



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un
Hospital Nacional de Lima Este, 2018”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Karen Zaida Huarcaya Quispe

ASESORES

José Francisco Vallejos Saldarriaga

Carlos Moisés Velásquez Centeno

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Violencia

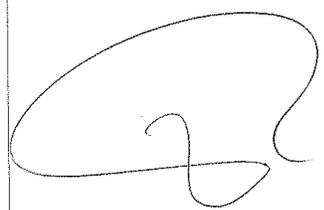
Lima – Perú

2018

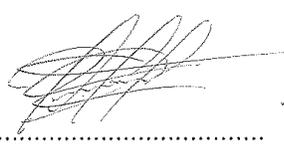
El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don
 (a) Karen Zaida Huarcayo Quispe
 cuyo título es: Estigma y Calidad de Vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: ..M.. (número)
Catorce (letras).

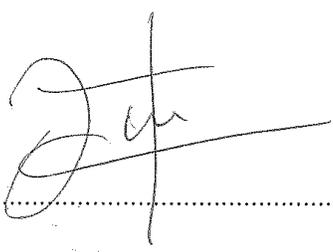
Lima, San Juan de Lurigancho 17 de 09 del 2018.



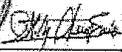
PRESIDENTE



SECRETARIO



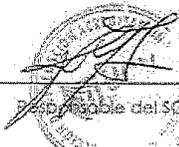
VOCAL

Elaboro

Dirección de Investigación

Revisó



Responsable del SGC




Aprobo

Vicerrectorado de Investigación

Dedicatoria

A Dios, porque siempre estará conmigo para cumplir su propósito que tiene para mi vida.

A mi padre Teófilo y mi madre Victoria por su apoyo, sus consejos, su confianza y sobre todo, por su amor que me ha permitido seguir adelante día a día.

Agradecimiento

A los profesionales que contribuyeron con sus experiencias científicas, sus sugerencias valiosas y críticas constructivas para la consistencia de la presente investigación.

Declaración de autenticidad

Yo, Karen Zaida Huarcaya Quispe, identificada con DNI N° 74054669, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César 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 y 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, tanto de los documentos como de la información aportada. Por lo cual, acepto lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima 17 de setiembre del 2018

Karen Zaida Huarcaya Quispe

DNI: 74054669

Presentación

Señores miembros de Jurado, se presenta ante ustedes la tesis titulada: “Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018”, con la finalidad de determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el título Profesional de Licenciada en Psicología. Los resultados que se han obtenido durante el proceso de investigación representan, a parte de un modesto esfuerzo; evidencias donde se ha verificado la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora.

Índice

Página de jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación.....	vi
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1. Realidad problemática.....	12
1.2. Trabajos previos.....	15
1.3. Marco teórico conceptual.....	20
1.4. Formulación del problema.....	35
1.5. Justificación del estudio	36
1.6. Hipótesis.....	37
1.7. Objetivos.....	38
II. Método.....	39
2.1. Diseño de investigación	40
2.2. Variables, operacionalización.....	41
2.3. Población y muestra	44
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	45
2.5. Método de análisis de datos.....	48
2.6. Aspectos éticos	49
III. Resultados.....	50
IV. Discusión.....	58
V. Conclusiones	61
VI. Recomendaciones	63
VII. Referencias.....	65
Anexos.....	76

Índice de tablas

Tabla 1.	Matríz de Operacionalización de las variables de estudio.....	43
Tabla 2.	Estadísticos descriptivos de la variable Estigma y Calidad de Vida	51
Tabla 3.	Niveles de Estigma y Calidad de Vida en los pacientes con diagnóstico de VIH.....	52
Tabla 4.	Descripción del Estigma por dimensiones de Calidad de Vida.....	52
Tabla 5.	Pruebas de Normalidad para las variables de estudio.....	53
Tabla 6.	Análisis de coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre Estigma y Calidad de Vida.....	54
Tabla 7.	Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Salud Física.....	55
Tabla 8.	Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Salud Psicológica.....	55
Tabla 9.	Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Relaciones Sociales.....	56
Tabla 10.	Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Ambiente	57
Tabla 11.	Análisis de consistencia interna de la escala de Berger para estigma relacionado a VIH.....	80
Tabla 12.	Análisis de correlación ítem-test de la escala de Berger para estigma relacionado a VIH.....	80
Tabla 13.	Análisis de consistencia interna del cuestionario de salud WHOQOL-BREF 26.....	82
Tabla 14.	Análisis de correlación ítem-test del cuestionario de salud WHOQOL-BREF 26.....	82

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018, el diseño del estudio es no experimental, de corte transversal, descriptivo, correlacional. Para medir las variables se utilizó la Escala de Berger para estigma relacionado al VIH y el Cuestionario de Salud WHOQOL-BREF 26 a una muestra conformada por 104 pacientes adultos diagnosticados con VIH. Los resultados indican que existe relación significativa entre el estigma y la calidad de vida en las personas con diagnóstico de VIH ($r = -0.209^*$; $p = 0.034$), por otro lado no se encontró relación entre el estigma y la dimensión salud física ($r = 0.057$; $p = 0.565$), no se encontró relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales ($r = 0.114$; $p = 0.250$), no se halló relación entre el estigma y la dimensión ambiente ($r = -0.112$; $p = 0.260$), pero si se halló relación significativa entre el estigma y la dimensión salud psicológica ($r = -0,223^*$; $p = 0.023$). En conclusión se afirma que la presencia de estigma afecta la calidad de vida.

Palabras clave: VIH, estigma, calidad de vida.

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between stigma and quality of life in people diagnosed with HIV at a National Hospital in Lima East, 2018. The design of the study is non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational. To measure the variables, the Berger Scale for HIV related stigma and the WHOQOL-BREF 26 Health Questionnaire were used in a sample of 104 adult patients diagnosed with HIV. The results indicate that there is a significant relationship between stigma and quality of life in people with HIV diagnosis ($r= -0.209^*$; $p= 0.034$), on the other hand no relationship was found between stigma and health dimension physical ($r= 0.057$; $p= 0.565$), no relationship was found between the stigma and the social relations dimension ($r= 0.114$; $p= 0.250$), no relationship was found between the stigma and the ambient dimension ($r= -0.112$; $p= 0.260$), but there was a significant relationship between the stigma and the psychological health dimension ($r= -0,223^*$; $p= 0.023$). In conclusion it is affirmed that the presence of stigma affects the quality of life.

Key words: *HIV, stigma, quality of life.*

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa para el mundo uno de los problemas de salud más impactante que afecta a diferentes personas sin alguna distinción. A pesar de que la mortalidad se ha reducido, las consecuencias psicosociales de la infección, aun producen sufrimiento en las personas, por lo cual la Organización Mundial de la Salud informa que más de 37 millones de personas están infectadas con el VIH, donde 35 millones de personas han fallecido a causa de la misma (OMS, 2016), destacando que la región más afectada a nivel mundial es África subsahariana con 19,6 millones de pobladores infectados (ONUSIDA, 2017).

La epidemia del VIH en América Latina según los datos del Programa de Naciones Unidas de lucha contra el SIDA indica que hasta el 2016, 1,8 millones de personas portaban el virus, en donde se estima que cerca de 36,000 personas fallecieron debido al SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (ONUSIDA, 2017). Por ello en América Latina y el Caribe propusieron metas de prevención a favor de la erradicación del SIDA propuesto para el 2030, donde de ofrezca todo el conocimiento sobre el VIH, el acceso a pruebas de descarte, el uso del condón y el trabajo por un financiamiento para la prevención. Estas actividades se realizarán con el fin de reducir los actos de violencia como la discriminación desde las leyes y políticas públicas privadas hasta los servicios sociales y de la salud (ONUSIDA, 2015).

En el Perú, hasta la actualidad, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Ministerio de Salud, calcula 66,776 personas con infección por VIH y 35,379 personas con SIDA (MINSA, 2016). Esta realidad es alarmante, que demuestra a una gran población peruana viviendo con el impacto emocional que conlleva el diagnóstico, además de las repercusiones psicosociales como el sentimiento de temor, culpa y vergüenza que causan dolor y sufrimiento, deterioran la capacidad de disfrutar una vida plena y satisfactoria (Guzmán, Bermúdez, López, y Martínez, 2012).

A nivel local, se reportaron 34,385 casos de VIH en Lima (MINSA, 2016), es decir, que el 63% de personas con el VIH en el Perú, se concentran en esta ciudad (Conexión Vida, 2018). Según la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Nacional Hipólito Unánue, este centro hospitalario es un punto de referencia para la atención de

aproximadamente 4000 personas diagnosticadas con VIH/SIDA (OESA, 2017). A su vez, las entrevistas y pruebas psicológicas aplicadas a estas personas, evidencian elevados indicadores psicológicos como estrés, ansiedad, depresión, ideación suicida y estigma (Zafra y Ticona, 2014; Valenzuela et al. 2015; y Quinn et al. 2017) que afecta con notoriedad a la calidad de vida en el aspecto físico, social y mental (Amaya, 2014; Cunha, 2015; Oliveira, Queiroz, Sousa, Moura y Reis, 2017; Rivas y Cavero, 2013; y Sashar, 2017) sobre todo en pacientes jóvenes y adultos (Liu, He, Levy, Xu y Lin , 2014), recién diagnosticados con el VIH y en casos de abandono del tratamiento (Leone y Lara, 2014; Picco et al., 2016; y Zafra, 2015)

En otros aspectos, según las revisiones bibliográficas sobre investigaciones en pacientes con infección por VIH, se encuentra el estigma y la calidad de vida como variables relacionadas a otros factores psicológicos como depresión, ansiedad, estrés e ideación suicida, que persisten a lo largo de la vida causando efectos en la salud de las personas (Berger, Ferrans y Lashley, 2001; Carrico et al, 2007; Tsutsumi y Izutsu, 2010; Fuster, 2011; y Varni, Miller, McCuin y Solomon, 2012). Como Biel (2014), menciona que “durante el tiempo, diversos estudios interrelacionan el estigma a diferentes enfermedades físicas como la lepra, tuberculosis, cáncer, enfermedades mentales, neurológicas e infecciosas como las Infecciones de Transmisión Sexual, entre ellas la sífilis y el VIH” (p.13).

En este contexto, el Ministerio de Salud se encarga de brindar el tratamiento antirretroviral para el VIH, que son unos medicamentos encargados de tener bajo control la propagación del virus y de mejorar las defensas (MINSAL, 2014). El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se reparte a nivel nacional a múltiples centros de salud de manera gratuita, debido a la aprobación de un plan estratégico multisectorial para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la cual planteó que promover que la población con VIH accedan a servicios de promoción, prevención, atención y tratamiento integral de calidad sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, respetando los derechos, con el apoyo de diversos sectores involucrados (MINSAL, 2015).

