



FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con  
VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciada en Psicología**

**AUTORA**

García Flores, Gabriela (ORCID: 0000-0003-4621-0794)

**ASESOR**

Dr. Palacios Isla, Oswaldo Abraham (ORCID: 0000-0003-0935-5767)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Violencia

Lima – Perú

2019

### **Dedicatoria**

La Universidad, es una etapa que no solo nos abre la puerta a nuevos conocimientos; sino que también nos da la oportunidad de establecer lazos afectivos mismos que pueden perdurar años, incluso más allá de la etapa universitaria. Mi investigación la dedico a mi hijo Carlos Gabriel quien siempre tendrá mi amor incondicional, y además agradezco por su paciencia, para que hoy pueda cumplir uno de mis principales objetivos académicos.

### **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por darme, sabiduría, paciencia y las fuerzas necesarias para culminar esta etapa de mi vida. Agradezco también a un gran amigo y profesional Dr. Jorge Carrillo por toda su dedicación y profesionalismo.

Asimismo, agradecer a todas las personas que estuvieron durante todo el proceso del desarrollo de esta investigación científica.

## Página del Jurado

## Declaratoria de autenticidad

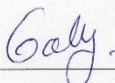
### Declaración de autenticidad

Yo, Gabriela García Flores, identificada con DNI N° 46558156, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y autentica.

Asimismo, declaro bajo juramento que todos los datos de la información que se presentan en esta tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad ocultamiento y omisión, tano de los documentos como de la información aportada. Por lo cual, acepto lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima 02 de agosto del 2019



---

Gabriela Garcia Flores

DNI:46558156

## Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Resumen	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	11
2.1 Tipo y diseño de investigación	11
2.2 Variables, operacionalización	12
2.3 Población, muestra y muestreo	14
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confidencialidad	15
2.5 Procedimiento	18
2.6 Métodos de análisis de datos	18
2.7 Aspectos éticos	19
III. Resultados	20
IV. Discusión	24
V. Conclusiones	26
VI. Recomendaciones	27
Referencias	28
ANEXOS	33

## Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la relación existente entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, 2019; cuyo diseño de estudio es no experimental transversal, aplicada, de método descriptivo correlacional. Se utilizaron como instrumentos la Escala de Berger para medir el estigma relacionado al VIH y el Cuestionario de la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH), en una muestra conformada por 130 pacientes adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA. Los resultados en general indican que existe relación significativa entre el estigma y la no adherencia en los pacientes jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA ( $r=-,529^{**}$ ,  $p=<0.05$ ). Específicamente, entre las dimensiones del estigma y la dimensión los factores moduladores de la adherencia se encontró correlación moderada alta. Por otro lado, no se encontró relación entre la dimensión estigma establecido y la dimensión cumplimiento del tratamiento ( $r=-0.153$ ,  $p=>0.05$ ). Tampoco, se halló relación entre la dimensión autoimagen negativa y el cumplimiento del tratamiento ( $r=-0.120$ ,  $p=>0.05$ ). Por último, entre las dimensiones preocupación por actitudes públicas y el cumplimiento del tratamiento tampoco se halló relación ( $r=-0.128$ ,  $p=>0.05$ ). En conclusión, se afirma que el estigma percibido que tienen los pacientes VIH/SIDA afecta a su adecuada adherencia terapéutica.

**Palabras clave:** Estigma, Adherencia, VIH, Sida.

## ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between stigma and non-adherence to HAART in young adults diagnosed with HIV / AIDS at the Hospital de Lima Metropolitana, 2019; whose study design is non-experimental, transverse, applied, correlational descriptive method. The Berger Scale will be used as instruments to measure HIV-related stigma and the Questionnaire for evaluation of adherence to antiretroviral therapy (CEAT-HIV), in a sample made up of 130 young adult patients diagnosed with HIV / AIDS. The results in general indicate that there is a significant relationship between stigma and non-adherence in young patients diagnosed with HIV / AIDS ( $r = -, 529^{**}$ ,  $p = <0.05$ ). Specifically, between the dimensions of the stigma and the dimension, the modulating factors of adhesion are moderately high correlation. On the other hand, there is no relationship between the established stigma dimension and the treatment compliance dimension ( $r = -0.153$ ,  $p \Rightarrow 0.05$ ). Nor was a relationship found between the negative self-image dimension and treatment compliance ( $r = -0.120$ ,  $p \Rightarrow 0.05$ ). Finally, there was no relationship between the dimensions of concern for public attitudes and compliance with treatment ( $r = -0.128$ ,  $p \Rightarrow 0.05$ ). In conclusion, it is stated that the perceived stigma that HIV / AIDS patients have affects their adequate therapeutic adherence.

**Keywords:** Stigma, Adherence, HIV, AIDS.



## **I. INTRODUCCIÓN**

Actualmente el Virus de Inmunodeficiencia Humana más conocido por sus siglas VIH, sigue encontrándose entre uno de los principales problemas para la salud pública; con los años y con el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) la epidemia del VIH se ha convertido en una enfermedad tipo crónica (Chye y Caires, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) pone énfasis en la cobertura mundial que se debe lograr en cuanto a la prevención de la infección, el cual debe incluir la consejería, en la cual se predomine la importancia de realizarse la prueba de descarte, además de, concientizar a las personas que el tratamiento es necesario e indispensable para lograr óptimos resultados en el control de la epidemia VIH/Sida.

El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2017) refiere que, debido a su importancia, se ha propuesto una serie de programas con el fin de combatirla. Por tal motivo la OMS (2016) se pronunció al respecto y asumió el compromiso de poner fin a la epidemia para el 2030, constituyendo parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Sin embargo, a pesar de los constantes esfuerzos aún no se ha logrado controlar la infección, más aún, es asociada con algo aversivo o con la promiscuidad.

Según el reporte estadístico de ONUSIDA (2018) refieren que, a nivel mundial las personas que vive con el diagnóstico son aproximadamente 37,9 millones de las cuales 23,3 millones acceden al tratamiento antirretroviral (ARV) y que el 1, 7 millones están recientemente infectadas. En Perú, el Boletín Mensual del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades (MINSa, 2018) estima que hasta diciembre existen 120 389 casos de infección VIH. Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), refieren que el 27% no tienen acceso al tratamiento retroviral (ARVs). En el Perú, la infección ha pasado de un estado agudo y mortal a convertirse en una infección de tipo crónica (MINSa,2018).

A nivel local, los reportes anuales de la Oficina de epidemiología y salud ambiental del Hospital Nacional Hipólito Unanue (OESA, 2018) refieren que, el mencionado Hospital atiende un aproximado de 4000 pacientes VIH+ con un índice de morbilidad anual del 9%. Conjuntamente, expertos del MINSa (2018) señalan que, en la ciudad de Lima es donde se agrupa la mayor cantidad de casos de infección; siendo un total de 2211 casos hasta diciembre. Además, el 47% de las personas refieren haber tenido experiencias donde han

sido excluidos de actividades sociales y/o familiares, religiosas; también describen haber sido víctimas de habladurías y en ocasiones de algún tipo de agresión física o verbal. (Anamia, Silva & Bustamante, 2018, p. 65). Las situaciones mencionadas son importantes, para tener en consideración el estigma asociado al VIH/SIDA.

El estigma asociado al VIH, puede tener causas, efectos y consecuencias, una de ellas es la relación equivocada que se ha formado entre el virus y los comportamientos impropios e inmorales de la persona infectada, sumado a la desinformación que existe en la población, crean ideas, actitudes, creencias, prejuicios y estereotipos relacionados a la infección (Light y Keller, 1991; y Anamia, Silva & Bustamante, 2018). Propiciado mayor discriminación social y estructural hacia las personas infectadas, que han de vivir con dificultades emocionales, afectando su estado psicológico, teniendo cuadros depresivos, baja autoestima y disminución de su sistema inmunológico (ONUSIDA, 2017). Al mismo tiempo, el estigma genera limitación al acceso de los servicios de salud, pérdida de oportunidades de crecimiento personal y laboral, dando mayor facilidad a que el VIH se desarrolle hasta un estadio mayor como el SIDA (MINSA, 2018).

De esta manera, el estigma percibido que tienen las personas y el hecho de ocultar su diagnóstico les genera estrés, provocando el descuido de su tratamiento o más aún, el abandono del mismo (Anamia, Silva & Bustamante, 2018, p. 36). Por consiguiente, la baja o inadecuada adherencia disminuye los efectos del tratamiento, creando resistencia a los antirretrovirales además de las enfermedades oportunistas, mismos que conllevan al aumento de la medicación; lo que va a causar la aparición riesgosa de los problemas relacionados a las medicinas (Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus, 2008, p. 184). Debido al constante esfuerzo de las personas por ocultar su condición, se teoriza que el estigma es un fuerte predictor para la no adherencia (Camacho, Kalichman & Katner, 2019, p. 3).

El estigma y la adherencia al TARGA han sido estudiados por diferentes investigadores, entre ellos; Muñoz (2018) realizó una investigación cuyo objetivo fue la aclaración de la medicación de acuerdo al género y la trayectoria sociocultural de las personas con VIH+ en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral debido a la violencia de género, la población muestral fueron pacientes entre 18 a 39 años. El estudio fue de tipo cualitativo – etnográfica; se empleó el método de la entrevista y observación, tanto a las personas con el diagnóstico, como a sus familiares y médicos tratantes. Cuyo resultado demuestran que hay tres factores que inciden en la falta de adherencia: económico,

social y cultural. En conclusión, 17 pacientes VIH+ de los entrevistados reportaron haber sufrido por ser seropositivo y por la homofobia en los tres campos sociales.

