

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Tesis

**Correlación entre estigma y sintomatología ansioso-depresiva en los  
pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control  
viroológico**

Para optar por el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Alfredo Juan Chiappe Gonzalez

Asesor: Dr. Juan Sandoval Vílchez

Lima – Perú

2018

## ÍNDICE

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Agradecimientos | iv  |
| Resumen         | v   |
| Abstract        | vi  |
| Introducción    | vii |

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

|   |    |
|---|----|
| 1.1 Marco histórico   | 9  |
| 1.2 Bases teóricas  | 13 |
| 1.2.1 Grupos de riesgo  | 13 |
| 1.2.2 Etiología: características moleculares y biológicas del VIH | 15 |
| 1.2.3 Estructura  | 15 |
| 1.2.4 Historia natural de la infección por VIH                    | 18 |
| 1.2.5 Psicología del paciente con VIH/SIDA                        | 23 |
| 1.2.6 La ansiedad y depresión en el paciente VIH                  | 25 |
| 1.2.7 Definición y concepto de estigma                            | 28 |
| 1.2.7.1. Individuos estigmatizantes                               | 29 |
| 1.2.7.2. Categorías del estigma                                   | 31 |
| 1.2.7.3. Dimensiones del estigma                                  | 32 |
| 1.2.7.4.Repercusiones del estigma                                 | 33 |
| 1.2.7.5.Estigma asociado a VIH                                    | 35 |
| 1.2.7.6.Tipos de estigma asociado a VIH                           | 36 |
| 1.3 Marco legal   | 37 |
| 1.4 Investigaciones o antecedentes del estudio                    | 39 |
| 1.5 Marco conceptual  | 42 |

## CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

|   |    |
|---|----|
| 2.1 Planteamiento del problema                                  | 43 |
| 2.1.1 Descripción de la realidad problemática                   | 43 |
| 2.1.2 Antecedentes teóricos                                     | 44 |
| 2.1.3 Definición del problema general y específicos             | 45 |
| 2.2 Objetivos, delimitación y justificación de la investigación | 46 |
| 2.2.1 Objetivo general y específicos                            | 46 |
| 2.2.1 A. Objetivos general                                      | 46 |
| 2.2.1 B. Objetivos específicos                                  | 46 |
| 2.2.2 Delimitación del estudio                                  | 49 |
| 2.2.3 Justificación e importancia del estudio                   | 50 |
| 2.3 Hipótesis, variables y definición operacional               | 51 |
| 2.3.1 Supuestos teóricos  | 51 |
| 2.3.2 Hipótesis general y específicas                           | 52 |

|   |     |
|---|-----|
| 2.3.3 Variables y definición operacional e indicadores                                | 56  |
| <b>CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS</b>                                   |     |
| 3.1 Tipo de investigación   | 63  |
| 3.2 Diseño a utilizar   | 63  |
| 3.3 Universo, población, muestra y muestreo   | 63  |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos                                   | 64  |
| 3.5 Procesamiento de datos  | 66  |
| <b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>                             |     |
| 4.1 Presentación de resultados  | 67  |
| 4.2 Contrastación de hipótesis  | 69  |
| 4.3 Discusión de resultados   | 98  |
| <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>                                     |     |
| 5.1 Conclusiones  | 101 |
| 5.2 Recomendaciones   | 102 |
| BIBLIOGRAFÍA  | 103 |
| ANEXOS  | 113 |
| Anexo 1: Formato de Consentimiento Informado para el paciente.                        |     |
| Anexo 2: Inventario de Ansiedad adaptado de Beck                                      |     |
| Anexo 3: Escala de Depresión de Hamilton  |     |
| Anexo 4: Escala de Estigma asociado a VIH de Berger – validada y abreviada por Franke |     |
| Anexo 5: Ficha estructurada de recolección de datos                                   |     |

## **AGRADECIMIENTOS**

Muestro un especial agradecimiento y consideración a los maestros del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, a mi mentor en esta tesis el Dr. Juan Sandoval Vílchez y a mi hija que es la luz de cada uno de mis días; elementos que colectivamente me brindaron el apoyo, guía y sostén incondicional a lo largo de este largo camino de investigación y sacrificio.

## RESUMEN

**Introducción:** Actualmente existen más de 35 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel global, cobrando la vida de más de un millón de pacientes anualmente. La sobrevida actualmente depende de la adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral combinado (TARVc) que se traduce en el adecuado control virológico de la infección. Hay evidencia que demuestra que la falta de respuesta virológica y la falta de adherencia al TARVc, se podría asociar al estigma, al igual que a la sintomatología ansiosa-depresiva existente en personas viviendo con VIH.

**Metodología:** Se realizó un estudio correlacional en 247 pacientes VIH en TARVc durante al menos 6 meses, obteniendo características descriptivas, al igual que correlaciones entre los niveles de estigma y la sintomatología ansioso-depresiva en los pacientes con adecuado e inadecuado control virológico.

**Resultados:** Se observaron porcentajes elevados de depresión y estigma en la población estudiada. Además se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el estigma y ansiedad, al igual que entre estigma-depresión y ansiedad-depresión independientemente del adecuado o inadecuado control virológico de la infección. **Conclusiones:** Los niveles de estigma-ansiedad, estigma-depresión y ansiedad-depresión presentan correlaciones estadísticamente significativas en los pacientes VIH en TARVc, por lo que su búsqueda y manejo debe ser rutinario independientemente del adecuado o inadecuado control de la enfermedad de fondo.

**Palabras clave:** estigma, ansiedad, depresión, virus de inmunodeficiencia humana.

## ABSTRACT

**Introduction:** Nowadays there are over 35 million people living with HIV infection among the world, with over one million deaths annually among this same cause. The life expectancy depends in the proper adherence to the combined antiretroviral treatment (CART) which reflects in the adequate virology control. The evidence shows that the inadequate treatment adherence as well as the poor virology control could be associated with stigma and anxiety-depression symptoms in patients living with HIV infection. **Methodology:** We performed a correlational study with 247 HIV patients on CART for at least six months, obtaining descriptive data and correlational statistical analysis between stigma levels and anxiety-depression symptomatology in patients with adequate and inadequate virology control. **Results:** We found high percentage frequency of depression and stigma among the HIV population of the study. Significant statistical correlations were found between stigma-anxiety, stigma-depression and anxiety-depression independently of the adequate or inadequate virology control of the infection. **Conclusions:** The levels of stigma-anxiety, stigma-depression and anxiety-depression have significant statistical correlations among HIV patients on CART, therefore the routinely search and management approach must be performed independently of the adequate or inadequate virology control.

**Key words:** stigma, anxiety, depression, human immunodeficiency virus.

## INTRODUCCIÓN

En el sistema de salud del Perú como en otros países en vías del desarrollo existen ciertas barreras en infraestructura, falta de insumos y demás situaciones que dificultan el proporcionar atenciones de elevada calidad a los pacientes. Es menester reconocer que a pesar de ello, el sentido del deber y la vocación del personal de salud logra en la gran mayoría de veces, superar aquellos obstáculos para garantizar que los consultantes recuperen la salud y logren mantener una calidad de vida digna. Actualmente se encuentra en proceso en el Perú la reforma de salud mental, lo que implica desinstitucionalizar a las personas con problemas mentales y que éstas en lugar de ser excluidas y llevadas a centros especializados, sean atendidas y compartan los servicios generales de salud como todos los peruanos. Sin embargo, el estigma hace que incluso personal de salud entrenado persista excluyendo a las personas con problemas de salud mental y negándose a realizar la atención debida.

En este punto vemos la complejidad que será esta reforma, ya que si bien inicialmente viene centrándose quizá en desinstitucionalizar aquellas personas con enfermedades mentales severas (ejemplo: esquizofrenia), no podemos dejar de lado aquellas personas con problemas de salud física, de curso crónico que se asocian a diversos trastornos de la esfera mental y que no encuentran la atención pertinente que cubra la integralidad de sus dolencias física y mental afectando su pronóstico considerablemente.

Un claro ejemplo de ello lo encontramos en las personas que adquirieron la infección por el VIH, quienes gracias al avance de la medicina y el mejoramiento de los antiretrovirales han superado la expectativa de vida, llegando a la par de otras enfermedades crónicas como la diabetes. Sin embargo, en una gran proporción de estas personas, a pesar de los grandes avances en el tratamiento, no logran la adherencia terapéutica adecuada que les pueda garantizar mantener una calidad de vida sin infecciones recurrentes, neoplasias u aparición de resistencia a los medicamentos antiretrovirales.

Dentro de estos factores de falta de adherencia e incluso de la falta de respuesta virológica, la literatura nos muestra que la aparición de estigma podría justificarlo, la evidencia nos muestra que la aparición del mismo no sólo aparece dentro de la vivencia propia del portador del VIH sino que se refleja en diversos niveles ajenos al mismo.

Todo ello resalta la importancia de evaluar la presencia del estigma en los pacientes con infección por VIH, y es potestad del presente estudio no sólo identificar la aparición del estigma en los seropositivos como interferencia en la adherencia a la terapia y por ende un mal control virológico y complicaciones en el curso de la enfermedad infecciosa, sino ampliar sus relaciones con la aparición de otros trastornos en la esfera mental, muy comunes en personas con enfermedades crónicas como son la depresión y la ansiedad, ello nos permitiría sentar bases para replantear el abordaje e integrar otros elementos que quizá estén dejados de lado actualmente.



# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Marco histórico

Si nos remontamos a los sucesos históricos, observaríamos que los primeros datos de la pandemia del VIH/SIDA empezaron oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control (CDC) de Estados Unidos ejecutó una conferencia de prensa en la cual se reportaron los casos clínicos de cinco pacientes con el diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis carinii*, hoy en día conocido como *Pneumocystis jiroveci*, en la ciudad Los Ángeles, afección que usualmente se presentaba en pacientes con patologías oncológicas de fondo, pero que en aquel momento se presentaron en pacientes jóvenes, varones, homosexuales y sin aparentes antecedentes médicos de relevancia. Por lo cual, esta pequeña serie de casos sería únicamente el inicio de una tormenta mayor, ya que el siguiente mes se constató por el Dr. Michael Gottlieb en San Francisco, varios otros tantos casos de sarcoma de Kaposi, una neoplasia angio-proliferativa endémica de algunas regiones mediterráneas y predominantemente de adultos mayores, nuevamente en un grupo de pacientes jóvenes, varones y homosexuales.

Ante la elevada prevalencia de esta “extraña enfermedad”, que afectaba preferentemente a la población homosexual, la prensa comenzó a llamarla la “peste rosa” o el “cáncer gay”, aunque luego se observó que también la padecían otros grupos de individuos entre los que se hallaban las mujeres y drogadictos por vía parenteral heterosexuales.

A pesar que los médicos se hallaban familiarizados tanto con la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, como con el tumor angio-génico denominado sarcoma de Kaposi, la presentación simultánea de ambas patologías en varios pacientes llamó precozmente la atención de toda la comunidad científica. Como se ha mencionado previamente, la mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos,

población inusual para presentar las patologías previamente mencionadas, lo que a su vez conllevó a la conclusión que el denominador común de estos pacientes era una inmunodeficiencia celular, prueba de ello fue que al analizar el recuento de linfocitos T CD4+ estos se hallaban en cantidades inusualmente bajas. La siguiente interrogante planteada sobre la mesa fue, ¿cuál es la causa de esta inexplicable y súbita inmunosupresión celular? Luego de pocos meses la mayoría de estos pacientes fallecería, estimando un pronóstico de vida que oscilaba entre los 3 meses y el año una vez instaurados los síntomas.

Luego de tres años, hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba la etiología viral y de transmisión sexual, sin embargo el agente en cuestión aún no era identificado. El sustento o evidencia que apoyaba esta teoría era básicamente epidemiológica, dado que en 1983 establecieron un nexo de posible transmisión sexual en un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de la ciudad de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales comunes, incluyendo a otro paciente varón residente de la ciudad de Nueva York, el cual manifestó haber tenido relaciones sexuales con tres de ellos. Estos nexos establecidos sirvieron como cimiento para determinar un patrón de contagio de características infecciosas.

De esta manera, durante el mismo año de 1984 existieron dos científicos de renombre mundial, el Dr. Robert Gallo en los Estados Unidos y el profesor Luc Montagnier del Instituto Pasteur en Francia, los que aislaron de forma independiente el virus que causaba el SIDA, denominándolo Virus asociado a la Linfadenopatía por el Dr. Montagnier y HTLV-III por el Dr. Gallo. Luego de una disputa prolongada, en el año 1986 accedieron a compartir el crédito por el descubrimiento al recibir ambos el Premio Príncipe de Asturias, denominando al microorganismo como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, décadas después, en el año 2008, la Academia Nobel determina otorgarle el premio que lleva el mismo nombre al Dr. Luc Montagnier y su equipo conformado por el Dr. Harald zur Hausen y el Dr. Françoise Barré-Sinoussi

al constatar que las muestras empleadas por el Dr. Gallo para el aislamiento viral fueron las que primariamente envió el equipo del Dr. Montagnier.

Posteriormente, el aislamiento de la partícula vírica facilitó la obtención de su anticuerpo correspondiente, el cual fue empleado con fines diagnósticos de la infección sobre todo dentro de los grupos de mayor riesgo. Así mismo, también permitió iniciar las investigaciones sobre posibilidades terapéuticas y potenciales vacunas, investigaciones que se mantienen hasta la fecha.

Una vez identificado el VIH, surgieron teorías que intentaban explicar el origen del mismo. Una teoría común sostenía que el VIH descendía de un virus más primitivo denominado virus de inmunodeficiencia simiana (VIS), el cual ocasionaba síntomas similares al SIDA en otros primates. Se planteaba que este virus habría sido transmitido a la población humana en África durante unos experimentos con vacunas contra la polio en pobladores locales. Aunque la filiación del VIH con el VIS es un hecho científicamente comprobado y ampliamente documentado, la hipótesis de un contagio a través de vacunas no tiene crédito en la actualidad.

Por otro lado, si el virus era originario de África, entonces cómo habría llegado al mundo occidental. Se postuló entonces que dicha diseminación intercontinental era atribuible a un hombre llamado el “paciente cero”, el cual era un asistente de vuelo canadiense llamado Gaetan Dugas, el cual habría tenido relaciones sexuales con numerosos varones de todas las partes del globo. La teoría se sostiene en base a que a partir del VIH aislado en la sangre de este paciente, se identificaron más de cuarenta casos de VIH de las mismas características en todo el mundo, repartidos por diversos países y que además tenían en común, el haber mantenido relaciones sexuales entre ellos (Sidibé et al., 2012). Actualmente esta teoría, que incluso fue llevada a la pantalla grande, no cuenta con un sustento sólido por lo que carece del apoyo de la comunidad científica.

En el ámbito psicológico de dicha época se vivía un estado de histeria colectiva donde predominaba la estigmatización, el trato discriminatorio y el temor al contagio por parte de la población. De esta manera, los pacientes víctimas del VIH/SIDA eran aislados por todos aquellos que los rodeaban, incluyendo su propia comunidad, amigos y familiares. Los ejemplos son numerosos, entre los que podemos mencionar como a los infantes portadores de VIH no se les admitía en las escuelas debido a los reclamos de los padres de otros niños o las personas temían acercarse a los pacientes infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como estrechar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios e incluso los países comenzaron a restringir el ingreso a sus naciones a los portadores del VIH, atendiendo a estos individuos en inmigraciones de los aeropuertos con mascarillas, gafas, guantes y demás indumentaria de bioseguridad.

Al inicio los grupos de homosexuales fueron inculcados de la aparición y posterior diseminación del VIH/SIDA entre la sociedad occidental. Incluso, existieron grupos religiosos extremistas que llegaron a sostener premisas acerca del VIH/SIDA como castigo de Dios a los homosexuales por el estilo de vida que estos llevaban, aun esta creencia extremista se mantiene entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes. Así mismo, otros señalan que el estilo de vida “depravado” y “carente de moral” que mantenían los individuos homosexuales era la causa de la enfermedad. A pesar que en los inicios la diseminación del VIH/SIDA se concentró en las comunidades homosexuales, ello se explica por el pobre o nulo empleo del preservativo en la práctica sexual de los mismos, ya que este método de barrera era únicamente empleado con fines anticonceptivos.

El hecho, que la atención y medidas de prevención se centrara en la población homosexual, favoreció a la rápida expansión del virus en la población heterosexual, sobre todo en África, el Caribe y luego en Asia (Candiani et al., 2007).

Para el año 2015, la organización mundial de la salud (OMS), reportó más de 35 millones de personas infectadas en el mundo y más de 1.1 millones de personas fallecidas por dicha causa. En el Perú, se han descrito hasta el año 2015 más de 60 000 casos de infección VIH y alrededor de 33 000 casos de SIDA, sumándose a la estadística global como un verdadero problema de salud pública a pesar de contar actualmente con un tratamiento antiviral específico contra el VIH conocido como Tratamiento Antirretroviral combinado (TARVc).

Desde la aparición de la zidovudina (AZT) como primer antirretroviral en el año 1987 hasta la actualidad con más de 35 distintos antirretrovirales en el mercado, cuyas combinaciones constituyen el TARVc, la infección por el VIH ha pasado de ser considerada una enfermedad aguda y letal a una enfermedad crónica controlable, donde los problemas crónicos y degenerativos, entre ellos los asociados a la salud mental han tomado mayor protagonismo.

Hoy en día la lucha se centra principalmente no contra el virus propiamente dicho, sino contra la discriminación, rechazo y estigmatización que aún gira en torno a este grupo particular de pacientes, por lo que es menester de los psicólogos y demás profesionales de la salud concientizar y sensibilizar a la población acerca de esta afección viral controlable.

## **1.2. Bases teóricas**

### **1.2.1 Grupo de riesgo**

Los estudios epidemiológicos han identificado cinco grupos de adultos con riesgo de adquirir VIH y desarrollar SIDA. La distribución de casos por grupos es como detallamos a continuación:

En los Estados Unidos, el grupo de riesgo más numeroso, lo constituye sin lugar a dudas, los varones homosexuales o bisexuales,

constituyendo conjuntamente más del 50% de casos reportados. Sin embargo, en otras regiones del mundo, como en el continente asiático y africano, cobra una mayor relevancia la transmisión heterosexual. En los Estados Unidos, durante los últimos años, los pacientes heterosexuales mostraron un descenso importante al 42% de la totalidad de casos registrados (Robbins et al., 2015). Para el año 2000, la predominancia de hombres homosexuales infectados por el VIH en el Perú era del 11.3% del total de infectados (Obaid et al., 2005).

Los usuarios de drogas por vía parenteral representan uno de los grupos de mayor riesgo, sobre todo en la población heterosexual, de otras realidades, como es el caso de los Estados Unidos, en donde este grupo, sin antecedentes previos de homosexualidad, constituye el 25% del total de infectados heterosexuales (Sidibé et al., 2012). En el Perú, los datos epidemiológicos del 2005 señalan que la población infectada por vía parenteral representa el 1% del total de infectados, porcentaje sumamente bajo y esperable ya que la adicción a drogas ilícitas por vía endovenosa no es de consumo rutinario en nuestra realidad (Pun et al., 2015).

Los pacientes con hemofilia, especialmente aquellos que recibieron grandes cantidades del factor VIII o concentrado del factor IX antes de 1985, representaban aproximadamente el 0.5% de todos los casos. En el Perú, no existen datos o estudios que identifiquen una población hemofílica infectada por el VIH antes de 1985. Sin embargo, es importante resaltar al grupo de receptores no hemofílicos de sangre y componentes sanguíneos infectada por el VIH. Ellos, representan aproximadamente el 1% del total de pacientes. Así mismo, en este grupo se incluyen también los receptores de órgano sólido infectados por el virus.

Finalmente, el último grupo vulnerable que debemos mencionar, es aquel formado por los contactos heterosexuales de miembros de otros grupos de alto riesgo, fundamentalmente drogadictos. En el Perú la vía

de transmisión heterosexual y homosexual en conjunto determina un 97% de individuos infectados con el VIH (Ministerio de salud [MINSA], 2004).

Cabe destacar también, que en el año 2000 la predominancia de trabajadoras sexuales comerciales infectadas por el VIH en Lima era del 1.26% (Pun et al., 2015).

Finalmente, se recalca que en cerca del 6% de los casos, los factores de riesgo no pueden determinarse (Sidibé et al., 2012).

### **1.2.2. Etiología: características moleculares y biológicas del VIH**

El VIH es un retrovirus que forma parte de la familia de los lentivirus, grupo donde también están incluidos el virus de la inmunodeficiencia felina (VIF), entre otros (Abbas et al., 2004). Los retrovirus presentan ARN como estructura genómica básica, de polaridad de cadena positiva, con envoltura y una morfología y forma de replicación única.

En 1970 Baltimore y Temin, demostraron que los retrovirus codificaban un ADN polimerasa ARN dependiente, denominada transcriptasa inversa o reversa y se replicaban mediante un ADN intermedio. Luego, el duplicado del ADN proveniente del genoma viral es incorporado o integrado en el cromosoma de la célula hospedadora, pasando a ser parte del genoma celular. Este descubrimiento, no sólo les valió ganar el Premio Nobel, sino también contradujo el Dogma Central de la Biología Molecular propuesto por Watson y Crick, el que se centraba en el pasaje clásico del ADN al ARN y no contemplaba la conversión inversa (Abbas et al., 2004).

### **1.2.3. Estructura**

Los retrovirus son virus ARN de forma prácticamente esférica, con presencia de envoltura y un diámetro que oscila entre los 80 a 120 nm.

La envoltura lipídica derivada de la membrana celular del huésped, contiene glucoproteínas virales, entre las que se encuentra la gp41 y la gp120 como las más resaltantes, las cuales a su vez le permiten la fusión con la membrana celular del hospedero a través de un proceso de gemación. La envoltura rodea una nucleo-cápside electrodensa que contiene:

1. Dos copias idénticas del genoma de ARN de cadena positiva.
2. La proteína principal de la cápside p24.
3. La proteína de la nucleo-cápside p7/p9.
4. De 10 a 50 copias de las enzimas transcriptasa inversa, integrasa, ribonucleasa, proteasa y dos ARN celulares de transferencia (ARNt).

La forma de pirámide truncada es la estructura que caracteriza al núcleo del virión del VIH (Abbas et al., 2004). Este núcleo vírico está circunscrito por la proteína de la matriz p17, la que a su vez se halla debajo de la envoltura del virión.

Por otro lado, el VIH-1 puede dividirse en tres subgrupos según las características del genoma vírico, en M (mayor), O (extremo) y N (ni M ni O). Los virus tipo M son la forma más frecuente en todo el mundo y estos a su vez se subdividen en varios subtipos designados desde la A hasta la K. Los diversos subtipos difieren en su distribución geográfica. Por ejemplo, podemos mencionar que el subtipo B es la forma más frecuente en Europa occidental y en Estados Unidos, mientras que, por otro lado, el subtipo E es el más común en Tailandia. En la actualidad el subtipo C es el que se disemina más rápidamente en el mundo, estando presente en la India, Etiopía y Sudáfrica (Pun et al., 2015; Nogueira et al., 2006).