El estigma relacionado al VIH es un proceso de desvalorización de las personas con VIH/SIDA y a quienes están relacionadas a ella; los prejuicios y la discriminación provocan una violación de los derechos humanos y el difícil acceso de beneficios sociales (ONUSIDA,

2003). En relación a este tema, Patricia Segura, la coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA en el Perú señala que el 60% de personas son diagnosticadas y reciben tratamiento, sin embargo existe un 40% que abandona el tratamiento, mencionando que el estigma es una de los factores muy fuertes y frecuentes que afecta a esta población (Perú21, 2016).

Algunas personas a pesar de tener oportunidades de tratamiento cerca a sus hogares, realizan viajes con el fin de guardar en secreto el diagnóstico, en otros casos, deciden dejar los medicamentos por la creencia de no necesitarlo, afirmando que se sienten bien de salud, pero el resultado es más agresivo ya que no será igualmente efectivo. (Perú21, 2016, p.1)

A nivel internacional, el director del departamento de VIH/SIDA de la OMS, Dr. Gottfried Hirnchall, menciona que existen personas más vulnerables a vivir la discriminación. Los grupos marginados por la sociedad son los trabajadores sexuales, consumidores de drogas, personas homosexuales y transexuales. Refiere que “éstas son quienes sufren día a día de la marginación, sobre todo en los establecimientos de salud, por estas razones el estigma es frecuente en éstas personas” (OMS, 2016, p.1).

Partiendo de esta realidad, las organizaciones de salud en el mundo están elaborando y promoviendo estrategias políticas donde se habla sobre el impacto social de la estigmatización, prejuicio y discriminación hacia las personas en búsqueda de recibir una atención adecuada de salud. Por ello la ONUSIDA y la OMS proponen un nuevo objetivo para disminuir el VIH en el mundo desde el 2015 al 2020, donde el 90% reciban diagnóstico, tratamiento y disminuyan su carga viral, todo ello para reducir nuevas infecciones y atenciones que evidencien estigma y situaciones de discriminación (ONUSIDA, 2015).

La calidad de vida es “una condición de bienestar actual que el individuo percibe sobre sí mismo, buscando constantemente modificarse y mejorar sus condiciones generales de vida, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales, aspectos que integran la calidad de vida” (OMS, 1996, p 1).

En concordancia, el Perú cuenta con un Modelo de Participación Social Sostenible basado en mecanismos de participación de la comunidad en los sistemas de salud con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con VIH (Nizama y Coronado, 2008), ya que, cuando la persona recibe por primera vez el diagnóstico de VIH/SIDA, implica una serie de cambios en el estilo de vida y ocurre un impacto psicosocial que significa tener un diagnóstico positivo (Contreras et al, 2007), por ello, conocer la calidad de vida es fundamental para la atención integral en los servicios de salud y en especial para aquellos con VIH/SIDA (Achucarro, 2010).

Existen indicadores clínico-epidemiológicos asociados a la determinación de la calidad de vida en pacientes con infección por VIH como la carga viral, tiempo de diagnóstico, tiempo con tratamiento antirretroviral y la comorbilidad con otras infecciones oportunistas (Alzate, Gutiérrez y Arias, 2014; Pinto, 2016; Hipolito, 2017 y Quinn et al, 2017), por otro lado, las variables socio-demográficas como el sexo, la edad, raza, la situación conyugal, orientación sexual, consumo de alcohol, la religión, estado laboral y nivel socioeconómico, también son observadas como indicadores sociales de la salud que interfieren en la experiencia de la calidad de vida y la enfermedad (Zafra y Ticona, 2014; Liu et al, 2014; Amaya, 2014 y Cunha, 2015).

En conclusión a ésta problemática, se investigará la variable estigma y su relación con la calidad de vida en pacientes que viven con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, principalmente para brindar mayores conocimientos científicos siguiendo los objetivos planteados en el estudio.

1.2. Trabajos previos

A continuación se presentaran estudios en relación al tema dentro del marco internacional, empezando por Leone y Lara (2014) que desarrollaron un estudio con el objetivo de correlacionar la adherencia al tratamiento antirretroviral, el estigma y la calidad de vida en 104 pacientes con VIH de 35 a 72 años en Venezuela, para lo cual aplicaron la Escala de estigma sentido para personas con VIH (HIV Felt Stigma Scale), el Cuestionario de salud SF-36 y el Cuestionario de variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24), a través de un diseño correlacional de corte transversal. Los resultados revelan correlación

inversa entre un nivel malo de calidad de vida (65.4%) y un nivel alto de estigma (51.4%) ($r = -0.46$; $p = 0.00$), por otra parte, no se halló relación entre los niveles elevados de estigma y la deficiencia de adherencia (63.2%) ($r = -0.25$; $p = 0.57$), a diferencia de la correlación positiva entre la baja calidad de vida y la adherencia (0.46) ($r = 0.46$; $p = 0.00$), llegando a la conclusión que existe relación entre el estigma y la deficiente calidad de vida.

Luego, Picco et al. (2016) investigaron la relación entre el estigma internalizado y otras variables como la calidad de vida, el funcionamiento, la esperanza y la autoestima. El tipo de estudio fue correlacional de corte transversal, el cual se realizó en 280 pacientes con trastornos mentales de 21 a 65 años en Singapur, usando la escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF 26, Escala de evaluación global del funcionamiento (GAF), Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) y la Escala de esperanza disposicional (DHS). Los resultados fueron: el 46.6% presenta niveles elevados de estigma, la cual se correlacionan con el bajo nivel de calidad de vida en la dimensión salud psicológica ($p = 0.013$), relaciones sociales ($p = 0.044$), y ambiente ($p = 0.020$), excepto por la dimensión salud física ($p = 0.755$). También existe relación con los niveles pobres de funcionamiento y la autoestima ($p = <0.001$), pero no con los niveles de esperanza ($p = 0.443$). Se concluye que el estigma se relaciona a la presencia de baja calidad de vida en la población asiática multiétnica.

Por otro lado, Quinn et al. (2017), realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el estigma y otras variables como la angustia psicológica, carga viral y la adherencia al tratamiento en 92 pacientes con VIH de 18 a 29 años en Estados Unidos. El estudio es de tipo correlacional y corte transversal donde se aplicó la Escala de Berger para estigma relacionado a VIH y la escala de Índice de Gravedad Global. Los resultados revelan correlación entre la carga viral elevada y los niveles elevados de estigma ($p = 0.07$), de la misma forma con la dimensión de estigma internalizado ($p = 0.05$), también se demostró correlación entre la dimensión autoimagen negativa y la angustia psicológica ($p = 0.02$), además se halló correlación entre las preocupaciones hacia las actitudes públicas y niveles de angustia psicológica ($p = 0.007$). Finalmente se concluye que el estigma influye en los niveles de carga viral y los problemas de adherencia.

Como Oliveira et al. (2017) realizaron un estudio analítico transversal sobre orientación sexual y calidad de vida en 146 pacientes con diagnóstico de VIH en Brasil, realizado para analizar la influencia de la orientación sexual sobre la calidad de vida, aplicando el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-HIV-BREF. Los resultados revelan que existen correlaciones negativas entre la orientación no heterosexual y las puntuaciones bajas en las dimensiones física ($r = -14.96$; $p < 0.001$), psicológica ($r = -12.44$; $p < 0.001$), relaciones sociales ($r = -10.27$; $p = 0.007$), ambiente ($r = -8.12$; $p = 0.010$) y en calidad de vida ($r = -10.25$; $p = 0.008$). Adicional a ello, el 64% de casos presentan sentimientos negativos, como miedo y ansiedad ($p = 0,027$) y el 41% de homosexuales afirman insatisfacción en su calidad de vida por el sufrimiento del estigma ($p = 0.996$). Se concluye que el tener VIH y la orientación homosexual genera efectos negativos en diferentes áreas de la percepción de la salud.

También, Liu et al. (2014) realizaron una investigación para asociar los impactos psicológicos entre personas mayores y jóvenes con VIH/SIDA en China. Este estudio es tipo correlacional de corte transversal, los instrumentos administrados a 148 personas entre las edades jóvenes de 18 a 49 años y mayores de 50 años, fueron el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF 26, la Escala de autoeficacia general, el Índice de bienestar de la OMS y la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Como resultados se encontró que las pacientes adultas mayores que tienen niveles elevados de depresión se relacionan a problemas de salud psicológica ($r = -0.63^{**}$; $p = 0.02$) y las relaciones sociales ($r = -0.05$; $p = 0.05$), asimismo, los niveles bajos de bienestar se relacionan a las dificultades de salud física ($r = 0.76^{**}$; $p < 0.01$), sin embargo, los niveles elevados de depresión no guardan relación con el ambiente ($r = -0.13$; $p = 0.41$). De esta forma, el estudio acepta que las pacientes femeninas de mayor edad presentan dificultad para asimilar su diagnóstico y manejar las adversidades positivamente.

Amaya (2014) realizó un estudio para evaluar la relación entre la calidad de vida y la influencia de las características socio-demográficas, clínico-epidemiológicas y del TARGA. El tipo de estudio fue analítico de corte transversal en una muestra de 128 personas con VIH, donde se midió la calidad de vida con el cuestionario WHOQOL-HIV-BREF. Como resultados se halló correlaciones entre el nivel socioeconómico bajo y las dimensiones de

calidad de vida como: nivel muy bueno en la salud física ($p= 0.020^*$), nivel bueno en la salud psicológica ($p= 0.002^*$), nivel bueno en las relaciones sociales ($p= 0.009^*$) y nivel bueno en ambiente ($p= 0.006^*$). Cabe resaltar que se halló una relación significativa entre el nivel socioeconómico bajo y nivel medio de calidad de vida ($p= 0.031^*$). Finalmente se afirma que el nivel socioeconómico influye en la calidad de vida.

Por último, Cunha et al. (2015) estudiaron la calidad de vida de hombres con VIH/SIDA con el objetivo de analizar las diferencias con los factores sociales. Estudio descriptivo de corte transversal para el cual se usó el cuestionario de salud WHOQOL-HIV-BREF para medir calidad de vida a una muestra de 138 pacientes en Brazil. Entre los resultados se hallaron diferencias entre los pacientes heterosexuales y una menor percepción de calidad de vida en la dimensión espiritualidad ($p= 0.037$), diferencias entre los pacientes casados y una menor percepción de medio ambiente ($p= 0.007$), diferencias entre la ausencia de religión y baja salud física ($p= 0.005$), psicológica ($p= 0.017$) e independencia ($p= 0.038$), también, hay relación entre los que vivían con un compañero de cuarto y el nivel inadecuado del ambiente ($p= 0.049$), diferencias entre los paciente con empleo y el nivel de salud psicológica ($p= 0.045$) e independencia ($p= 0.023$), sin embargo la dimensión relaciones sociales no se correlaciona con algunas de los factores sociales excepto por los que viven en compañía ($p= >0.05$). De esta forma se puede concluir que existen diferencias entre las áreas de calidad de vida y los diferentes factores sociales en los pacientes con VIH.