Asimismo, Tamayo, Macías, Cabrera, Henao y Cardona (2015), realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir el estigma social en la atención de personas con VIH/Sida según condiciones socioeconómicas, demográficas y académicas en 1253 estudiantes y profesionales de las áreas de la salud de Medellín, matriculados o egresados de ambos sexos y mayores de 15 años. La investigación fue descriptivo correlacional, el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, donde se aplicó la escala de estigma de Berger para pacientes VIH. A través de los resultados obtenidos se pudo comprobar que las mayores frecuencias de estigma correspondieron al trato diferencial que se tiene hacia las personas con VIH/SIDA (57,2%) y el aislamiento a los pacientes serológicos. Conclusión, el estigma social fue mayor en los primeros ciclos de formación y en aquellos que no se han realizado el tamizaje; por consiguiente, existe estigma social dirigido hacia los pacientes serológicos.

Otros referentes son, Leone y Lara (2014), cuya investigación buscó evaluar la relación del estigma y calidad de vida en la adherencia terapéutica en 104 pacientes con diagnóstico VIH, de los Centros PRONASIDA LARA, y Centro de Salud de Acarigua y en San Felipe del Estado Lara en Venezuela. La investigación fue correlacional – causal con diseño no experimental de corte transeccional, utilizaron tres instrumentos: el Cuestionario del estigma sentido de Miric; Cuestionario de Salud SF – 36 versión española y el VPAD - 24. Los resultados indicaron que la correlación que existe entre el estigma sentido y adhesión al tratamiento es negativa y significativamente moderada (-0,25). En conclusión, esto quiere decir que en los individuos con mayor estigma sentido presentan menos adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

En el ámbito nacional, Ledezma (2016) en su investigación tuvo como objetivo identificar los factores que se asocian al estigma relacionado al VIH/SIDA en 223 pacientes atendidos en el programa TARGA de la UCETI. Fue una investigación descriptiva de corte transeccional donde aplicó el cuestionario Escala de Berger validado en Perú. A través de los resultados se pudo observar que el 6.7% del nivel de estigma fue mínimo y el 26% presento un nivel de estigma leve, el 44.99% su nivel fue moderado y el 22.4% un nivel de estigma alto. Se concluye entonces, que el estigma relacionado al VIH/SIDA encontrado fue

de nivel moderado -alto, en su mayoría relacionado a las personas que son mayores a 31 años, género femenino, casadas y con estudios superiores.

Igualmente, Zafra (2015) en su investigación busco determinar el nivel de estigma relacionado al VIH/SIDA e identificar los factores que se asocian a la falta de adherencia en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Es una investigación de diseño analítico y tipo transversal cuya unidad de análisis son los pacientes del programa TARGA, que tengan la mayoría de edad y más de 6 meses acudiendo. Se encuestó a 339 pacientes del programa, donde se realizó el respectivo seguimiento y el cruce en el periodo de un año. Los instrumentos que uso fueron la Escala de Berger y SMAQ. Los resultados de dicha investigación revelaron la existencia de estigma en un nivel moderado (48%) y el estigma alto en (25%). Se concluyó que cuando mayor es el nivel del estigma, menor es la adherencia según el sexo.

Al igual que, Zafra y Ticona (2014) en su investigación realizada tuvieron como objetivo determinar el nivel de estigma y la correlación con la adherencia al tratamiento en pacientes del Hospital Nacional 2 de mayo en Lima. El estudio fue de tipo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 339 pacientes mayores de edad con diagnostico positivo VIH. Los instrumentos usados fueron la Escala de Berger adaptada y el SMAQ. Los resultados obtenidos reflejan que si existe estigma en un nivel elevado en los pacientes entrevistados. En conclusión, los niveles elevados de estigma se asocian a la baja adherencia según el sexo, en cuanto a sexo femenino la divulgación de estatus es la más relevante y para el sexo masculino las actitudes públicas.

Entre las diferentes definiciones que se han encontrado sobre las variables de estudio se procedió a explicar detalladamente la que más se asemeje a cada una de ellas. Es necesario aclarar que desde la perspectiva de la psicología social el sociólogo Erving Goffman fue el primero en definir el estigma (Sabucedo y Morales, 2015, p. 524).

Goffman (1963) en su teoría de la identidad social define al estigma como “un atributo profundamente desacreditador para quien lo posee, convirtiendo a la persona en alguien a quien se debe evitar o excluir del entorno social, además destaca que “es una característica que estigmatiza a la persona que lo padece, el cual confirma que la otra persona es normal” (p.13). Se comprende entonces que Goffman dividía a las personas en dos grupos, las normales y las personas portadoras del estigma, quienes eran aquellos que perdían sus

derechos humanos y pasaban a ser degradados de la sociedad a la que pertenecían. Además, Goffman (1963) fue la primera persona en clasificar el estigma en tres tipos de categorías:

a) Las deformidades físicas: son los estigmas enfocados en las abominaciones corporales tanto como la discapacidad física o la obesidad en una persona. b) Los defectos del carácter de la persona: que se atribuye a los enfermos mentales, las creencias, la moral y ética del individuo, la homosexualidad, el consumo de drogas, intentos suicidas e inclinaciones políticas desmedida. c) Los estigmas superficiales de la raza, la nacionalidad y la religión, que son propensos a ser heredados de generación en generación y se convierta en un bucle cerrado (p. 14).

A partir de la definición de Goffman, esta investigación se basará en la percepción de las personas portadoras del VIH que son aquellos que pertenecen al grupo víctima de la estigmatización y discriminación, siendo perjudicados en su salud mental y emocional. En cuanto al estigma, la literatura refiere que la primera persona en mencionar un modelo teórico relacionando al estigma con el VIH fue Bárbara Berger, en el 2001, creando el Modelo del estigma percibido en pacientes VIH.

Berger, Ferrans, Lashley (2001) en su Modelo teórico del estigma percibido explica que cuando la persona sabe su diagnóstico y además es de su conocimiento la percepción que tienen otras personas sobre el mismo, el sujeto tiende a cambiar su manera de ser y su comportamiento tendrá como fin ocultar su diagnóstico para no ser denigrado por su entorno social (p.519). Debido a ello, las personas estigmatizadas buscan reducir su actividad social al mínimo, por tal motivo, Berger, et. al. (2001) refirió que existe un tipo de estigma que presentan las personas con diagnóstico VIH positivo el cual es el estigma sentido o percibido y a su vez este se compone por cuatro dimensiones:

a) Preocupación por la divulgación, se refiere al temor que presentan los individuos diagnosticados con VIH a que su entorno se entere de su estatus. b) Estigma establecido, se relaciona de manera directa con el temor a ser rechazado o invalidado por la sociedad debido a su diagnóstico. c) Autoimagen negativa, son los sentimientos de culpa acompañado de la vergüenza y devaluación de la autoimagen personal por tener el diagnóstico positivo. d) Preocupación por actitudes públicas, se relaciona directamente con el temor en cuanto a la percepción, actitudes y comportamientos que tienen las personas hacia alguien con el diagnóstico VIH positivo (p. 8).

Al momento que se estigmatiza, se daña la identidad social de la persona aislándolo de sí mismo y de la sociedad a la que pertenece, pasando a ser una persona desprestigiada frente a una sociedad que lo rechaza (Goffman, 1963, p.31). La persona que suele ser discriminada y destituida de la sociedad; y una vez que la inseguridad sobre su estatus social se hace presente, perjudica en alguna medida la actividad laboral, debido a que esta supone de gran actividad social (Major y O'Brian, 2005; y Anamia, Silva y Bustamante, 2018).

Por otro lado, Stephan y Stephan (2000) en su teoría integrada de la amenaza, proponen que cuando los grupos se sienten amenazados, para defenderse tienden a generar estereotipos negativos hacia los otros grupos o sus integrantes. Asimismo, los autores refieren que hay cuatro tipos de amenazas: a) Amenazas reales: son los sentimientos que surgen al percibir que el grupo es amenazado de tal manera que esto conlleve a la pérdida del poder político, económico, las amenazas físicas o materiales. b) amenazas simbólicas: la percepción negativa de las diferencias intergrupales, como la moral, los valores, normas, creencias y las actitudes. El temor que siente el grupo A si el grupo B se integra a su cultura y la cambia. c) *ansiedad intergrupala*: preocupación de las opiniones negativas que tienen las personas, sentimiento de vergüenza o temor a ser ridiculizado, asimismo, este temor también se manifiesta a nivel conductual, el maltrato físico. d) estereotipos negativos: dar opiniones negativas sobre un grupo en base a las falsas expectativas sobre su conducta. Poner falsos adjetivos negativos que están íntimamente relacionados con el perjuicio.

Según los autores la carga del significado atribuido tiene una característica diferencial, es construido por la sociedad; por lo tanto, una misma característica puede ser vista como estigma o como la confirmación de su normalidad, la cual depende de la sociedad en la que el individuo se encuentra. Es por ello que Goffman (1963) destaca que “una condición que puede estigmatizar a una persona puede no serlo para otra, y, por consiguiente, no es ni honroso ni deshonroso en sí mismo” (Pg. 13).

En relación a la segunda variable la no adherencia la cual es parte de esta investigación, se procederá a explicar de manera detallada. Pero, para tener claro la definición de la no adherencia primero se explicará la adherencia terapéutica.