El genoma del retrovirus tiene un extremo 5' y otro 3', este último está poliadenilado. A pesar de que el genoma parece un ARN mensajero (ARNm), no es infeccioso porque no codifica una polimerasa



que pueda generar directamente más ARNm. Este genoma consiste básicamente en tres genes principales que codifican poliproteínas para las siguientes proteínas enzimáticas y estructurales del virus (Starace et al., 2002; Fattorusso et al., 2001):

1. *gag* (codifica proteínas de la núcleo cápside: p24 y p21).
2. *pol* (codifica la transcriptasa inversa, proteasa, ribonucleasa y la integrasa del virus).
3. *env* (codificación de las proteínas gp41 y gp120).

Así mismo el VIH-1 posee otros seis genes cuya función es la de regulación:

1. *tat* (elongación de derivados de la transcripción viral).
2. *rev* (favorece la salida del ARN vírico no procesado o incompletamente procesado desde el núcleo).
3. *vif* (incremento de virulencia).
4. *nef* (disminución de CD4 en la célula del hospedero e incremento de la liberación del virus a partir de las propias células infectadas).
5. *vpr* (favorece la importación del ADN vírico al núcleo deteniendo el ciclo celular en G2).
6. *vpu* (reduce la expresión de CD4 y de CMH-1 en la célula huésped, además de favorecer la liberación del virus a partir de la misma) (Goodman et al., 2006).

En cada extremo del genoma hay largas secuencias terminales de repetición (LTR). Estas secuencias genómicas LTR contienen regiones promotoras, estimulantes y otras secuencias genéticas utilizadas para la realización de una multiplicidad de funciones, entre las que podemos destacar la de generar distintos factores de transcripción celular, catalizar el acoplamiento del genoma vírico en el genoma de la célula hospedera, la expresión de los genes y la replicación viral, entre las más representativas (Abbas et al., 2004).

#### **1.2.4. Historia natural de la infección por el VIH**

En el curso de la infección por el VIH pueden reconocerse tres fases que reflejan la dinámica de la interacción virus-hospedero (Murray et al., 2016):

1. Síndrome retroviral agudo.
2. Fase de latencia crónica.
3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El síndrome retroviral agudo es la respuesta inicial o primaria de un paciente inmunocompetente ante la infección reciente por el VIH. Se caracteriza, inicialmente, por un nivel elevado de producción de virus, viremia y diseminación viral en los tejidos linfoides. Esta primo infección es contenida precozmente gracias al desarrollo de una respuesta inmunitaria antivírica. Se estima que el 40 a 90% de los individuos que adquieren una infección primaria desarrolla el síndrome retroviral agudo de dos a ocho semanas después de la infección y este se auto limita luego de dos a cuatro semanas. Clínicamente, esta fase se asocia con una enfermedad aguda auto-limitada con síntomas inespecíficos, incluyendo faringitis, mialgias, fiebre, exantema, pérdida de peso y astenia, pareciéndose a un síndrome gripal. Finalmente adenomegalias cervicales, diarrea, náusea/vómitos, entre otras manifestaciones clínicas pueden presentarse de forma concomitante.

La fase crónica leve o de latencia crónica representa un estadio de contención relativa del virus asociado a un período de latencia clínica. El sistema inmunitario está intacto en gran medida, pero existe una replicación continua del VIH, predominantemente en los tejidos linfoides, que puede durar varios años. Los pacientes están asintomáticos o pueden desarrollar linfadenopatía generalizada persistente. Además, muchos pacientes tienen infecciones oportunistas menores como faringitis, herpes zoster y algunos también pueden cursar con trombocitopenia. La linfadenopatía persistente con

síntomas constitucionales significativos, tales como fiebre, exantema, astenia, entre otros; refleja el comienzo de la descompensación del sistema inmunitario, la escala de la replicación vírica y el comienzo de la crisis inmunológica (Cabello et al., 2005).

La fase final es la progresión al SIDA. Se caracteriza por un quiebre de la defensa del hospedero, un aumento drástico del virus en el plasma y enfermedad clínicamente sintomática. Típicamente, el paciente manifiesta fiebre de larga duración, es decir aquella mayor a las tres semanas de duración, astenia, pérdida de peso y diarrea. Luego de un período variable, usualmente de algunos meses, sobrevienen infecciones oportunistas serias, neoplasias secundarias y/o neuropatía clínica, catalogándose al paciente en estadio SIDA.

En ausencia de tratamiento, los pacientes con infección por VIH progresan a SIDA tras una fase de latencia crónica que oscila entre 2 a 10 años. Son ejemplos de excepciones de este curso típico los progresores lentos y los progresores rápidos. A los progresores lentos se les define como individuos infectados por el VIH-1, no tratados y que permanecen asintomáticos durante 10 años o más, con recuentos estables de CD4+ y usualmente mantienen niveles bajos de viremia plasmática. En los que progresan rápidamente, la fase de latencia crónica se acorta hasta 2 a 3 años tras la infección primaria.

Ante este panorama, conociendo las fases de la enfermedad, podemos considerar algunos detalles de la relación hospedero-virus durante el curso de una infección típica por el VIH. La entrada inicial del virus puede ser a través de la superficie mucosa, como en la relación sexual a través de la mucosa rectal o cervical, o por la puerta de entrada mucosa, donde luego es conducido hacia los ganglios linfáticos locales por las células dendríticas. Así pues, con cualquier modo de entrada, el virus se replica inicialmente en los órganos linfoides y después se disemina en la sangre. El paciente padece en estos momentos el síndrome agudo del VIH, descrito previamente. Esta fase se caracteriza

inicialmente por niveles altos de virus en el plasma y una reducción abrupta, a veces intensa de células T CD4+. Durante este período, el VIH puede aislarse fácilmente en la sangre y existen niveles elevados de antígeno p24 en el suero. Sin embargo, pronto se desarrolla una respuesta inmunitaria específica frente al virus, evidenciada por la seroconversión habitualmente entre la 3<sup>o</sup> a 7<sup>o</sup> semana de la presunta exposición y más importante, por el desarrollo de células T citotóxicas CD8+ específicas frente al virus. Las células T CD8+ específicas para el VIH se detectan en la sangre aproximadamente en el tiempo en que los títulos víricos empiezan a caer y son responsables de la contención de la infección por el VIH. Cuando declina la replicación vírica, las células T CD4+ vuelven a un recuento casi normal, señalando el final de la fase aguda inicial. A pesar del decremento de la carga viral plasmática, se presenta una amplia y extensa diseminación viral, sobre todo en los órganos linfoides. La formación de complejos entre anticuerpos anti-VIH y los viriones recubiertos por los mismos, son captados por las células dendríticas foliculares en los centros germinales. Como se expuso previamente, pueden encontrarse virus latentes y replicándose en el interior de las células T CD4+, en los macrófagos dentro de los ganglios linfáticos y en la superficie de las células dendríticas foliculares (Abbas et al., 2004).

Al final de la fase aguda, la carga viral refleja el equilibrio alcanzado entre el virus y el hospedero tras la batalla inicial. Luego, esta balanza entre el virus y el sistema inmune del hospedero puede permanecer bastante estable durante varios años. Este estado de viremia continuada o “punto de ajuste” del virus, es un predictor de la tasa de disminución de las células T CD4+ y por lo tanto, de la progresión de la enfermedad. En un estudio, solamente el 8% de los pacientes con una carga vírica menor de 4.350 copias de ARNm vírico/ul progresó hasta un SIDA a los 5 años, mientras que el 62% de aquellos con una carga vírica mayor de 36.270 copias desarrolló SIDA en el mismo período. Por lo tanto, la extensión de la viremia medida como ARN del VIH-1, se presenta como un marcador útil del avance de la infección crónica,

teniendo valor clínico para el tratamiento de pacientes con infección por el virus. Sin embargo, en pacientes tratados con TARVc la mejoría clínica es con frecuencia mayor que la disminución de la viremia plasmática y se acepta de modo generalizado que en el manejo del tratamiento debe considerarse la viremia además del recuento sanguíneo de células T CD4+ (Holmes et al., 2007).

Independientemente de la carga viral, como mencionamos previamente, durante la fase intermedia o de latencia crónica hay una batalla continua entre el VIH y el sistema inmunitario del hospedero. La respuesta de las células T citotóxicas CD8+ continúa activada y persiste un extenso recambio vírico y de células CD4+. Sin embargo, dada la inmensa capacidad regenerativa del sistema inmunitario una gran proporción de células CD4+ perdidas se sustituye diariamente. De esta manera, en términos generales el organismo no sufre de forma importante un descenso brusco del recuento de LT CD4+. Después de un período extenso y variable empieza el decremento gradual de las células T CD4+. Concomitantemente con la pérdida de estas células, las defensas del hospedero empiezan a depletarse y aumenta la proporción de células CD4+ supervivientes infectadas por el VIH, al igual que la carga vírica por cada célula CD4+. De este modo, aumenta la diseminación del VIH en el plasma. No está enteramente claro cómo el VIH escapa al control inmunitario, pero se han propuesto varios mecanismos. Éstos incluyen la destrucción de las células T CD4+ que son críticas para la inmunidad efectiva, la variación antigénica y la modulación a la baja de las moléculas MHC de clase I en células infectadas, de tal manera que los antígenos víricos no son reconocidos por los Linfocitos T citotóxicos CD8+.

Dado que la pérdida de la contención inmunológica se asocia con un recuento decreciente de células CD4+, la clasificación CDC de la infección por el VIH estratifica a los pacientes en tres categorías basándose en el recuento de células CD4+ (Cabello et al., 2005; MINSA, 2013):

- Nivel de CD4+ mayor o igual a 500 células /ul.
- Nivel entre 200 y 499 células/ul.
- Nivel inferior a 200 células/ul.

Para el manejo clínico, los recuentos sanguíneos de CD4 son quizás el indicador más preciso de la progresión de la enfermedad.

Debería ser evidente a partir de lo presentado, que en cada una de las tres fases de la infección por el VIH continúa existiendo replicación viral. Incluso en la fase de latencia crónica, antes de la disminución grave en el recuento de células CD4+ y del desarrollo del SIDA, existe un recambio extenso del virus. En otras palabras, a la infección por el VIH le falta una fase de verdadera latencia microbiológica, esto es una fase durante la cual todo el virus se encuentra en forma de ADN proviral y ninguna de las células se encuentran productivamente infectadas, fase que hasta la fecha no se ha demostrado realmente que exista.

Los pacientes que se consideran con progresión lenta o a largo plazo, permanecen asintomáticos durante largos períodos de tiempo, frecuentemente de diez años a más y suelen presentar niveles bajos de viremia, además de recuentos estables de células CD4+ (Holmes et al., 2007; Mavigner et al., 2009). Las personas con este curso clínico pueden arrojar alguna luz sobre los factores del hospedero y del virus que influyen sobre la progresión de la enfermedad. Estudios hasta la fecha sugieren que este grupo es heterogéneo respecto a los factores que influyen sobre el curso de la enfermedad. En un pequeño subgrupo de pacientes sin progresión, el VIH tiene deleciones o mutaciones en el gen *nef*, sugiriendo que las proteínas *nef* son críticas para la progresión de la enfermedad. En todos los casos, existe evidencia de una respuesta inmunitaria anti-VIH vigorosa, pero todavía se desconocen los correlatos inmunitarios de la protección. Algunos de esos pacientes tienen niveles elevados de células CD8+ específicos para el VIH y estos niveles se mantienen en el curso de la infección.

No está claro si una respuesta vigorosa de células CD8+ es la causa o la consecuencia de la progresión de la enfermedad (Mavigner et al., 2009).

### **1.2.5. Psicología del paciente con VIH/SIDA**

Desde la introducción del TARVc, la infección por VIH se ha convertido en una enfermedad crónica con una expectativa de vida para el paciente adherente al tratamiento de cuatro años menos que el de la población general, ciertamente no muy diferente de otras patologías crónico-degenerativas como la diabetes o la hipertensión arterial, observando que los pacientes que alcanzan el estadio SIDA son aquellos que no iniciaron o fueron irregulares en el curso de su tratamiento antiviral (Di Matteo et al., 2000).

Los pacientes viven más y por lo mismo tienen que enfrentar situaciones cotidianas, pero que por su condición muchas veces les parece imposible de afrontar. Es por ello que la infección ocasionada por el VIH no sólo ha sido un reto para la medicina, así como también otras ciencias como la psicología, las cuales han debido encarar conjuntamente la problemática que conlleva esta enfermedad.

De esta manera, la psicología juega un papel importante en la infección por VIH, basta con pensar que esta enfermedad podría controlarse y disminuir en gran medida si se tomaran mecanismos que controlen comportamientos causales de la continua diseminación de esta pandemia. Es así que la prevención primaria es una de las principales áreas de actuación del psicólogo de la salud, pero no debe dejarse de lado las necesidades que surgen una vez infectada la persona. Podemos entonces alcanzar comprender el impacto emocional que trasciende el diagnóstico infección VIH no sólo para el individuo infectado, sino también para todas aquellas personas que conforman su entorno. Podemos pensar en problemas de adaptación, ansiedad, depresión, aislamiento social e incluso llegar al suicidio. Sin

embargo, hay otras necesidades que tienen que ser afrontadas en personas seropositivas, como son los déficit neuropsicológicos secundarios a la propia enfermedad, describiéndose en el paciente con adecuado control virológico el deterioro cognitivo leve y el asintomático como los más frecuentes. Lamentablemente las intervenciones psicológicas en este nivel son prácticamente inexistentes, pero la progresión hacia la cronificación de la enfermedad aumentará su necesidad (Parker et al., 2003; Vanable et al., 2006).

Así mismo, la psicología ha empezado a dar respuesta a problemas diversos relacionados con esta enfermedad, teniendo los casos de las dificultades para el correcto cumplimiento de las prescripciones farmacológicas, ya que la generalización de las terapias que combinan tres o más antirretrovirales acarrear diversos inconvenientes. Es por ello, que se ha intentado mejorar la adherencia terapéutica con la creación de las dosis fijas combinadas, es decir la incorporación de dos o tres fármacos antirretrovirales en una sola tableta. A pesar de ello, se siguen presentando dificultades en el cumplimiento adecuado del tratamiento antirretroviral (Watkins et al., 2012).

Las etapas en el proceso de morir y en el duelo son también un centro de interés para que intervenga la psicología, sin embargo no hay estudios encontrados sobre la metodología a seguir específicamente en estos casos.

Determinar exactamente qué tipo de intervención psicológica es eficaz en las necesidades de un paciente infectado por el VIH no es nada sencillo de establecer.

Por ejemplo, convendría citar como base teórica el artículo de Sergio Tobón y Stefano Vinaccia, perteneciente a la Universidad Veracruzana, los cuales han tenido como base los programas y modelos desarrollados por investigadores como Calvo (1990), Bayes (1994, 1995), Baratas, Monteserin, Parejo y colaboradores (1996) y



Ballester (1997). El modelo de abordaje psicológico y psicoterapéutico propuesto en dicho artículo, plantea la intervención psicológica centrada en 10 ejes, empezando previamente a que ocurra la infección, es decir referente a los estudios epidemiológicos y de prevención primaria; antes y después del diagnóstico, en la fase de evaluación psicosocial integral, en el periodo asintomático, en la fase sintomática, es decir la fase de SIDA propiamente dicho, en la etapa de preparación para la muerte y en la fase de elaboración del duelo (Stutterheim et al., 2009).

### **1.2.6. La ansiedad y depresión en el paciente VIH**

Luego del inicio de la pandemia de la infección por el VIH, iniciada en los Estados Unidos en el año 1981 como ya hemos relatado, ha significado hasta la fecha un impacto significativo en la población general, en el mundo científico y sobre todo, en el propio paciente que la padece. Las repercusiones de la infección se dan en diversos niveles y no únicamente en el ámbito orgánico, siendo el impacto psicológico y social de elevada magnitud. Por ello, el abordaje de este tipo de pacientes debe ser multidisciplinario, colocando un mayor énfasis en los dos últimos puntos mencionados (Bangsberg et al., 2006).

Al inicio, desde el primer momento en que se notifica de la enfermedad a un determinado individuo, se debe tener presente que las reacciones individuales serán diversas e impredecibles, provocadas por la inestabilidad emocional frecuentemente transitoria, que se crea en dicha situación. Es de vital importancia entonces, la adecuada capacitación con la que el personal de salud que se encarga de la atención inicial del paciente con infección VIH debe contar.

Entre las respuestas emocionales que puede presentar el paciente con infección VIH en su etapa de duelo, se encuentran con relativa frecuencia los episodios de ansiedad y depresión. Un dato interesante es el que plantean Miller y Prhen, quienes consideran que la

inmunodepresión ocasionada por el estrés psicológico puede aumentar la vulnerabilidad del organismo a padecer diversas enfermedades sobre todo oportunistas, y a la inversa también se generaría una repercusión de la enfermedad sobre la persona, generando por la ansiedad o depresión del individuo.

Estudios llevados a cabo en Latinoamérica, revelan que la ansiedad y depresión, no son condiciones inusuales en los pacientes con infección VIH. En Brasil, Abreud y colaboradores en el año 1989, realizaron un estudio en pacientes con VIH en estadio clínico SIDA, observando que la incidencia de déficit cognitivo y de depresión se encontraba en 21.6% y 60% respectivamente. Así mismo, en el año 1993, Mazzoti realiza en el Perú una investigación en pacientes con infección VIH, hallando que la prevalencia de depresión mayor era del 12% y del 10.6% para la distimia.

Los trastornos de ansiedad que aparecen cuando el paciente conoce el diagnóstico final de la enfermedad o durante la espera de dichos resultados varían desde la ansiedad per sé, hasta verdaderas manifestaciones de pánico, fobias o cuadros obsesivo-compulsivos. Es importante mencionar que frecuentemente se presenta el denominado trastorno de ajuste o de adaptación en estos pacientes (Paterson et al., 2000).

Este último trastorno mencionado, se trata de una respuesta mórbida frente a un estresor determinado, en este caso dicho detonante sería la noticia del estado de portador del VIH; la cual a su vez se halla condicionada por el grado de vulnerabilidad psicológica del paciente, la coexistencia de otros trastornos de la personalidad o psiquiátricos, el entorno social, familiar o laboral que envuelve al paciente y el acceso a una adecuada consejería. Los trastornos de adaptación pueden comprometer diversas áreas, entre las que podemos mencionar la afectiva (ansiedad y depresión), conductual (agresión), somática (cefalea y fatiga) y también repercutiendo sobre el

ámbito laboral, académica y/o social, generando inhibición en dichas esferas (Maughan-Brown et al., 2014).

En términos generales, la depresión es muy frecuente de presentarse en los pacientes que padecen de enfermedades crónicas, resaltando a la entidad como pobremente diagnosticada y por ende tratada dentro de las alteraciones mentales (Cabello et al., 2005). Por otro lado, si nos enfocamos en el paciente con infección VIH, los episodios de depresión suelen ser de dos a cuatro veces más frecuentes cuando se les compara con la población general, siendo por ello considerada como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección (Bangsberg et al., 2006; Paterson et al., 2000).

Se describe que la prevalencia de depresión entre los pacientes con infección VIH, gira en torno al 35% de los casos, sin embargo existe una gran variabilidad entre los reportes, encontrando valores que oscilan entre el 20 y 79% dependiendo del grupo poblacional estudiado, al igual que del periodo de tiempo en el que se realizó la investigación y los instrumentos empleados (Repetto et al., 2008). Los estudios latinoamericanos de depresión en VIH, provienen principalmente de Brasil, donde Noqueira y colaboradores, al igual que Antakly de Melo y Malgebier, observaron que la prevalencia de depresión era del 21.8% en la muestra que incluía a ambos sexos, pero que si se analizaba únicamente a los pacientes VIH de sexo femenino, la prevalencia alcanzaba la cifra de 25.8% (Jin et al., 2006; Nogueira et al., 2006).

Se deduce entonces, que los episodios depresivos en los pacientes seropositivos no son infrecuentes, sin embargo es difícil establecer si las cifras presentadas pertenecen a episodios únicos o aislados de depresión, o forman parte de un trastorno del estado del ánimo crónico. Por ello, sería conveniente que se realicen investigaciones acerca de la prevalencia de depresión en la vida de la persona y no únicamente de la prevalencia puntual o del último año.

De este modo, como se mencionó en el último aspecto del párrafo anterior, podemos mencionar el estudio que lleva a cabo Morrisson y colaboradores, quienes compararon a las mujeres con infección VIH con controles seronegativos encontrando una prevalencia de 19.1% versus el 4.8% y de prevalencia de vida del 47.3% versus el 38.7%, diferencias porcentuales sustancialmente importantes. Observamos entonces que la población femenina con infección VIH presentan una mayor prevalencia puntual de depresión, sin embargo la verdadera magnitud del problema se revela al analizar la prevalencia a lo largo de la vida del paciente (Mello et al., 2006).

Es importante mencionar que la prevalencia en general de los trastornos psiquiátricos son de por sí más frecuentes en el paciente VIH en comparación con el paciente no infectado. Las prevalencias suelen oscilar entre el 38% y 85% (Tierney et al., 2000). Muchos de estos trastornos coexisten con los episodios depresivos. Un ejemplo representativo, es el que realiza Israelski y colaboradores, en cuya investigación evaluaron la presencia de depresión, estrés post-traumático y estrés agudo en pacientes con infección VIH, evidenciando que al menos el 38% de estos pacientes cursaba con dos o más de los diagnósticos mencionado (Rabkin et al., 2008). No es inusual entonces, encontrar en el paciente con infección VIH más de un trastorno psicológico simultáneamente.

### **1.2.7. Definición y concepto de estigma**

Etimológicamente la palabra estigma proviene del latín "*stigma*", en alusión a la marca hecha sobre la piel con un hierro candente. Por otro lado, los griegos asignaron el mismo término "*stigma*" a las marcas corporales, de tipo cortes o quemaduras, infringidas a aquellos que habían cometido delitos graves, actos de traición o simplemente si se trataba de un esclavo. Por ello, el término en cuestión denotaba una falta moral relevante y excluía a los individuos que la poseían por ser

considerados “sucios” o “manchados”. Goffman, quien ejecuto los estudios contemporáneos del estigma, define el término como *“un atributo que desacredita profundamente a la persona, que la “contamina” y la convierte en alguien “manchada”, prescindible, alguien a quien hay que evitar o apartar”* (Israelski et al., 2007; Crocker et al., 1989).