A nivel nacional

Rivas y Cavero (2013) realizaron una investigación con el objetivo de relacionar la adherencia al TARGA y la calidad de vida en personas con VIH/SIDA del Hospital Regional Las Mercedes de Chiclayo. El estudio es correlacional, descriptivo y de corte transversal, aplicado a 80 pacientes con VIH, con el Medical Outcomes Study HIV (MOS-IHV) y el instrumento para adherencia al TARGA (CEAT-VIH), la cual se obtuvo correlación entre adecuada adherencia (37.5%) ante una buena condición física (77.5%) ($p= 0.03$) y mental (80%) ($p= 0.04$). En conclusión, los autores afirman que los pacientes con optima adherencia, presenta probabilidades de poseer una mejor calidad de vida en el aspecto físico y mental.

También, Zafra y Ticona (2014) realizaron un investigación sobre estigma en el VIH/SIDA asociado a la adherencia al TARGA para pacientes del Hospital Nacional 2 de Mayo en Lima con el objetivo de determinar el nivel de estigma y la correlación con la adherencia al tratamiento, siendo un estudio tipo correlacional de corte transversal que incluyó a 339 pacientes con VIH aplicando la escala de Berger asociada al VIH y la adherencia medida por la encuesta simplifield medication adherence questionnaire (SMAQ). Como resultados según dimensiones de la variable estigma, en caso de varones, la disminución de 10 puntos en preocupación sobre actitudes públicas se correlaciona inversamente al crecimiento de un 14% de adhesión ($RPa=0.86$, $IC95\%=0,76 - 0,96$) ($p < 0.05$) y en caso de mujeres, la disminución de 10 puntos de preocupación en divulgación de estatus guarda correlación inversa en 20% en adherencia ($RPa=0.80$, $IC95\%=0.68 - 0.95$) ($p < 0.05$). Se concluye que los niveles elevados de estigma se asocian a la baja adherencia con diferenciaciones por sexo.

Más tarde, Zafra (2015) investigó sobre factores asociados al estigma en personas que asisten a TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo en Lima. Un estudio analítico observacional de corte transversal realizado para determinar el nivel de estigma e identificar factores que intervienen en esta variable, usando la escala Berger para medir estigma relacionado al VIH y simplifield medication adherence questionnaire (SMAQ), donde la muestra fueron 339 pacientes mayores a 6 meses en tratamiento. Se halló correlación entre un nivel alto de estigma y las personas con escolaridad primaria en 53.8% ($p = 0.01$), la falta de servicio potable en 83.3% ($p = 0.03$), las personas con déficit de adherencia ($p = 0.01$), el mayor tiempo con el diagnóstico ($r = -0.158$; $p = 0.004$) y mayor tiempo con el tratamiento ($r = -0.145$; $p = 0.008$). También se halla correlaciones entre el tiempo mayor con el diagnóstico y los niveles bajos de adherencia ($r = -0.158$; $p = 0.004$). De tal manera que las personas viviendo mayor tiempo con el VIH presentan estigma y baja adherencia al tratamiento.

Luego, Valenzuela et al. (2015) realizaron un estudio científico sobre el estigma como impedimento para atención del VIH en un hospital general en Lima con el objetivo de establecer una relación entre el estigma y la falta de atención a los pacientes con VIH, utilizando un método correlacional de corte transversal para 176 pacientes con VIH del Hospital Nacional Cayetano Heredia y el estigma se midió a través de la escala Berger para

estigma. Los resultados indicaron correlaciones entre la baja atención y el estigma ($p= 0.006$), los puntajes altos en la dimensión de preocupaciones de divulgación ($p= 0,049$) y actitudes públicas ($p= 0,008$). También se halló puntajes bajos de estigma promulgado ($p= <0.001$) y autoimagen negativa ($p= 0,007$) relacionado a la baja atención. En conclusión se evidencia preocupantes niveles de estigma que son asociados con un déficit de atención a los pacientes.

Por último, Sarshar (2017) realiza un estudio con el objetivo de analizar los estilos de humor y la calidad de vida en Lima, un estudio correlacional de corte transversal, para la cual se empleó el cuestionario de Estilos de Humor (HSQ) y el cuestionario de salud SF-36 versión 2.0 a una muestra de 50 pacientes con VIH de 21 a 52 años. Principalmente, se halló una relación entre mayor salud física y mayor humor de descalificación personal ($r= 0.29$; $p= 0.18$), luego, quienes no presentan una enfermedad crónica presentan relación con puntajes más elevados de salud general ($p= <0.01$) mientras quienes tienen una enfermedad crónica adicional son relacionados a presenta un humor afiliativo ($p= <0.05$) y de descalificación personal ($p= <0.01$). En conclusión las personas que están mayor tiempo en el tratamiento experimentan mejoras en su calidad de vida general.

1.3. Marco teórico conceptual

Se explicará de forma detallada las principales definiciones que existen respecto a las variables de estudio y sus respectivos fundamentos teóricos.

Estigma

El término estigma se refiere a la actitud social negativa asociada a la característica de una persona, ya sea una deficiencia física, mental o social. Un estigma indica una desaprobación ante la sociedad que dirige a una discriminación y exclusión injusta para la persona, a su vez, es un medio de control social, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de éstas (Foreman, Lyra y Breinbauer, 2005).

Con los estudios detallados de Erving Goffman, empiezan las investigaciones y definiciones sobre el estigma. El autor describe el estigma como “un atributo profundamente desacreditador para una persona convirtiéndola en alguien a quien evitar o excluir” (p.13). Éste término se dio en origen griego haciendo referencia a los cortes o quemaduras que

significaban que la persona pertenecía a un estatus bajo, sometiéndose en aquellos tiempos a ser ignorado ante la sociedad (Goffman, 1963).

Es así como el estigma es considerado como una relación atributo-estereotipo, afirmando que este evento ocurre como conflicto entre la “identidad social virtual” y la “identidad social real” (p.12). La primera son características que atribuye la sociedad, la segunda, son los atributos que se posee en realidad. Es decir que mientras la persona esté presente ante los demás, esta puede demostrar el atributo que la sociedad impuso y lo hace diferente al resto, convirtiéndose ante los demás una persona peligrosa o débil. Es así como un individuo completamente común y corriente puede llegar a ser devaluado por el estigma (Goffman, 1963).

De esta forma, la estigmatización sucede cuando una persona presenta una característica que refiere una identidad y crítica negativa en un determinado contexto (Crocker, Major y Steel, 1998). Este concepto también es relacionado a la afirmación de Goffman sobre el estigma, como una *identidad social devaluada*, sin embargo estos autores se dan cuenta que este fenómeno no se encuentra en la persona solamente y que el contexto social cumple una función importante encargado de devaluar este atributo. Así el estigma puede ser considerado como un atributo que relaciona al individuo a ciertas características indeseables, es decir a estereotipos (Jones, Engelman, Turner y Campbell, 2009).

Adicionalmente, el estigma se asocia con una gran variedad de condiciones asociadas a la salud la cual es causada por una evidente limitación funcional, como una amputación de algún miembro o de alguna enfermedad oculta, no visible como la infección por VIH que es asintomática e invisible. En definitiva, el estigma se ve como “*marca* que diferencia, excluye y devalúa a quien lo presenta, por no cumplir con los requerimientos de *normalidad* que la sociedad impone y afecta incluso vivir dignamente o hasta acceder a un empleo” (Berger, Ferrans y Lashley, 2001, p.520). Es así como el estigma dificulta el derecho a un desarrollo personal como todos los demás.

Según el enfoque psicosocial, el estigma se expresa en tres maneras de comportamiento social, como las representaciones cognitivas inexactas donde se expresan los estereotipos; las reacciones emocionales negativas como el prejuicio y comportamientos

negativos de discriminación, que genera pocas oportunidades de recibir apoyo y oportunidades del medio (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005).

En este punto, el estigma es considerado como “un atributo o característica negativa que señala a otras como diferentes conduciendo a la devaluación o rechazo y este hecho depende tanto del contexto social en que el estigma se construye” (Major y O’Brien, 2005, p. 395). Sin embargo, estas posturas psicosociales fueron criticadas por enfocarse solo en la idea de la problemática ubicada en el individuo, sin considerar que las fuerzas sociales también influyen y generan exclusión social (Parker y Agleton, 2003).

Por ello, en el plano social, Link y Phelan (2001), definen cinco componentes del estigma: etiquetamiento, estereotipia, separación cognitiva, reacciones emocionales y procesos sociales ubicados en determinados contextos y donde los efectos son vistos en la pérdida del estatus social y discriminación en las instituciones para perjudicar a grupos menores, dichos autores proponen la idea del estigma como “un proceso que dependerá del uso de poder social, económico y político que anteceden a los actos discriminatorios del estigma” (p. 7).

El estigma es relacionado al prejuicio y discriminación como explica Navas, Molero y Morales (2001), estos se clasifican en ciertos grupos que gozan de todos sus derechos a diferencia de otros que no lo hacen. Siendo la exclusión social un factor que dependerá de la justicia con el cumplimiento de derechos, entonces los grupos estigmatizados viven el sufrimiento de diversos niveles de estigma, desde someterse a los prejuicios hasta a las formas graves de violencia física en reacción a estos grupos.

De esta manera, el estigma es estudiado por la psicología en el área clínica y social, la cual investiga desde las causas, los efectos y la forma para afrontar estos problemas, proponiendo múltiples definiciones como las relevantes que se mencionaron con anterioridad y modelos teóricos que a continuación se describirán.

Calidad de vida

Respecto a la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud, lo define como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores

en el que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, esta perspectiva dependerá por diferentes áreas de la vida, como la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales (OMS, 1996).

De este modo, la OMS es el de origen para nuevas definiciones en búsqueda de analizar la calidad de vida, como Ware y Sherbourne (1992) que describen la calidad de vida como una evaluación que hace la persona sobre su estado de experiencia vital general en un momento dado. También menciona que la calidad de vida en relación a la salud son los efectos de enfermedad sobre la experiencia vital. Respecto a ello, Lawton (2001) menciona que la calidad de vida “depende del grado de limitación para ejecutar distintas actividades de la vida diaria, provocados por la disfunción física, el dolor y el malestar” (p. 110).

Otras definiciones lo explican como la valoración del bienestar en el individuo dado por factores personales (aspiraciones, metas, valores, necesidades) y factores ambientales (vida familiar, laboral, intimidad, amistad, salud, educación, vivienda, etc. Es decir, como la “combinación del bienestar objetivo y subjetivo en aspectos importantes de la vida valorados por la persona según a sus perspectivas individuales” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 17), así que la calidad de vida “se experimenta según la sensación de satisfacción de necesidades y la opción de buscar oportunidades de desarrollo personal en las áreas de vida” (Schalock, 2010, p. 13). Por ende se comprende como una condición de enfermedad adversa que afecta la calidad de vida de la persona.