La adherencia es el comportamiento saludable que tiene una persona no solo en cuanto a la toma del medicamento según las instrucciones del médico sino también el estilo de vida saludable de por vida que debe seguir a partir del inicio de su tratamiento (Martínez,

Martínez, Lopera y Vargas, 2016; y el MINSA, 2018). Sin embargo, la primera persona en hacer mención al significado de Adherencia fue Hipócrates en sus tratados Hipocráticos (siglo V a. C) haciendo referencia que los pacientes mentían en cuanto a la toma de sus medicamentos (Veliz, Mendoza y Barriga, 2015, p. 52). Pero, es a partir de 1950, que la adherencia terapéutica comienza a ser estudiada a fondo (Martínez, et. al. 2016). Posiblemente esto se deba al gran incremento de abandonos del tratamiento antirretroviral y a su vez al aumento de las enfermedades crónicas.

La adherencia consiste en una evaluación constante a lo largo de todo el tratamiento; la evaluación clínica, el control del CD4, la asistencia al consultorio psicológico TARGA y el recojo de los medicamentos (MINSA, 2018). El trabajo debe ser multidisciplinario, teniendo en cuenta la adecuada coordinación entre el medico infectólogo, enfermería (dispensación de los medicamentos), y el departamento de psicología TARGA; con una adecuada coordinación se podrá detectar a tiempo los posibles abandonos y la no adherencia al tratamiento (Iacob, Iacob y Jugulete, 2017). La efectiva intervención comienza con una adecuada evaluación de la adherencia (Langebeek et al., 2014, p. 2).

Especialistas del MINSA (2018), define a la no adherencia como la omisión de alguna o de todas las medicinas, la disminución de la dosis establecida por el médico tratante, no tomar los medicamentos a la hora establecida, no seguir las instrucciones de su régimen alimenticio, entre otros. Uno de los efectos negativos de la no adherencia al tratamiento es la resistencia que genera el paciente serológico al medicamento, lo que implica la disminución de la acción terapéutica debido a que el virus aprende a defenderse ante la toma de la medicación (Pacífico y Gutiérrez, 2015; y Sweeney y Vanable, 2016). Los conocimientos que tiene la población en cuanto a la resistencia del medicamento son escasas o casi nula y la educación en cuanto a temas relacionados al VIH, la no adherencia y resistencia al medicamento son de suma importancia, para poder tener una oportuna intervención y prevención (Molla, Gelagay, Mekonnen, & Testhome, 2018).

Existen varios factores que pueden predisponer a no seguir el tratamiento terapéutico (Bulnes, Álvarez, Santibáñez y Ponce, 2015). Entre ellos se encuentran los antecedentes de abandono a tratamientos anteriores, por el hecho de sentirse mejor al no tomar su medicación o sentirse peor al tomarla, ausencia de apoyo familiar, sentirse triste, tratamientos prolongados, efectos secundarios de los medicamentos, falta de comunicación entre médico

- paciente, lenta o mala evolución de la enfermedad y bajas expectativas terapéuticas, entre otros (Remor, 2013, p. 62).

Hay algunos modelos que pueden explicar la posible causa de la no adherencia al tratamiento terapéutico entre ellos tenemos a: Heiby y Carlston (1986 citado por Martínez, et al. 2016, p108) desarrollaron Health compliance model, (Modelo de cumplimiento de la salud – HCM) mismo que fue considerado el primero modelo socio conductual de la adherencia, el cual constituye tres tipos de factores: 1) las características del tratamiento (dosis, sabor, color, complejidad de la dosis, embalaje del medicamento), la calidad de las instrucciones proporcionadas, seguimiento de las instrucciones y apoyo social y familiar además de la adecuada relación médico paciente. 2) la percepción del paciente sobre su situación de enfermedad, severidad, costos y efectividad del tratamiento terapéutico, así como su satisfacción con el tratamiento. 3) las ventajas y desventajas de los beneficios ya sean sociales (valorización por otros), o personales (mejora de estado de salud o síntomas reducidos), incluso se considera los económicos (ganancia económica para los vicios de la persona, en el caso de ser algún adicto).

Según lo referido por los autores, las desventajas son del mismo entorno; físico por el agravamiento de la enfermedad, aumento de la intensidad o el número de efectos secundarios y la estigmatización que la enfermedad o los síntomas pueden implicar para el paciente en su vida cotidiana. Los beneficios tanto como la efectividad del tratamiento pueden ser de inmediato o a largo plazo.

Asimismo, Pender, (1975 citado en Martínez, et. al. 2016, p.108) en su modelo de predicción de comportamientos de salud – MPCPS, propuso cinco categorías de los factores que posiblemente influyen en la adherencia terapéutica de la persona; 1) sociodemográfico, relaciones sociales y creencias socio culturales 2) la percepción que el individuo tiene sobre su salud, la enfermedad del paciente y los beneficios de su tratamiento. 3) Percepciones sobre las barreras de salud y las dificultades que el individuo percibe en el cambio de estilo de vida. 4) Los factores que originan o alertan al individuo de su malestar; la fatiga u otros signos o síntomas que pueda percibir el paciente. 5) Probabilidad de adopción de comportamiento de salud.

Igualmente, Walsh y Mc Phee de HBM (1975, 1995 citado en Martínez, et. at.2016, P. 108), desarrollaron el Modelo sistémico de cuidados preventivos – MSSP, para sus autores



este modelo tiene la peculiaridad de resaltar las funciones respectivas del paciente y del médico, así como las conductas de prevención y cumplimiento del tratamiento terapéutico. El modelo pretende describir tres categorías de los factores que influyen en la adherencia. 1) Predisponentes: en los pacientes se refiere a las características sociodemográficas, creencias, actitudes personales, así como en la prevención, motivaciones entre otros. Por otro lado, en los médicos los que más influyen son características sociodemográficas y la actitud hacia la prevención, entre otros 2) facilitadores o capacitadores: la habilidad del paciente y las competencias que posee cada médico. 3) reforzadores: para el paciente son los efectos del beneficio del tratamiento, y el apoyo recibido por parte de su entorno social y la satisfacción de su tratamiento terapéutico.

Por lo expuesto anteriormente en relación a las variables planteadas el problema general se formula de la siguiente manera ¿Cuál es la relación entre el estigma y la no adherencia al TARGA?

En cuanto a la justificación del estudio a nivel social, la investigación pretende contribuir a conocer más la relación que hay entre el estigma y la no adherencia. Asimismo, contribuir en la mejora física y emocional de paciente, no obstante, el aspecto psicológico.

En la práctica los resultados que se obtengan de esta investigación van a permitir dotar de herramientas a los profesionales del sector salud para que a nivel institucional mediante programas psicólogos, u orientación y consejería se realicen campañas preventivas y promocionales, mismo que pretenden contribuir a mejorar la formulación de políticas Hospitalarias de Salud Mental.

En relación a la utilidad metodológica, en Perú las investigaciones recientes relacionadas al tema del VIH y la no adherencia son mínimas, es por ello que con los resultados de la investigación se pretende aportar nuevos conocimientos en una población poco estudiada. Mismos resultados que podrán ser usados en futuras investigaciones para crear adecuadas estrategias de atención integral, así como programas psicológicos, apoyo psicológico, orientación y consejería con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica; misma que contribuye a tener una mejor calidad de vida.

En cuanto al objetivo general de esta investigación es determinar la relación entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA; y sus objetivos específicos son determinar la relación entre las dimensiones del estigma y las

dimensiones de la no adherencia al TARGA. Por tal motivo en cuanto a la hipótesis se espera que el estigma y la no adherencia en los pacientes diagnosticados con VIH/Sida tengan correlación.

## II. MÉTODO

### 2.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación asume un enfoque cuantitativo, porque se utilizará dos instrumentos psicométricos cuyos resultados serán sometidos a un análisis estadístico de Spearman. Hernández, Fernández y Baptista (2014) refieren que “el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 92).

El nivel es descriptivo porque Hernández et al. (2014) sostienen que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p. 92).

En relación al tipo de investigación es aplicada, el cual pretende generar información que sirva para futuras investigaciones. Hernández et al. (2014) refieren que el estudio correlacional tiene como objetivo conocer el grado o la relación existente entre dos o más variables. Por lo general, se busca determinar la relación que existe entre dos variables, sin embargo, en ocasiones se busca determinar la relación de tres a más variable (p. 93).

Considerando que la recolección de datos se realizara en una o dos sesiones la presente investigación es de corte transversal, Hernández et al. (2014) refieren que en las investigaciones de corte transversal los datos se recopilan en un momento único (p. 154). El diseño que se considera es no experimental, según Hernández et al. (2014) son estudios realizados sin la necesidad de manipular deliberadamente las variables ya que solo se observa la dinámica entre las variables en su entorno de forma natural (p. 152). Según es el siguiente diagrama.

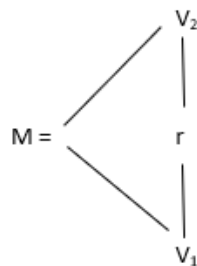
#### Dónde:

**M**= 130 Pacientes VIH+

**V1**= Estigma

**V2**= No Adherencia

**r** = Relación entre variables.



Fuente: Hernández, et al.

## 2.2 Variables, operacionalización

### 2.2.1. V<sub>1</sub>: Estigma.

#### *Definición conceptual*

Se entiende como el proceso donde se establecen diferencias y desigualdades sociales. El estigma hacia los grupos o miembros hace efectiva la violencia simbólica la cual inhabilita a la persona para la plena aceptación social. Debido a que es una característica que genera la desacreditación de la persona, específicamente aquellos que son estereotipados.

#### *Definición operacional*

Goffman (1963) definió al estigma como un atributo de la personalidad profundamente desacreditador. (Pg. 13).

### 2.2.2. V<sub>2</sub>: Adherencia.

#### *Definición conceptual*

La adherencia terapéutica es la decisión racional que tiene el paciente de implicarse de manera correcta y voluntaria al tratamiento antirretroviral, independientemente de sus creencias y prejuicios, con el objetivo de impedir que el virus se siga replicando y mejorar su calidad de vida.