Crocker, psicólogo social, señala que la estigmatización se produce cuando una persona presenta, algún atributo o característica que le brinda una identidad contraproducente o devaluada en un determinado contexto. Ello nos lleva a inferir, que la propiedad estigmatizante dependerá del contexto en el que se desenvuelva la persona (Fortenberry et al., 2002; Crocker et al., 1998).

#### **1.2.7.1. Individuos Estigmatizantes**

La Teoría integrada de la amenaza pretende explicar por qué algunas personas estigmatizan a otras. Esta teoría indica que el prejuicio surge cuando un grupo se siente amenazado por otro. Desde esta perspectiva, se evidenciarán cuatro tipos de amenazas:

- Real
- Simbólica
- Ansiedad intergrupala
- Basado en los estereotipos negativos

La amenaza realista es cuando se percibe que el exo-grupo amenaza el bienestar y la armonía del propio grupo. Por otro lado, se habla de amenaza simbólica cuando el exo-grupo posee unos valores o costumbres muy diferentes a los del endo-grupo. Así mismo, la ansiedad intergrupala, como su mismo nombre lo dice, es cuando los individuos de un grupo, se muestran ansiosos en sus relaciones interpersonales con los integrantes del exo-grupo. Finalmente, los rasgos basados

en los estereotipos negativos que posee un determinado grupo, constituyen una amenaza para el endo-grupo (Crocker et al., 2004).

La estigmatización también puede ser comprendida a través de la Teoría del Manejo del Terror, propuesta inicialmente por Becker en sus trabajos sobre Psicología Social. En dicha teoría, el ser humano al evitar la temida confrontación con el hecho de su propia mortalidad, negando que su muerte suponga una aniquilación absoluta, plantea que las personas lidian con este terror potencial, manteniendo la fe en la visión cultural del mundo, al igual que una elevada autoestima, por medio de los estándares y valores que prescribe la visión cultural compartida. De esta manera, dado que la visión del mundo y la propia autoestima son representaciones simbólicas, el apaciguamiento de la ansiedad requiere el consenso y la validación por parte de los demás.

Dicho esto, se concluye que, bajo los fundamentos de esta teoría, los que comparten nuestra visión del mundo fortalecen estas estructuras psicológicas, mientras que los que no las comparten amenazan estas estructuras y la efectividad de estas herramientas contra la ansiedad. De este modo, los estigmas incrementan la ansiedad y los sentimientos de amenaza en la población y por ende, el grupo se une bajo un fin común puesto que el estigmatizar a los demás, serviría para incrementar la sensación de control y al mismo tiempo reducir la ansiedad (Pacífico et al., 2015) .

La visión evolucionista del estigma menciona que este se halla presente en todas las sociedades humanas, buscando entonces aquellas características comunes de los individuos estigmatizados, para que sean rechazados colectivamente. Se puede mencionar entonces, que los grupos tienden a

discriminar a aquellos individuos que posean características amenazantes o que dificulten el funcionamiento eficaz del mismo grupo. Se trata de una perspectiva que busca la preservación de un determinado grupo, protegiéndolo frente a la amenaza que supone otro.

Lo antedicho nos hace inferir, que una buena proporción de personas son muy proclives a ser estigmatizadas, como por ejemplo aquellas que tratan de aprovecharse del propio grupo, como los ladrones; las que no pueden contribuir de forma adecuada a su mantenimiento, como los discapacitados o las que realizan conductas contra las normas sociales, como por ejemplo los homosexuales (Fuster et al., 2011).

#### **1.2.7.2. Categorías del estigma**

Dentro de las categorías del estigma, existen diversos tipos, al igual que diferentes efectos sobre los individuos que lo padecen y a su vez, diferentes formas de afrontarlo. Por ello, según la clasificación de Goffman, los rasgos estigmatizadores pueden clasificarse en tres categorías diferentes enfocadas en la percepción:

- Deformidades físicas
- Defectos del carácter
- Estigmas tribales

La primera categoría, denominada deformaciones físicas o también llamada las abominaciones corporales, hace alusión como su mismo nombre lo indica, a malformaciones o deformidades físicas, como es el caso por ejemplo de los individuos discapacitados. En segunda instancia, la categoría denominada defectos del carácter se refiere a aquellas pasiones anti-naturales, creencias falsas o la deshonestidad, como por ejemplo en las personas homosexuales.

Finalmente, la tercera y última categoría denominada los estigmas tribales de la raza, nación y religión, son aquellos susceptibles de ser transmitidos por herencia (Rush et al., 1995; Colibazzi et al., 2006).

Debemos mencionar que las clasificaciones más actuales abarcan a tres tipos estigmas: los físicos, psicológicos y socioculturales. Los estigmas físicos hacen alusión al aspecto físico y mental de la persona, pero también a las enfermedades o deficiencias físicas. Aquellos de tipo psicológico se centran en la capacidad mental del individuo y finalmente los socioculturales, hacen referencia al grupo étnico o región geográfica de procedencia de las personas.

### 1.2.7.3. Dimensiones del estigma

Las dimensiones del estigma nos facilitan la estratificación según la severidad del mismo. Las dimensiones en cuestión fueron establecidas por Jones en los siguientes puntos:

- **Visibilidad:** se refiere al grado de estigma que puede ser ocultado.
- **Evolución:** en alusión a la estabilidad en contraposición a la inestabilidad del estigma.
- **Disruptividad:** hace referencia a la carga y dificultad que el estigma puede agregar a la interacción.
- **Cualidad estética:** este aspecto trata básicamente cuando se estigmatiza a la persona que no encaja con el estereotipo de belleza otorgado por un determinado grupo.
- **Origen (controlabilidad):** es aquel asociado al concepto de responsabilidad, la cual puede ser o no dependiente de la conducta de la persona. En otros términos, es el



grado en el que se considera al individuo estigmatizado responsable del estigma que se le confiere.

- **Peligro:** esta dimensión es la que más concierne a la presente tesis, puesto que es la que se refiere al peligro que siente un individuo frente a la posibilidad de contagio de alguna enfermedad (Aggleton et al., 2002).

Se podría culminar con esta sección mencionando a Crocker, para quien las dimensiones de visibilidad y controlabilidad serían las de mayor relevancia para la interacción (Crocker et al., 1989).

#### **1.2.7.4. Las repercusiones del estigma**

El estigmatizar a un individuo repercute en diversos ámbitos de su vida personal. Repercusiones que abarcan desde el plano individual, así como el ámbito colectivo y social. Pasaremos entonces a analizar cada uno de estos aspectos de forma breve y detallada.

##### ***Repercusión individual***

En definitiva la persona estigmatizada presenta un efecto negativo importante sobre su autoestima producto del estigma impartido por los demás, al igual que sobre otros planos individuales, como el académico o la salud física y mental. La repercusión sobre la autoestima del individuo radica en que la persona estigmatizada termina interiorizando los estigmas que se ejercen sobre ella, es decir la visión negativa que los demás o la sociedad tiene de ellos, acarreando como consecuencia, la lógica disminución de la autoestima (Neidig et al., 2003).

Se ha observado en investigaciones de miembros de grupos estigmatizados, que estos poseen un mayor riesgo de

repercusiones en la salud física, como enfermedades crónico-degenerativas o menor expectativa de vida y/o mental, como es el caso de la psicopatología, estrés emocional o trastornos somatomorfos (Pence et al., 2006; Gibbie et al., 2006).

### ***Repercusión colectiva o grupal***

Este acápite, el cual radica básicamente en que el estigma en el plano social brinda una identidad social negativa a los individuos estigmatizados, lo cual es explicado por la teoría de la identidad social.

El núcleo de esta teoría radica en que por muy enriquecedora y compleja que sea la imagen que los individuos tengan de sí mismos en relación con el mundo físico y social que les rodea, algunos de los aspectos de esa idea son aportados por la pertenencia a ciertos grupos o categorías sociales (Goffman et al., 1963).

Por lo antedicho, se puede inferir que si el grupo brinda a un sujeto una imagen negativa de sí mismo, este indefectiblemente interiorizará e incorporará dicha visión negativa de sí mismo.

### ***Repercusión social***

La repercusión social más importante que un individuo estigmatizado puede sufrir en este ámbito, es la exclusión social. Este es un concepto complejo y gira en torno a la justicia y al reconocimiento de los derechos.

La exclusión social puede presentar diferentes grados de severidad, yendo desde los prejuicios más sutiles hasta las

expresiones ofensivas más severas, de hostilidad manifiesta o la violencia misma (Weiser et al., 2006; Shippy et al., 2004).

#### **1.2.7.5. Estigma asociado a VIH**

Nuevamente debemos citar a Goffman, puesto que desde ya, Él hablaba que cuando la enfermedad es estigmatizada, la persona que la padece también lo será. De esta manera, la persona estigmatizada puede llevar consigo una identidad ambivalente, avergonzándose de su propia condición y por ende siendo partícipe de su propia discriminación (Goffman et al., 1963).

En el caso de la infección por VIH, cuya primera revelación se da en el año 1981 en USA en varones homosexuales, contexto en donde las personas con trastornos de la orientación sexual eran discriminadas y estigmatizadas por la sociedad en mucha mayor magnitud que en la actualidad y, al asociársele a esta orientación una patología infecciosa, como es la del VIH, inherentemente se le relacionó el estado de portador del virus a las alteraciones en la orientación sexual. Se estigmatizó fuertemente a la enfermedad y por ende a las personas que la padecían (Gallego et al., 2012; Morrison et al., 2002).

La ONUSIDA define la discriminación como: *“cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente, pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo, concreto y en el caso del VIH, al estado de seropositividad, confirmado o sospechado de una persona, con independencia de que exista o no justificación para tales medidas”* (Aggleton et al., 2002).

### **1.2.7.6. Tipos de estigma asociado al VIH**

#### ***Estigma físico***

La repercusión física que un individuo con infección VIH puede presentar, oscila entre diversos grados de severidad. El aislamiento físico, puede ser una de las expresiones menos intensas, pero de alto impacto emocional, como por ejemplo, el no querer compartir la habitación con dicha persona, el no estar dispuesto a brindarle los servicios básicos, el no desear compartir utensilios de comida, o el vestuario, entre otras. Sin embargo, la estigmatización física puede trasladarse al extremo opuesto y ser espectadores de los actos de violencia física más alarmantes (Treisman et al., 2007; Millikin et al., 2003).

#### ***Estigma social***

Este rubro hace referencia principalmente al aislamiento social, la pérdida de la identidad o del rol. La exclusión social, como su propio nombre lo manifiesta es el distanciamiento con el individuo estigmatizado y este, puede partir desde la propia familia, como desde la comunidad involucrada (Pao et al., 2000).

Por otro lado, las personas con infección VIH, también sufren la pérdida del rol frente a la sociedad, al ser consideradas como individuos no productivos, sin un fin o sin un futuro determinado. Ello nos habla de la pérdida del poder, respeto, el estatus en la sociedad y de la pérdida de derechos a tomar decisiones sobre aspectos de sus propias vidas, de las que son víctimas este grupo vulnerable de personas (Asch et al., 2003; Dalessandro et al., 2007).

### ***Estigma verbal***

El estigma verbal puede expresarse bien de forma directa o bien de forma indirecta, al igual que presenta distintas gradaciones de severidad. Los ejemplos entonces sobran y oscilan desde los susurros, especulaciones, burlas, expresiones de vergüenza, reproches, etiquetas, entre otras; hasta los insultos y demás ofensas verbales (Olantuji et al., 2006; Jones et al., 1984).

### ***Estigma institucional***

Es lógico inferir a qué tipo de estigma nos referimos en este acápite. Las personas con VIH pueden ser víctimas de mala publicidad en los medios de comunicación, de negarles atención médica o sanitaria, de brindarles un trato distinto en la escuela, universidad o el trabajo, ser sujetos de despidos o pérdida del empleo por su condición de portador del virus, entre otros (Olley et al., 2004; Horberg et al., 2008).

## **1.3. Marco legal**

La constitución es la carta magna del estado peruano, es decir, el documento normativo en el que se encuentran contenidos la conformación jurídica del estado. Debemos empezar mencionando que, la constitución inicia evocando los derechos fundamentales de la persona, estableciendo en su primer artículo que, *“La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad, son el fin supremo de la sociedad y del estado”*. Del mismo modo, reconoce los derechos inherentes a la persona, como a la vida, la igualdad ante la ley, a la libertad de opinión, al honor y a la buena reputación, a la libertad familiar, al libre tránsito, al trabajo, a la propiedad y herencia, especificando además que no existe exclusión alguna respecto a los derechos por ninguna causa (Constitución política del Perú, 1993; Gutiérrez et al., 2003).

De esta manera, mencionaremos las diferentes instancias del estado involucradas en el respeto, promoción y protección de los derechos humanos. Acerca de los derechos sociales y económicos, la carta magna precisa que el estado protege al niño, adolescente, madre, anciano, a la familia y promueve el matrimonio.

Así mismo, los artículos 7° y 9°, referentes a los derechos sobre la salud, se resumen en que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; al igual que es el estado quien determina la política nacional de salud.

Por otro lado, con respecto a los poderes del estado, el poder legislativo tiene la función de crear las leyes o normas, al igual que incentivar los derechos que se encuentren desprotegidos, como por ejemplo las normas de acceso al tratamiento gratuito en las personas con infección VIH. De igual manera, la función del poder ejecutivo se centra en velar el adecuado cumplimiento de las normas vigentes, al igual que crear y orientar políticas cuyos fines sean el de proteger y promocionar los derechos de las personas. Finalmente, el poder judicial es el órgano competente que tiene el deber de restituir y resarcir su derecho al ciudadano, y obligar al estado el cumplimiento del mismo.

Es importante agregar que, paralelamente a las instancias mencionadas existen dos entidades independientes que también velan por la protección de los derechos humanos, como son la Defensoría del Pueblo y el Tribunal de Garantías Constitucionales.

En el año 2000, luego de vencer muchos obstáculos por parte de la coordinadora nacional de Derechos Humanos, se emite un nuevo informe acerca del derecho a la igualdad ante la ley y sobre la discriminación, basado en la Ley N°27270, la cual incorporaba el delito de discriminación al código penal y además, informaban sobre el derecho a la salud

(Congreso de la república del Perú, 2016; Congreso de la república, 2000).

Las entidades mencionadas previamente se hallan velando por los derechos de las personas, sobre todo en la lucha contra el VIH/SIDA, puesto que este, por sí mismo es un problema de salud nacional y mundial. Por ello, cada una de las instituciones está obligada a asumir la responsabilidad que le compete, de manera que el trabajo en conjunto tenga como objetivo el alcanzar el respeto por el derecho de todas las personas, sobre todo de los grupos más vulnerables como lo son las personas con VIH/SIDA (Organización mundial de la salud, 2004).

#### **1.4. Investigaciones o antecedentes del estudio**

Son numerosos los estudios de investigación relacionados con el estigma asociado al VIH. En dichos trabajos, se emplea frecuentemente la escala de Estigma asociado al VIH de Berger, por lo que existen numerosos reportes de validación psicométrica de dicha escala en diversas realidades locales, al igual que estudios que buscaron correlacionar el estigma en el paciente VIH, con la mala adherencia al tratamiento antirretroviral o la pobre respuesta virológica entre los que resaltamos inicialmente estudios internacionales (extranjeros) y finalmente nacionales:

- El estudio original realizado por Bárbara Berger et al. (2001), titulado *Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale*, es probablemente un de los trabajos más emblemáticos en lo referente al estigma asociado al VIH. En este, los investigadores crearon una herramienta (cuestionario) para medir la percepción y el mecanismo de estigmatización que pueden presentar estos pacientes. De esta manera, tras la aplicación de este único cuestionario, se puede tener una puntuación general del estigma y también puntuaciones específicas de cada una de las

dimensiones evaluadas. Esta herramienta, es actualmente empleada en diversos contextos geográficos (Berger et al., 2001).

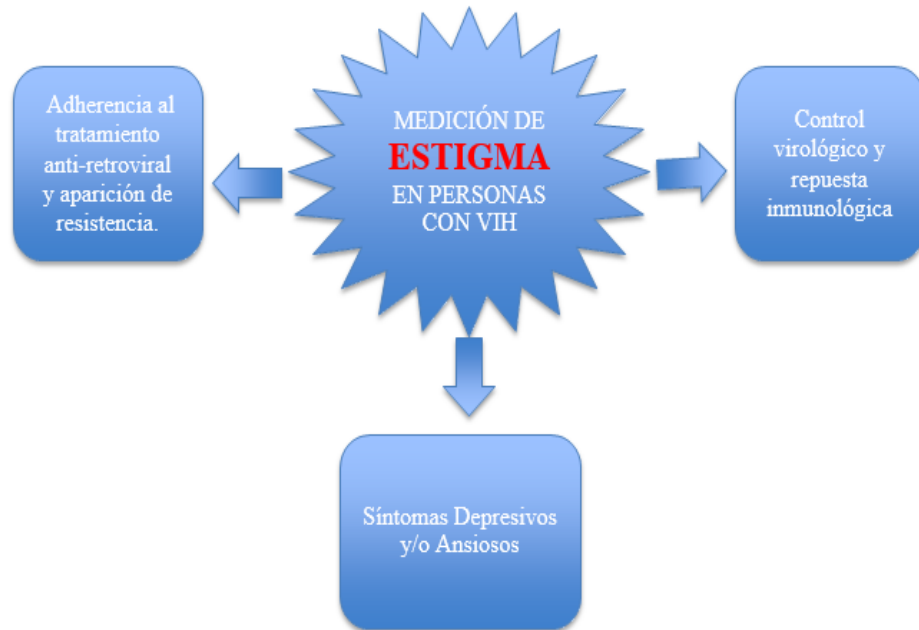
- Jeyaseelan et al. (2013), en el Sur de India, un estudio de validación y abreviación de la *Escala de Estigma asociado a VIH de Berger*, sobre una muestra de 250 pacientes seropositivos. Estos investigadores trajeron a colación, que del total de 40 preguntas del cuestionario de Berger original, muchas preguntas eran repetitivas y algunas redundantes, generando agotamiento en el paciente. Por ello, diseñaron un cuestionario reducido de 25 ítems, con una elevada confiabilidad y validez, sugiriendo incluso que este cuestionario abreviado, poseía mejores propiedades psicométricas que el diseño original (Jeyaseelan et al., 2013).
- Sumari-de Boer et al. (2012), llevaron a cabo en Holanda, un estudio sobre 202 pacientes VIH, entre inmigrantes y autóctonos, comparando la adherencia al TARVc y la respuesta virológica entre los mismos, analizando además, las posibles diferencias en las variables psicosociales como el estigma asociado al VIH, calidad de vida, depresión y creencias acerca de la medicación. Dentro de los resultados, resaltó en el análisis multivariado la asociación entre los elevados niveles de estigma asociado al VIH y la falla virológica previa, con la mala adherencia y los síntomas depresivos. Por ello, los autores recomiendan que el estigma y la sintomatología depresiva, deben ser dianas de intervención, a fin de mejorar la adherencia y por ende, la respuesta virológica adecuada en estos pacientes (De Boer et al., 2012).
- Ramadhani et al. (2007), realizaron un estudio transversal llevado a cabo en el norte de Tanzania, sobre 150 pacientes con infección VIH en TARVc por no menos de 6 meses, encontrando en dicha muestra mala adherencia al tratamiento y falla virológica en 16% y 32% de los pacientes respectivamente. Además evidenció una correlación



positiva entre el autofinanciamiento del tratamiento y la presencia de falla virológica, al igual que el acto de revelar el diagnóstico de portador del VIH a familiares fue un factor protector contra la falla virológica en estos pacientes (Ramadhani et al., 2007).

- Por otro lado, Franke et al. (2010), publicaron un estudio prospectivo, de 1 año de seguimiento, la validación y abreviación de la Escala de Estigma de Berger, en una población de 131 pacientes adultos con infección VIH, de Lima, Perú. En esta evaluación psicométrica, se muestra la buena validez de constructo y fiabilidad de la escala traducida al español en nuestra población. Finalmente, obtienen una escala reducida de 21 ítems, de similares propiedades que la escala completa de 40 ítems. Se resalta que este sería el único estudio de validación psicométrica de la escala de Berger realizado en nuestro país (Franke et al., 2010).
- Zafra (2015), en su tesis para optar por el título de médico cirujano, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos realiza un estudio transversal en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2014, en el cual realiza un total de 339 encuestas a pacientes seropositivos en TARVc, hallando que existen niveles elevados de estigma moderado (48%) y alto (25%), correlacionando además, que a mayor nivel de estigma en el paciente, menor adherencia terapéutica presentaba <sup>(18)</sup>. Estudio sumamente relevante que nos permite conocer la realidad local, pero que sin embargo no evalúa otros parámetros importantes como el nivel de ansiedad, depresión, la calidad de vida o características clínicas de los sujetos como la carga viral, el control virológico de la infección, la respuesta inmunológica medida a través del recuento de células T CD4, el número de abandonos a la terapia antirretroviral, entre otros (Zafra, 2015).

## 1.5. Marco conceptual



Esta gráfica involucra conceptos fundamentales asociadas a las variables estudiadas en el presente trabajo de investigación y cómo a manera de esquema se resalta la asociación entre ellas.

La medición del estigma en personas con VIH a través de los instrumentos señalados, permitirá identificar y explicar de alguna medida como un alto puntaje de estigma se relacione con la falta de adherencia al tratamiento anti-retroviral, lo que vendría en alteraciones del control virológico y por ende a la falta de respuesta inmunológica, lo que estaría asociado entre otras a la aparición de resistencia.

Por otro lado la presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos en pacientes con mayor vulnerabilidad como es el caso en aquellos con enfermedades crónicas y de gran repercusión psicosocial, conlleva un abanico de medidas a tomar, las cuales hacen aún más resaltante el manejo multidisciplinario en este tipo de pacientes.

## **CAPÍTULO II**

### **EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **2.1. Planteamiento del problema**

##### **2.1.1. Descripción de la realidad problemática**

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo hoy en día un problema de salud pública global. Según los datos de la UNAIDS, del año 2012, se estimaba que alrededor de 35.3 millones de personas en el mundo vivían con el virus (Sidibé et al., 2012). Sin embargo, desde la introducción del tratamiento antirretroviral combinado (TARVc), la infección por VIH se ha transformado de una enfermedad aguda y letal, a ser parte de las enfermedades crónicas, debido a que el tratamiento, disminuye considerablemente el porcentaje infecciones oportunistas o neoplasias definitorias de SIDA que estos pacientes solían padecer, brindándoles una mayor expectativa de vida, la cual puede llegar a alcanzar hasta los 75 años de edad, según modelos predictivos (Candiani et al., 2007; Robbins & Cotran, 2015).

El incremento en la supervivencia que brinda el TARVc, se consigue a expensas de un adecuado control virológico, producto de la buena adherencia al mismo, la que a su vez, evita la falla virológica y la generación de resistencias (Obaid et al., 2005; Pun et al., 2015).