Es así como, Ardila (2003) propone una definición más integral sobre calidad de vida, como el estado temporal donde la calidad de vida posee aspectos subjetivos; donde la persona siente satisfacción y bienestar a nivel físico, psicológico y social; y otros componentes objetivos presentados como el entorno físico y social. Respecto a ello, Schawrtzman (2003) menciona que calidad de vida está relacionada “al estado de ánimo, los recursos de afrontamiento a situaciones adversas y el soporte del medio social, que serán importantes a la hora de percibir su calidad de vida” (p. 11).

Por último, se menciona que calidad de vida, es una evaluación que realiza cada ser humano desde las experiencias de vida generalmente durante el tiempo actual, así, al ser

asociado al estado de salud, consistirá, en evaluaciones propias desde las vivencias y como se pueden ver afectadas ante alguna enfermedad, tratamientos o accidentes. Por ello, Patrick y Erickson (1993) lo definen como una valoración hecha en el transcurso de la vida, el cual se modifica por las situaciones de oportunidad que ofrece el medio social y por la manera de percibir la funcionalidad del individuo, la cual puede afectarse por alguna situación adversa del medio.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

En primer lugar, el virus de inmunodeficiencia humana, nombrado por su abreviatura VIH, es un retrovirus que ataca y se alimenta de las células humanas, viven entre ellas para su reproducción y ocasionan daños a través del tiempo con el ataque a las defensas en el organismo, en especial de las células llamadas linfocitos T4 (glóbulos blancos) que están encargados de las defensas contra las enfermedades. “El VIH conviviendo en el organismo de un individuo es responsable de una alteración mayor, nombrado SIDA que es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el cual para su evolución, se necesitan años de afección al sistema inmunológico y pasar por fases gradualmente” (MINSAL, 1998, p. 18).

Por ende, las fases son las siguientes:

- Infección inicial (Fase 1): en esta fase no existen síntomas, ni alguna otra manifestación perceptual de alguna enfermedad, excepto por presentar un resfrío, que se mostrarán después de 1 mes aproximadamente de la transmisión por cualquiera de sus vías; constantemente el virus puede transmitirse a pesar que la persona no lo sepa. También los análisis de descartes rápidos en esta etapa son indetectables en lo general de los casos.
- Portador sin síntomas (Fase 2): esta etapa dura más tiempo, entre 5 a 8 años sin tener algún síntoma. Si la persona contrae la infección después de tres meses, lo recomendable es someterse a pruebas de descartes rápidos, donde mayormente resultan positivas ya que el virus se ha propagado en el sistema inmunológico y está en constante crecimiento.
- Portador con síntomas (Fase 3): aquí el desarrollo del virus es significativo ya que se evidencian los síntomas, como enfermedades anemia, baja de peso, gripes

consecutivas, diarreas, vómitos, y otras enfermedades oportunistas. En esta etapa es importante considerar que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida aún no se instaura.

- SIDA (Fase 4): es el síndrome en totalidad donde el virus ha aumentado, se ha vuelto resistente y se han disminuido las defensas en el organismo, logrando que otras enfermedades, como la tuberculosis, causan daños en el estado de salud aun más complejos y que pueden llevar a la muerte de quien lo padece.

En resumen, “la aparición del TARGA, desde 1996 ha eludido la mutación de esta enfermedad. Igualmente, desde la perspectiva clínica – virológica se pueden detectar fases evolutivas en el curso de la infección que se ponen en principio como fase inicial, intermedia y fase final considerada como SIDA” (Domingo, Yuste, Pariente, Sierra, Gutiérrez y Menéndez, 2001, p. 81).

Entonces, se observa como el VIH ingresa a la sangre infectado las células del sistema inmunológico y disminuyen su función, es por ello que se denomina *inmunodeficiencia*. Además, puede ser transferido por relaciones sexuales ya sean por vía vaginal, anal u oral con una poseedor del virus, también se transmite por transfusiones de sangre y el compartir jeringuillas u otros punzocortantes en contacto sanguíneo. Por último, otro de los medios pueden ser vía transmisión vertical materna durante la gestación hacia el bebe, al momento un parto eutócico y en la alimentación por lactancia materna (OMS, 2017).

Para explicar la alteración de este virus que perjudica al ser humano, se describen las vías de trasmisión por distintos fluidos donde se ubican con mayor proporción.

- Trasmisión sexual: es la vía de trasmisión por fluidos internos como secreciones vaginales y semen las cuales migran por las relaciones sexuales en cualquiera de las modalidades como la oral, vaginal y anal, esta última es más dolorosa y amenazante ya que al no poseer lubricación, genera un desgarramiento el cual significa un acceso provechoso para la trasmisión del virus. Entonces las relaciones sexuales sin medidas de protección, como los preservativos y otros medios, están más vulnerables a la trasmisión del virus.

- Transmisión perinatal: es básicamente por transmisión viral durante la gestación de la madre hacia el hijo, por el parto vía vaginal y por lactancia materna.
- Transmisión sanguínea: se da por el conducto sanguíneo como en las transfusiones, a través de las agujas en consumidores de drogas, trasplante de órganos u otros accidentes con cualquier elemento punzocortante sin protección pueden ocasionar la transmisión.

Por consiguiente, se propone el tratamiento antirretroviral de gran actividad que propone el ideal de erradicar totalmente el virus, pero hasta el momento, no fue posible, aún con todos los tratamiento antirretroviral actuales. A pesar de ello, lo máximo alcanzado es someter la carga viral detectada en niveles mínimos en los exámenes de sangre considerándolos indetectables. Además, como todo tratamiento farmacéutico tiene sus efectos secundarios y el TARGA no es la excepción; se presentan durante meses o incluso años después ciertas implicaciones como efectos secundarios de medida física y mental (Pujol, Rivero, Cuesta y Vicina, 2003, p. 387).

Entonces, la ONUSIDA menciona que la presencia de estigma y discriminación, en personas con VIH dificulta la función de mantener en bajos niveles la epidemia, creando un contexto propicio para que pueda expandirse, ya que estos hechos provocan temor y miedo a la reacción de otras personas a causa de la revelación del diagnóstico y por ello rechazan el hacerse pruebas de despistaje. El estigma y la discriminación ocasionan muchas veces un pensamiento erróneo en las que creen estar libres de la infección por VIH por creer que estas personas son únicamente grupos pequeños excluidos de la sociedad. Por último, el temor y discriminación que existe hacia los infectados, presenta consecuencias graves por no acudir a un establecimiento de salud en búsqueda de un tratamiento necesario para evitar la propagación del virus y llegar al SIDA.

Por ello, debemos estimar en la sociedad que las actitudes basadas en pensamientos de prejuicio influyen negativamente en las oportunidades de recibir apoyo por intermedio del estado social. El soporte emocional en la constitución de la familia y de la pareja son hechos importantes, porque generan factores individuales en forma de habilidades sociales que constituyen una adecuada forma de adaptación utilizando los propios recursos, donde los

factores serían los tipos y niveles de inteligencia, tipos de personalidad y resiliencia para el afronte de situaciones adversas. Por ende, “si la situación provocadora de estrés se trata de una enfermedad crónica, empiezan a actuar los recursos personales” (Remor, 2002, p. 263).

Estigma

Teoría de la identidad social

Esta teoría, servirá de base para la investigación, el autor menciona que la sociedad construye atributos para categorizar a las personas, en una primera impresión solo por las apariencias, es decir se le otorga una identidad social. Por ello, Goffman considera dos perspectivas del estigma: desde “los desacreditados que poseen diferencias evidentes a simple vista y los desacreditables quienes poseen diferencias del resto pero imperceptibles a simple vista” (Goffman, 1963, p. 14).

El estigma se categoriza en tres grupos:

- Los de deformidades físicas, quienes presentan alguna discapacidad física u obesidad.
- Los de defectos del carácter, quienes figuran como delincuentes, alcohólicos o enfermos mentales.
- Los estigmas tribales, que son personas pertenecientes a grupos sociales, culturas o etnias.

Estos grupos estigmatizados, por la diferencia que presentan ante el grupo mayoritario, ya tienen un atributo construido por la sociedad. Con ellos, existen clasificaciones actuales que revelan categorías del estigma como son los físicos, psicológicos y socioculturales como “el aspecto físico, creencias, comportamiento, formas de vida y peculiaridades étnicas” (García, 2016, p. 5). Así, los sistemas de clasificación permiten mayor conocimiento de diversos estigmas sociales que provocan rechazo, discriminación y exclusión que pueden ser consideradas como las explicaciones del porque se cometen actos estigmatizantes a grupos minoritarios solo por presentar condiciones desfavorecedoras.

Aparte de las formas de estigma ya mencionados, existe otra clasificación relevante que es dividido por categorías denominadas como “el estigma declarado y el internalizado”

(Tsutsumi y Izutsu, 2010, p. 3491), en el primero surgen actitudes de rechazo y discriminación manifestados comúnmente de forma directa y en el otro tipo las personas estigmatizadas interiorizan actitudes y creencias negativas que atribuye la sociedad, ocasionando sentimientos de menosprecio y de exclusión a sí mismos indirectamente. Por ello, se nombró a este suceso como *consciencia de estigma* ya que “los efectos negativos de la estigmatización son causadas por los actos de exclusión y discriminación en el medio social” (Pinel, 1999, p. 115) llegando a creer que ese estigma, los domina, se interiorizan las etiquetas que la sociedad coloca y hace referencia al estigma internalizado.

Otros autores aportan mencionando que los estigmas físicos son aquellos que vinculan la apariencia física con alguna enfermedad percibida en el aspecto físico o mental. En contraste, los estigmas psicológicos presentan un tipo de perturbación mental. Y finalmente, se llaman estigmas socioculturales a quienes poseen rasgos étnicos, comportamiento considerado como *desviado* para un contexto social, “el pertenecer a algún grupo religioso, ser víctimas de las injusticias y las desigualdades en la sociedad” (Marichal y Aquiles, 2000, p. 459).

Teoría integrada de la amenaza

Según la teoría integrada de la amenaza, propuesta por Stephan, Diaz-Loving y Duran (2000) se ven cuatro tipos: “amenazas reales, las simbólicas, la ansiedad intergrupal y los estereotipos negativos” (p. 241). El primer tipo de amenaza; las reales, se definen como sentimientos que se originan por amenazar las condiciones materiales de vida, las cuales son anticipados con resultados negativos frente en la interacción grupal. Por otro lado las simbólicas se dan por el temor a perder las costumbres y valores por interactuar con otros grupos menores. El tercer tipo es la ansiedad intergrupal durante las interrelaciones donde la persona se preocupa por resultados negativos como la vergüenza o el ridículo. Por último los estereotipos negativos se refieren a los adjetivos negativos relacionados al prejuicio, manifestados como amenazas cuando son hacia individuos y a nivel grupal.