#### *Definición operacional*

La adherencia terapéutica es el comportamiento saludable que tiene una persona no solo en cuanto a la toma del medicamento según las instrucciones del médico sino también el estilo de vida saludable de por vida que debe seguir a partir del inicio de su tratamiento (Muñoz, 2018 p. 5).

Tabla 1

*Matriz de operacionalización de las variables de estudio.*

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala o nivel de medición	Unidad de análisis
<b><u>ESTIGMA</u></b> Estigma se refiere a un término despreciativo, capaz de reducir a su portador con el fin de discriminarlo.	Estigma establecido	Percepciones negativas sobre las consecuencias de la revelación de su estatus a otras personas.	1, 2, 3, 4, 5	Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke, et. al. (2010)	ORDINAL	Pacientes con diagnóstico positivo VIH/SIDA del programa TARGA.
	Preocupaciones de divulgación de estatus	Mantener el control de la información, manteniendo en secreto su estado. Preocupación excesiva por que otros no conozcan su estado.	6, 7, 8, 9, 10			
	Autoimagen negativa	Concepto negativo de sí mismo, sentimientos de vergüenza y culpa.	11, 12, 13, 14, 15, 16,			
	Preocupaciones por actitudes publicas	Preocupación por las opiniones negativas de otras personas con relación al VIH.	17, 18, 19, 20, 21			
<b><u>ADHERENCIA</u></b> Es la decisión racional del paciente de implicarse voluntariamente al tratamiento antirretroviral, con el fin de mejorar su calidad de vida	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación Antecedentes de la falta de adherencia	1, 5, 7, 12, 19	CEAT - VIH Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral, validado por Tafur, Alfaro, García Y Faus (2008)	ORDINAL	Pacientes con diagnóstico positivo VIH/SIDA del programa TARGA.
	Factores moduladores de la adherencia al tratamiento	Antecedentes de la falta de adherencia	2,3,4			
		Interacciones con el médico	6,13			
		Creencias del paciente	8,9,10,11,14,15,16,17,18			
	Estrategias para mejorar la adherencia	20				

## 2.3 Población, muestra y muestreo

### 2.3.1. Población.

En el distrito de el Agustino se encuentra ubicado el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), tiene una antigüedad de 66 años y con una adecuada accesibilidad geográfica para diferentes distritos aledaños. Asimismo, la vía Evitamiento y Ramiro Priale permiten que las personas que viven en los distritos de Ate, Santa Anita, San Juan de Lurigancho entre otros tengan mayor accesibilidad al nosocomio.

La población elegida para esta investigación hasta la actualidad comprende a 4000 pacientes VIH+ que acuden al consultorio psicológico TARGA, que se encuentra ubicado dentro del servicio de infectología.

### 2.3.2. Muestra.

Para la muestra de esta investigación se consideró pertinente incluir a todos los pacientes que acuden al consultorio psicológico TARGA en un periodo de cuatro meses que cumplen con los criterios de inclusión. Los cuales conformaron 130 pacientes VIH+.

### 2.2.3. Muestreo.

El muestreo es no probabilístico – accidental, debido a que esta investigación no comprende ningún elemento aleatorio al momento de seleccionar la muestra. Asimismo, se toman todos los casos que lleguen hasta completar el tamaño de la muestra deseada. (Alarcon, 2008).

#### *Criterios de selección*

Los criterios que se está considerando en esta investigación para la inclusión o exclusión de las personas que serán parte de esta investigación son las siguientes:

#### Criterios de inclusión

- Mayor de 18 años a 39 años
- Paciente VIH Reactivo
- Ambos géneros
- Paciente que acepta la participación de manera voluntaria, mediante una carta de consentimiento informado.

- Pacientes ambulatorios que abandonaron el tratamiento TARGA.
- Criterios de exclusión
- Menores de edad
- Paciente que no tenga el Diagnostico de VIH
- Paciente VIH Reactivo que no haya completado el cuestionario
- Paciente con incapacidad mental para responder el cuestionario
- Paciente que no desee participar en la investigación.

La siguiente tabla que se presenta es a fin de especificar las variables demográficas o intervinientes. Anexo (Tabla 2).

#### 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confidencialidad

En esta investigación se usarán fuentes:

- Primaria

Se implementó la técnica del cuestionario, la cual sirve para la recolección de datos e información de la muestra. A través de las respuestas se podrá medir la realidad problemática existente debido a que serán los mismos pacientes quienes darán su punto de vista lo cual permitirá validar la hipótesis planteada en esta investigación (Bernal, 2010).

- Instrumento

El cuestionario que se usara será con escala Likert, con validez y confiabilidad mismo que recopilara datos e información necesaria en base a una escala de opiniones propias de los pacientes según su juicio y/o afirmaciones.

## **Ficha técnica de la Escala de Berger para el estigma relacionado al VIH**

Autor:	Barbara E. Berger
Procedencia:	EE.UU.
Año:	2001
Adaptación:	Franke et al., (2010) validado y adaptado a la población peruana a 131 pacientes del programa TARGA
Administración:	Individual
Duración:	10 minutos
Rango de edad:	mayores de 18 años
Numero de Items:	21 Items
Objetivo:	La escala de Berger tiene la finalidad de medir el nivel de estigma percibido que tienen los pacientes serológicos.
Estructura:	Tipo verbal y escrita. Respuestas tipo Likert, casi nunca (1); rara vez (2); a veces (3); casi siempre (4)
Valoración:	Mínimo (21 a 34); bajo (35 a 47); moderado (48 a 61); alto (62 a 84)

### **Validez y confiabilidad**

Fanke et al., validaron y adaptaron la escala Berger para estigma relacionado al VIH en la población peruana. El estudio se realizó con 131 adultos que llevaban tratamiento en el programa TARGA. El resultado fue una escala validada de 21 preguntas con validez interna (alfa de Cronbach = 0.89) y la validez de constructo fue evaluada mediante una correlación positiva con depresión, utilizando The Hopkins Symptom Checklist, y una correlación negativa con calidad de vida, medida a través de The Medical Outcomes Study HIV Health Survey ( $P < 0.01$ ). La cual fue muy similar a la escala original oscilando los resultados de los originales entre 0.90 y 0.93 de sus dimensiones y sus 40 items. Para esta investigación los resultados fueron ( $r = 0.921$  y  $p < 0.05$ ). (tabla 7).



## **Ficha técnica del Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral**

Autor:	Remor, E.
Año:	2001
Procedencia:	Madrid España
Rango de edad	Mayor d 18 años
Aplicación:	Aplicación Individual
Duración	10 minutos
Numero de Items:	20 items
Adaptación:	Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008), aplicaron y validaron el cuestionario a la población peruana.
Objetivo:	El cuestionario CEAT tiene la finalidad de medir el grado de adhesión que tienen los pacientes al tratamiento antirretroviral de gran actividad.
Estructura:	Verbal y escrita. Respuesta tipo Likert,
Valoración	Baja adherencia (<73 puntos); adherencia insuficiente (74 y 80 puntos); adherencia adecuada (81 y 85 puntos); adherencia estricta (>85 puntos).

### **Validez**

Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en la adaptación que realizaron a la población peruana obtuvieron que mientras mayor sea la puntuación del Cuestionario CEAT – VIH, menor será el valor de la carga viral, demostrado a través de la correlación significativamente negativa ( $r = -0,548$ .  $P < 0,005$ ). Remor (2001) creó y adaptó el cuestionario en España permitiendo discriminar el grado de adherencia al TARGA en pacientes con un recuento de linfocitos TCD4 elevados, obteniendo una correlación altamente significativa y positiva ( $r = 0,439$ ,  $p < 0,005$ ), además, se obtuvo una correlación inversa significativa entre la puntuación total y la carga viral ( $r = -0,243$ ;  $p < 0,05$ ) resultando de gran utilidad para que se determine el gado de adherencia al TARGA.

Por otro lado, para esta investigación se realizó una validez de contenido con el V Aiken, cuyo resultado demostró que todos los ítems del CEAT-VIH tienen validez de contenido y puede ser usado en la investigación. (tabla 10).

## Confiabilidad

Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en la adaptación a la población peruana obtuvieron 0,706 lo cual permitió demostrar la fiabilidad y adaptación del CEAT – VIH en la población peruana. Por otro lado, Remor (2001) para la población de España obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0,73.

Para la investigación se obtuvo resultados positivos y con alta fiabilidad, siendo adecuado para su uso en esta investigación (Alfa de Cronbach 0.888). (tabla 9)

## 2.5 Procedimiento

Se coordinó el permiso necesario con el fin de realizar la investigación en el HNHU, una vez que el comité de ética diera la aprobación a la investigación. Se inició con la aplicación de los instrumentos en el consultorio de psicología TARGA del servicio de Infectología del HNH a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Sin embargo, antes de dar inicio a la aplicación de los instrumentos. Primero, se procedía a explicar la investigación que se estaba realizando sobre el estigma y la no adherencia a continuación se le mencionaba al paciente que era libre de decidir si participar o no en la investigación. En el caso que aceptara participar en la investigación se procedía a solicitar su consentimiento informado con su firma y huella. Se comenzó a aplicar los instrumentos a la muestra elegida en un periodo de cuatro meses.

## 2.6 Métodos de análisis de datos

Para obtener los resultados de esta investigación primero se utilizó el programa EXCEL para la elaboración de la base de datos de la prueba piloto. Después se procedió a realizar el análisis estadístico, el cual se realizará a través del traslado de datos a un software de computadora SPSS 24. En cuanto a los resultados del análisis de datos se usó la estadística descriptiva y la estadística inferencial, con la finalidad de que cada una de las variables estudiadas estén descritas por su nivel o categoría.