El estigma asociado al VIH se considera un fenómeno social, creado principalmente por el estereotipo creado del paciente con la infección VIH, conllevando a la pérdida del estatus social y a la discriminación de la persona. Dicho estigma ha sido, desde el inicio de la pandemia, una verdadera barrera en la prevención y control de la infección, generando un impacto negativo en el cuidado y tratamiento de este grupo de pacientes. Evidencia de ello, es que a mayor grado de estigmatización, menores son las tasas de realización de despistaje para el virus y la

adherencia al TARVc disminuye considerablemente (MINSA, 2004; Abbas et al., 2004; Murray et al., 2006; Fattorusso et al., 2001).

Así mismo, junto con los elevados niveles de estigmatización, la baja calidad de vida experimentada por estos pacientes y la presencia de síntomas depresivos, son hoy en día, factores de riesgo conocidos para una pobre adherencia a la medicación en general y, sobre todo al TARVc (Organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura [UNESCO], 2002; Cabello et al., 2005; MINSA, 2013).

Esta evidencia remarca la importancia de realizar una adecuada evaluación del estigma en los pacientes con infección por VIH, enfatizando que esta puede presentarse en pacientes sin factores de riesgo conocidos y que a su vez, es una importante variable que influye sobre la adecuada adherencia al TARVc. De esta manera, este estudio contribuirá a conocer aún más la situación actual de la percepción del estigma asociado a VIH, en la población peruana seropositiva, además de poder sentar las bases para establecer estrategias de abordaje futuras para los factores modificables.

### **2.1.2. Antecedentes teóricos**

Los antecedentes teóricos que buscaron encontrar una relación causal entre los niveles de estigma con el inadecuado control virológico de la infección por VIH, al igual que su posible correlación con las manifestaciones ansiosas y depresivas son múltiples. Hemos mencionado ya los trabajos de Sumari-de Boer et al. (2012) en Holanda, quien encuentra asociación entre los elevados niveles de estigma asociado al VIH y la falla virológica previa, con la mala adherencia y los síntomas depresivos.

Así mismo, Ramadhani et al. (2007), hallan en su investigación que la prevalencia de mala adherencia al tratamiento y falla virológica en

los pacientes con infección VIH fue de 16% y 32% respectivamente, evidenciando además una correlación positiva entre el autofinanciamiento del tratamiento y la presencia de falla virológica.

Finalmente, Zafra (2015) realiza un estudio transversal en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2014, en el cual halla que existen niveles elevados de estigma moderado (48%) y alto (25%), correlacionando además que a mayor nivel de estigma en el paciente, menor adherencia terapéutica presentaba.

Encontramos entonces evidencia suficiente en la literatura científica para plantear no sólo que el estigma en su grado moderado y/o alto es muy frecuente en la población con infección VIH, sino además que este posiblemente se correlacionaría con la mala adherencia terapéutica (traduciendo un inadecuado control virológico) y la sintomatología ansiosa-depresiva.

### **2.1.3. Definición del problema**

El presente estudio sacará nuevamente a la luz la elevada prevalencia de estigma asociado a VIH en los pacientes seropositivos en TARVc, que buscan atención médica especializada por la consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales previamente demostrada por Zafra (2015). Luego, evaluada esta, se dividirán a los pacientes en dos grupos, el primero de ellos con adecuado control virológico de la infección y el segundo por su parte, con inadecuado control virológico de la infección; pretendiéndose demostrar que justamente los pacientes de este último grupo (inadecuado control virológico) presentan no sólo elevados niveles de estigmatización, sino también presentan correlaciones mayores con los síntomas depresivos y ansiosos.

Por otro lado, una vez identificados los individuos con mayores niveles de estigma asociado a VIH, se podrá identificar el mecanismo de estigma implicado en cada paciente y así, se contará con un blanco de acción terapéutico más, en el manejo integral del paciente con infección por VIH/SIDA.

## **2.2. Objetivos, delimitación y justificación de la investigación**

### **2.2.1. Objetivos**

#### **2.2.1.1. Objetivo principal**

- Determinar la correlación entre el estigma y los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.

#### **2.2.1.2. Objetivos específicos**

- Describir las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la frecuencia del estigma y síntomas ansioso-depresivos en los pacientes con infección VIH, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar el grado de estigma más frecuente, en los pacientes con infección VIH, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- Determinar el tipo de mecanismo de estigma más frecuente, en los pacientes con infección VIH, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar el nivel de ansiedad más frecuente, en los pacientes con infección VIH, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar el grado de depresión más frecuente, en los pacientes con infección VIH, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar el tipo de síntoma depresivo predominante, en los pacientes con infección VIH, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la correlación entre el grado de estigma moderado asociado VIH y la ansiedad moderada en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la correlación entre el grado de estigma alto asociado VIH y la ansiedad severa en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- Determinar la correlación entre el mecanismo de estigma: preocupación por la divulgación pública y la ansiedad moderada en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la correlación entre el mecanismo de estigma: preocupación por la divulgación pública y la ansiedad severa en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la correlación entre el mecanismo de estigma: preocupación por actitudes en público y la ansiedad moderada en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la correlación entre el mecanismo de estigma: preocupación por actitudes en público y la ansiedad severa en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar la correlación entre depresión y ansiedad en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.



- Determinar la correlación entre depresión moderada-grave y estigma moderado-alto en los pacientes con infección VIH con adecuado e inadecuado control virológico atendidos en la consulta ambulatoria, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### 2.2.2. Delimitación del estudio

- **Tema:** El estudio se enfocará en el estigma asociado a VIH y sus repercusiones sobre el control virológico de la infección en los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- **Delimitación en el tiempo:** El estudio y la recolección de la información referente al mismo se realizará en el lapso comprendido entre el 01 de marzo al 31 de mayo del presente año 2017.
- **Delimitación en el espacio:** El estudio se piensa llevar a cabo en la ciudad de Lima, distrito Lima cercado, con datos obtenidos a través de la entrevista y aplicación de cuestionarios validados al paciente con infección VIH que se atiende por consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- **Delimitación en las personas:** La población de estudio estará integrada por los pacientes con infección VIH en tratamiento antirretroviral combinado (TARVc) por más de 6 meses que se atienden por la consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **2.2.3. Justificación e importancia del estudio**

Los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) informaron a finales del 2015 que las muertes relacionadas con el SIDA han disminuido en un 45% desde las máximas registradas en el año 2005. En 2015, 1,1 millones de personas en todo el mundo fallecieron por causas relacionadas con el SIDA, en comparación con los 2 millones de fallecidos registrados en 2005 (Sidibé et al., 2012).

Hasta diciembre del 2015, 17 millones de personas que vivían con el VIH lograron tener acceso a la terapia antirretroviral en contraste con los 7,5 millones del 2010. Es decir, en promedio el 46% de todos los adultos que vivían con el VIH lograron tener acceso al tratamiento. En general se logró aumentar el acceso al tratamiento antirretroviral en un 86% (Sidibé et al., 2012).

La Dirección General de Epidemiología del Perú, ha reportado desde 1983 hasta el 2015, más de 60 000 casos de VIH en el país (Pun et al., 2015). Desde ese año, también se ha reportado más de 33 000 casos de SIDA, los cuales han ido disminuyendo debido a que en el año 2004 se implementó el Programa Nacional gratuito de Terapia Antirretroviral en el Perú, con el apoyo del Fondo Global de las Naciones Unidas de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la Malaria. Este programa cambió la morbimortalidad de los pacientes peruanos con VIH e incrementó drásticamente sus expectativas de vida.

A pesar de estos notables avances, quedan por dilucidar otros factores que impiden una adecuada adherencia al TARVc, y que conllevan no sólo al aumento en las resistencias a los diversos fármacos sino al incremento de infecciones, neoplasias e incluso la muerte (Sumari-de Boer et al., 2012; Ramadhani et al., 2007).

Hay evidencia que demuestra que la falta de respuesta virológica y la falta de adherencia al TARVc, se podría asociar al estigma existente en personas viviendo con VIH. Como lo señala la evidencia, el estigma puede estar presente en la población general, en la familia o en la misma persona viviendo con el virus (Parker et al., 2003).

El Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo es un centro de referencia para personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), por lo que la evaluación del estigma asociado al VIH en nuestra población generará evidencia importante para nuestra región y el mundo, brindando información importante sobre la situación actual de esta percepción de discriminación y fomentará la necesidad de implementar un mejor control de la misma en países de bajos recursos como el nuestro.

Es importante determinar si la presencia del estigma podría repercutir en el control virológico, aumentando los abandonos de la TARVc, incluso agregando síntomas de depresión, ya que nos permitiría abordar y analizar posibles estrategias de afronte con mejora no sólo en la adherencia al tratamiento propio de la infección, sino de manera integral con impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes.

## **2.3. Hipótesis, variables y definición operacional**

### **2.3.1. Supuestos teóricos**

Los pacientes con infección VIH requieren de una adecuada toma de la terapia antirretroviral durante al menos seis meses para alcanzar el control virológico de la infección, es decir alcanzar una carga viral menor de 50 copias por mililitro.

Así mismo, los pacientes con infección VIH presentan niveles elevados de estigmatización, lo cual podría repercutir en los

síntomas ansiosos y/o depresivos con los que estos puedan cursar, alterando sutil o groseramente la adherencia a la terapia antirretroviral y por ende afectando el objetivo principal de la misma, es decir el adecuado control virológico de la infección.

### **2.3.2. Hipótesis**

Las hipótesis de la presente investigación radican en establecer correlaciones entre el estigma y los síntomas ansioso-depresivos en dos grupos de pacientes con infección VIH separados. Por un lado, un grupo con adecuado o buen control virológico de la infección y por otro lado, un segundo grupo con inadecuado o mal control virológico de la infección; buscando evidenciar correlaciones más altas en el grupo que presenta un inadecuado control virológico de la infección. De esta manera, se establecieron las siguientes hipótesis:

- a) Correlación entre estigma y ansiedad en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- b) Correlación entre estigma moderado y ansiedad moderada en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación entre el estigma moderado y la ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación entre el estigma moderado y la ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- c) Correlación entre estigma alto y ansiedad severa en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación entre el estigma alto y la ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación entre el estigma alto y la ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- d) Correlación entre preocupación por la divulgación pública y ansiedad moderada en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- e) Correlación entre preocupación por la divulgación pública y ansiedad severa en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- f) Correlación entre preocupación por actitudes en público y ansiedad moderada en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- g) Correlación entre preocupación por actitudes en público y ansiedad severa en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad severa en los

pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- h) Correlación entre depresión y ansiedad en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- i) Correlación entre depresión y estigma en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre la depresión y el estigma en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre la depresión y el estigma en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- j) Correlación entre depresión moderada-grave y estigma moderado-alto en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre la depresión moderada-grave y el estigma moderado-alto en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre la depresión moderada-grave y el estigma moderado-alto en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### 2.3.3. Variables y definiciones operacionales

Las variables consideradas en el presente estudio se encuentran organizadas en la ficha estructurada por el investigador adjunta. Sin embargo, la operacionalización de las mismas se detalla a continuación:

- **Sexo**

- *Definición:* condición orgánica que distingue al varón de la mujer en los seres humanos.
- *Tipo de variable:* cualitativa
- *Forma de medición:* directo
- *Escala de medición:* nominal
- *Valores:*
  - ✓ Masculino (1)
  - ✓ Femenino (2)
- *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada

- **Edad**

- *Definición:* tiempo de existencia desde el nacimiento.
- *Tipo de variable:* cuantitativa
- *Forma de medición:* directo
- *Escala de medición:* razón
- *Valores:*



- ✓ < 18 años (1)
  - ✓ 18 – 65 años (2)
  - ✓ > 65 años (3)
- *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
  
- **Grado de instrucción**
  - *Definición:* último nivel de educación recibida en una institución académica.
  - *Tipo de variable:* cualitativa
  - *Forma de medición:* directo
  - *Escala de medición:* ordinal
  - *Valores:*
    - ✓ Analfabeto (0)
    - ✓ Lee y escribe pero no fue a la escuela (1)
    - ✓ Primaria incompleta (2)
    - ✓ Primaria completa (3)
    - ✓ Secundaria incompleta (4)
    - ✓ Secundaria completa (5)
    - ✓ Superior o técnica incompleta (6)
    - ✓ Superior o técnica completa (7)
  - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
  
- **Situación de la vivienda**
  - *Definición:* Condición de convivencia de una persona.
  - *Tipo de variable:* cualitativa
  - *Forma de medición:* directo
  - *Escala de medición:* nominal
  - *Valores:*
    - ✓ Vive Solo/a (0)
    - ✓ Vive con su propia familia/sin los padres o suegros (1)
    - ✓ Vive con su propia familia/con los padres o suegros (2)
    - ✓ Vive con sus padres (3)

- ✓ Vive con amigos (4)
  - ✓ Otro (5)
  - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
  
- **Orientación sexual**
  - *Definición:* patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo.
  - *Tipo de variable:* cualitativa
  - *Forma de medición:* directo
  - *Escala de medición:* nominal
  - *Valores:*
    - ✓ Heterosexual (0)
    - ✓ Homosexual (1)
    - ✓ Bisexual (2)
  - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
  
- **Tiempo de diagnóstico de VIH**
  - *Definición:* periodo de tiempo transcurrido desde que el paciente es diagnosticado de infección VIH, hasta la fecha actual.
  - *Tipo de variable:* cuantitativa
  - *Forma de medición:* directo
  - *Escala de medición:* razón
  - *Categorías:*
    - ✓ Número de años
    - ✓ Número de meses
  - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
  
- **Tiempo en TARVc**
  - *Definición:* periodo de tiempo transcurrido desde que el paciente inicia el TARVc, hasta la fecha actual.
  - *Tipo de variable:* cuantitativa
  - *Forma de medición:* directo

- *Escala de medición:* razón
  - *Categorías:*
    - ✓ Número de años
    - ✓ Número de meses
  - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
- **Número de abandonos**
    - *Definición:* número de episodios en los que el paciente cesa voluntariamente en la toma de TARVc por más de 30 días.
    - *Tipo de variable:* cuantitativa
    - *Forma de medición:* directo
    - *Escala de medición:* razón
    - *Valores:*
      - ✓ Nunca ha abandonado (0)
      - ✓ 1 (1)
      - ✓ 2 (2)
      - ✓ > 0 = 3 (3)
    - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada
- **Control virológico adecuado**
    - *Definición:* adecuada respuesta virológica como respuesta al TARVc, evidenciada a través de continuos controles de carga viral VIH < 50 copias/ml.
    - *Tipo de variable:* cualitativa
    - *Forma de medición:* directo
    - *Escala de medición:* nominal
    - *Valores:*
      - ✓ Buen control virológico (0)
      - ✓ Mal control virológico (1)
      - ✓ No es posible realizar este análisis (2)
    - *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada

- **Respuesta inmunológica**

- *Definición:* inclinación en el tiempo hacia el ascenso, descenso o meseta del recuento de Linfocitos CD4+ en un paciente.
- *Tipo de variable:* cualitativa
- *Forma de medición:* directo
- *Escala de medición:* nominal
- *Valores:*
  - ✓ Ascendente (0)
  - ✓ Meseta (1)
  - ✓ Descendente (2)
- *Instrumento de recolección:* Ficha estructurada

- **Nivel de depresión**

- *Definición:* grado o intensidad o gravedad de la depresión que presenta un individuo.
- *Tipo de variable:* cualitativa
- *Forma de medición:* directa
- *Escala de medición:* ordinal
- *Valores:*
  - ✓ 0 – 7 puntos: Normal o No depresión (0)
  - ✓ 8 – 13 puntos: Depresión Leve (1)
  - ✓ 14 – 18 puntos: Depresión Moderada (2)
  - ✓ 19 – 22 puntos: Depresión Severa (3)
  - ✓ Mayor o igual de 23: Depresión Muy Severa (4)
- *Instrumento de recolección:* Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)

- **Síntoma depresivo predominante**

- *Definición:* predominancia de un signo o síntoma depresivo específico que presenta un individuo.
- *Tipo de variable:* cualitativa
- *Forma de medición:* directa
- *Escala de medición:* nominal

- *Valores:*
  - ✓ Tristeza (0)
  - ✓ Pesimismo (1)
  - ✓ Sentimientos de fracaso (2)
  - ✓ Insatisfacción (3)
  - ✓ Culpabilidad (4)
  - ✓ Sentimiento de castigo (5)
  - ✓ Autodecepción (6)
  - ✓ Autoculpación (7)
  - ✓ Ideas de suicidio (8)
  - ✓ Llanto (9)
  - ✓ Irritación (10)
  - ✓ Desinterés social (11)
  - ✓ Indecisión (12)
  - ✓ Pobre imagen corporal (13)
  - ✓ Dificultad laboral (14)
  - ✓ Insomnio (15)
  - ✓ Fatiga (16)
  - ✓ Pérdida del apetito (17)
  - ✓ Pérdida de peso (18)
  - ✓ Hipocondría (19)
  - ✓ Desinterés por el sexo (20)
- *Instrumento de recolección:* Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)

- **Nivel de ansiedad**

- *Definición:* intensidad o grado de la sintomatología ansiosa que puede presentar una persona.
- *Tipo de variable:* cualitativa
- *Forma de medición:* directa
- *Escala de medición:* ordinal
- *Valores:*
  - ✓ 0 a 7 puntos: nivel mínimo de ansiedad (0)
  - ✓ 8 a 15 puntos: nivel de ansiedad leve (1)

- ✓ 16 a 25 puntos: nivel de ansiedad moderado (2)
  - ✓ 26 a 63 puntos: ansiedad severa (3)
  - *Instrumento de recolección:* Beck Anxiety Inventory
  
- **Grado de Estigma asociado a VIH**
  - *Definición:* gradación de la estigmatización percibida por el individuo víctima de otros.
  - *Tipo de variable:* cualitativa
  - *Forma de medición:* directa
  - *Escala de medición:* ordinal
  - *Valores:*
    - ✓ Mínimo (0)
    - ✓ Leve (1)
    - ✓ Moderado (2)
    - ✓ Severo (3)
  - *Instrumento de recolección:* Escala de Estigma asociado a VIH – validado por Franke
  
- **Mecanismo de Estigma asociado a VIH**
  - *Definición:* mecanismo psíquico defensivo debido a la estigmatización que el individuo sufre por parte de otros.
  - *Tipo de variable:* cualitativa
  - *Forma de medición:* directa
  - *Escala de medición:* nominal
  - *Valores:*
    - ✓ Estigma sancionado (0)
    - ✓ Estigma divulgado (1)
    - ✓ Auto imagen negativa (2)
    - ✓ Preocupaciones con actitudes públicas (3)
  - *Instrumento de recolección:* Escala de Estigma asociado a VIH – validado por Franke

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

#### **3.1. Tipo de la investigación**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo-correlacional, el cual pretende generar información que sirva para futuras investigaciones.

#### **3.2. Diseño de investigación**

No experimental de corte transversal.

#### **3.3. Universo, población, muestra y muestreo**

La población objeto del estudio son todos los pacientes que fueron atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, entre el 01 de Marzo 2017 hasta el 31 Mayo 2017.

La población de estudio corresponde a todos los pacientes con diagnóstico de infección VIH, que fueron atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, entre el 01 de Marzo 2017 hasta el 31 Mayo 2017.

Se utilizará una muestra de 247 pacientes con diagnóstico de infección VIH, que se hallen con mínimo 6 meses de tratamiento antirretroviral, de un total de 2100 pacientes atendidos ambulatoriamente de forma trimestral (11.7%), que fueron atendidos en la consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, entre el 01 de Marzo 2017 hasta el 31 Mayo 2017.

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.

La unidad de análisis corresponde al paciente con diagnóstico de infección por VIH en tratamiento antirretroviral e historia clínica del mismo, que fue atendido en la consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, entre el 01 de Enero hasta el 31 Marzo 2017.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Los procedimientos para la recolección de la información se detallan a continuación:

1. Se invitará a participar en el estudio a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Los participantes en potencia serán encuestados mientras se hallan esperando su respectiva consulta ambulatoria con el médico infectólogo, entre el horario comprendido entre las 7:00 am – 10:00 am. En dicho horario el paciente contará con la disponibilidad de tiempo necesaria para contestar las preguntas del estudio, sin que ello interfiera con su respectiva cita, ni que invierta un tiempo adicional para completar las encuestas luego de la misma.
2. Se brindará el respectivo Consentimiento Informado (ver anexo 1), el cual deberá ser firmado antes de realizar cualquier procedimiento del estudio.
3. Como se mencionó en el punto 1, mientras el paciente espera ser atendido en la consulta ambulatoria y luego de que éste haya brindado su consentimiento informado por escrito, se llevarán a cabo las evaluaciones psicométricas en un ambiente separado. El evaluador tomará registro del número de historia clínica en la ficha personal de cada paciente.
4. Durante la realización de las pruebas psicométricas (inventario de ansiedad de Beck (anexo 2), test de depresión de Hamilton (anexo 3) y la escala de estigma de Berger validada por Franke (anexo4)), se



invertirá un tiempo total entre 20 y 30 minutos, donde el paciente se verá acompañado por el investigador principal o un licenciado en psicología, quienes servirán de guía o ayuda en caso el paciente halle dificultades en la realización de las pruebas y lo acompañarán hasta la culminación de las mismas.

5. Luego se agradecerá al paciente por su participación en el estudio.
6. Se debe mencionar, que el orden de aplicación de las pruebas alternará al azar, no siguiendo un orden específico en todos los casos.
7. Posteriormente, el investigador principal proporcionará el número de historia clínica registrado al médico infectólogo, quien completará la ficha de recolección de datos del anexo 5, recabando los datos clínicos directamente de la historia clínica del paciente. En ningún momento el médico infectólogo observará los resultados de las pruebas psicométricas y a la inversa, los evaluadores de las pruebas psicométricas no tendrán acceso a los datos clínicos de los pacientes.
8. Los datos obtenidos (clínicos y psicométricos) serán archivados en un sobre de manila con un código numérico específico para cada paciente.
9. Posteriormente todos los formatos de evaluación se pasarán a la base de datos en formato Microsoft Excel.
10. Luego del vaciamiento de la información en el formato Excel, esta será transportada al programa STATA v13.0 para el análisis estadístico de las variables recopiladas.

### **3.5. Procesamiento de datos**

Se utilizará el programa EXCEL para elaborar la base de datos, es decir la tabla matriz y luego estos datos serán trasladados a un software de computadora denominado "STATA v13.0" en donde se realizará el análisis estadístico respectivo.

Se emplearán medidas de tendencia central (media, mediana, rangos intercuartílicos) para las características descriptivas. Se utilizará Spearman para establecer las correlaciones entre variables y odds ratios para determinar la fuerza de asociación entre variables.