Teoría del manejo del terror

La teoría del manejo del terror, señala, que el hacer consciente la condición mortal del ser humano, ésta producirá negación y mantenimiento de la autoestima, defender los valores y el estilo de vida. La primera es una reacción conocida como defensas automáticas, que se dará ante la amenaza de muerte. Luego las otras reacciones como el mantenimiento de valores y el modo de vida, son consideradas defensas estables, donde las amenazas activarán inconscientemente estos mecanismos de defensa que protegen de la ansiedad y son los responsables de una forma de personalidad autoritaria (Pyszczynski, Greenberg y Solomon, 1999).

Teoría del estigma y disparidades del VIH

Los artífices de esta teoría, consideran que el estigma social en las personas es la devaluación y la desacreditación poseedor de un atributo como la orientación racial, ética u otros grupos sexuales por lo que el contexto social donde se encuentran puede incidir en los niveles de concentración del *estigma social* (Goffman, 1963). Esta teoría busca comprender la interseccionalidad del estigma, es decir que todas las identidades sociales usualmente devaluadas dependen entre sí, ya que “más que la raza, etnia e incluso el mismo diagnóstico de VIH, existen otras identidades que están coligados al estigma, como las minorías en orientaciones sexuales, identidad o expresión transgénero, uso de drogas, trabajo sexual, encarcelamiento e inmigración” (Earnshaw, Bogart, Dovidio, y Williams, 2013, p. 226).

En conclusión, es importante identificar la variedad de estigmas y situaciones de discriminación ya sea explicado en cualquiera de sus teorías o calificaciones, visto que se contribuye al conocimiento sobre el funcionamiento del estigma y calidad de vida que afecta desarrollo humano.

Calidad de vida

Modelo ecológico de Lawton

El autor de esta teoría, que servirá de base para la investigación, Lawton (2001), explica la calidad de vida como resultado del juicio subjetivo y la valuación de diversas áreas

en la vida que responde a los criterios intrapersonales, como los deseos y necesidades, y a los criterios socionormativos que el medio externo brinda mediante procesos necesarios para favorecer la calidad de vida usualmente.

La calidad de vida hace referencia a la situación de presentar una disfunción física, dolor y malestar que pueden provocar limitaciones en las conductas cotidianas en las actividades sociales, el bienestar de la salud psicológica entre otros elementos considerados para lograr una calidad de vida integral juzgada por la propia persona. (Yaguas, 2006, p.110)

Este autor menciona cuatro dimensiones:

- Calidad de vida física: relacionado a las circunstancias de salud como la concurrencia de dolor, síntomas y algunas limitaciones funcionales a nivel físico.
- Calidad de vida social: posee indicadores asociados al ambiente externo, como lograr funciones en la sociedad, participar en algunas actividades y como éstas alcanzan una conexión con el mundo.
- Calidad de vida percibida: es la percepción subjetiva sobre la calidad de vida social, donde se opina sobre la índole de las interrelaciones sociales.
- Calidad de vida psicológica: es referido a la sensación y el efecto que causa en la complacencia del menester personal el cual determina la calidad de vida común.

Modelo comportamental

Kaplan (1994), menciona que si bien el bienestar psicológico y el rango de satisfacción determinan el nivel de calidad de vida, de la misma forma incluye la sensación del comportamiento basado en el contexto real, de acuerdo a las posibilidades y necesidades personales. Esta situación da valor a la calidad de experiencia que determina significativamente la calidad de vida. “El significado de vivir es hacer cosas, el actuar requiere una condición de supervivencia y de tener la capacidad para realizar actividades” (p.451).

Modelos de bienestar

Modelo de satisfacción

Los modelos de bienestar se enfocan principalmente en elementos subjetivos como el bienestar psicológico, la felicidad y el grado de salud que influyen en la percepción de calidad de vida y en donde las diferentes personalidades explican la manera de opinar y sentir respecto a la experiencia de vida, por ello, *la teoría de satisfacción* describe la influencia de la satisfacción y las características personales sobre la calidad de vida. Este modelo toma de base que los niveles de calidad de vida dependen de como las condiciones de vida reales satisfacen los deseos personales y necesidades básicas (Lehman, Ward y Linn, 1982).

“La calidad de vida presenta tres aspectos: características personales, condiciones tangibles (objetivas) de vida y la sensación de satisfacción de estas condiciones (subjetiva)” (Lehman, 1988, p.51). Por lo cual esta teoría supone que la calidad de vida que se experimenta dependerá de la satisfacción de deseos, necesidades o carencia personales.

Por otro lado, ya que no existen necesidades específicas de la población en general, las personas establecen de 3 formas distintas su nivel de satisfacción: a) si existe la simple coincidencia entre lo deseado y lo logrado, b) cuando un aspecto de vida no tenga relevancia para la persona por lo cual no afecta la sensación de satisfacción y c) que la persona tenga necesidades o deseos según las oportunidades que se le presentan a lo largo de la vida, este se podría entender como un grado de conformismo de la persona por no definir sus necesidades personales. (Angermeyer y Kilian, 2000).

Modelo de importancia /satisfacción

Es planteado según la teoría combinada de importancia /satisfacción, que incluye la sensación de satisfacción a nivel subjetivo y la valoración de importancia sobre algún aspecto de la vida como la salud. Esta teoría explica como la valoración y las preferencias son diferentes en cada persona y estas mismas pueden ser influidas por la presión externa del ambiente, es decir que las condiciones de vida subjetivas influyen no necesariamente igual en cada persona (Becker, Diamond y Sainfort, 1993).

En este contexto, los autores integran la satisfacción a nivel subjetivo, es decir, según lo importante que signifique para la persona. Los aspectos que existen para calificar los niveles de calidad de vida como los niveles socioeconómicos, estatus sociales, tipos de vivienda y otros, en realidad no son importantes para la población en general, ya que “no todos presentan el mismo valor, por el contrario, a las personas se les diferencia por las preferencias personales y por la valoración de su propia condición de vida” (Becker, 1995, p.230).

De esta manera es posible explicar por quién algunas personas con niveles socioeconómicos aparentemente estables no gozan de buena salud ya que su valoración se encuentra enfocada en otros aspectos de la vida, incluso en algunos casos de depresión, existen distorsiones del pensamiento, por el cual no hay satisfacción y valoración sobre algún aspecto de la vida, entonces se entiende que la calidad de vida puede ser el resultante de la adaptación a las condiciones de vida reales. (Angermeyer y Kilian, 2000).

Modelo de desempeño de rol

En la comparación de las anteriores el modelo de desempeño de rol explica como la sensación de felicidad y el grado de satisfacción depende de las condiciones sociales del entorno donde se dan las oportunidades para cubrir sus necesidades y la de los demás, estas a su vez se cubrirán según las capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas que tenga la persona para cumplir los roles que la sociedad demanda (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982).

Entonces con esta teoría, los autores rescatan la importancia de “proponer opciones de tratamiento que puedan estar dirigidas a las discapacidades, las pocas oportunidades que disminuyen la sensación de satisfacción y el grado de rendimiento en las personas” (Bigelow, et al., 1982, p.345). Así mismo se debe reconocer en el sector salud, las diferentes necesidades de los pacientes, sobre todo considerando evaluar hasta qué grado de afectación se encuentran las personas en el rol de un enfermo (Lally, 1989), el cual puede disminuir muchas de las capacidades que tienen para realizar otras actividades usuales.

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

Teoría propuesta por Angermeyer y Kilian (2000) el cual indica que la calidad de vida subjetiva es más que el resultado de la valoración personal sobre las condiciones reales de vida; sino que es un proceso continuo de adaptación en la cual se trata de la negociación entre los deseos y logros personales, que a su vez deben satisfacer los roles sociales y viceversa; con las condiciones reales del entorno, considerando de esta manera a la sensación de satisfacción como el conductor para que este proceso fluya.

Modelo de la homeostasis del bienestar subjetivo

Propone que la calidad de vida es determinado por el funcionamiento de un sistema que incluye a determinantes de primer orden, como son “la personalidad (extroversión y neuroticismo); determinantes de segundo orden, como los amortiguadores internos (características psicológicas de control, autoestima y optimismo); y el determinante de tercer orden que es la sensación que produce la experiencia con el medio ambiente” (Cummins, 2000, p.134).

Es así como “la personalidad, los recursos psicológica personales, que a su vez son influenciadas por las experiencias del exterior; predicen la calidad de vida a través de bienestar subjetivo” (Deeneve y Cooper, 1998, p.198).

Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo

Schalock y Verdugo (2003) mencionan sobre la calidad de vida como un término identificado como “la innovación y cambio en las prácticas de servicios de salud donde se permite la actuación de la persona y la intervención de organizaciones y sistemas sociales de apoyo” (p. 18). De esta manera los autores consideran importante la capacidad que tiene la persona en condición de enfermedad para dirigir y planificar su vida, permitiendo el logro de propósitos, por ello las condiciones interpersonales son valoradas porque brindan un efecto positivo a la persona, recibiendo soporte emocional en la familia y el entorno social. Por otro lado, el bienestar material también es importante, ya que brindara posibilidades económicas para vivir conforme a lo deseado.

Según este modelo, la calidad de vida se evalúa en las siguientes dimensiones:

- Función física, consiste en actividades físicas como caminar, correr, llevar, cargar peso, bañarse o vestirse.
- Rol físico, consiste en poder realizar actividades de trabajo diarios, pero limitados por los problemas físicos.
- Rol emocional, consiste como las adversidades de tipo emocional causan sufrimiento en las labores diarias dentro del trabajo y en el colegio.
- Salud mental, consiste en general si es que es intervenido por un problema mental como depresión, ansiedad, control emocional y de conducta.
- Dolor corporal, consiste en el nivel de dolor y como esta afecta en las actividades habituales.
- Salud general, consiste en la percepción que se tiene sobre la salud de sí mismo y las perspectivas a futuro.
- Vitalidad, consiste en sentirse energético y vital frente al cansancio y fatiga.
- Función social, consiste en cómo afecta la enfermedad física a la vida social de una persona.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Teoría de transmisión temprana

En relación a los orígenes del VIH, se encuentra la teoría de transmisión temprana la cual hace mención sobre las investigaciones realizadas con retrovirus en primates muestran la presencia de una especie muy parecidos a los del VIH que es conocido como el virus de inmunodeficiencia de simios. Estos virus fueron hallados en chimpancés que se encuentran en África Central, y se sospecha que éste fue transferido a las personas a través de la ingesta de carne. Este origen se apertura durante la práctica de la caza y la alimentación con las carnes de los simios, se dio entre gorilas y chimpancé originarios de la región de África Occidental Central (Gatell, 2007).