En relación al análisis inferencial, se realizó la prueba de normalidad a través de Kolgomorov – Smirnow cuyos resultados permitieron usar el estadístico no paramétrico Rho Spearman para saber el nivel de correlación entre las variables de estudio y sus respectivas dimensiones.

Se confrontó los resultados obtenidos con las conclusiones de cada uno de los antecedentes citados y con el marco teórico. Para finalizar, cada una de las conclusiones fueron formuladas acuerdo a los objetivos y los resultados de la investigación.

## **2.7 Aspectos éticos**

En esta investigación científica es de suma importancia practicar los valores morales como un aspecto fundamental de todo el desarrollo, por lo tanto, es indispensable que se respete los derechos humanos. Los pacientes deben sentirse respetados, valorados e incluidos. Es por ello que durante el desarrollo de esta investigación se considera el respeto hacia los pacientes VIH positivo como un eje fundamental, por tal motivo se informó a los pacientes participantes sobre el objetivo de la investigación de manera verbal y escrita. De tal modo, que primero se solicitó el consentimiento firmado de cada uno de los participantes, antes del llenado de los instrumentos. La investigación mantendrá en el anonimato el nombre de los participantes, para evitar el crecimiento del estigma y discriminación que afectaría a los pacientes, familiares e informantes terceros. Asimismo, se respetará los derechos de los autores, la confidencialidad del llenado de los instrumentos y la autonomía de las personas.

### III. Resultados

#### Resultados descriptivos

Tabla 2

<i>Niveles de Estigma y no Adherencia en los pacientes diagnosticados con VIH/Sida (n:130)</i>		
	Niveles	Porcentaje
Estigma	Mínimo	4.6
	Bajo	9.2
	Moderado	23.8
	Alto	62.3
Adherencia	Baja adherencia	96.9
	Adherencia insuficiente	2.3
	Adherencia adecuada	0.8

En la tabla 2, se observa que el 62.3% de la población muestral clasifica el estigma dentro del nivel alto y el 23.8% como moderado. Por otro lado, se observa que el 96.9% está en un nivel de Baja adherencia. Los datos obtenidos corroboran que la mayoría de personas tienen una percepción alta del estigma presentan baja adherencia.

En cuanto al análisis inferencial, se realizó con la finalidad de poder determinar que prueba estadística es adecuada para realizar la confirmación de las hipótesis planteadas de la variable estigma, adherencia y sus dimensiones. Se realizó la prueba de normalidad y los datos obtenidos fueron los siguientes (ver tabla 7).

En la tabla 3, se aprecia el análisis obtenido de la prueba de normalidad Kolmogorov

<i>Prueba de normalidad para las variables de estudio</i>			
	Estadístico	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> gl	Sig.
Estigma	0.106	130	0.001
Adherencia	0.128	130	0.000

– Smirnov a las Variables Estigma y Adherencia. Se observan que los datos presentan un valor p (sig.) < 0.05, por lo cual no se ajusta a una distribución normal. En consecuencia, se utilizará en la hipótesis el estadístico no paramétrico Rho Spearman, con el fin de identificar las correlaciones que habrá entre ambas variables de investigación y sus respectivas dimensiones.

## Resultados específicos

Tabla 4

*Porcentaje de las dimensiones de la variable estigma en pacientes VIH/Sida (n:30)*

Niveles	% Estigma Establecido	% Preocupación por divulgación de estatus	% Autoimagen Negativa	% Preocupación Por actitudes Publicas
Alto	40.8	56.9	23.1	20.0
Moderado	34.6	30.0	26.9	42.3
Bajo	10.0	7.7	26.9	28.5
Mínimo	14.6	5.4	23.1	9.2

En la tabla 4, se observa que en la población hay una percepción del estigma establecido en 40.8 % lo percibe como alto, el 34.6% lo percibe como Moderado, el 14.6% lo percibe como bajo y el 10% como mínimo. En relación a la Preocupación de divulgación de estatus el 56.9% de los pacientes lo percibe en un nivel alto, el 30% lo perciben en un nivel moderado y el 7.7% lo perciben en un nivel bajo y el 5.4% como mínimo. Por otro lado, la Autoimagen negativa es percibida por el 23.1% en un nivel alto, el 26.9% lo perciben como moderado, el 23.1% como bajo. Por último, en cuanto a la preocupación por actitudes públicas el 42.3% lo percibe como moderado, el 28.5% lo percibe como bajo, el 20% como alto y el 9.2% lo percibe como mínimo.

Tabla 5

*Porcentaje de las dimensiones de la variable adherencia en pacientes VIH/Sida (n:130)*

Niveles	% Cumplimiento del tratamiento	% Factores moduladores de la adherencia al Tratamiento
Baja adherencia	49.2	3.8
Adherencia insuficiente	48.5	30.0
Adherencia adecuada	1.5	46.2
Adherencia estricta	0.8	20.0

En la tabla 5, se observa que el 49.2% de la población muestral relacionan al cumplimiento del tratamiento con la baja adherencia, el 48.5% de una manera moderada y el 2.3% se sitúa entre la adherencia adecuada y la estricta. En cuanto a los factores moduladores de la adherencia al tratamiento el 46.2% se sitúa en el nivel adecuado mientras que el 30% presencia una adherencia insuficiente, el 20% en la adherencia estricta y el 3.8% en baja adherencia.

## Estadística inferencial

### Análisis de coeficiente de correlación de Rho Spearman

Tabla 6

Correlación entre Estigma y la no Adherencia con sus respectivas dimensiones (N=130)

	Adherencia	Cumplimiento del tratamiento	Factores moduladores de la adherencia
Estigma	$r = -,529^{**}$ ( $p < 0.05$ ) 0.000		
Estigma establecido		$r = -0.153$ ( $p > 0.05$ ) 0.082	$r = -,502^{**}$ ( $p < 0.05$ ) 0.000
Preocupación por divulgación de estatus		$r = -,243^{**}$ ( $p < 0.05$ ) 0.005	$r = -,323^{**}$ ( $p < 0.05$ ) 0.000
Autoimagen negativa		$r = -,120$ ( $p > 0.05$ ) 0.173	$r = -,326^{**}$ ( $p < 0.05$ ) 0.000
Preocupación por actitudes publicas		$r = -0.128$ ( $p > 0.05$ ) 0.146	$r = -,302^{**}$ ( $p < 0.05$ ) 0.000

En la tabla 6, se aprecia los siguientes resultados; entre el estigma y la no adherencia el análisis presenta un valor ( $p < 0.05$ ), por lo expuesto se afirma que existe relación entre los constructos. Esta correlación es de intensidad moderada ( $r = -,529^{**}$ ). Se concluye que, a mayor estigma se evidencia menor adherencia.

Entre el estigma establecido y el cumplimiento del tratamiento se observa que el análisis presenta un valor ( $p > 0.05$ ). por lo expuesto se niega relación ( $r = -0.153$ ).

En cuanto al estigma establecido y los factores moduladores de la adherencia se observa que el análisis presenta un valor ( $p < 0.05$ ), por lo expuesto se afirma que existe relación. Esta correlación es de intensidad moderada ( $r = -,502^{**}$ ). Los datos obtenidos concluyen que a mayor estigma establecido existen menores factores moduladores de la adherencia.

Sobre la preocupación por divulgación de estatus y el cumplimiento del tratamiento se observa que en el análisis presenta un valor ( $p < 0.05$ ), por lo expuesto se afirma que si existe relación. Esta correlación es de intensidad moderada ( $r = -,243^{**}$ ). Los datos obtenidos del análisis de correlación concluyen que a mayor preocupación por la divulgación de estatus menor es el cumplimiento del tratamiento.

Con respecto a la preocupación por divulgación de estatus y los factores moduladores de la adherencia se observa que en el análisis presenta un valor ( $p < 0.05$ ), por lo expuesto

se afirma que existe relación. Esta correlación es de intensidad media ( $r=-,323^{**}$ ). Los datos obtenidos concluyen que a mayor preocupación por la divulgación de estatus menores son los factores moduladores de la adherencia.

Entre la autoimagen negativa y el cumplimiento del tratamiento se observa que el análisis presenta un valor ( $p=>0.05$ ), por lo expuesto se niega que existe relación ( $r=-0.120$ ).

Entre la autoimagen negativa y los factores moduladores se observa que en el análisis presenta un valor ( $p=<0.05$ ), por lo expuesto se afirma que existe relación. Esta correlación es de intensidad baja ( $r=-,326^{**}$ ). Los datos obtenidos del análisis de correlación concluyen que a mayor autoimagen negativa menores son los factores moduladores.

Se observa que entre la preocupación por actitudes públicas y el cumplimiento del tratamiento el análisis presenta un valor ( $p=>0.05$ ), por lo expuesto se niega que existe relación ( $r=-0.128$ ).

Por último, entre la preocupación por actitudes públicas y los factores moduladores de la adherencia se observa que en el análisis presenta un valor ( $p=<0.05$ ), por lo expuesto se afirma que existe. Esta correlación es de intensidad baja ( $r=-,302^{**}$ ), en consecuencia, se puede concluir que a mayor preocupación por actitudes publicas menores son los factores moduladores de la adherencia.

#### **IV. Discusión**

El principal objetivo de esta investigación fue determinar si existe correlación entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/Sida de un Hospital de Lima Metropolitana. En la literatura científica no se ha encontrado estudios recientes relacionados a las variables y población de estudio, por lo que cabe mencionar que dentro de la literatura revisada se encontró estudios con diseños diferentes al presente, con una denominación diferente de las variables estigma y adherencia, por lo que se deben tener en cuenta al momento de analizarlas.