Se utilizarán gráficos de barras y de pie para presentar los resultados descriptivos de la investigación. Finalmente se emplearán gráficos de dispersión para mostrar los resultados correlacionales entre variables.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de resultados y contrastación de hipótesis

Se reclutaron un total de 247 pacientes con infección VIH en tratamiento antirretroviral combinado (TARVc) durante no menos de 6 meses, que acudieron a la consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT) del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) para control rutinario de la enfermedad de fondo, durante el lapso de tiempo comprendido entre enero a mayo del presente año 2017.

En la tabla N°1 se resumen las principales características socio-demográficas de la población estudiada. En total 195 (78.94%) pacientes fueron varones y la mediana de edad fue 38 años (RIC 18 – 72). Es comprensible que a pesar que ya han transcurrido más de tres décadas desde la aparición del VIH aún la población masculina en edades sexualmente activas sea el grupo portador del virus predominante, tal como lo observamos en el presente muestreo.

La ubicación del Hospital Nacional Dos de Mayo en el distrito de Lima cercado, hace que la mayoría de los pacientes que buscan la atención médica especializada en Infectología procedan de distritos aledaños al mismo. Por ello, observamos que los distritos de Lima cercado, La Victoria y San Juan de Lurigancho representan el 15.78%, 13.36% y 12.55% respectivamente de la población reclutada. Del mismo modo, con menores porcentajes se encuentran los distritos de Ate (5.26%), Villa María del Triunfo (4.04%), Comas (4.04%), El Agustino (3.64%), Santa Anita (3.23%), San Juan de Miraflores (2.83%), etc.

Debemos recalcar que estos distritos poseen grupos poblacionales con niveles socio-económicos y culturales de menor nivel, siendo por ende más difícil el manejo a largo plazo de estos pacientes, ya que el éxito terapéutico se sostiene en numerosas variables como el adecuado reconocimiento de

la enfermedad, la adherencia al TARVc sostenida, la erradicación de hábitos nocivos, entre otros factores que dependen no solo del individuo, sino también del medio social en el que se desenvuelve. Por otro lado a pesar de su localización, observamos que en menores proporciones el HNDM también recibe pacientes de distritos con estratos socio-económicos más elevados como Santiago de Surco (4.04%), Miraflores (0.40%) y La Molina (0.40%).

El estado civil de los pacientes mostró que 146 (59.10%) eran solteros, 46 (18.62%) conviven con sus parejas, 25 (10.12%) son casados, 22 (8.90%) separados y una minoría viudos o divorciados con 6 (2.42%) y 2 (0.8%) respectivamente. Se analiza que más de la mitad de la población encuestada posee el estado civil de soltería, mientras que alrededor del 10% no posee pareja sentimental estable, bien sea en el primer escenario probablemente por la orientación sexual que presenta el individuo o en el segundo escenario por el estilo de vida errático que algunos grupos particulares de pacientes suelen presentar, donde el consumo de drogas y la promiscuidad sexual alcanza valores elevados.

Así mismo, al evaluar el grado de instrucción nos topamos con estudios de primaria incompleta en 8 (3.23%), primaria completa en 11 (4.45%), secundaria incompleta en 29 (11.74%), secundaria completa en 75 (30.36%), superior o técnica incompleta en 61 (24.69%) y superior o técnica completa en 63 (25.50%). Los porcentajes referentes al nivel educativo de los pacientes mencionados, son el reflejo del grado de instrucción de nuestra sociedad, donde la población proveniente de los estratos socio-económicos más bajos tiene menor acceso a una adecuada educación o en su defecto deben abandonar los estudios desde edades muy tempranas para dedicarse al trabajo. Por ello, lamentamos observar que el 19.42% no culminó los estudios en el colegio y únicamente el 25.5% logró alcanzar estudios superiores. Reiteramos que el nivel educativo de los pacientes es una de las tantas piezas clave necesarias en favor de un adecuado tratamiento a largo plazo.

La mayoría de los pacientes vive con sus padres (32.38%), con su propia familia sin la presencia de los padres o los suegros (28.34%) o solos (15.78%). Estos porcentajes se podrían interpretar en función de la orientación sexual y estilo de vida que conducen algunos pacientes. Por ejemplo es de esperar que los pacientes homosexuales vivan solos o en compañía de sus progenitores, mientras que la población heterosexual habite con sus propias familias.

Las ocupaciones de la población estudiada son diversas, sin embargo resalta el elevado porcentaje de pacientes que se dedica a la venta o comercio de diversa índole de forma independiente (25.91%) y las amas del hogar (9.31%). Estas cifras se pueden cotejar con el grado de instrucción de nuestra población, en donde reiteramos que solo el 25.5% presentaban estudios superiores culminados, observando así un escaso número de profesionales en el grupo de pacientes encuestados.

Finalmente, observamos que si bien más del 50% de los encuestados poseen un ingreso mensual que les permite vivir modesta pero adecuadamente, el 37.54% de los pacientes, cifra nada despreciable cuentan con un ingreso mensual individual menor de 450 nuevos soles. Este bajo ingreso mensual, dificulta el acceso del paciente a los servicios básicos de salud y consecuentemente en la adherencia terapéutica del mismo, al igual que repercute negativamente en su bienestar físico, mental y social.

#### **4.2. Contrastación de hipótesis**

Las principales hipótesis que resultaron estadísticamente significativas y que se podrían contrastar fueron la correlación estadísticamente significativa entre el estigma y la ansiedad, la correlación estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad; y finalmente la correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el estigma.

## RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1

*Características socio-demográficas de los pacientes con infección VIH. HNMD, Lima –Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Variables</b>       | <b>Sub-grupos</b>       | <b>n (%)</b>     | <b>Variables</b>                   | <b>Sub-grupos</b>                                       | <b>n (%)</b>                    |   |            |
|------------------------|-------------------------|------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|---|------------|
| <b>Sexo</b>            | M                       | 195 (78.94)      |                                    | Analfabeto  | 0 (0)                           |   |            |
|                        | F                       | 52 (21.05)       |                                    | Lee y escribe pero no fue a la escuela                  | 0 (0)                           |   |            |
| <b>Edad</b>            | (Mediana)               | 38 (RIC 18 – 72) | <b>Grado de instrucción</b>        | Primaria incompleta                                     | 8 (3.23)                        |   |            |
|                        | Lima cercado            | 39 (15.78)       |                                    | Primaria completa                                       | 11 (4.45)                       |   |            |
|                        | La Victoria             | 33 (13.36)       |                                    | Secundaria incompleta                                   | 29 (11.74)                      |   |            |
|                        | San Juan de Lurigancho  | 31 (12.55)       |                                    | Secundaria completa                                     | 75 (30.36)                      |   |            |
|                        | Ate                     | 13 (5.26)        |                                    | Superior o técnica incompleta                           | 61 (24.69)                      |   |            |
|                        | Villa María del Triunfo | 10 (4.04)        |                                    | Superior o técnica completa                             | 63 (25.50)                      |   |            |
|                        | Santiago de Surco       | 10 (4.04)        |                                    | Vive solo(a)  | 39 (15.78)                      |   |            |
|                        | Comas                   | 10 (4.04)        |                                    | Vive con su propia familia sin los padres o los suegros | 70 (28.34)                      |   |            |
|                        | <b>Procedencia</b>      | El Agustino      |                                    | 9 (3.64)  | <b>Situación de la vivienda</b> | Vive con su propia familia con los padres o los suegros | 30 (12.14) |
|                        |                         | Santa Anita      |                                    | 8 (3.23)  |                                 | Vive con sus padres                                     | 80 (32.38) |
| San Juan de Miraflores |                         | 7 (2.83)         | Vive con amigos                    | 5 (2.02)  |                                 |   |            |
| Surquillo              |                         | 6 (2.42)         | Otros                              | 23 (9.31)   |                                 |   |            |
| Chorrillos             |                         | 6 (2.42)         | Vendedor/comerciante/independiente | 64 (25.91)  |                                 |   |            |
| Callao                 |                         | 5 (2.02)         | Ama de casa                        | 23 (9.31)   |                                 |   |            |
| Villa el Salvador      |                         | 5 (2.02)         | Obrero                             | 12 (4.85)   |                                 |   |            |
| Rímac                  |                         | 4 (1.61)         | Administrativo/trabajo de oficina  | 13 (5.26)   |                                 |   |            |
| Otros                  |                         | 51 (20.64)       | Estilista                          | 11 (4.45)   |                                 |   |            |
| <b>Etnia</b>           |                         | Mestizo          | 247 (100)                          | <b>Ocupación</b>  |                                 | Desocupado  | 15 (6.07)  |
|                        | Soltero                 | 146 (59.10)      | Otros                              |   | 109 (44.12)                     |   |            |
|                        | Casado                  | 25 (10.12)       | < s/.50                            |   | 16 (6.47)                       |   |            |
|                        | Conviviente             | 46 (18.62)       | s/. 51 - s/. 150                   |   | 14 (5.66)                       |   |            |
| <b>Estado civil</b>    | Divorciado              | 2 (0.80)         | <b>Ingreso mensual</b>             | s/. 151 - s/. 350                                       | 12 (4.85)                       |   |            |
|                        | Separado                | 22 (8.90)        |                                    | s/. 351 - s/. 450                                       | 26 (10.52)                      |   |            |
|                        | Viudo                   | 6 (2.42)         |                                    | > s/. 450   | 179 (72.46)                     |   |            |

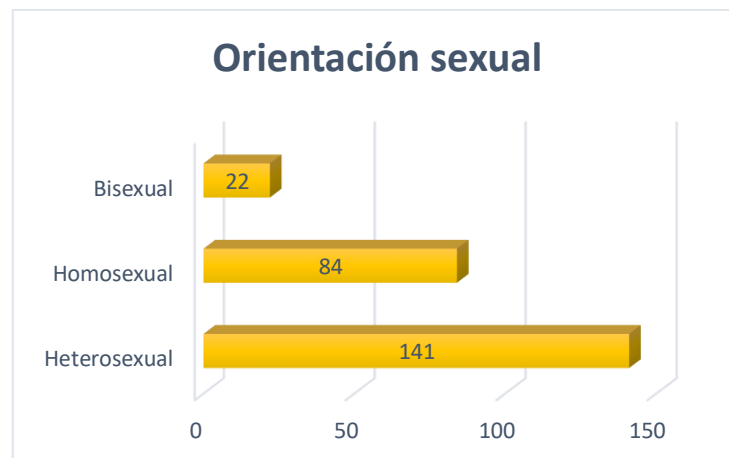
Tabla 2

*Conductas de riesgo de los pacientes con infección VIH. HNDM, Lima-Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Variables</b>          | <b>Sub-grupos</b> | <b>n (%)</b> |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| <b>Tabaquismo</b>         | Nunca             | 159 (64.37)  |
|                           | Pasado            | 72 (29.14)   |
|                           | Actual            | 16 (6.47)    |
| <b>Alcoholismo</b>        | Si                | 61 (24.69)   |
|                           | No                | 182 (73.68)  |
|                           | No refiere        | 4 (1.61)     |
| <b>Consumo drogas</b>     | Actual            | 35 (14.17)   |
|                           | Nunca             | 204 (82.59)  |
|                           | Pasado            | 6 (2.42)     |
|                           | No refiere        | 2 (0.80)     |
| <b>Tipo de droga</b>      | Marihuana         | 27 (10.93)   |
|                           | PBC               | 12 (4.85)    |
|                           | Cocaína clor.     | 19 (7.69)    |
|                           | Otro              | 3 (1.21)     |
| <b>Orientación sexual</b> | Heterosexual      | 141 (57.08)  |
|                           | Homosexual        | 84 (34)      |
|                           | Bisexual          | 22 (8.90)    |

Gráfica 1

*Orientación Sexual en los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*



La población encuestada fue evaluada con respecto a la orientación sexual y al consumo previo o actual de sustancias nocivas. Respecto a la orientación sexual, se observa que existió una ligera predominancia de los pacientes

heterosexuales sobre los homosexuales y bisexuales con 57.08%, 34% y 8.9% respectivamente. No obstante la población homosexual y bisexual en conjunto prácticamente alcanzan la mitad de los pacientes que acude por la consulta externa del servicio de Infectología del HNDM. Debemos detenernos en este punto y mencionar que las cifras que acabamos de presentar van acorde a lo que sucede a nivel global, puesto que si bien la pandemia del VIH/SIDA inicio en la población homosexual, la transmisión heterosexual es hoy en día tanto o más frecuente que la transmisión homosexual.

Por otro lado el consumo actual de tabaco no alcanzó cifras relevantes al ser del 6.47% del total de pacientes, sin embargo si existió un 24.69% de pacientes que consumían actualmente cantidades elevadas de alcohol. El consumo de drogas ilícitas se vio en el 14.17% de la población encuestada, siendo las drogas más frecuentes marihuana, cocaína clorhidrato y pasta básica de cocaína con 10.93%, 7.69% y 4.85% respectivamente.

Tabla 3

*Características clínicas de los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta externa del HNDM, Lima –Perú. 2017 (n = 247).*

| Variables                    | Sub-grupos    | n (%)       | Variables                   | Sub-grupos        | n (%)       |
|------------------------------|---------------|-------------|-----------------------------|-------------------|-------------|
| Tiempo desde el diagnóstico  | Años          |             | Nº cambios del esquema ARVc | Cero              | 90 (36.43)  |
|                              | Meses         |             |                             | 1                 | 83 (33.60)  |
|                              | Sexual        | 215 (87.04) |                             | 2                 | 25 (10.12)  |
| Transmisión                  | Vertical      | 1 (0.40)    |                             | >= 3              | 49 (19.83)  |
|                              | Ignora        | 31 (12.55)  |                             | Evento adverso    | 95 (60.50)  |
| Tiempo en TARVc              | Años          |             | Motivo de cambio            | Intolerancia      | 0 (0)       |
|                              | Meses         |             |                             | Desabastecimiento | 76 (48.40)  |
| Estadio clínico basal        | A             | 15 (6.07)   |                             | Resistencia viral | 26 (16.56)  |
|                              | B             | 68 (27.53)  |                             | Otro              | 6 (3.82)    |
|                              | C             | 164 (66.39) |                             | 2NRTI + 1NNRTI    | 228 (92.30) |
| Número de abandonos al TARVc | Nunca         | 225 (91.09) | Esquema ARVc inicial        | 2NRTI + 1IP       | 17 (6.88)   |
|                              | 1             | 17 (6.88)   |                             | 2NRTI + 1II       | 0 (0)       |
|                              | 2             | 4 (1.61)    |                             | Otro              | 1 (0.40)    |
|                              | >= 3          | 1 (0.40)    |                             | 2NRTI + 1NNRTI    | 188 (76.11) |
| Control virológico           | Adecuado      | 190 (76.92) | Esquema ARVc actual         | 2NRTI + 1IP       | 45 (18.21)  |
|                              | Malo          | 45 (18.21)  |                             | 2NRTI + 1II       | 6 (2.42)    |
|                              | No precisable | 12 (4.85)   |                             | IP + II           | 6 (2.42)    |



|                         |               |             |      |          |
|-------------------------|---------------|-------------|------|----------|
| Tendencia de los LT CD4 | Ascendente    | 152 (61.53) | Otro | 2 (0.80) |
|                         | Meseta        | 32 (12.95)  |      |          |
|                         | Descendente   | 31 (12.55)  |      |          |
|                         | DIV           | 24 (9.71)   |      |          |
|                         | No precisable | 8 (3.23)    |      |          |

Las características clínicas de los individuos nos señalan que se trata de pacientes con diagnóstico de infección de varios años y por ende también se hallan en tratamiento antirretroviral combinado (TARVc) durante larga data.

En la evaluación inicial de este grupo de pacientes se constató la vía de transmisión, al igual que el estadio clínico basal previo al inicio del TARVc. La principal ruta de transmisión es la sexual (87.04%), seguida del grupo de pacientes que ignoran como adquirieron la infección (12.55%) y un paciente víctima de transmisión vertical (0.4%). Por otro lado, se señala que el 66.39% de los pacientes son captados para evaluación de inicio del TARVc en el estadio SIDA de la enfermedad.

Referente a la adherencia de los pacientes al TARVc, podemos observar que menos del 10% del total de pacientes ha tenido historia de al menos un abandono al tratamiento prescrito. Ello traduce el buen trabajo multidisciplinario y en equipo que realizan los trabajadores de salud especializados en el manejo del paciente con infección VIH/SIDA para garantizar y continuamente reforzar la importancia de una buena adherencia terapéutica para el control óptimo de la infección. Dentro del grupo de pacientes con historia de abandono al tratamiento, el 6.88% lo hizo una vez, 1.61% dos veces y 0.40% tres o más ocasiones.

A pesar del bajo porcentaje de historial de abandono terapéutico, existen diferencias importantes con respecto al control virológico de la infección. Se señala que la gran mayoría de los pacientes (76.92%) llevaba un control óptimo de la infección, mientras que el control virológico era malo o no precisable en el 18.21% y 4.85% de los casos respectivamente. Por otro lado, la respuesta inmunológica, evaluada a través de la tendencia de los Linfocitos T CD4+ fue adecuada en el 74.48% (ascendente o en meseta), cifra muy similar a la de aquellos que alcanzaron un buen control virológico de la infección, mientras que

la tendencia al descenso de los Linfocitos T CD4+, el estado de disociación inmuno-viológica y la imposibilidad de precisar la respuesta inmunológica en dicho momento, representaron el 12.55%, 9.71% y 3.23% de los casos respectivamente.

Por otro lado, se evidencia que únicamente el 36.43% de los pacientes preservaron el esquema antirretroviral inicialmente prescrito, mientras que el 63.57% restante presentó uno o más modificaciones en su esquema por diversos motivos, entre los que se encontraron la presencia de eventos adversos a la medicación, el desabastecimiento de la misma y la generación de resistencia virológica en el 60.5%, 48.4% y 16.56% de los casos respectivamente.

El esquema de TARVc que inicialmente suele prescribirse en nuestra realidad es el que presenta como núcleo base a dos fármacos inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de los nucleósidos (ITRN) asociados a un tercer medicamento de la familia inhibidores de la transcriptasa reversa no análogos de los nucleósidos (ITRNN), observando que esta combinación farmacológica es la que presentaron inicialmente el 92.3% de los pacientes evaluados, siendo para el inicio del TARVc en un paciente nuevo, inusual la asociación de la tercera droga con los inhibidores de la proteasa (IP), lo cual se evidenció únicamente en el 6.88% de los casos. Este porcentaje analizado desciende posteriormente al 76.11% para la combinación ITRN + ITRNN e incrementa ligeramente para la combinación ITRN + IP al 18.21%, apareciendo a su vez combinaciones con nuevas familias de antirretrovirales como los inhibidores de integrasa (II).

Tabla 4

*Inventario de ansiedad de Beck (IBA) en los pacientes con infección VIH. HNMD, Lima –Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>IBA</b>        | <b>Sub-grupos</b> | <b>n (%)</b> |
|-------------------|-------------------|--------------|
| Nivel de Ansiedad | Muy baja          | 219 (88.66)  |
|                   | Moderada          | 26 (10.52)   |
|                   | Severa            | 2 (0.80)     |
| Puntaje global    | Mediana           |              |

IBA: Inventario de Ansiedad de Beck

## Gráfica 2

*Nivel de síntomas ansiosos en los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*



El inventario de ansiedad de Beck nos muestra en términos generales que los niveles de ansiedad de la población analizada se encuentran en el 88.66% en niveles muy bajos, mientras que el 10.52% lo presentan en niveles moderados y el 0.8% en niveles altos. Podríamos inferir que la sintomatología ansiosa de los pacientes evaluados no significa en términos generales un verdadero problema actualmente en los mismos y de presentarse esta se halla preferentemente en niveles moderados.

## Tabla 5

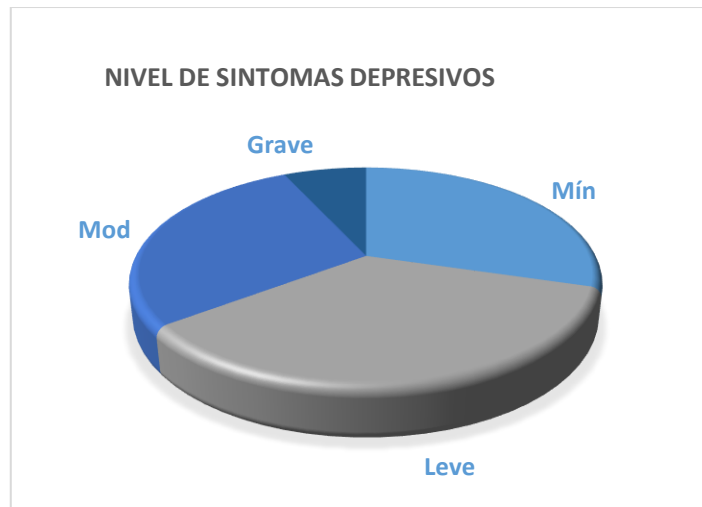
*Test de depresión de Hamilton (TDH) en los pacientes con infección VIH. HNDM, Lima –Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>TDH</b>         | <b>Sub-grupos</b> | <b>n (%)</b> |
|--------------------|-------------------|--------------|
| Nivel de Depresión | Mínimo            | 73 (29.55)   |
|                    | Leve              | 87 (35.22)   |
|                    | Moderado          | 70 (28.34)   |
|                    | Grave             | 17 (6.88)    |
| Puntaje global     |                   |              |

TDH: Test de depresión de Hamilton

### Gráfica 3

*Nivel de síntomas depresivos en los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*



El test de depresión de Hamilton, a diferencia del inventario de ansiedad de Beck, nos muestra que los niveles moderado y grave de los síntomas depresivos son un tanto más considerables en comparación con la sintomatología ansiosa de los pacientes encuestados. Se observa entonces que el 35.22% de los casos presentan niveles moderados y graves de sintomatología depresiva (28.34% moderado y 6.88% grave), mientras que el 64.77% restante presenta niveles mínimos o leves (29.55% mínimos y 35.22% leves).

En la tabla N°6 se detallan las características de los síntomas depresivos expresados por los pacientes, al igual que las esferas de mayor predominancia. Se destaca entonces los sentimientos de insatisfacción (72.15%), hipocondría (54.24%), tristeza (53.27%), sentimiento de castigo (50.19%), pobre imagen corporal (48.56%), insomnio (46.54%), dificultad laboral (43.01%), fatiga (41.86%), desinterés por el sexo (40.87%), pérdida de apetito (33.59%), irritación (31.94%), desinterés social (31.56%), sentimientos de fracaso (29.78%), auto-decepción (26.77%), pesimismo (26.63%), indecisión (25.08%), llanto (20.32%), auto-culpación (19.17%), ideas de suicidio (18.69%) y pérdida de peso de 5kg o más (12.8%).