Adicional a ello, el virus de inmunodeficiencia humana se presenta en diferentes formas debido a que su genoma ARN (ácido ribonucleico), presenta características no

parecida en todos los casos. En relación a la carcasa del virus se sabe que existen en su mayoría unos 9 genotipos distribuidos en diferentes zonas geográficas: en la región del occidente de África sobresale el genotipo B, en la región subsahariana el genotipo A y C, y en la región del sureste asiático se encuentran el genotipo C, B y E (Pachón, Pujol, Rivero y Sociedad Andaluca de enfermedades Infecciosas, 2003).

Entonces, para el desarrollo del VIH una vez instalado en el organismo del ser humano existe un ciclo biológico donde se explica cómo interactuar el virus y las células humanas. Por ello este ciclo se partirá en dos etapas importantes y muy diferentes, empezando por una etapa temprana en la que el ADN del virus se instala en la celular y por último la etapa tardía donde ocurrirá el traslado del genoma que accionara el virus, se sintetizara y transmitirán sus respectivas proteínas infecciosas, adicional a ello se menciona que es necesaria el trabajo de todas las células para realizar la recepción de las proteínas virales y replicarlas con cada genoma.

1.4. Formulación del problema

Problema general

¿Existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?

Problema específico 01

¿Existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?

Problema específico 02

¿Existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?

Problema específico 03

¿Existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?

Problema específico 04

¿Existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?

1.5. Justificación del estudio

El estudio se debe al impacto social que genera la infección del VIH, que no solo afecta al sistema económico, con la inversión en tratamiento, sino que las problemáticas psicosociales como la violencia, discriminación, prejuicio, entre otros relacionados, son temas de principal preocupación en la actualidad. Tanto el estigma como la calidad de vida son variables responsables de mantener a las personas en estados de vulnerabilidad y factores de riesgo a quienes poseen el diagnóstico de infección por VIH. Por otro lado, al permitirse un mayor conocimiento de estas variables, serán propicias sugerir intervenciones en promoción y prevención de la salud para potenciar los niveles de satisfacción y bienestar de cada paciente.

A nivel práctico, los resultados de este estudio permitirá resolver los problemas de atención en los servicios de salud hacia personas con determinada condición de vida, encontrando alternativas preventivas y alternativas de tratamiento para el VIH, para la población con menos posibilidades económicas de responder al diagnóstico que se han visto más vulnerables por la epidemia pero también más sujetas a la discriminación sobre el tema del VIH.

El valor de la investigación se dará a nivel del campo teórico, donde los resultados alcanzados llenarán algunos vacíos cognoscitivos a través de la revelación de nuevos conocimientos, contrastando las diversas teorías que se estudian en referencia al estigma y la calidad de vida. De esta manera se validan teorías que conforman la predictibilidad e influencia para investigaciones en el ámbito científico.

Por último, el valor de investigación nivel metodológico radica en la utilidad como base para otras investigaciones a futuro que tengan interés en utilizar los mismos instrumentos de medición, en ampliar el conocimiento sobre las variables de estudio o la población referente estudiada.

1.6. Hipótesis

Hipótesis general

H₀: No existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 01

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Hipótesis específica 02

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Hipótesis específica 03

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, Lima, 2018.

Hipótesis específica 04

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Objetivos específicos

Objetivo específico 01

Identificar la relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Objetivo específico 02

Explicar la relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Objetivo específico 03

Fundamentar la relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Objetivo específico 04

Definir la relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

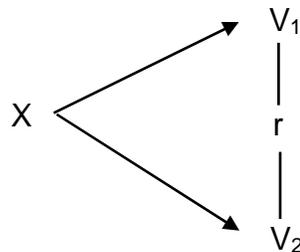
El tipo de diseño es no experimental debido a que el investigador posee una observación pasiva donde no se manipula las condiciones que influyen sobre la variable dependiente. Son aquellos casos en los que no se puede manipular activamente las variables independientes (García, 2009).

Ésta investigación presenta un enfoque cuantitativo debido al empleo de recolección de datos con la finalidad de afirmar o rechazar las hipótesis y a su vez tomar resultados de medida numérica, con el fin de formular patrones de comportamiento y probar las teorías propuestas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

Asimismo es de corte transversal ya que la recolección de datos se realiza en un solo momento, con el objetivo de la descripción de las variables y determinar a través de su análisis, el cómo interaccionan en un momento dado (Hernández et al., 2014).

El nivel de la investigación es descriptivo - correlacional ya que estos estudios se describirán interrelaciones entre diferentes variables en un tiempo exacto, en términos correlacionales y/o de causa y efecto (Hernández et al., 2014).

Por ende el esquema que grafica este estudio es el siguiente:



Fuente: Hernández, et al. (2014)

Donde:

X: Personas con diagnóstico de VIH de un hospital nacional.

V₁: Estigma

V₂: Calidad de vida

r: Relación entre variables.

2.2. Variables, operacionalización

Variable 1: Estigma

Definición conceptual

Correspondiente a las variables, Namakforoosh (2013) afirma que la variable dependiente se considera como aquella que se plantea describir, y la variable independiente es aquella que plantea explicar los cambios en la variable dependiente.

Por ello para explicar el estigma, Goffman (1963) menciona que es un atributo profundamente desacreditador. El estigma conlleva una doble perspectiva: la de los desacreditados, cuya determinación de diferente es visible (señales en el cuerpo, minusvalías o deficiencias) y los desacreditables cuya diferencia no se puede percibir a simple vista.

Definición operacional

El estigma está definido por el puntaje alcanzado en la escala de Berger para estigma relacionado a VIH el que permite clasificar a los sujetos, de acuerdo a los siguientes niveles y rangos: mínimo (de 21 a 34 puntos), bajo (de 35 a 47 puntos), moderado (de 48 a 61 puntos) y alto (de 62 a 84 puntos). A su vez, la escala está compuesto por 21 reactivos de opción múltiple: casi nunca (1), rara vez (2), a veces (3) y casi siempre (4).

Variable 2: Calidad de vida

Definición conceptual

Por otro lado se encuentra la variable dependiente que es la calidad de vida, y es definida como el resultado del juicio subjetivo y la valoración de dimensiones de la calidad de vida que responde a los criterios intrapersonales como los deseos y necesidades o los criterios sacionormativos que el medio externo administra los procesos necesarios para favorecer la calidad de vida general. (Lawton, 2001).

Definición operacional

La calidad de vida está definido en su respectivo cuestionario sobre salud WHOQOL-BREF 26, el cual permite clasificar a individuos según el puntaje obtenido en una escala positiva de 0 al 100, donde los puntajes más elevados denotan mayor calidad de vida: muy malo (de 0 a 19 puntos), malo (de 20 a 39 puntos), regular o normal (de 40 a 59 puntos), bueno (de 60 a 79 puntos) y muy bueno (de 80 a 100 puntos).

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de las variables de estudio.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Estigma	Estigma es descrito como un atributo profundamente desacreditador. El estigma conlleva una doble perspectiva: la de los desacreditados cuya calidad de diferente es visible (señales en el cuerpo o minusvalías o deficiencias) y los desacreditables cuya diferencia no es perceptible (Goffman, 1963)	La escala de Berger para estigma relacionado a VIH permite clasificar el estigma de acuerdo a los siguientes niveles: mínimo, bajo, moderado y alto.	Estigma establecido	Percepción de las consecuencias del estado actual del VIH revelado ante las personas.	13-18-19-20-21	Ordinal
			Preocupaciones de divulgación de estatus	Controlar la información manteniendo el estado de VIH en secreto o estar preocupado de que otros lo conozcan.	2-3-12-15-17	
			Autoimagen negativa	Concepto no positivo de sí mismo, sentir vergüenza y culpa.	1-4-7-8-10-16	
			Preocupaciones con actitudes publicas	Pensar con preocupación en la opinión negativa de las personas sobre el VIH.	5-6-9-11-14	
Calidad de vida	La calidad de vida relacionada a la salud es resultado del juicio subjetivo y la valoración de dimensiones de la calidad de vida que responde a los criterios intrapersonales como los deseos y necesidades o criterios socio normativos que el medio externo administra los procesos necesarios para favorecer la calidad de vida general. (Lawton, 2001).	El Cuestionario de Salud WHOQOL-BREF 26 permite clasificar la calidad de vida según niveles: muy mala, mala, regular o normal, buena, muy buena.	Salud física	- Energía y fatiga - Dolor y malestar - Sueño y descanso	3(-)-4(-)-10-15-16-17-18	Ordinal
			Salud psicológica	- Imagen corporal - Autoestima - Sentimientos negativos y positivos. - Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.	5-6-7-11-19-26(-)	
			Relaciones sociales	- Relaciones personales. - Apoyo social - Actividad sexual	20-21-22	
			Ambiente	- Recursos económicos. - Seguridad física. - Medio ambiente (físico y transporte). - Acceso a la información.	8-9-12-13-14-23-24-25	

Fuente: elaboración propia.

2.3. Población y muestra

Población

Es considerada como el conjunto de todos los casos que se asimilen con ciertas características de contenido, de lugar y de tiempo (Hernández et al., 2014). En el Hospital Nacional Hipólito Unánue ubicado en el distrito de El Agustino la población está compuesta por 4000 pacientes con VIH atendidos hasta la actualidad.

Muestra

Corresponde al subgrupo de personas claramente representativa la cual pertenece a un grupo con características definidas como población. En este caso, la cantidad está conformada por 104 pacientes diagnosticados con VIH.

Muestreo

El muestreo es no probabilística-accidental, ya que no depende de la probabilidad sino de las características del estudio y la selección de los sujetos muestrales de la población serán aquellos que se encuentren cercanos a las posibilidades del investigador hasta completar la cantidad de muestra con la que se desea trabajar (Alarcón, 2008).

Criterios de inclusión

Para la delimitación de la muestra se debe evitar tres errores posibles de presentarse, al elegir a los participantes que no deberían de ser parte, excluir a los que si cumplen con las características y seleccionar casos que son inelegibles (Hernández et al., 2014). Por ello se consideran los siguientes criterios de selección:

- Individuos de 18 años de edad en adelante.
- Personas que tengan diagnóstico de VIH.
- Personas que contesten por completo los instrumentos de evaluación.

Criterios de exclusión

- Personas menores de edad.

- Personas que resuelvan los instrumentos de evaluación de forma incompleta.
- Personas que no tengan diagnóstico de VIH.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

En relación a la recolección de datos se consideraron los siguientes pasos:

- Presentación de documentos de presentación ante las autoridades del centro de salud donde se encuentra la finalidad del estudio, y consentimiento informado para lograr la participación de la población.
- Luego del consentimiento informado, se realizara la aplicación de instrumentos, iniciando por la escala de Berger para estigma relacionado al VIH y continuamente el cuestionario sobre calidad de vida WHOQOL-BREF 26
- Brindar atención y consejería en salud mental al paciente entrevistado.