El principal hallazgo de esta investigación es la relación inversa entre las variables estigma y la no adherencia de manera moderada, lo que implica que la percepción negativa que tienen los pacientes sobre las consecuencias de la revelación de su estatus a otras personas influye moderadamente para que el paciente no sea adherente al tratamiento; además, también influye la preocupación excesiva de que otros no conozcan su diagnóstico ya que esto conlleva a que tengan un concepto negativo de sí mismo, llegando al punto de sentir vergüenza y culpa. Todo ello desencadena en la preocupación por las opiniones negativas de otras personas con relación al VIH evidenciándose las inadecuadas estrategias que tienen los pacientes en cuanto a la adherencia.

Estos hallazgos coinciden con la investigación de Ledezma (2016) en los resultados de su investigación tipo descriptiva halló un nivel entre moderado y alto del estigma en los pacientes de la UCETI – Trujillo. Zafra (2015) en su investigación refiere que cuando mayor es el nivel de estigma, menor es la adherencia que tienen los pacientes. Además, Zafra y Ticona (2014) en su investigación también hallaron que los niveles elevados de estigma se asocian con la baja adherencia del paciente.

Por otro lado, se encontró que la dimensión cumplimiento del tratamiento concentra los niveles más bajos de la puntuación de los pacientes, lo que contribuiría a la relación inversa mencionada líneas arriba debido a que los pacientes participantes estarían condicionados a las dimensiones del estigma, lo cual evidencia la falta de adherencia al tratamiento. Estos hallazgos coinciden con la investigación de Leone y Lara (2014) quienes hallaron que entre el estigma sentido y la adherencia al tratamiento existe correlación de manera negativa y moderada, los pacientes con mayor estigma sentido presentan menos adherencia terapéutica. Asimismo, Tamayo, et. al (2015) hallaron que el estigma social



obstaculiza el adecuado tratamiento del VIH. Y, por último, Muñoz (2018) reportó que la estigmatización que viven los pacientes serológicos afecta su adecuada adherencia.

La preocupación por las opiniones negativas de otras personas con relación al VIH, el concepto negativo de sí mismo, sentimientos de vergüenza y culpa, y el hecho de mantener el control de la información manteniendo en secreto su estado o la preocupación excesiva por que otros no conozcan su diagnóstico, se correlaciona con la teoría de la identidad social de Goffman (1963) quien hace referencia que las personas califican y categorizan a un individuo o grupo, basándose en las apariencias de la primera impresión (p.14).

## V. Conclusiones

Primero: De acuerdo a los resultados obtenidos, existe correlación entre el estigma y la no adherencia al TARGA en pacientes jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, ( $r=-,529^{**}$ ,  $p<0.05$ ), la cual es negativa y de intensidad moderada.

Segundo: Se halló que existe correlación de intensidad negativa entre el estigma establecido y los factores moduladores de la adherencia. ( $p<0.05$ ,  $r=-,502^{**}$ ). Lo que significa que a mayor estigma establecido menos son los factores moduladores de la adecuada adherencia al TARGA.

Tercero: Respecto a la preocupación por divulgación de estatus y el cumplimiento del tratamiento se observó que en el análisis muestra un valor ( $p<0.05$ ,  $r=-,243^{**}$ ). Lo que significa que a mayor preocupación por divulgación de estatus menor es el cumplimiento del tratamiento.

Cuarto: En relación a la preocupación por divulgación de estatus y los factores moduladores de la adherencia se observó que el análisis muestra un valor ( $p<0.05$ ,  $r=-,323^{**}$ ). Lo que significa que a mayor preocupación de estatus menores son los factores moduladores de la adecuada adherencia.

Quinto: En relación a la autoimagen negativa y los factores moduladores de la adherencia se observó que en el análisis muestra un valor ( $p<0.05$ ,  $r=-,326^{**}$ ). Lo que significa que a mayor autoimagen negativa menos son los factores moduladores de la adherencia.

Sexto: Por último, entre la preocupación por actitudes públicas y los factores moduladores de la adherencia se observó que en el análisis muestra un valor ( $p<0.05$ ,  $r=-,302^{**}$ ). Lo que significa que a mayor preocupación por actitudes publicas menos son los factores moduladores.

## **VI. Recomendaciones**

Primero: Para las futuras investigaciones sobre el estigma, enfatizar más en el estigma sentido ya que hay pocas investigaciones relacionadas al tema y además es la población más difícil de estudiar.

segundo: Realizar investigaciones de tipo longitudinal con el fin de determinar la variación del estigma, y su repercusión en la adherencia.

Tercero: El programa TARGA debe considerar implementar estrategias de mejora continua en cuanto a la adherencia terapéutica, debido a la alta frecuencia de abandonos del tratamiento terapéutico.

Cuarto: Los programas de promoción del VIH deben incluir el fortalecimiento en la autoestima ya que el virus es una condición más no una discapacidad para las personas infectadas.

Quinto: Los programas de fortalecimiento de personas seropositivas deben incluir charlas específicas sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y la responsabilidad del individuo consigo mismo.

## Referencias

- Anamia, P., Silva, A., y Bustamante, M. (2018). *Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Perú – Informe Final*. Lima: Consorcio de Personas con VIH en el Perú.
- Alarcon, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universitaria.
- Berger, B., Ferrans, C., y Lashley, F. (noviembre, 2001). Measuring stigma in people with HIV: Psicometric assessment of HIV stigma scale. *Revista Nursing & Health*, 24 (6), 518-529. doi: 10.1002/nur.10011
- Bernal, C. (2010) *Metodología de la investigación*. 3ra ed. Colombia: Pearson Educación
- Bulnes, M., Alvarez, L., Santivañez, W. & Ponce, C. (julio, 2015). Anxiety situations and responses on HIV/AIDS patients who adhere or not to treatment. 28 *ALETHEIA*, 3(1), 28-37.
- Camacho, G., Kalichman, S., y Katner, H. (August, 2019). Anticipated-Related Stigma and HIV Treatment Adherence: The Indirect Effect of Medication Concerns. *Revista AIDS Behav.* 1 (1), 1-7. doi: 10.1007/S10461-019-02644-Z
- Civill, M., & Sampietro, H. (marzo, 2013). Estigma y autoestigma: Herramientas para enfrentarlos. *Revista de Salud Mental ActivaMent*, 6 (1-2), 9-15.
- Chye, Y., & Caires, A. (septiembre, 2016). The Health Promotion Model in HIV Care. *Revista Aquichan*. 16(4), 418-429. doi: 10.529/aquí.2016.16.4.2
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014), *Selección de la muestra. En metodología de la investigación* (6ª Ed). México: McGraw-Hill.
- Franke, M., Muñoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J., Bayona, J., y Shin, S. (febrero, 2010). Validation and Abbreviation of an HIV Stigma Scale in an Adult Spanish- Speaking Population in Urban Perú. *Revista Springer*, 14(1), 189-199. DOI 10.1007/s10461-008-9474-1

- Goffman, E. (1963). *Estigma: identidad deteriorada (10ª Ed, 2006)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.
- Iacob, S., Iacob, D, & Jugulete, G. (november, 2017). Improving the Adherence to Antiretroviral Therapy, a difficult but essential task for a successful HIV treatment- Clinical point of view and practical considerations. *Frontiers in Pharmacology*, 8. doi: 10.3389/fphar.2017.00831
- Langebeek, N., Gisolf, E., Reiss, P., Vervoort, S., Hafsteinsdóttir, T., Richter, C., Nieuwkerk, P. (2014). Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(1), 2-14. doi: 10.1186/s12916-014-0142-1
- Ledezma, C. (2016). *Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en pacientes atendidos en la Unidad Clínica de Enfermedades Tropicales e Infecciosas*. (Tesis de Bachiller). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Leone, S. & Lara, M. (noviembre, 2014). *Revista Eureka Sobre enseñanza y divulgación de las ciencias* 11(2) recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD22994.pdf>
- Light, D., Keller, S. y Colohum, C. (1991). *Sociología (5ª Ed.)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Major, B. & O'Brien, L. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393-421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Martinez, G., Martinez, L., Lopera, J., y Vargas, N. (junio, 2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* 14 (2), 107 -116.
- MINSA: Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA, ETS, Hepatitis: Situación del VIH y TARV en el Perú. (marzo, 2018). Ministerio de Salud. Recuperado de

[http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=362&Itemid=362](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=362&Itemid=362)

MINSA: Boletín Mensual *Situación epidemiológica del VIH – Sida en el Perú*. (diciembre, 2018). Ministerio de Salud. Recuperado de [https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=362&Itemid=362](https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=362&Itemid=362)

MINSA: Ministerio de Salud (junio, 2018). *Manejo de Síndrome de las Infecciones de transmisión sexual (ITS)*. MINSA, 4, 178-179.

Ministerio de Salud. (2018). *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. (mayo, 2018) Recuperado de [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M\\_215-2018-MINSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_215-2018-MINSA.PDF)

Muñoz, R. (Julio/septiembre, 2018). El estigma y la adherencia en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional al médico en Guayaquil (Ecuador). *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 78, 33-67.

Molla, A., Gelagay, A., Mekonnen, H. & Testhome, D. (2018). Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among HIV positive adults attending care and positive in University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Infectious Diseases*, 18(1). doi: 10.1186/s12879-018-317-8

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Nacional Hipólito Unanue (2018). *Análisis situacional de salud hospitalario 2018*. Recuperado de <http://www.hnhu.gob.pe/portal/documentos/wp-content/uploads/2018/11/RD-238-10-18.pdf>

OMS: Organización Mundial de la Salud, (junio, 2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016 -2021. *Ediciones OMS*, 5, 50 – 70.