Se puede mencionar que el sentimiento de insatisfacción es el que de lejos predomina en nuestros pacientes, el cual puede presentar a su vez múltiples connotaciones que ameritan ser investigadas en la entrevista personal por el especialista en psicología. En menor porcentaje, pero no por ello menos relevantes, circundando el 50% de los pacientes reclutados se manifiestan los sentimientos de castigo, hipocondría, tristeza, pobre imagen corporal e insomnio; los cuales en conjunto podrían relacionarse con el estado físico producto de la enfermedad crónica que presentan.

Tabla 6.

Test de depresión de Hamilton (TDH) por áreas en los pacientes con infección VIH. HNDM, Lima –Perú. 2017 (n = 247).

| Síntoma depresivo evaluado    | Ítem del Test de Depresión de Hamilton (TDH)  | n (%)          | Síntoma depresivo evaluado    | Ítem del Test de Depresión de Hamilton (TDH)  | n (%)          |
|-------------------------------|---|----------------|-------------------------------|---|----------------|
| <b>Tristeza</b>               | No me encuentro triste  | 114<br>(46.72) | <b>Sentimiento de castigo</b> | No pienso que este siendo castigado   | 120<br>(49.79) |
|                               | Me siento algo triste y deprimido   | 56 (22.95)     |                               | Presiento que algo malo puede sucederme   | 93 (38.58)     |
|                               | Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar / Esta tristeza me produce verdadero sufrimiento | 74 (30.32)     |                               | Siento que me están castigando o me castigarán  | 9 (3.73)       |
|                               | Ya no puedo soportar esta pena  | 0 (0)          |                               | Quiero que me castiguen / Merezco ser castigado   | 19 (7.88)      |
| <b>Pesimismo</b>              | No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal                                       | 155<br>(63.52) | <b>Auto-decepción</b>         | Estoy satisfecho de mí mismo  | 175<br>(73.22) |
|                               | Me siento desanimado cuando pienso en el futuro   | 65 (26.63)     |                               | No me aprecio / Estoy descontento conmigo mismo   | 60 (25.10)     |
|                               | No espero nada bueno de la vida / Creo que nunca me recuperaré de mis penas                                   | 19 (7.78)      |                               | Me odio (me desprecio) / Estoy asqueado de mi   | 4 (1.67)       |
|                               | No espero nada, esto no tiene remedio   | 5 (2.04)       |                               | No creo ser peor que otros  | 124<br>(50.61) |
| <b>Sentimiento de fracaso</b> | No me considero fracasado   | 165<br>(67.34) | <b>Auto-culpación</b>         | Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores   | 74 (30.20)     |
|                               | He tenido más fracasos que la mayoría de la gente   | 7 (2.85)       |                               | Siento que tengo muchos y muy graves defectos / Me acuso a mí mismo   | 30 (12.24)     |
|                               | Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena / Veo mi vida llena de fracasos                            | 62 (25.30)     |                               | Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme  | 17 (6.93)      |
|                               | He fracasado totalmente como persona  | 11 (4.48)      |                               | No tengo pensamientos de hacerme daño   | 200<br>(81.30) |
| <b>Insatisfacción</b>         | No estoy especialmente satisfecho   | 52 (21.94)     | <b>Ideas de suicidio</b>      | Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo  | 35 (14.22)     |
|                               | Ya no me divierte lo que antes me divertía / Me encuentro insatisfecho conmigo mismo                          | 171<br>(72.15) |                               | Siento que estaría mejor muerto / Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera / Me mataría si pudiera | 11 (4.47)      |
|                               | Ya nada me llena  | 6 (2.53)       |                               | Tengo planes decididos de suicidarme  | 0 (0)          |
|                               | Estoy harto de todo   | 8 (3.37)       |                               |   |                |

Tabla 6 (continuación)

Test de depresión de Hamilton (TDH) por áreas en los pacientes con infección VIH. HNDM, Lima –Perú. 2017 (n = 247).

| Síntoma depresivo evaluado | Ítem del Test de Depresión de Hamilton (TDH)   | n (%)       | Síntoma depresivo evaluado | Ítem del Test de Depresión de Hamilton (TDH)   | n (%)       |
|----------------------------|--|-------------|----------------------------|--|-------------|
| <b>Culpabilidad</b>        | No me siento culpable  | 185 (75.51) | <b>Llanto</b>              | No lloro más de lo habitual  | 151 (62.65) |
|                            | A veces me siento despreciable y mala persona  | 27 (11.02)  |                            | Ahora lloro más de lo normal   | 19 (7.88)   |
|                            | Me siento bastante culpable / Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona | 29 (11.83)  |                            | Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo   | 30 (12.44)  |
|                            | Me siento muy infame y despreciable  | 4 (1.63)    |                            | Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo  | 41 (17.01)  |
|                            | No estoy más irritable que normalmente   | 72 (29.87)  |                            | Duermo tan bien como antes   | 132 (53.44) |
| <b>Irritación</b>          | Me irrito con más facilidad que antes  | 67 (27.80)  | <b>Insomnio</b>            | Me despierto más cansado por la mañana   | 26 (10.52)  |
|                            | Me siento irritado todo el tiempo  | 10 (4.14)   |                            | Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir / Tardo una o dos horas en dormirme por la noche / Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volver a dormirme | 57 (23.07)  |
|                            | Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba  | 92 (38.17)  |                            | Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas / No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas  | 32 (12.95)  |
| <b>Desinterés social</b>   | No he perdido mi interés por los demás   | 169 (68.42) | <b>Fatiga</b>              | No me canso más de lo normal   | 143 (58.13) |
|                            | Me intereso por la gente menos que antes   | 47 (19.02)  |                            | Me canso más fácilmente que antes  | 84 (34.14)  |
|                            | He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos            | 19 (7.69)   |                            | Cualquier cosa que hago me fatiga  | 17 (6.91)   |
|                            | He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto                         | 12 (4.85)   |                            | Me canso tanto que no puedo hacer nada   | 2 (0.81)    |

Tabla 6 (continuación)

Test de depresión de Hamilton (TDH) por áreas en los pacientes con infección VIH. HNMD, Lima –Perú. 2017 (n = 247).

| Síntoma depresivo evaluado   | Ítem del Test de Depresión de Hamilton (TDH)  | n (%)       | Síntoma depresivo evaluado             | Ítem del Test de Depresión de Hamilton (TDH)   | n (%)       |
|------------------------------|---|-------------|--|--|-------------|
| <b>Indecisión</b>            | Tomo mis decisiones como antes  | 185 (74.89) | <b>Pérdida de apetito</b>              | Tengo el mismo apetito de siempre  | 164 (66.39) |
|                              | Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones                         | 34 (13.76)  |  | Mi apetito no es tan bueno como antes  | 48 (19.43)  |
|                              | Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda  | 18 (7.28)   |  | Mi apetito es ahora mucho menor  | 26 (10.52)  |
|                              | Ya no puedo tomar decisiones en absoluto  | 10 (4.04)   |  | He perdido totalmente el apetito   | 9 (3.64)    |
| <b>Pobre imagen corporal</b> | No me siento con peor aspecto que antes   | 125 (51.02) | <b>Pérdida de peso</b>                 | No he perdido peso últimamente   | 166 (68.59) |
|                              | Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado  | 36 (14.69)  |  | He perdido más de 2 y medio kg   | 45 (18.59)  |
|                              | Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen ver desagradable (o menos atractivo) | 83 (33.87)  |  | He perdido más de 5 kg   | 16 (6.61)   |
|                              | Me siento feo y repulsivo   | 1 (0.40)    |  | He perdido más de 7 y medio kg   | 15 (6.19)   |
| <b>Dificultad laboral</b>    | Puedo trabajar tan bien como antes  | 139 (56.96) | <b>Hipocondría</b>                     | Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas / No me preocupa mi salud más de lo normal | 113 (45.74) |
|                              | Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa  | 82 (33.60)  |  | Estoy preocupado por dolores y trastornos  | 14 (5.66)   |
|                              | Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo  | 20 (8.19)   |  | Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro  | 120 (48.58) |
|                              | No puedo trabajar en nada   | 3 (1.22)    | <b>Desinterés por el sexo</b>          | No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo   | 146 (59.10) |
|                              |   |             |  | Estoy menos interesado por el sexo que antes   | 69 (27.93)  |
|                              |   |             | Apenas me siento atraído sexualmente   | 10 (4.04)  |             |
|                              |   |             | He perdido todo mi interés por el sexo | 22 (8.90)  |             |



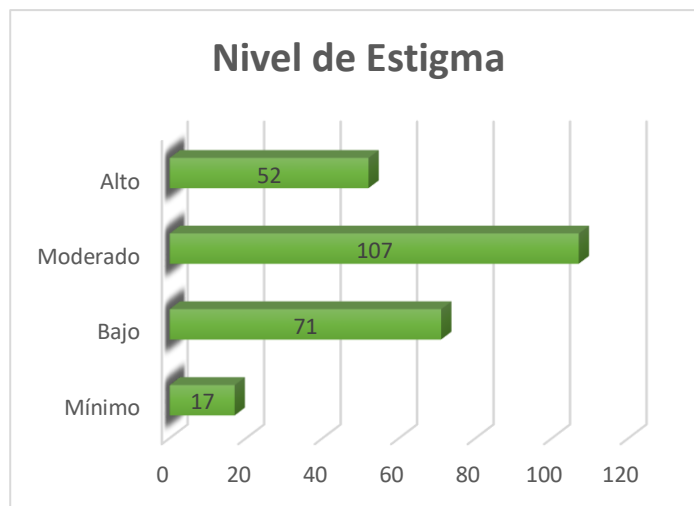
Tabla 7

*Escala de estigma asociado al VIH. Gradación de la Escala de Berger modificada y validada por Franke. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Escala de Estigma</b> | <b>Sub-grupos</b> | <b>n (%)</b> |
|--------------------------|-------------------|--------------|
| Nivel de Estigma         | Mínimo            | 17 (6.88)    |
|                          | Bajo              | 71 (28.74)   |
|                          | Moderado          | 107 (43.31)  |
|                          | Alto              | 52 (21.05)   |
| Puntaje global           | Media             |              |

Gráfica 4

*Nivel de estigma en los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*



La escala de estigma de Berger validada por Franke nos muestra que los niveles elevados de estigma, es decir los grados moderado y alto son considerablemente mayores que los grados menores. De esta manera, evidenciamos que el 64.36% presenta nivel moderado-alto de estigmatización (43.31% moderado y 21.05% alto), mientras que el 35.62% restante lo presenta en niveles menores (28.74% bajo y 6.88% mínimo). Es importante realizar una pausa en este acápite, para analizar que si bien los síntomas ansiosos y depresivos son relevantes al momento de evaluar al paciente con infección VIH, observamos que comparativamente al sentimiento de estigmatización que presentan, este último cobra una mayor predominancia, siendo probablemente

un factor adicional que contribuya negativamente en los síntomas ansiosos y depresivos con que cursan los pacientes.

Por ello, el abordaje psicológico del paciente con infección VIH debe considerar el grado de estigmatización que este presenta y colocarlo dentro de los elementos de mayor relevancia para el manejo psicoterapéutico del mismo, para lo cual la determinación del mecanismo de estigma implicado resulta crucial.

Tabla 8

Escala de estigma asociado al VIH detallada. Escala de Berger modificada y validada por Franke. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).

| Mecanismo de estigma evaluado                | Ítem de la escala de Berger (validado por Franke)                                    | Casi nunca  | Rara vez   | A veces    | Casi siempre |
|--|--|-------------|------------|------------|--------------|
| Estigma Establecido (EE)                     | Algunas personas que saben que tengo VIH se han alejado                              | 164 (66.39) | 30 (12.14) | 27 (10.93) | 26 (10.52)   |
|  | Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas                                 | 122 (49.39) | 28 (11.33) | 41 (16.59) | 56 (22.67)   |
|  | Por lo general, decírselo a otros ha sido un error                                   | 115 (46.55) | 32 (12.95) | 41 (16.59) | 59 (23.88)   |
|  | Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH                             | 113 (45.74) | 34 (13.76) | 43 (17.40) | 57 (23.07)   |
|  | Las personas parecen tener miedo de mi porque tengo VIH                              | 125 (50.60) | 26 (10.52) | 52 (21.05) | 44 (17.81)   |
| Preocupación por la divulgación pública (PD) | Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso  | 33 (13.36)  | 26 (10.52) | 58 (23.48) | 130 (52.63)  |
|  | Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH                           | 41 (16.59)  | 28 (11.33) | 48 (19.43) | 130 (52.63)  |
|  | Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH                                      | 20 (8.09)   | 11 (4.45)  | 15 (6.07)  | 191 (77.32)  |
|  | Me preocupa que las personas me juzguen cuando se enteren que tengo VIH              | 55 (22.26)  | 27 (10.93) | 60 (24.29) | 105 (42.51)  |
|  | Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH le digan a otros                | 49 (19.83)  | 18 (7.28)  | 58 (23.48) | 122 (49.39)  |
| Autoimagen negativa (AN)                     | Me siento culpable porque tengo VIH  | 89 (36.03)  | 36 (14.57) | 73 (29.55) | 49 (19.83)   |
|  | Siento que no soy tan bueno/a como otros porque tengo VIH                            | 126 (51.01) | 43 (17.40) | 44 (17.81) | 34 (13.76)   |
|  | Tener VIH me hace sentir que no soy limpio/a   | 160 (64.77) | 26 (10.52) | 36 (14.57) | 25 (10.12)   |
|  | Me siento aparte, aislado del resto del mundo  | 161 (65.18) | 38 (15.38) | 32 (12.95) | 16 (6.47)    |
|  | Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona                                    | 183 (74.08) | 21 (8.50)  | 29 (11.74) | 14 (5.66)    |
| Preocupación por actitudes en público (PAP)  | Tener VIH en mi cuerpo me disgusta   | 67 (27.12)  | 42 (17)    | 57 (23.07) | 81 (32.79)   |
|  | Se trata a la gente con VIH como rechazados  | 53 (21.45)  | 27 (10.93) | 70 (28.34) | 97 (39.27)   |
|  | La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia                            | 56 (22.67)  | 25 (10.12) | 66 (26.72) | 100 (40.48)  |
|  | La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa                   | 61 (24.69)  | 35 (14.17) | 68 (27.53) | 83 (33.60)   |
|  | La mayoría de personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran que tienen VIH | 21 (8.50)   | 27 (10.93) | 81 (32.79) | 118 (47.77)  |
|  | La mayoría de gente se incomoda con personas con VIH                                 | 27 (10.93)  | 27 (10.93) | 92 (37.24) | 101 (40.89)  |

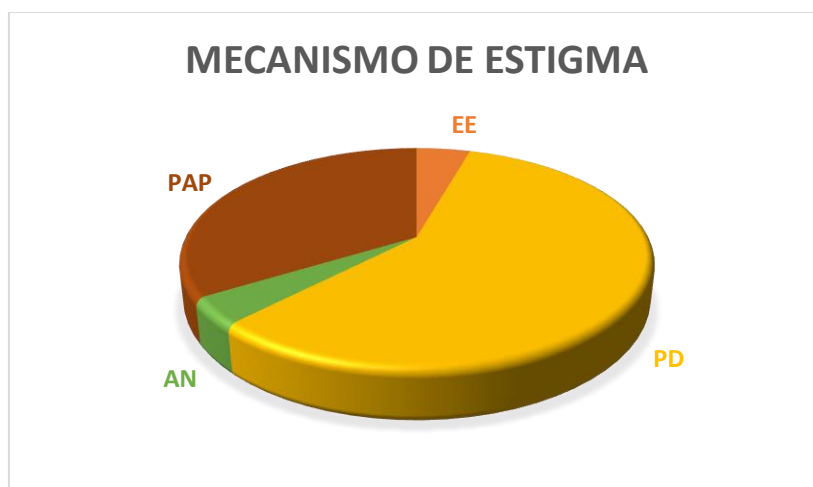
Tabla 9

*Mecanismo de estigma predominante según Escala de Berger modificada y validada por Franke. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| M. Estigma                | M. Estigma         | n (%)       |
|---------------------------|--------------------|-------------|
| Único<br>n = 202 (81.78%) | EE                 | 9 (4.45)    |
|                           | PD                 | 117 (57.92) |
|                           | AN                 | 8 (3.96)    |
|                           | PAP                | 68 (33.66)  |
|                           | EE + PD            | 2 (4.44)    |
|                           | EE + PAP           | 4 (8.88)    |
| Mixto<br>n = 45 (18.21%)  | EE + AN            | 1 (2.22)    |
|                           | PD + PAP           | 25 (55.55)  |
|                           | PD + AN            | 4 (8.88)    |
|                           | PD + PAP + AN      | 6 (13.33)   |
|                           | EE + PD + PAP      | 2 (4.44)    |
|                           | EE + AN + PD + PAP | 1 (2.22)    |

Gráfica 5

*Mecanismo de estigma en los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*



La tabla N°9 nos muestra que el mecanismo de estigma predominante es único en el 81.78% de los casos y mixto en el 18.21% restante. Individualmente, el mecanismo de estigma más frecuente es la preocupación por la divulgación pública (57.92%), seguido de la preocupación por las actitudes en público (33.66%), el estigma establecido (4.45%) y la autoimagen negativa (3.96%). Desde este punto podemos observar la predominancia contundente del estigma exógeno sobre el endógeno presentado en los pacientes VIH evaluados. Ello se corrobora, analizando el mecanismo de estigma en su presentación mixta, donde

la combinación de los mecanismos de estigma exógenos (preocupación por divulgación pública y la preocupación por actitudes públicas) alcanza el porcentaje más elevado de los casos (55.55%), mientras que la combinación de los mecanismos de estigma endógenos (estigma establecido y autoimagen negativa) obtiene el menor de los porcentajes (2.22%).

## RESULTADOS CORRELACIONALES

A continuación se presentan los resultados estadísticos con respecto al contraste de las hipótesis planteadas en la investigación en relación a la evaluación del nivel de estigma y ansiedad en pacientes con infección VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### A. Correlación entre estigma y ansiedad en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 1%):

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 10

*Correlación entre estigma y ansiedad en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| Control virológico      | Estigma – Ansiedad |       |         |
|-------------------------|--------------------|-------|---------|
|                         | N                  | r     | P       |
| Buen control virológico | 190                | 0.224 | 0.002** |
| Mal control virológico  | 45                 | 0.390 | 0.008** |

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

Dado que  $p = .002 < .01$  y  $p = .008 < .01$ , entonces existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Figura 1

Diagrama de dispersión entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con infección VIH con buen control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 ( $n = 247$ ).

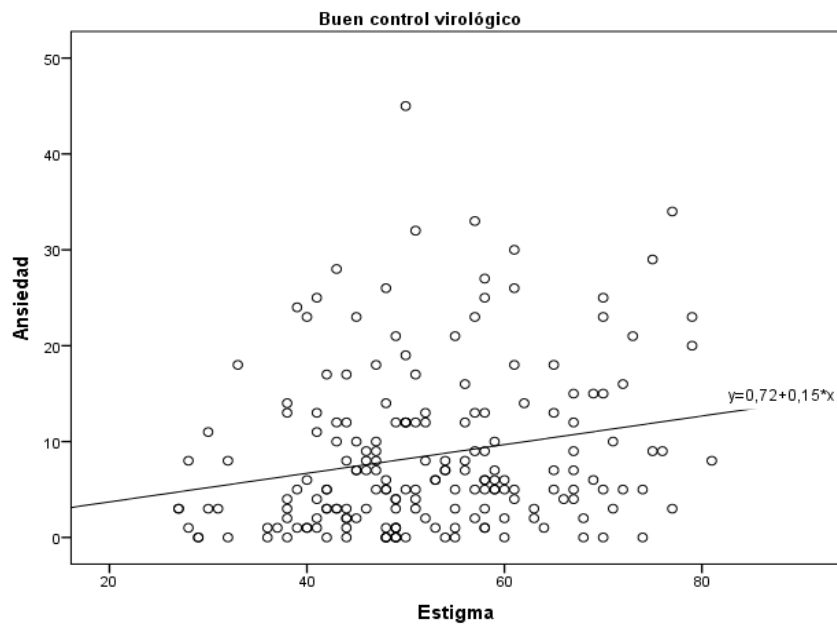
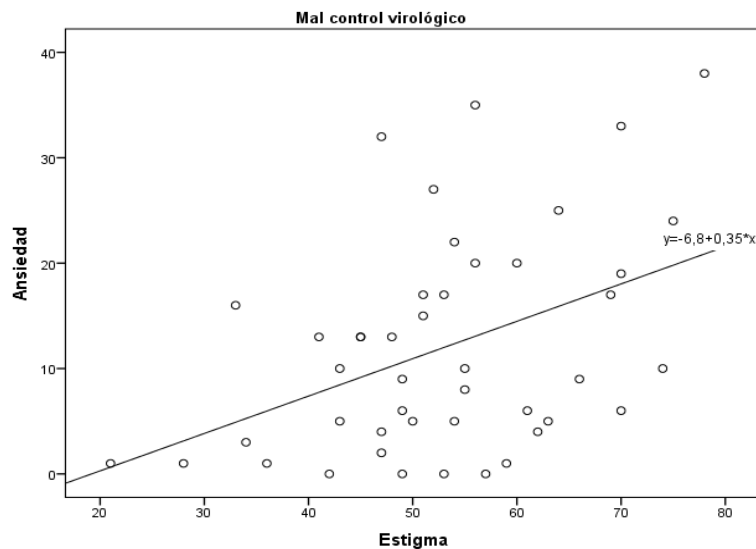


Figura 2

Diagrama de dispersión entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con infección VIH con mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 ( $n = 247$ ).



Se observa una ligera tendencia lineal entre el estigma y la ansiedad tanto en el grupo con buen y mal control virológico.

*Conclusión preliminar:* se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre el estigma y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo, al 99% de confianza.

**B. Correlación entre estigma moderado y ansiedad moderada en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 5%):

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación entre el estigma moderado y la ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación entre el estigma moderado y la ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 11.

*Correlación entre estigma moderado y ansiedad moderada en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| Estigma moderado | Ansiedad moderada |       |      |
|------------------|-------------------|-------|------|
|                  | N                 | r     | p    |
| Buen control     | 8                 | -.079 | .852 |
| Mal control      | 3                 | .500  | .667 |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

Dado que  $p = .852 > .05$  y  $p = .667 > .05$ , entonces existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existe correlación entre el estigma moderado y la ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo, al 95% de confianza.

**C. Correlación entre estigma alto y ansiedad severa en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 5%):

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación entre el estigma alto y la ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación entre el estigma alto y la ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 12

*Correlación entre estigma alto y ansiedad severa en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| Estigma alto | Ansiedad severa |   |   |
|--------------|-----------------|---|---|
|              | n               | r | p |
| Buen control | 1               | - | - |
| Mal control  | 1               | - | - |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existen suficientes datos de la muestra que cumplan las condiciones para proceder con el análisis de datos.



