson, R. G. and M. Marmot. 2006. Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud. Ed española, traducción de la 2a de la OMS ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- www.notivida.com.ar/legnacional/LEY%20NACIONAL%2023798%20SIDA.html

- CIDH comisión interamericana de derechos humanos 2006. Declaración de los derechos y deberes del hombre. Disponible: www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp

Anexo

Anexo I:



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

NOTA DE AUTORIZACION

CORDOBA.....2019

Al Sr. Director

Del

Dr

S / D.-

Los abajo firmantes, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, tienen el agrado de dirigirse a Usted y por su intermedio a quien corresponda, con el fin de solicitar autorización para la realización de un trabajo de investigación correspondiente a la cátedra de Taller de Trabajo Final cuyo tema es "Motivos del diagnóstico tardío del VIH SIDA".

Por esta razón se solicita de su autorización y colaboración para poder recabar la información y documentación requerida.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable saludan a Usted muy atentamente.

Anexo II



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente estudio de investigación será realizado por alumnos libres de la Cátedra de Taller de Trabajo Final de la Licenciatura de Enfermería con la Universidad Nacional de Córdoba modalidad libre, afines de concretar el requisito para obtener el título de grado. Por esta razón se desea indagar sobre “Motivos del diagnóstico tardío del VIH SIDA”.

Si Usted accede a participar de este estudio de manera voluntaria, se le solicitará responder un cuestionario auto administrado con preguntas estructuradas y no estructuradas. La información que se obtenga será confidencial. Si se le presenta algún interrogante en el transcurso de su participación, las mismas serán resueltas.

Agradecemos su participación y el valioso que pueda brindarnos .Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar le rogamos nos lo indique.

Declaratoria de voluntad:

He leído y se me ha explicado toda la información descripta en este formulario antes de firmarlo, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada a mis requerimientos. Por lo tanto accedo a participar como uno de los sujetos del grupo de la población de estudio.

Firma de la participante

Firma del investigador

Anexo III



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA

Somos alumnos del quinto año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Nos encontramos realizando un estudio que tiene como propósito reunir información referente a "Motivos del diagnóstico tardío del VIH SIDA".

Por tal motivo, solicitamos que acceda a responder la siguiente encuesta, de la manera más completa y detallada posible, ya que la misma será la que proporcionará los datos que permitirán conocer el tema en cuestión, y arribar conclusiones. Los datos se encontrarán amparados por el secreto estadístico.

La encuesta está compuesta por preguntas semi – estructuradas y abiertas, que deberá responder de acuerdo a lo que siente y realiza. Dependiendo de su respuesta, dependerá la validez y éxito del trabajo. Le recordamos que la misma es de carácter libre y anónimo.

Agradecemos su participación y colaboración.

Edad:

- A. Menos de 20 años
- B. 20 -30 años
- C. 31- 40 años
- D. 41- 50 años
- E. Más de 50.

Sexo: F M Otro:..... Tiempo de diagnostico-----

Saben de su diagnostico

si	no

Quien:

Padres		pareja		Hermanos		amigos		otros	
si	no	si	no	si	no	si	no	si	no

Cantidad de células CD4 al momento del diagnóstico.

- A. < 200
- B. 200-249
- C. 250-350
- D. >350

Cantidad de carga viral en ML al momento del diagnostico

- A. >100.000
- B. <100.000
- C. Indetectable

1-Usted cree que poseer poca información sobre la enfermedad, pueda ser una motivo para realizar la prueba del laboratorio

si	no

Porque: _____

2- ¿Cree que hay motivos personales por el cual solicitar el pedido de serología? ¿Cuáles?--

3-Cuál de estas afirmaciones cree que fue, la causa, que hizo llegar a un diagnóstico y tratamiento tarde de su enfermedad:

Miedo a la prueba por el estigma social del diagnóstico VIH (+)	Negatividad y temor	Desconfianza en el sistema de salud	Otro

4-Cree usted que la sociedad o el sistema de salud tuvo que ver en el retraso del tratamiento. Por que:_____

5-Sintió momentos que hicieran abandonar programas de seguimiento y control de las infecciones o la asistencia médica por alguna dolencia.

si	no

Cual -----

6-Experimento, momentos que tuvo miedo a quedar solo por estar enfermo ¿?.

Cual:-----

7-Por su condición de VIH SIDA noto limitada las relaciones personales con el grupo de amigos, familiares, trabajo.

si	no

8-A veces sintió el deseo de no asistir a consultas médicas u odontológicas por temor a ser discriminado ¿

si	no

9-Cree que el rechazo social podría retrasar la realización en tiempo y forma de los estudios de laboratorios para conocer la enfermedad (serología).

si	no
----	----

--	--

10-Considera usted que los resultados de laboratorio están amparados por el secreto profesional (confidencialidad) .

si	no

11-usted como considera la experiencia de los profesionales en la concientización-detección temprana y promoción del testeo voluntario y gratuito

suficiente	
Regular	
Insuficiente	
No sabe	

12-Cree que el diagnostico - tratamiento tarde fue por la falta de solicitud y de sospecha clínica por parte del profesional.

si	no

13-La demora de la solicitud de laboratorio está relacionado a cuestiones legales

si	no

14- ¿Piensa si hay circunstancias de las instituciones de atención que son motivos de los diagnostico tardio del VIH SIDA? ¿Cuáles?