ONUSIDA: Country Factsheets Perú 2017. 2017, p. 02. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>

- OPS: Organización Panamericana de la Salud, (diciembre, 2018). *Boletín mensual sobre situación epidemiológica del VIH/SIDA en Perú*. Recuperado de <http://bvsper.paho.org/SIA/index.php/sala-de-situacion#/categorie/1/enfermedades-transmisibles>
- Ostos, D. (2013). *Estigma sentido en personas con VIH positivo: Propuesta de intervención analítica conductual*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C.
- Pacifico, J., Gutierrez, C. (marzo, 2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(1), 66-72.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Revista Psicothema* 14(2). 262-276. Recuperado de <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8013/7877>
- Remor, E. (2001). *Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*. Madrid: Universidad de Granada.
- Remor, E. (2013). Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 6(2), 61-73. DOI: 10.1007/s40271-013-0009-0
- Sabucedo, J., & Morales, J. (2015). *Psicología social*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Stephan, W., & Stephan, C. (2000). *An integrated threat theory of prejudice*. In Oskamp, S. *Reducing prejudice and discrimination*. New Jersey: Laurence Erlbaum.
- Sullon, M. (2018). *Apoyo social percibido y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo*. (Tesis de Bachiller). Universidad Nacional Federico Villareal; Lima, Perú.

- Sweeney, S. & Venable, P. (January, 2015). The Association of HIV- Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *Revista AIDS Behav.* 20(1), 29-50. doi:10.1007/s10461-015-1164-1
- Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C., Garcia, E. y Faus, M. (2008). Adaptation of the “Assessment of adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire” (“Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT – VIH)) for its use in Peru. *Revista Ars Pharmaceutica* 49 (3), 183 – 198. Recuperado de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4967/4774>
- Tamayo, B., Macías, Y., Cabrera, R., Henao, J. y Cardona, J. (noviembre, 2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Revista Ciencias de la Salud.* 13 (1), 9-23.
- Veliz, L., Mendoza, S. y Barriga, O. (febrero, 2015). Therapeutic Adherence in users of a Cardiovascular Health Program in Primary care in Chile. *Rev Pery Med Ex Salud Publica.* 32 (1), 51-57.
- Zafra, J. (2015). *Factores asociados al estigma relacionado al paciente VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de mayo. Lima.* (Tesis de Titulo). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Zafra, J., Ticona, E. (2014). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un Hospital de Lima, Perú. *Revista Peruvian Journal of Exp Med and Public Health* 33 (4), 625 – 32. DOI: 10.17843/rpmesp.2016.334.2544



## **ANEXOS**

**ANEXO N° 01 Matriz de consistencia**

		VARIABLES Y SUS DIMENSIONES							
		X: Estigma				Y: Adherencia			
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	INSTRUMENTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	INSTRUMENTO
¿Cuál es la relación entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, 2019?	Determinar la relación existente entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, 2019.								
	Existe una relación entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, 2019.	<b>D1:</b> Estigma Establecido	Percepciones negativas sobre las consecuencias de la revelación de su estatus a otras personas.	1, 2, 3, 4, 5		D1: cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	1, 5, 7, 12, 19, 2, 3, 4	
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	1: H0 No existe una relación entre el estigma establecido y el cumplimiento del tratamiento				Escala de estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke (2010)		Antecedentes de la falta de adherencia	6, 13	
	1: H1 Existe una relación entre el estigma establecido y el cumplimiento del tratamiento	<b>D2:</b> Preocupaciones de divulgación de estatus	Mantener el control de la información, manteniendo en secreto su estado.	6, 7, 8, 9, 10			Interacciones con el medico	8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18	CEAT – VIH
	2: H0 No existe una relación entre el estigma establecido y los factores moduladores de la adherencia		Preocupación excesiva por que otros no conozcan su estado.			D2: factores moduladores de la adherencia al tratamiento			
2: H1 Existe una relación entre el estigma establecido y los factores moduladores de la adherencia							Estrategias para mejorar la adherencia	20	
	3: H0 No existe una relación entre la preocupación por la divulgación y el cumplimiento del tratamiento	<b>D3:</b> Autoimagen negativa	Concepto negativo de sí mismo,	11, 12, 13,					
	3: H1 Existe una relación entre la preocupación por la divulgación y el cumplimiento del tratamiento		sentimientos de vergüenza y culpa.	14, 15, 16					

4: H0 No existe una relación entre la preocupación por la divulgación y los factores moduladores de la adherencia

4: H1 Existe una relación entre la preocupación por la divulgación y los factores moduladores de la adherencia

5: H0 No existe una relación entre la autoimagen negativa y el cumplimiento del tratamiento

5: H1 Existe una relación entre la autoimagen negativa y el cumplimiento del tratamiento

6: H0 No existe una relación entre la autoimagen negativa y los factores moduladores de la adherencia

6: H1 Existe una relación entre la autoimagen negativa y los factores moduladores de la adherencia

7: H0 No existe una relación entre la preocupación por actitudes y el cumplimiento del tratamiento

7: H1 Existe una relación entre la preocupación por actitudes y el cumplimiento del tratamiento

8: H0 No existe una relación entre la preocupación por actitudes públicas y los factores moduladores de la adherencia

8: H1 Existe una relación entre la preocupación por actitudes públicas y los factores moduladores de la adherencia

**D4:**

Preocupaciones por actitudes publicas

Preocupación por las opiniones negativas de otras personas con relación al VIH. 17, 18, 19, 20, 21

**TEORÍA BASE:**

Teoría de la acción social de Erving Goffman (1963) Modelos de la adherencia terapéutica

**TAXONOMÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

LÍNEA  
Violencia

ENFOQUE NIVEL  
Cuantitativo Descriptivo  
correlacional

TIPO:  
Aplicada

CORTE:  
Transversal

DISEÑO:  
No experimental

**POBLACIÓN Y MUESTRA**

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** Población: 130 pacientes VIH positivo

**METODOLOGÍA**

**MÉTODO GENERAL:**

Primario

**MÉTODOS ESPECÍFICOS:**

Descriptivo

**TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS O FUENTES**

**PRIMARIAS:**

Cuestionarios

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS:**

- Microsoft Excel
- SPSS Versión 25
- Alfa de Cronbach
- Porcentajes

**ESTADÍSTICOS INFERENCIALES:**

- Kolmogorow – Smirnow
- Coeficiente de correlación Rho de Spearman

**ANÁLISIS DE DATOS**

**ANEXO Nº 02**

Escala de Estigma asociado al VIH de Berger – abreviada por Franke – 2010.

Versión en español

**Instrucciones:** Nos gustaría conocer algunas preguntas. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque con una X la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuesta “correctas ni incorrectas”.

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

## Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT – VIH

Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque con una X la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuesta “correctas ni incorrectas”.

	Siempre	Mas de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. Durante la última semana ¿ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?	1	2	3	4	5
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5
5. ¿Recuerda qué medicamentos está tomando en este momento? (escribir los nombres)	<b>0 ninguno; 1 mitad; 2 todos</b>				
	<b>Mala</b>	<b>Algo mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Mejorable</b>	<b>Buena</b>
6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	1	2	3	4	5
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le puede traer el uso de los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
	<b>No, nunca</b>	<b>Si, alguna vez</b>	<b>Si, aproximadamente la mitad de las veces</b>	<b>Si, bastantes veces</b>	<b>Si, siempre</b>
12. ¿Suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13. ¿Cuándo los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5
	<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	<b>Muy intensos</b>	<b>Intensos</b>	<b>Medianamente intensos</b>	<b>Poco intensos</b>	<b>Nada intensos</b>
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	<b>Mucho tiempo</b>	<b>Bastante tiempo</b>	<b>Regular</b>	<b>Poco tiempo</b>	<b>Nada de tiempo</b>

16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
	<b>Nada cumplido</b>	<b>Poco cumplido</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muy cumplido</b>
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	<b>Mucha dificultad</b>	<b>Bastante dificultad</b>	<b>Regular</b>	<b>Poca dificultad</b>	<b>Nada de dificultad</b>
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5
19. Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿cuántos días aproximadamente? _____ )				<b>si</b>	<b>no</b>
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿cuál? _____ )				0	1

**ANEXO N° 03:** Ficha sociodemográfica

<b>Código</b>	<b>Edad</b>		
<b>Sexo</b>	F	M	
<b>Trabajo</b>	SI	NO	
<b>Orientación sexual</b>	Heterosexual	Bisexual	Homosexual
<b>Con pareja</b>	SI	NO	

## ANEXO N° 04: Solicitud de autorización



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Ate, 02 de Abril del 2019

CARTA 186 - 2019 / PE-PSICOLOGIA-UCV-ATE

Señores  
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

ASUNTO: solicito autorización para realizar proyecto de Investigación

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo manifestar que siendo requisito indispensable para el trabajo de investigación se requiere realizar una investigación que contribuirá al desarrollo de nuevas prácticas y aplicaciones de la psicología, por tal motivo solicitamos a Ud. pueda otorgar el permiso para que nuestra alumna pueda realizar la aplicación y recojo de datos para el trabajo de investigación que lleva como título " ESTIGMA Y LA NO ADHERENCIA AL TARGA EN ADULTOS JOVENES DIAGNOSTICADOS CON VIH/ SIDA DE UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA, 2019 "

Nº	Apellidos y Nombres	CODIGO
1	GARCIA FLORES , GABRIELA	6500092631

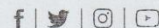
Segura de contar con su autorización y apoyo, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

Mgtr. Edith Jara Ames  
Coordinadora del PE de Psicología  
Campus Lima Ate



Somos la universidad de los  
que quieren salir adelante.



ucv.edu.pe



## ANEXO N° 05: Autorización del Hospital



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "Hipólito Unanue"	Comité Institucional de Ética en Investigación
------	------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------------

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad "

### CARTA N° 116 - 2019 - CIEI-HNHU

A : **GABRIELA GARCIA FLORES**  
ASUNTO : **Aprobación de Proyecto de tesis**  
Referencia : Expediente N° 14367  
FECHA : El Agustino, 28 de junio del 2019

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: "**Estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnósticos con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana, 2019**". Para optar el título profesional de Licenciada en Psicología - UCV.