**D. Correlación entre preocupación por la divulgación pública y ansiedad moderada en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 5%):

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 13

*Correlación entre preocupación por la divulgación pública y ansiedad moderada en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Preocupación por divulgación pública</b> | <b>Ansiedad moderada</b> |       |       |
|---|--------------------------|-------|-------|
|   | N                        | r     | p     |
| Buen control                                | 13                       | -.007 | 0.982 |
| Mal control                                 | 2                        | -     | -     |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

Dado que p-valor = .982 > .05, entonces no existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existen suficientes datos de la muestra que cumplan las condiciones para proceder con el análisis de datos en el grupo caracterizado por un mal control.

No existe Correlación entre la preocupación por divulgación pública y la Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo, al 95% de confianza para el grupo de buen control virológico.

**E. Correlación entre preocupación por la divulgación pública y ansiedad severa en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 5%):

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por divulgación pública y Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 14

*Correlación entre preocupación por la divulgación pública y ansiedad severa en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| <i>Preocupación por divulgación pública</i> | <b>Ansiedad severa</b> |   |   |
|---|------------------------|---|---|
|   | N                      | r | p |
| Buen control                                | 1                      | - | - |
| Mal control                                 | 1                      | - | - |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existen suficientes datos de la muestra que cumplan las condiciones para proceder con el análisis de datos.

**F. Correlación entre preocupación por actitudes en público y ansiedad moderada en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 5%):

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad moderada en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 15

*Correlación entre preocupación por actitudes en público y ansiedad moderada en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Preocupación por actitudes en público</b> | <b>Ansiedad moderada</b> |   |   |
|--|--------------------------|---|---|
|  | N                        | r | p |
| Buen control                                 | 2                        | - | - |
| Mal control                                  | 2                        | - | - |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existen suficientes datos de la muestra que cumplan las condiciones para proceder con el análisis de datos.

**G. Correlación entre preocupación por actitudes en público y ansiedad severa en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 5%):

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre Preocupación por actitudes en público y la Ansiedad severa en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 16

*Correlación entre preocupación por actitudes en público y ansiedad moderada en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Preocupación por actitudes en público</b> | <b>Ansiedad severa</b> |   |   |
|--|------------------------|---|---|
|  | N                      | r | p |
| Buen control                                 | 0                      | - | - |
| Mal control                                  | 0                      | - | - |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existen suficientes datos de la muestra que cumplan las condiciones para proceder con el análisis de datos.

#### **H. Correlación entre depresión y ansiedad en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 1%):

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 17

*Correlación entre depresión y ansiedad en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| <b>Depresión</b> | <b>Ansiedad</b> |      |        |
|------------------|-----------------|------|--------|
|                  | N               | r    | p      |
| Buen control     | 190             | .322 | .000** |
| Mal control      | 45              | .512 | .000** |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

Dado que  $p = .000 < .01$ , entonces existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

*Conclusión preliminar:* se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo, al 99% de confianza, en un nivel bajo ( $r=0.322$ ) para el grupo con buen control virológico y en un nivel regular ( $r=0.512$ ) para el grupo con mal control virológico.

Figura 3

*Diagrama de dispersión entre el depresión y ansiedad en los pacientes con infección VIH con buen control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

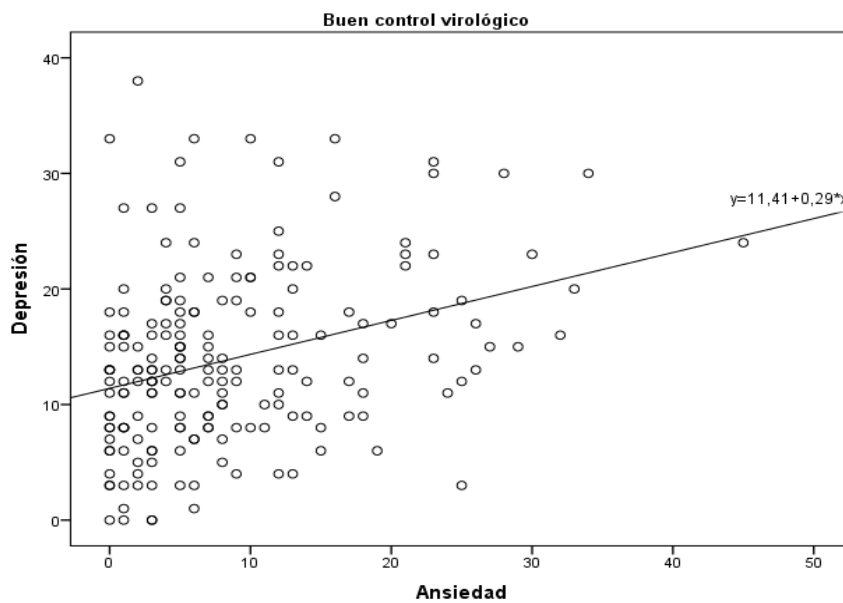
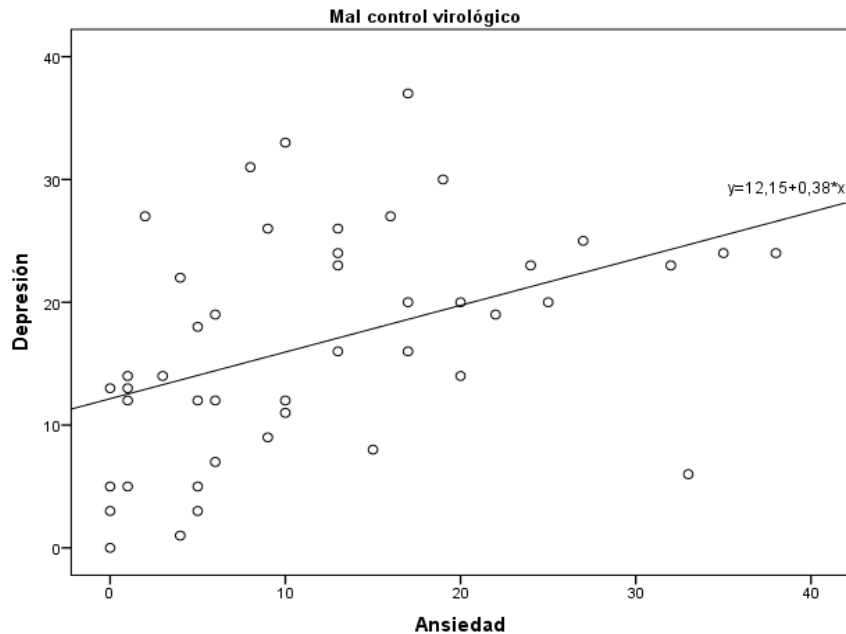


Figura 4

*Diagrama de dispersión entre el depresión y ansiedad en los pacientes con infección VIH con mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*



Se observa una tendencia lineal entre la depresión y la ansiedad tanto en el grupo con buen y mal control virológico.

### **I. Correlación entre depresión y estigma en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Partiendo de las siguientes hipótesis (nivel de significancia: alfa = 1%):

**H<sub>0</sub>:** No existe Correlación entre la depresión y el estigma en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**H<sub>1</sub>:** Existe Correlación entre la depresión y el estigma en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 18

*Correlación entre depresión y estigma en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| Depresión    | Estigma |      |        |
|--------------|---------|------|--------|
|              | N       | r    | p      |
| Buen control | 190     | .254 | .000** |
| Mal control  | 45      | .217 | .153   |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas

Dado que  $p = .000 < .01$ , entonces existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula para el grupo de pacientes con buen control virológico y  $p = .153 (> .01)$  y para el grupo con mal control virológico no se rechaza la hipótesis nula.

*Conclusión preliminar:* se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el estigma en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo, al 99% de confianza en el grupo con buen control virológico, presentando una correlación baja pero significativa ( $r=0.254$ ).

Figura 5

*Diagrama de dispersión entre el depresión y estigma en los pacientes con infección VIH con buen control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

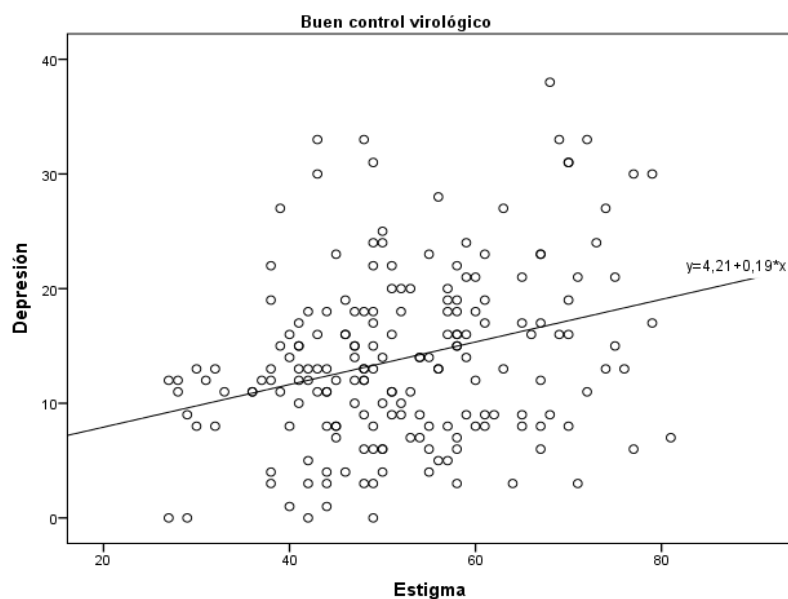
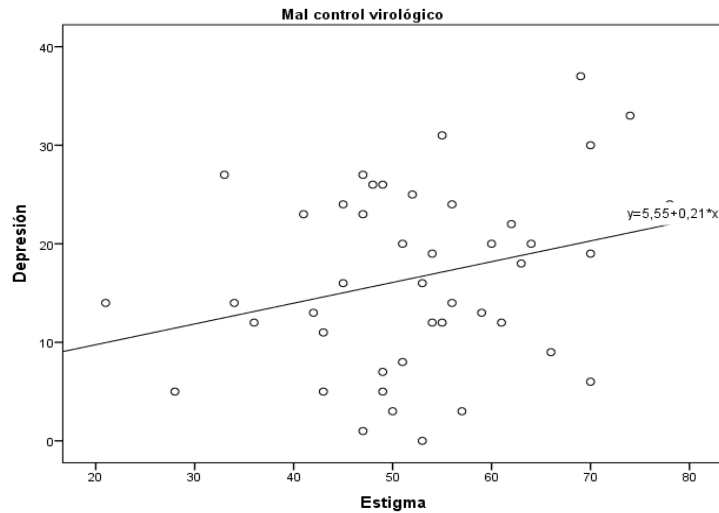


Figura 6

Diagrama de dispersión entre el depresión y estigma en los pacientes con infección VIH con mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).



Se observa una ligera tendencia lineal entre el estigma y la ansiedad tanto en el grupo con buen y mal control virológico.

**J. Correlación entre depresión moderada-grave y estigma moderado-alto en los pacientes con VIH con buen y mal control virológico de la infección.**

Segmentando algunas variables se puede continuar realizando la búsqueda de correlaciones (Rho de Spearman) entre variables.

Tabla 19

Correlación entre depresión moderada-grave y estigma moderado-alto en los pacientes VIH con buen y mal control virológico de la infección. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).

| Depresión moderada-grave | Estigma moderado-alto |      |      |
|--------------------------|-----------------------|------|------|
|                          | N                     | r    | p    |
| Buen control             | 48                    | .195 | .184 |
| Mal control              | 17                    | .031 | .905 |

Fuente: Datos alcanzados a la investigación.

Nota: r: Correlación de Spearman

Nota: \*p < .05, \*\*p < .01, dos colas



Dado que  $p > .01$ , entonces no existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

*Conclusión preliminar:* se encontró que no existe una correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el estigma en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral combinado del Hospital Nacional Dos de Mayo, al 99% de confianza en ninguno de los grupos de la variable control virológico.

## RESULTADOS FUERZA DE ASOCIACIÓN

Tabla 20

*Fuerza de asociación entre nivel de estigma alto con variables clínicas de los pacientes con infección VIH. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú. 2017 (n = 247).*

| Variables               | Estigma Alto   | No             | p           | OR          | IC                 |
|-------------------------|----------------|----------------|-------------|-------------|--------------------|
| Edad                    | 41,5 (34-49,3) | 38,0 (32-47)   | NS          |             |                    |
| Tiempo desde Dx VIH     | 7,0 (3,3-10,0) | 7,0 (4,0-10,0) | NS          |             |                    |
| Tiempo de TARV          | 6,0 (4,3-9,8)  | 6,0 (3-9)      | NS          |             |                    |
| Abandono                | 9              | 13             | <b>0,03</b> | <b>2,93</b> | <b>(1,18-7,30)</b> |
| Buen control virológico | 43             | 182            | 0,55        | 0,80        | (0,37-1,72)        |
| CD4 en aumento          | 39             | 151            | 0,75        | 0,90        | (0,48-1,69)        |
| Resistencia virológica  | 11             | 34             | 0,45        | 1,44        | (0,57-3,64)        |
|                         | 31             | 121            |             |             |                    |
|                         | 21             | 74             |             |             |                    |
|                         | 7              | 19             |             |             |                    |
|                         | 45             | 176            |             |             |                    |

La tabla 20 nos muestra como existe una fuerza de asociación entre los niveles altos de estigma con el antecedente de haber abandonado la terapia antirretroviral, dejando el campo abierto para establecer asociación causal entre dichas variables para futuras investigaciones.

### 4.3. Discusión de resultados

Los resultados mostrados relevan una población de pacientes con infección VIH predominantemente de sexo masculino en edad sexualmente activa (mediana 38 años), con niveles de ansiedad muy bajos en el gran porcentaje de los casos (88.66%), pero que sin embargo mostraban mayores niveles, en grado moderado o grave, de depresión (35.22%) y aún mayores de estigmatización, en grados moderado o alto (64.36%). Resultados muy semejantes a los ya reportados por Zafra et al. (2015), quienes encuentran que el porcentaje de estigma moderado y alto se hallaba en un 48% y 25% respectivamente.

Ello nos refleja el impacto y la tendencia psicológica de la enfermedad, la cual no conlleva una repercusión significativa sobre la sintomatología ansiosa del paciente, más si sobre la sintomatología depresiva que este puede manifestar y esta a su vez agravar el grado de estigmatización que este pueda percibir. Así mismo, observamos que el mecanismo de estigma predominantemente implicado es el exógeno, es decir aquel que el paciente percibe del entorno que lo rodea, al hallar que la preocupación por la divulgación pública y la preocupación por actitudes en público son los mecanismos que de lejos predominan en este grupo poblacional.

Los resultados del análisis estadístico nos señalan dos correlaciones importantes. La primera de ellas es al correlacionar el estigma con la ansiedad en términos generales, encontrando que independientemente del adecuado o inadecuado control virológico del paciente existe una correlación entre ambas variables. Ello nos lleva a inferir que los profesionales en salud que abordan a este grupo de pacientes, no debe guiarse del adecuado o inadecuado control virológico de la infección para indagar o explorar sobre la sintomatología ansiosa en relación con el nivel de estigmatización que estos pacientes puedan presentar, ya que estas variables se presentan de la misma intensidad independientemente del adecuado o inadecuado control de la enfermedad del paciente.

Por otro lado, la segunda correlación estadísticamente significativa, la observamos entre la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa, hallando en esta ocasión que si bien la correlación existe entre ambas variables, esta es más alta en el grupo de pacientes que llevan un inadecuado control virológico de la infección, llevándonos a la conclusión de que las correlaciones se intensifican a medida que el paciente lleva un pobre control de la enfermedad de fondo. Estos resultados van acorde a los hallados por Sumari-de Boer et al. (2012) quienes resaltan en el análisis multivariado de su estudio, que existe una asociación entre los elevados niveles de estigma asociado al VIH y la falla virológica previa, con la mala adherencia y los síntomas depresivos. Por ello, los autores recomiendan que el estigma y la sintomatología depresiva, deben ser dianas de intervención, a fin de mejorar la adherencia y por ende, la respuesta virológica adecuada en estos pacientes.

De igual manera, a pesar que no se demostró la significancia estadística en ambos grupos (adecuado e inadecuado control virológico), debemos resaltar que al examinar la correlación entre estigma y depresión esta demostró su presencia en el grupo con adecuado control virológico, más no en aquel con inadecuado control virológico, probablemente debido a la falta de muestra en este último grupo. Es de suponer, que a mayor número de muestra en el grupo de pacientes con inadecuado control virológico existiría también una correlación significativa y probablemente de mayor intensidad entre ambas variables.

Estos hallazgos mencionados se cotejan nuevamente con los resultados reportados por Sumari-de Boer et al. (2012), en su estudio previamente mencionado. No obstante, se resalta que en estos pacientes donde aparentemente se lleva un buen control de la enfermedad de fondo existe una importante correlación entre estigma y depresión, por lo que se repite que estas variables no deben dejar de explorarse inclusive en los pacientes que se hallan “bien controlados” de la infección.

Finalmente, a pesar que la presente investigación no tiene el diseño para demostrar asociación de causalidad, es posible realizar algunos análisis de odds ratio que nos sugieran posibles asociaciones entre variables que puedan servir de base para futuros estudios con diseños que permitan la demostración de causalidad. Por ello, se recalca la posible asociación encontrada entre los niveles de estigma alto con el mayor número de abandonos al tratamiento antirretroviral que presentaron este subgrupo de pacientes.

## CAPÍTULO V

### CONSLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

1. Existe una correlación estadísticamente significativa entre el estigma y la sintomatología ansiosa en la población VIH en TARVc independientemente del adecuado o inadecuado control virológico que estos presenten.
2. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa en la población VIH en TARVc, tanto en el grupo con adecuado como en el grupo con inadecuado control virológico, sin embargo esta correlación es de mayor intensidad en el grupo de pacientes con inadecuado control virológico de la infección.
3. Existe una correlación estadísticamente significativa entre el estigma y la sintomatología depresiva en la población VIH en TARVc en el grupo con adecuado control virológico de la infección.
4. La sintomatología depresiva es muy frecuente en la población VIH en TARVc independientemente del adecuado o inadecuado control virológico que estos presenten.
5. Los niveles de estigma moderado y alto son de elevada frecuencia en la población VIH en TARVc independientemente del adecuado o inadecuado control virológico que estos presenten.
6. El estigma exógeno (preocupación por la divulgación pública y preocupación por actitudes en público) es el mecanismo de estigma predominante en la población VIH en TARVc independientemente del adecuado o inadecuado control virológico que estos presenten.

7. Existe una probable asociación causal entre los niveles altos de estigma y el número de abandonos al TARVc en la población VIH.

## **5.2. Recomendaciones**

1. El personal de salud que atiende a los pacientes con infección por VIH debe buscar o explorar principalmente los síntomas depresivos y la percepción de estigmatización de forma rutinaria en estos pacientes, independientemente del adecuado o inadecuado control virológico de la infección.
2. Se debe enfatizar aún más en la búsqueda de sintomatología ansiosa y depresiva sobre todo en los pacientes con infección VIH que lleven un inadecuado control virológico de la infección.
3. El abordaje psicoterapéutico de los pacientes con estigma moderado o alto, debe enfocarse en los mecanismos preocupación por la divulgación pública y en la preocupación por las actitudes en público.
4. Se debe explorar y manejar el estigma alto sobre todo en los pacientes con historia de abandono al TARVc, de manera que sirva de ayuda a la mejora en la adherencia terapéutica futura.
5. Los servicios de salud que atiendan un número considerable de pacientes con infección VIH, deben contar con personal en psicología capacitado para el abordaje psicoterapéutico especializado en este grupo vulnerable de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

Abbas, A.K. & Lichtman, A.H. (2004). *Inmunología celular y molecular*. Madrid, España: ELSEVIER.

Aggleton P & Parker R. (2002). *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/material-educativo/semanas-en-salud/homolesbotransfobia/2015-1/2690-marco-conceptual-y-base-para-la-accion-estigma-y-discriminacion-relacionados-con-el-vih-sida/file>

Asch, S.M., Kilbourne, A.M., Gifford, A.L., Burnam, M.A., Turner, B., Shapiro, M.F., "... " & HCSUS Consortium. (2003). Underdiagnosis of HIV. Who are we missing? *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), pp. 450-460.

Bangsberg, D.R. (2006). Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clinical Infectious Diseases*, 43(7), pp. 939–941.

Berger, B.E., Ferrans, C.E. & Lashley, F.R. (2001). Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), pp. 518-529.

Cabello R. (2005). *La situación del VIH/SIDA en el Perú al año 2005*. Recuperado de: <http://www.vialibre.org.pe/noticias/diamudia/Situvihsidadic2005.pdf>

Candiani, T.M., Pinto, J., Cardoso, C.A., Carvalho, I.R., Dias, A.C., Carneiro, M. & Goulart, E.A. (2007). Impact of highly active antiretroviral therapy (HAART) on the incidence of opportunistic infections, hospitalizations and mortality among children and adolescents living with HIV/AIDS in Belo

Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), pp. 414-423.

Colibazzi, T., Hsu, T., & Gilmer, W. (2006). Human Immunodeficiency Virus and Depression in Primary Care: A Clinical Review. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 8(4), pp. 201-211.

Congreso de la República. (2000). *Ley N°27270: Ley contra actos de discriminación*. 2016, de Gobierno del Perú. Recuperado de: <https://www.hsph.harvard.edu/population/womenrights/peru.women.98.pdf>

Congreso de la República del Perú. (s.f.). Archivo Digital de la Legislación del Perú. 2016, de Gobierno peruano. Recuperado de: [www.leyes.congreso.gob.pe/](http://www.leyes.congreso.gob.pe/)

Constitución Política del Perú. (1993). Título 1: De la persona y la sociedad. Capítulo 1: Derechos fundamentales de la persona. Artículo 1. 2016, de República del Perú. Recuperado de: <http://portal.jne.gob.pe/informacionlegal/Constitucion%20y%20Leyes1/CONSTITUCION%20POLITICA%20DEL%20PERU.pdf>

Crocker, J. & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, pp. 608-630.

Crocker, J., Major, B. & Steel, C. (1998). Social stigma. In S. Fiske, D. Gilbert y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology*, 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.

Crocker, J. & Quinn, D. M. (2004). *Psychological consequences of devalued identities*. En M. B. Brewer y M. Hewstone (Eds.), *Yo and Social Identity*. (pp- 124-142). Malden: Blackwell.