Instrumentos de recolección de datos

A continuación se presenta la ficha técnica y propiedades psicométricas del cuestionario de Berger para medir estigma relacionado al VIH, seguidamente del instrumento para medir calidad de vida WHOQOL-BREF 26, la cual son aplicados a población adulta.

Ficha técnica de la Escala de Berger para estigma relacionado a VIH

Autora	: Bárbara E. Berger (2001) docente y asistente clínica de la facultad de enfermería de la Universidad de Illinois en Chicago.
Procedencia	: Estados Unidos
Adaptación peruana	: Franke et al. (2010)
Duración	: 20 minutos.

Administración: Dirigida a población adulta. Aplicada en forma individual, con posibilidad de realizarlo colectivamente.

Objetivo: Este instrumento sirve para medir sus siguientes dimensiones: estigma establecido (ítems 13, 18, 19, 20, 21), preocupaciones de divulgación de estatus (ítems 2, 3, 12, 15, 17), autoimagen negativa (ítems 1, 4, 7, 8, 10, 16) y preocupaciones con actitudes públicas (ítems 5, 6, 9, 11, 14).

Características: Ésta prueba está estructurada de tipo verbal y escrita con respuestas de tipo Likert, para lo cual se emplea la técnica de elección múltiple entre Casi nunca (1), Rara vez (2), A veces (3) y Casi siempre (4).

Valoración: Los 21 ítems puntuados permiten clasificar a los sujetos de acuerdo a diferentes niveles y rangos: Mínimo (21 a 34 puntos), Bajo (35 a 47 puntos), Moderado (48 a 61 puntos) y Alto (62 a 84 puntos).

Validez: La adaptación de la escala de Berger en este país fue realizada por Franke et al. (2010) en una muestra de 131 personas. Como resultado se obtiene una validez de constructo (0.72) donde surgieron cuatro factores del análisis exploratorio como estigma personalizado, preocupación de divulgación, autoimagen negativa y preocupación con las actitudes públicas, se definen 21 preguntas y respuestas de tipo Likert. A su vez el instrumento presenta validez concurrente al correlacionar positivamente con depresión ($r= 0.50$) y correlación negativa con calidad de vida ($r= -0.36$; $p= <0.01$).

Confiabilidad: En el estudio de la escala original los coeficientes de alfa de Cronbach oscilaron entre 0.90 y 0.93 para sus dimensiones y 0.96 para la prueba en general compuesta por sus 40 ítems. Adicionalmente, en la versión adaptada en el Perú, se obtuvo una confiabilidad de 0.89, cifras similares a las de la versión completa original.

Ficha técnica del Cuestionario sobre Calidad de Vida WHOQOL-BREF 26

Autores	: World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1997)
Procedencia	: Suiza - Ginebra
Adaptación peruana	: Hernández, Chávez y Yhuri (2016)
Duración	: 25 minutos.

Administración: dirigida a población adulta en general, de aplicación individual o colectivamente. Instrumento de autoevaluación que considera las dos últimas semanas experimentadas por el sujeto.

Objetivo: El cuestionario mide Percepción de Calidad de Vida Global (1) y Salud General (2), seguidamente de sus dimensiones: Salud física (3(-),4(-),10,15,16,17,18 ítems), Salud psicológica (5,6,7,11,19,26(-) ítems), Relaciones sociales (20,21,22 ítems) y Ambiente (8,9,12,13,14,23,24,25 ítems).

Características: El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL-BREF es de dos semanas atrás, compuesto por 26 preguntas, que utilizan escala de respuesta del tipo Likert con escala de intensidad (nada - extremadamente), capacidad (nada - completamente), frecuencia (nunca - siempre) y evaluación (muy insatisfecho – muy satisfecho; muy malo – muy bueno).

Valoración: El WHOQOL-BREF permite clasificar a individuos según el puntaje obtenido en una escala positiva de 0 al 100, donde los puntajes más elevados denotan mayor calidad de vida: muy malo (de 0 a 19 puntos), malo (de 20 a 39 puntos), regular o normal (de 40 a 59 puntos), bueno (de 60 a 79 puntos) y muy bueno (de 80 a 100 puntos) (Kaii et al. 2010).

Para obtener los puntajes por cada dimensión se suman todos los ítems correspondientes a cada área y se clasifica según las categorías. Sin embargo, en la escala global de calidad de vida se suman los ítems que pertenecen al área en una escala de 0 al 20, a diferencia de sus dimensiones, donde los puntajes se determinan del 0 al 5 que refiere nada, un poco, lo normal, bastante o extremadamente de calidad de vida.

Validez: Se administró el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD a una muestra de 286 adultos mayores españoles donde mostraron una validez discriminante con depresión ($r = -0.50$; $p = <0.01$), de contenido y fiabilidad test-retest aceptables ($p = <0.001$) (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011).

En Chile, analizaron las propiedades psicométricas de la versión en español del instrumento, para lo cual se utilizó el análisis factorial donde se halló una validez de constructo de 68% (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas y Bunout, 2011).

En el Perú, Hernández et al. (2016) adaptaron y aplicaron esta prueba en el Perú a 447 adultos mayores, donde se obtuvo una validez de constructo por análisis factorial exploratorio con una bondad de ajuste aceptable (>0.060).

Confiabilidad: Se administró el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD a una muestra de 286 adultos mayores españoles donde los resultados de alfa de Cronbach fueron de 0.90 para la versión del WHOQOL-BREF y 0.80 para el WHOQOL-OLD (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011).

Luego, en Chile los resultados hallaron consistencia interna de 0,88 para la escala total y que oscilaba entre 0,70 y 0,79 en cada una de las dimensiones (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas y Bunout, 2011).

Finalmente, la adaptación peruana, obtuvo una consistencia interna de las dimensiones y la escala general con valores aceptables ($p = >0.70$), garantizando su fiabilidad (Hernández et al., 2016).

2.5. Método de análisis de datos

Los datos recolectados fueron digitados a una base de datos en hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, después fueron procesados a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 24), con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación.

Se procedió al análisis por consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, luego se utilizó el estadístico total de elementos para examinar ítem por ítem.

Secuencialmente, para la contratación de hipótesis de normalidad, se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (KS), para muestras mayores a 50, la cual representa la forma en la que se distribuyen los resultados requeridos de forma paramétrica o no paramétrica.

Finalmente, con la confirmación de una distribución no paramétrica ($p = <0.05$) se procedió a emplear el coeficiente de correlación Rho de Spearman, para la contratación de hipótesis.

2.6. Aspectos éticos

Para la ejecución de esta investigación se toman en cuenta la autonomía y voluntad de participación de la ejecución de encuestas, para ello se realiza un documento que cumple la función de consentimiento informado, dirigido hacia los sujetos de estudio y a la principal autoridad del centro de salud a quien se brinda los conocimientos sobre la investigación, juntamente con los beneficios que se logran, pactando en todo momento el respeto a la integridad física y mental de la persona.

De esta manera los principios tomados en cuenta, según el Código de Ética profesional del Colegio de Psicólogos del Perú, título XI, art. 79-087, se respeta el principio de confidencialidad sobre la información obtenida de cada sujeto usados solo para fines de la investigación, por otro lado, se valida el principio de voluntariedad donde la participación de los sujetos es voluntario, aceptando la posibilidad de retirarse de la participación y finalmente el principio de anonimato es respetado en caso los resultados del estudio fueran publicados, donde no se revelaran información personal que permita la identificación del sujeto.

III. Resultados

Análisis descriptivo

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la variable Estigma y Calidad de Vida

Estigma	Media	2.85
	Desviación estándar	0.635
	Varianza	0.403
	Asimetría	-0.327
	Error estándar de asimetría	0.237
	Curtosis	0.507
	Error estándar de curtosis	0.469
	Mínimo	1
	Máximo	4
Calidad de Vida	Media	2.41
	Desviación estándar	0.585
	Varianza	0.342
	Asimetría	0.196
	Error estándar de asimetría	0.237
	Curtosis	-0.336
	Error estándar de curtosis	0.469
	Mínimo	1
	Máximo	4

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2, se observa que la media de la variable de Estigma es de 2 puntos, lo que indica que la percepción sobre el estigma se clasifica dentro del nivel moderado.

Por otro lado, se observa que la media de la variable de estudio es de 2 puntos, lo que indica que la percepción sobre el acoso escolar se clasifica dentro de la categoría de mala.

Tabla 3

Niveles de Estigma y Calidad de Vida en los pacientes con diagnóstico de VIH (n: 104)

		Frecuencia	%
Estigma	Mínimo	2	1.9
	Bajo	24	23.1
	Moderado	66	63.5
	Alto	12	11.5
Calidad de Vida	Muy mala	3	2.9
	Mala	57	54.8
	Regular o normal	42	40.4
	Buena	2	1.9

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3, se aprecia que, de los 104 participantes del estudio, el 1.9% manifestó que clasifica el estigma dentro del nivel mínimo, el 23.1% lo clasifica como bajo, el 63.5% como moderado y el 11.5% como alto. Estos datos corroboran que la mayoría de los evaluados percibe la existencia de estigma a niveles moderados.

Por otro lado, se aprecia que, de los 104 participantes del estudio, el 2.9% manifestó que clasifica la calidad de vida dentro del nivel muy mala, el 54.8% lo clasifica como mala, el 40.4% como regular o normal y el 1.9% lo clasifica como buena. Estos datos corroboran que la mayoría de los evaluados perciben una mala calidad de vida.

Tabla 4

Descripción del Estigma por dimensiones de Calidad de Vida

		Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente
		Mala	Muy mala	Muy mala	Muy mala
Estigma	Mínimo	2 (1.9%)	2 (1.9%)	2 (1.9%)	2 (1.9%)
	Bajo	24 (23.1%)	18 (17.3%)	24 (23.1%)	16 (15.4%)
	Moderado	66 (63.5%)	45 (43.3%)	66 (63.5%)	46 (42.2%)
	Alto	12 (11.5%)	11 (10.6%)	12 (11.5%)	8 (8.7%)
Total		104 (100.0%)	76 (73.1%)	104 (100.0%)	73 (70.2%)

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se muestra que en los pacientes con estigma a nivel moderado, el 63.5% presentan un nivel malo en la dimensión salud física, el 43.3% se ubica en el nivel muy malo en la dimensión salud psicológica, el 63.5% demuestran un nivel muy malo en la dimensión relaciones sociales y el 44.2% tiene un nivel muy malo en la dimensión ambiente.

Análisis inferencial

Se realizó el análisis inferencial con la finalidad de poder determinar que prueba estadística es adecuada para realizar la confirmación de las hipótesis planteadas de la variable estigma, calidad de vida y sus dimensiones.