El Comité, en sesión ordinaria de fecha miércoles 26 de junio del presente, y según consta en el Libro de actas N° 7, Acordó por unanimidad aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE  
DRA. ANGÉLICA ROCÍ YAURIVILCA  
C.O.P. 0432  
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ARY  
Archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú  
Correo electrónico : [ciei@hnhu.gob.pe](mailto:ciei@hnhu.gob.pe) - [angelicarocci05@yahoo.es](mailto:angelicarocci05@yahoo.es) Teléfono: 2919092 , 3627777 anexo 2196

## ANEXO N° 06

### Consentimiento informado

Reciba usted un cordial saludo, el objetivo de la presente es hacerle llegar toda la información de manera clara y necesaria sobre su participación en esta investigación, quedando claro que usted es quien decide de manera voluntaria si participa o no.

A continuación, presento los datos necesarios para cualquier duda o consulta que pueda tener con respecto al tema de investigación:

Título de la investigación: Estigma y la no adherencia al TARGA en jóvenes adultos diagnosticados con VIH/SIDA de un hospital de Lima Metropolitana, 2019.

Responsable de la investigación: Gabriela García Flores

Celular: 989206929

email: [gabrielagrc277@gmail.com](mailto:gabrielagrc277@gmail.com)

1. EL principal objetivo de esta investigación es la de conocer la relación existente entre el estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA.
2. Se lleva a cabo esta investigación con la única finalidad de tener mayor conocimiento del porque el abandono del tratamiento.
3. Una vez obtenido los resultados se podrá mejorar la atención en el consultorio TARGA y del mismo modo se implementará nuevas estrategias de mejora hacia la población afectada. Con el fin de mejorar la adherencia en los pacientes que abandonan el tratamiento.
4. Si decide participar en esta investigación se le pedirá que llene los cuestionarios, la duración es aproximadamente 20 minutos y toda la información que usted brinde quedara en completo anonimato. Quedando claro que la toda la información que se obtenga no podrá ser utilizado con otros fines.

*Gracias por su participación*

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Comprendo que mi participación en esta investigación es voluntaria. Además, se me ha informado que los datos obtenidos durante el proceso de la investigación son estrictamente confidenciales y solo serán usados con fines estrictamente académicos. Por lo tanto, doy fe de mi consentimiento en participar voluntariamente en esta investigación.

---

Participante  
Código/Firma

---

Investigadora  
Firma

\*Certifico y doy fe que he recibido una copia del consentimiento informado

---

Firma y Huella del participante

## ANEXO N° 07: RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO

Tabla 7

*Estadísticas de confiabilidad de la escala de Berger para el estigma relacionado al VIH*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,921	21

En la tabla 7, se observa que a través del análisis de confiabilidad de los 21 ítems de la Escala los resultados indican que el instrumento tiene confiabilidad.

Tabla 8

*Validez de contenido a través de la V de Aiken de la Escala de Berger para el estigma relacionado al VIH*

N° Ítems	Pertinencia	Relevancia	Claridad	V. Aiken General
ítem 1	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 2	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 3	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 4	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 5	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 6	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 7	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 8	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 9	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 10	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 11	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 12	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 13	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 14	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 15	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 16	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 17	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 18	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 19	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 20	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 21	1.00	1.00	1.00	1.00

En la tabla 8, se observa que a través del contenido de validez de los 21 ítems de la *Estadísticas de confiabilidad del Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,888	20

Escala los resultados indican que el instrumento tiene validez.

Tabla 9

En la tabla 9, se observa que a través del análisis de confiabilidad de los 20 ítems del Cuestionario los resultados indican que el instrumento tiene confiabilidad.

Tabla 10

*Validez de contenido a través de la V de Aiken del Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*

Nº Ítems	Pertinencia	Relevancia	Claridad	V. Aiken General
ítem 1	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 2	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 3	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 4	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 5	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 6	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 7	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 8	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 9	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 10	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 11	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 12	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 13	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 14	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 15	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 16	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 17	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 18	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 19	1.00	1.00	1.00	1.00
ítem 20	1.00	1.00	1.00	1.00

En la tabla 10, se observa que a través del contenido de validez de los 20 ítems del Cuestionario los resultados indican que el instrumento tiene validez.

ANEXO N° 08: JUICIO DE EXPERTOS

Observaciones:

.....  
.....  
.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (  )      aplicable después de corregir (  )      No aplicable (  )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: Roxana Asco Montoya

Especialidad del validador: Psicología Clínica y de la Salud.

- <sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
  - <sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
  - <sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO IBARRUE  
Dra. Roxana Asco Montoya  
C.P. 4254  
Psicóloga Clínica y de la Salud

24 de Enero del 2019

16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	16	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	17	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	18	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	Ítem directo o inverso	<sup>1</sup> Pertinencia		<sup>2</sup> Relevancia		<sup>3</sup> Claridad		Sugerencias
<b>2.4 Estrategias para mejorar la adherencia</b>	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿cuál?)	20	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

**Observaciones:**

.....  
 .....  
 .....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (  )      aplicable después de corregir (    )      No aplicable (    )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: Roxana Asca Montoya

Especialidad del validador: Psicología Clínica y de la Salud

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL NIPOLITO URANUM  
 Ps. Roxana Asca Montoya  
 E.P.P. 4354  
 Psicóloga Clínica y de la Salud

... 24 de Enero ... del 2019

Observaciones:

.....  
 .....  
 .....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X)      aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: Isel Rocío Echevarría Uigo

Especialidad del validador: Psicología Clínica

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DÓN DE MARY"  
  
 LIO. Isel Rocío Echevarría Uigo  
 C. P. P. 16044  
 PSICÓLOGA  
 Servicio de Salud Memoria

05 de Enero del 2019



16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	16	X		X		X		
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	17	X		X		X		
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	18	X		X		X		
	Ítem directo o inverso	<sup>1</sup> Pertinencia		<sup>2</sup> Relevancia		<sup>3</sup> Claridad		Sugerencias
<b>2.4 Estrategias para mejorar la adherencia</b>	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿cuál?)	20	X		X		X		

**Observaciones:**

.....  
 .....  
 .....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (  ) aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: Ixel Rocío Echevarría Vigo

Especialidad del validador: Psicología Clínica

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
  
 Lic. Ixel Rocío Echevarría Vigo  
 C.Ps.P. 16048  
 PSICOLOGÍA  
 Servicio de Salud Mental

05 de enero del 2019

Observaciones:

.....  
.....  
.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ( X )      aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: Percy Guzman Grados

Especialidad del validador: Psicología Clínica y de la Salud

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"  
*[Firma]*  
-----  
PS. PERCY GUZMAN GRADOS  
MG. PSICOLOGIA CLINICA Y DE SALUD  
C.P.P. 0710  
JEFE DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

31 de Enero .....del 2019

16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	16	✓		✓		✓		
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	17	✓		✓		✓		
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	18	✓		✓		✓		
	Ítem directo o inverso	<sup>1</sup> Pertinencia		<sup>2</sup> Relevancia		<sup>3</sup> Claridad		Sugerencias
<b>2.4 Estrategias para mejorar la adherencia</b>	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿cuál?)	20	✓		✓		✓		

**Observaciones:**

.....  
 .....  
 .....

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable ( X )**      aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: Percy Guzman Grados

Especialidad del validador: Psicología Clínica y de la Salud

- <sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- <sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"  
 PS. PERCY GUZMAN GRADOS  
 MG. PSICOLOGIA CLINICA Y DE SALUD  
 C.P.P. 0710  
 JEFE DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

31 de Enero del 2019

Observaciones:

.....  
.....  
.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (  )      aplicable después de corregir (    )      No aplicable (    )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: GOMEZ CHUMPITAZ JULIA TRINIDAD

Especialidad del validador: PSICOLOGIA CLINICA

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
"HOSPITAL NACIONAL HIPOCRITO UNANUE"  
*[Firma]*  
M. Julio Gómez Chumpitaz  
Psicóloga Clínica  
C.P.R. 18905

31 de enero del 2019

16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	16	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	17	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	18	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	Ítem directo o inverso	<sup>1</sup> Pertinencia		<sup>2</sup> Relevancia		<sup>3</sup> Claridad		Sugerencias
<b>2.4 Estrategias para mejorar la adherencia</b>	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿cuál?)	20	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

**Observaciones:**

.....  
 .....  
 .....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres de juez validador Dr. / Mg: GÓMEZ CHUMBITAZ JULIA TRINIDAD

Especialidad del validador: Psicología Clínica

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MINISTERIO DE SALUD  
 "HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE"  
 M. Julia Gómez Chumpitaz  
 Psicóloga Clínica  
 C.P.P. 18905

31 de febrero del 2019

**ANEXO N° 09:** Tabla de variables sociodemograficas

**Tabla 2**

<b>Variables sociodemográficas</b>		
Edad	18 a 21	21
	22 a 39	48
Sexo	Femenino	55
	Masculino	75
Trabajo	Si	59
	No	71
Orientación sexual	Heterosexual	108
	Bisexual	04
	Homosexual	18
Con pareja	Si	39
	No	69