- Cruess, D.G., Evans, D.L., Repetto, M.J., Gettes, D., Douglas, S.D. & Petitto, J.M. (2003). Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. *Biological Psychiatry*, 54(3), pp. 307-316.
- Dalessandro, M., Conti, C.M., Gambi, F., Falasca, K., Doyle, R., Conti, P., "... " & Vecchiet, J. (2007). Antidepressant therapy can improve adherence to antiretroviral therapy regimens among HIV-infected and depressed patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(1), pp. 58-61.
- Di Matteo, M.R., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), pp. 2101–2107.
- Fattorusso, V & Ritter, O. (2001). *Vademécum clínico, del diagnóstico al tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Fortenberry, J.D., McFarlane, M., Bleakley, A., Bull, S., Fishbein, M., Grimley, D.M., "... " & Stoner, B.P. (2002). Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening. *American Journal of Public Health*, 92(3), pp. 378–381.
- Franke, M., Muñoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J.L., Bayona, J. & Shin, S. (2010). Validation and Abbreviation of an HIV Stigma Scale in an Adult Spanish-Speaking Population in Urban Peru. *AIDS and Behavior*, 14(1), pp. 189-199.
- Fuster, M. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. Tesis doctoral. Recuperado de: <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:PsicologiaMJfuster&dsID=Documento.pdf>

- Gallego, L., Barreiro, P. & López-Ibor, J.J. (2012). Psychopharmacological treatments in HIV Patients under Antiretroviral Therapy. *AIDS Reviews*, 14(2), pp. 101-112.
- Gibbie, T., Mijch, A., Ellen, S., Hoy, J., Hutchison, C., Wright, E., "..." & Judd, F. (2006). Depression and neurocognitive performance in individuals with HIV/AIDS: 2 year follow-up. *HIV Medicine*, 7(2), pp. 112-121.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Goodman, G.A. (2006). *Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica*. México DF: MC GRAW HILL.
- Gutiérrez J. (2003). *Informe sobre la situación del VIH/SIDA y derechos humanos en Perú para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA*. 2016, de Constitución política del estado. Recuperado de: <http://hrlibrary.umn.edu/research/PeruInforme%20sobre%20la%20situacion%20VIHSida%20DDHH%20Gutierrez.pdf>
- Holmes, W.C., Bilker, W.B., Wang, H., Chapman, J. & Gross, R. (2007). HIV AIDS-specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(3), pp. 323–327.
- Horberg, M.A., Silverberg, M.J., Hurley, L.B., Towner, W.J., Klein, D.B., Bersoff-Matcha, S., "..." & Kovach, D.A... (2008). Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV- infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 47(3), pp. 384-390.
- Israelski, D.M., Prentiss, D.E., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P., Muhammad,

- M., "... " & Koopman, C. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS care*, 19(2), pp. 220-225.
- Jeyaseelan, L., Kumar, S., Mohanraj, R., Rebekah, G., Rao, D. & Manhart, L.E. (2013). Assessing HIV/AIDS Stigma in South India: Validation and Abridgement of the Berger HIV Stigma Scale. *AIDS and Behavior*, 17(1), pp. 434–443.
- Jin, H., Hampton Atkinson, J., Yu, X., Heaton, R.K., Shi, C., Marcotte, T.P. & HNRC China collaboration group. (2006). Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), pp. 269-275.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T. & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Maughan-Brown, B. & Nyblade, L. (2014). Different dimensions of HIV-related stigma may have opposite effects on HIV testing: evidence among young men and women in South Africa. *AIDS and Behavior*, 18(5), pp. 958–965.
- Mavigner, M., Delobel, P., Cazabat, M., Dubois, M., L'Faqihi-Olive, F.E., Raymond, S., "... " & Izopet, J. (2009). HIV-1 residual viremia correlates with persistent T-cell activation in poor immunological responders to combination antiretroviral therapy. *PLoS One*, 4(10), e7658.
- Mello, Valéria Antakly de, & Malbergier, André. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), pp. 10-17.
- Millikin, C.P., Rourke, S.B., Halman, M.H. & Power, C. (2003). Fatigue in HIV/AIDS is associated with depression and subjective neurocognitive complaints but not neurophysiological functioning. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 25(2), pp. 201-215.

- MINSa. (2004). *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*. 2016. Recuperado de:  
[http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM\\_962-2004.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2004.pdf)
- MINSa. (2013). *Norma para el Tratamiento Antirretroviral de gran actividad – TARGA – en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Recuperado de:  
[http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM\\_962-2014.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf)
- Morrison, M.F., Petitto, J.M., Ten Have, T., Gettes, D.R., Chiappini, M.S., Weber, A.L. & Evans, D.L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), pp. 789-796.
- Murray, P., Rosenthal, K. & Pfaller, M. (2006). *Microbiología Médica*. 2016: ELSEVIER.
- Neidig, J.L., Smith, B.A. & Brashers, D.E. (2003). Aerobic exercise training for depressive symptom management in adults living with HIV infection. *Journal of the Association in Nurses in AIDS Care*, 14(2), pp. 30-40.
- Nogueira Campos, L., De Fátima Bonolo, P. & Crosland Guimarães, M.D. (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS care*, 18(6), pp. 529-536.
- Obaid, T. (2005). *State of world population*. 2016. Recuperado de:  
[http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp05\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp05_eng.pdf)
- Olatunji, B.O., Mimiaga, M.J., O'Cleirigh, C. & Safren, S.A. (2006). A review of

treatment studies of depression in HIV. *Topics in HIV Medicine journal*, 14(3), pp. 112-124.

Olley, B.O., Seedat, S., Nei, D.G. & Stein, D.J. (2004). Predictors of mayor depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Patient Care and STDS*, 18(8), pp. 481-487.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado de:  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>

Pacífico, J. & Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), pp. 66-72.

Pao, M., Lyon, M., D'Angelo, L.J., Schuman, W.B., Tipnis, T. & Mrazek, D.A. (2000). Psychiatric diagnoses in adolescents seropositive for the human immunodeficiency virus. *Journal Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 154(3), pp. 240-244.

Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), pp. 13–24.

Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., “...” & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), pp. 21–30.

Pence, B.W., Miller, W.C., Whetten, K., Eron, J.J. & Gaynes, B.N. (2006).

Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42(3), pp. 298-306.

Pun, M. (2015). *Boletín Epidemiológico (Lima)*. 2016, de Dirección General de Epidemiología – MINSA. Recuperado de:  
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/20.pdf>

Rabkin, J.G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5(4), 163-171.

Ramadhani, H.O., Thielman, N.M., Landman, K.Z., Ndosu, E.M., Gao, F., Kirchherr, J.L, “...” & Crump, J.A. (2007). Predictors of Incomplete Adherence, Virologic Failure, and Antiviral Drug Resistance among HIV-Infected Adults Receiving Antiretroviral Therapy in Tanzania. *Clinical Infectious Diseases*, 45 (11), pp. 1492-1498.

Repetto, M.J. & Petitto, J.M. (2008). Psychopharmacology in HIV-infected patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), pp. 585-592.

Robbins & Cotran. (2015). *Patología estructural y funcional*. Madrid, España: ELSEVIER.

Rush, A., Keller, M., Bauer, M., Dunner, D., Frank, E. & Klein, D. (1995). *Trastornos del estado del ánimo*. En: Pichot, López-Ibor, Valdés (Editores). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Barcelona-España: Masson S.A.

Shippy, R. A., Mendez, D., Jones, K., Cerngul, I., & Karpiak, S. E. (2004). S-adenosylmethionine (SAM-e) for the treatment of depression in people living with HIV/AIDS. *BMC Psychiatry*, 4, 38. Recuperado de:  
<http://doi.org/10.1186/1471-244X-4-38>.

- Sidibé, M. (2012). *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. 2016.  
 Recuperado de:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf)
- Starace, F., Ammassari, A., Trotta, M.P., Murri, R., De Longis, P., Izzo, C., "... " & AdICoNA Study Group. NeuroICoNA Study Group. (2002). Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 15(31), pp. s136-s139.
- Stutterheim, S.E., Pryor, J.B., Bos, A.E., Hoogendijk, R., Muris, P. & Schaalma, H.P. (2009). HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS*, 23(17), pp. 2353–2357.
- Sumari-de Boer, I.M., Sprangers, M.A., Prins, J.M. & Nieuwkerk, P.T. (2012). HIV Stigma and Depressive Symptoms are related to Adherence and Virological Response to Antiretroviral Treatment among Immigrant and Indigenous HIV Infected Patients. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1681–1689.
- Tierney M, McPhe, & Papadakis. (2000). *Medical Diagnosis & Treatment*. Estados Unidos: McGraw-Hill Companies.
- Treisman, G. & Angelino, A. (2007). Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*, 15(45), pp. 313-317.
- UNESCO HIV and Health Education Clearinghouse. (2002). *El VIH y el SIDA en Perú y la intervención de USAID*. 2016, de United States Agency for International Development, USAID. Recuperado de:  
[file:///C:/Users/Alfredo%20Chiappe/Downloads/unesco\\_hiv\\_and\\_health\\_education\\_clearinghouse - - .pdf](file:///C:/Users/Alfredo%20Chiappe/Downloads/unesco_hiv_and_health_education_clearinghouse_-_pdf)

- Vanable, P.A., Carey, M.P., Blair, D.C. & Littlewood, R.A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), pp. 473–482.
- Watkins, C.C. & Treisman, G.J. (2012). Neuropsychiatric complications of aging with HIV. *Journal of Neurovirology*, 18(4), pp. 277-290.
- Weiser, S.D., Riley, E.D., Ragland, K., Hammer, G., Clark, R. & Bangsberg, D.R. (2006). Brief report: Factors associated with depression among homeless and marginally housed HIV-infected men in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), pp. 61-64.
- Zafra, J. (2015). *Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Dos de Mayo. Lima, Perú.* Tesis para optar por el título de médico cirujano. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3975/1/Zafra\\_tj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3975/1/Zafra_tj.pdf)



## Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado para el paciente.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Título del Estudio</b>                          | : | Estigma asociado al VIH y sus repercusiones sobre el control virológico de la infección. |
| <b>Investigador Responsable</b>                    | : | Alfredo Juan Chiappe Gonzalez  |
| <b>Lugar en que se realizará el estudio</b>        | : | Consultorios externos del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales              |
| <b>Nº de teléfonos asociados al estudio</b>        | : | <b>992200441</b>   |
| <b>Correo electrónico Investigador Responsable</b> | : | alfredochiappe911@hotmail.com  |

Este formulario de consentimiento puede tener palabras que Usted no entienda, por favor debe solicitar al investigador o persona responsable del estudio que le clarifique cualquier palabra o duda que se le presente. Usted tiene derecho a una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio.

El propósito de este documento es ayudarle a tomar una decisión informada para decidir participar o no en el estudio denominado "Estigma asociado al VIH y sus repercusiones sobre el control virológico de la infección", con financiamiento propio.

**Antes que Usted decida participar en el estudio lea cuidadosamente este formulario y haga todas las preguntas que tenga, para asegurar que entienda los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios; de tal forma que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al investigador responsable o personal del estudio que le explique, sienta absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Ellos le deberán proporcionar toda la información que necesite para entender el estudio.** Una vez que haya comprendido el estudio y si Usted desea participar, entonces se le solicitará que firme esta forma de consentimiento, del cual recibirá una copia.

El propósito del estudio es identificar la presencia de estigma en personas que viven con VIH y como puede influir ello en un mal control virológico, es decir en una mala adherencia al tratamiento con el riesgo de aumentar resistencias, infecciones oportunistas y en general una mala calidad de vida. El estigma asociado a la infección desemboca en muchas ocasiones en la discriminación de las personas que la padecen. La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados. El analizar el estigma podría permitirnos identificar aquellas personas con más riesgo de presentar dificultades en sus controles virológicos, identificando incluso síntomas depresivos o ansiosos y pudiendo abordar prontamente, interviniendo de manera integral en la mejora de la calidad de vida.

**PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:** Paciente con diagnóstico de infección VIH (ELISA + prueba confirmatoria: IFI o Western blot). Paciente en tratamiento antirretroviral combinado por un tiempo no menor de 6 meses. Paciente mayor de 18 años de edad.

No pueden participar: Pacientes menores de 18 años de edad. Pacientes que se hallen gestando. Pacientes con tratamiento antirretroviral combinado por menos de 6 meses. Pacientes que no brinden su consentimiento informado para participar en el estudio.

**PROCEDIMIENTO:** Durante su consulta habitual en el servicio de infectología llenara una ficha con sus datos, leerá el presente consentimiento informado, si acepta, pasará por una entrevista, donde se

indagará sobre datos de estigma, síntomas depresivos o de ansiedad, así como preocupaciones o dudas que usted quisiera consultar en ese momento relacionadas a su vivencia con el VIH. La entrevista sólo será escuchada por el investigador para lograr identificar aspectos relacionados con el estigma y en ningún momento se divulgará el material, también se mantendrá su identidad en reserva.

**Su identidad será protegida.** Solamente tendrán acceso a los datos en que puedan identificar a un participante (directa o indirectamente), los miembros del equipo de investigación. No divulgaremos ninguna información de Usted o proporcionada durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación sean publicados o se discutan en conferencias científicas, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Toda divulgación de la información obtenida se realizará con fines científicos y/o pedagógicos.

**RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.** A juicio de los investigadores el estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza. Es probable que Usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio, sin embargo sus aportes como paciente serán de gran utilidad para la adquisición de conocimientos relacionados con la enfermedad. Así mismo, se le brindará únicamente la consejería inicial, psicológica o psiquiátrica, sugiriéndole que opciones terapéuticas deba seguir a futuro, en base a los resultados hallados en las evaluaciones.

Sus molestias y tratamiento podrían mejorar como resultado de su participación en este estudio, sin embargo, no existen garantías que ello ocurra. Los hallazgos que arroje la investigación podrían aportar a la ciencia un mejor tratamiento para el futuro de esta condición. Este estudio no contempla beneficios directos para el invitado.

El tiempo de su participación será sólo la duración de las entrevistas (30 min a 45 min) y una única vez.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir participar o no en este proyecto, su decisión de participar o no en este proyecto no afectará la atención que puede seguir recibiendo en el servicio. Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento, sin sanción, el retirarse no tiene ninguna consecuencia para Usted.

Si considera que no hay dudas, ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

He leído, comprendido y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna. Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para continuar participando en el estudio, el investigador deberá entregar esta información. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Si durante el transcurso de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio, puedo contactarme con el investigador responsable, Sr. Alfredo Juan Chiappe Gonzalez, dirección: Parque Historia de la Medicina s/n, Alt. Cdra 13 Av. Grau – Cercado – Lima, teléfono celular: 992200441 y correo electrónico: [alfredochiappe911@hotmail.com](mailto:alfredochiappe911@hotmail.com). Por otro lado, si percibo que

durante este estudio, se han transgredido mis derechos fundamentales como ser humano, puedo contactarme con el Dr. Jorge Alejandro Yarinsueca Gutiérrez, Presidente del CEIB, dirección: Parque Historia de la Medicina s/n, Alt. Cdra 13 Av. Grau – Cercado – Lima, teléfono: 3280028 – anexo: 8234 y correo electrónico: [comite.etica.hndm@gmail.com](mailto:comite.etica.hndm@gmail.com)

**ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TITULADO “ESTIGMA ASOCIADO AL VIH Y SUS REPERCUSSIONES SOBRE EL CONTROL VIROLÓGICO DE LA INFECCIÓN” RECIBIRÉ UNA COPIA FIRMADA Y FECHADA DE ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO.**

---

**Firma del participante**

---

**Fecha**

**Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

---

**Firma del investigador**

---

**Fecha**

## **Anexo 2. Inventario de ansiedad (adaptado de Beck)**

Indique el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación durante los últimos diez días, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

1. Debilidad (sobre todo en las piernas).
2. Incapacidad para relajarme
3. Temores a que suceda una catástrofe
4. Mareos / Vértigos.
5. Aceleración del latido cardiaco
6. Sensación de estar aterrorizado
7. Nerviosismo
8. Desasosiego
9. Sensación de ahogo
10. Temblores de manos generalizados, estremecimientos.
11. Miedo a perder el control
12. Miedo a morir.
13. Sensación de irrealidad.
14. Respiración dificultosa y entrecortada
15. Sentirse asustado y atemorizado
16. Malas digestiones, gases, nudo en el estómago.
17. Sensación de desmayo
18. Rubor facial.
19. Sudoración, sin que pueda deberse a la temperatura ambiental.

### **Colocación de la puntuación**

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

### **Interpretación de la puntuación**

- 0 a 7 puntos: nivel mínimo de ansiedad.
- 8 a 15 puntos: nivel de ansiedad leve.
- 16 a 25 puntos: nivel de ansiedad moderado.
- 26 a 63 puntos: ansiedad severa.

### Anexo 3. Test de depresión de Hamilton.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos                            |  |
|  | No me encuentro triste  |  |
|  | Me siento algo triste y deprimido   |  |
|  | Ya no puedo soportar ésta pena  |  |
|  | Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar                |  |
|  | Me siento desanimado cuando pienso en el futuro                             |  |
|  | Creo que nunca me recuperaré de mis penas                                   |  |
|  | No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal     |  |
|  | No espero nada bueno de la vida   |  |
|  | No espero nada, esto no tiene remedio                                       |  |
|  | He fracasado totalmente como persona(padre, madre, hijo, profesional, etc.) |  |
|  | He tenido más fracasos que la mayoría de la gente                           |  |
|  | Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena                          |  |
|  | No me considero fracasado   |  |
|  | Veó mi vida llena de fracasos   |  |
|  | Ya nada me llena  |  |
|  | Me encuentro insatisfecho conmigo mismo                                     |  |
|  | Ya no me divierte lo que antes me divertía                                  |  |
|  | No estoy especialmente satisfecho   |  |
|  | Estoy harto de todo   |  |
|  | A veces me siento despreciable y mala persona                               |  |
|  | Me siento bastante culpable   |  |
|  | Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona          |  |
|  | Me siento muy infame(perverso, canalla) y despreciable                      |  |
|  | No me siento culpable   |  |
|  | Presiento que algo malo puede sucederme                                     |  |
|  | Siento que merezco ser castigado  |  |
|  | No pienso que esté siendo castigado   |  |
|  | Siendo que me están castigando o me castigarán                              |  |
|  | Quiero que me castiguen   |  |
|  | Estoy descontento conmigo mismo   |  |
|  | No me aprecio   |  |
|  | Me odio(me desprecio)   |  |
|  | Estoy asqueado de mí  |  |
|  | Estoy satisfecho de mí mismo  |  |
|  | No creo ser pero que otros  |  |
|  | Me acuso a mí mismo   |  |
|  | Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme                      |  |
|  | Siento que tengo muchos y muy graves defectos                               |  |
|  | Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores                       |  |
|  | Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo               |  |
|  | Siento que estaría mejor muerto   |  |
|  | Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera                        |  |
|  | Tengo planes decididos de suicidarme  |  |
|  | Me mataría si pudiera   |  |
|  | No tengo pensamientos de hacerme daño                                       |  |
|  | No lloro más de lo habitual   |  |
|  | Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo                       |  |
|  | Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo                                |  |
|  | Ahora lloro más de lo normal  |  |

#### **Anexo 4. Escala de Estigma asociado a VIH de Berger – abreviada por Franke. Franke – 2010. Versión en español.**

Tabla . Estigma relacionado al VIH/SIDA - Escala Berger en pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima

| Item de la escala de Berger  | Casi siempre | A veces | Rara vez | Casi nunca |
|--|--------------|---------|----------|------------|
| 1. Me siento culpable porque tengo VIH   |              |         |          |            |
| 2. Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso   |              |         |          |            |
| 3. Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH                            |              |         |          |            |
| 4. Siento que no soy tan bueno/a como otros porque tengo VIH                             |              |         |          |            |
| 5. Se trata a la gente con VIH como rechazados   |              |         |          |            |
| 6. La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia                             |              |         |          |            |
| 7. Tener VIH me hace sentir que no soy limpio/a*   |              |         |          |            |
| 8. Me siento aparte, aislado del resto del mundo   |              |         |          |            |
| 9. La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa                    |              |         |          |            |
| 10. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona                                    |              |         |          |            |
| 11. La mayoría de personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran que tienen VIH |              |         |          |            |
| 12. Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH                                      |              |         |          |            |
| 13. Algunas personas que saben que tengo VIH se han alejado                              |              |         |          |            |
| 14. La mayoría de gente se incomoda con personas con VIH                                 |              |         |          |            |
| 15. Me preocupa que las personas me juzguen cuando se enteren que tengo VIH              |              |         |          |            |
| 16. Tener VIH en mi cuerpo me disgusta   |              |         |          |            |
| 17. Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH le digan a otros                |              |         |          |            |
| 18. Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas                                 |              |         |          |            |
| 19. Por lo general, decirselo a otros ha sido un error                                   |              |         |          |            |
| 20. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH                             |              |         |          |            |
| 21. Las personas parecen tener miedo de mi porque tengo VIH                              |              |         |          |            |

## Anexo 5. Ficha estructurada de recolección de datos

### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN FICHA ESTRUCTURADA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HC: \_\_\_\_\_

Fecha de atención: \_\_\_\_\_

Sexo: (M) (F)

Edad: \_\_\_\_\_

#### Grado de instrucción

- Analfabeto ( )
- Lee y escribe pero no fue a la escuela ( )
- Primaria incompleta ( )
- Primaria completa ( )
- Secundaria incompleta ( )
- Secundaria completa ( )
- Superior o técnica incompleta ( )
- Superior o técnica completa ( )

#### Situación de la vivienda

- Vive Solo/a ( )
  - Vive con su propia familia/sin los padres o suegros ( )
  - Vive con su propia familia/con los padres o suegros ( )
  - Vive con sus padres ( )
  - Vive con amigos ( )
  - Otro ( )
- \_\_\_\_\_

#### Orientación sexual

- Heterosexual ( )
  - Homosexual ( )
  - Bisexual ( )
  - Asexual ( )
  - Pansexual ( )
  - Demisexual ( )
  - Otro ( )
- Especificar \_\_\_\_\_

#### Tiempo desde el diagnóstico de VIH

- N° años \_\_\_\_\_
- N° meses \_\_\_\_\_

#### Revelación del diagnóstico a familiares

- Si ( )
  - No ( )
  - Parcialmente ( )
- Especificar \_\_\_\_\_

#### Revelación del dx a pareja romántica/sexual

- Si ( )
  - No ( )
  - Parcialmente ( )
- Especificar \_\_\_\_\_

#### Tiempo en TARVc

- N° años \_\_\_\_\_
- N° meses \_\_\_\_\_

#### Número de abandonos

- Nunca ha abandonado ( )
- 1 ( )
- 2 ( )
- > 0 = 3 ( )

#### Motivo de abandono

- Molestias físicas por el TARVc ( )
  - Dolencias afectivas – emocionales ( )
  - Sentirse bien ( )
  - Viajes ( )
  - Sin motivo aparente ( )
  - Otros ( )
- Especificar \_\_\_\_\_

#### Control virológico adecuado

- Buen control virológico ( )
- Mal control virológico ( )
- No es posible realizar este análisis ( )

#### Respuesta inmunológica

- Ascendente ( )
- Meseta ( )
- Descendente ( )
- Disociación inmunológica- virológica ( )

#### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