Prueba de Normalidad

Tabla 5

Pruebas de Normalidad para las variables de estudio

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Estigma	0.089	104	0.042
Estigma Establecido	0.148	104	0.000
Preocupaciones de Divulgación de estatus	0.119	104	0.001
Autoimagen Negativa	0.115	104	0.002
Preocupaciones con Actitudes públicas	0.126	104	0.000
Calidad de Vida	0.337	104	0.000
Salud Física	0.149	104	0.000
Salud Psicológica	0.105	104	0.007
Relaciones Sociales	0.221	104	0.000
Ambiente	0.092	104	0.031

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5, se observa el análisis obtenido de la Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov al Escala de Berger para estigma relacionada al VIH para la variable de Estigma con sus 4 dimensiones y el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF 26 para la variable de Calidad de Vida con sus 4 dimensiones en los pacientes con diagnóstico de VIH. Se

observan que los datos presentan un valor p (sig.) menores a 0.05, por lo cual no se ajustan a una distribución normal.

En consecuencia se utilizará en las hipótesis el estadístico no paramétrico Rho Spearman, con el fin de identificar las correlaciones que habrá entre ambas variables de investigación y sus dimensiones teóricas.

Hipótesis general

H_0 : No existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H_1 : Existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Tabla 6

Análisis de coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre Estigma y Calidad de Vida (n: 104)

		Calidad de Vida	
Rho de Spearman	Estigma	r	-0.209*
		p	0.034

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 6, se observa que en el análisis muestra un valor ($p = < 0.05$) .00, por lo expuesto se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe relación entre el Estigma y la Calidad de Vida. Esta correlación es negativa y de intensidad moderada ($r = -0.209^*$). En consecuencia, se puede concluir que a mayor estigma existe menor calidad de vida.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 01

H_0 : No existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Tabla 7

Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Salud Física (n: 104)

		Salud Física	
Rho de Spearman	Estigma	<i>r</i>	0.057
		<i>p</i>	0.565

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 7, se observa que en el análisis muestra un valor ($p = > 0.05$) .00, por lo expuesto se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe relación entre el estigma y la dimensión salud física. En consecuencia, se puede concluir que no existe una correlación significativa entre ambos.

Hipótesis específica 02

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Tabla 8

Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Salud Psicológica (n: 104)

		Salud Psicológica	
Rho de Spearman	Estigma	<i>r</i>	-0.223*
		<i>p</i>	0.023

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 8, se observa que en el análisis muestra un valor ($p = < 0.05$) .00, por lo expuesto se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe relación entre el estigma y la dimensión salud

psicológica. Esta correlación es negativa y de intensidad buena ($r = -0.223^*$). En consecuencia, se puede concluir que a mayor estigma existe menor salud psicológica.

Hipótesis específica 03

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, Lima, 2018.

Tabla 9

Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Relaciones Sociales (n: 104)

		Relaciones Sociales	
Rho de Spearman	Estigma	<i>r</i>	0.114
		<i>p</i>	0.250

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 9, se observa que en el análisis muestra un valor ($p = > 0.05$) .00, por lo expuesto se acepta la hipótesis nula y se afirma que existe no relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales. En consecuencia, se puede concluir que no existe una relación significativa entre ambos.

Hipótesis específica 04

H₀: No existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

H₁: Existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Tabla 10

Análisis de coeficiente de correlación entre Estigma y Ambiente (n: 104)

		Ambiente	
Rho de Spearman	Estigma	<i>r</i>	-0.112
		<i>p</i>	0.260

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 10, se observa que en el análisis muestra un valor ($p = > 0.05$) .00, por lo expuesto se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente. En consecuencia, se puede concluir que no existe una relación significativa entre ambos.

IV. Discusión

El propósito de esta investigación fue analizar si existe relación entre el Estigma y la Calidad de Vida de los pacientes diagnosticados con VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. A continuación se discuten los principales hallazgos del estudio comparándolos con los antecedentes nacionales e internacionales y el marco teórico vigente que sustenta el tema de investigación.

Respecto a la primera hipótesis específica, los resultados demuestran que no existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida ($r= 0,057$; $p= 0.565$), afirmando la hipótesis nula de la investigación. Lo anterior coincide, en cierta medida con la investigación internacional realizada por Picco et al. (2016), donde demostraron que no existe relación entre el nivel elevado de estigma y un nivel pobre de calidad de vida en el aspecto físico ($p= 0.755$) en pacientes adultos con diagnóstico clínico de salud mental.

En referencia a la segunda hipótesis específica, los resultados demuestran que si existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida ($r= -0.223^*$; $p= 0.023$), afirmando la hipótesis de trabajo y descartando la hipótesis nula. Respecto a los antes mencionado, Picco et al. (2016), demostraron que existen diferencias entre el nivel elevado de estigma y un nivel pobre de calidad de vida en la dimensión salud psicológica ($p= 0.013$) en pacientes adultos con diagnóstico clínico de salud mental. Por otro lado, Oliveira et al. (2017) afirmaron que existe relación negativa entre la orientación homosexual de pacientes con infección VIH y niveles bajos en el área psicológica de la calidad de vida ($r= -12.44 / p= <0.001$).

Con relación a la tercera hipótesis específica, los resultados muestran que no existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad de vida ($r= 0.114$; $p= 0.250$), afirmando la hipótesis nula de la investigación. Lo anterior coincide en cierto aspecto a la investigación internacional realizada por Cunha et al. (2015) donde demostraron que no existe relación entre los niveles bajos de relaciones sociales frente a los factores sociales ($p= >0.05$) excepto por los pacientes con VIH que viven en compañía.

Respecto a la cuarta hipótesis específica, los resultados muestran que no existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida ($r= -0.112$; $p= 0.260$), lo que confirma la hipótesis nula de la investigación. Lo anterior coincide con la investigación

realizada por Liu et al. (2014) donde demostraron que no existe relación entre las pacientes con VIH que presentan nivel bajo en la dimensión ambiente de calidad de vida y los valores elevados de depresión ($r = -0.13$; $p = 0.41$).

Finalmente, con respecto a la hipótesis general: Existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. Los resultados indican que si existe relación significativas entre el estigma y la calidad de vida, además las diferencias halladas son inversas ($r = -0.209^*$; $p = 0.034$). En concordancia con los resultados, la investigación internacional de Leone y Lara (2014), declararon que existe relación negativa entre el mayor nivel de estigma y escasa calidad de vida ($r = -0.46$; $p = 0.00$) en pacientes con VIH. Así, se afirma que la presencia de estigma hace que la percepción de calidad de vida sea desfavorable. Desde otro ángulo, la investigación nacional realizada por Zafra (2015), demostraron relación negativa entre los niveles altos de estigma y el tiempo con el diagnóstico ($r = -0.158$; $p = 0.004$) y en el tratamiento TARGA ($r = -0.145$; $p = 0.008$). De tal forma, los resultados indican que la presencia de estigma depende del tiempo diagnosticado con la infección del VIH y del tratamiento antirretroviral.

V. Conclusiones

1. Existe relación entre el estigma y la calidad de vida. Se puede concluir que a mayor estigma existe menor calidad de vida.
2. No existe relación entre el estigma y la dimensión salud física. Se puede concluir que no existe una correlación significativa entre ambas.
3. Existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica. Se puede concluir que a mayor estigma habrá menor salud psicológica.
4. No existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales. Se puede concluir que no existe una relación significativa entre ambas.
5. No existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente. Se puede concluir que no existe una relación significativa entre ambas.

VI. Recomendaciones

Después de realizar la investigación y analizar los resultados con el objetivo de conocer la relación entre ambas variables, estigma y calidad de vida, se sugiere:

1. Se recomienda que el Ministerio de Salud promueva la ejecución de programas preventivos donde se incluyan los temas de estigma, discriminación, calidad de vida en las actividades de programación, financiamiento y planificación estratégica en relación al VIH.
2. Realizar capacitaciones dirigidas a los trabajadores en los centros de salud, teniendo en cuenta la relevancia de la problemática de estigma, discriminación y calidad de vida. de esta manera se busca mejorar la calidad de atención brindada a los pacientes en los centros de salud.
3. Se recomienda al servicio de infectología que se encarga de la atención a los pacientes con diagnóstico de infección por VIH, incluir programas de intervención enfocados en las causas de estigma y discriminación; como la falta de sensibilización, las consecuencias negativas del estigma y la discriminación, el temor a contraer el VIH mediante un contacto ocasional y la vinculación del VIH a comportamientos impropios o inmorales.
4. Se recomienda diseñar programas vivenciales para poder fortalecer la perseverancia de los pacientes con diagnóstico de infección por VIH y las familias sobre el tratamiento TARGA con el fin de estimular nuevos factores protectores.
5. Finalmente, se recomienda realizar investigaciones con diferentes metodologías de estudio, con la finalidad de ampliar el marco de conocimiento sobre el estigma y calidad de vida, lograr la adaptación y validación de pruebas psicológicas, incluso elaborar programas experimentales especialmente dirigidos a pacientes con diagnóstico de infección por VIH.

VII. Referencias

- Achucarro, S. (2010). Quality of life of patients with HIV/AIDS and comprehensive nursing care. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 5(1), 19-33. Recuperado de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-36962010000100004
- Amaya, J. (2014). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de personas que viven con VIH/SIDA, que asisten a la Unidad de Atención Integral (clínica 12) del Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia*, 24(1), 44-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5069948>
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universitaria.
- Alzate, C., Gutiérrez, L., y Arias, J. (2014). Metaanálisis sobre calidad de vida relacionada con la salud de enfermedades infecciosas, 2002-2013. *Archivos de medicina*, 10(1), 1-13. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052071>
- Angermeyer, M., y Killian, R. (2000). Theoretical models of quality of life for mental disorders. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds). *Quality of life in mental disorders*. (pp. 21-31). Barcelona: Masson. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636133/>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Becker, M., Diamond, R., y Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of life Research*, 2(4), 239-251. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF00434796>

- Becker, M. (1995). Quality of life instruments for severe chronic mental illness. *PharmacoEconomics*, 7(3), 229-237. Recuperado de <https://doi.org/10.2165/00019053-199507030-00006>
- Berger, B., Ferrans, C., y Lashley, F. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518-529. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11746080>
- Biel, D. (2014). *Pacientes y salud: Foros en el CIBA*. Zaragoza, España. Recuperado de https://es.slideshare.net/ics_aragon/salud-y-estigma
- Bigelow, D., Brodsky, G., Stewart, L., y Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En J. Alonso (Eds.). *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. (pp. 349-351). Nueva York: Academic Press. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-663020-6.50018-8>
- Carrico, A., Johnson, M., Morin, S., Remien, R., Charlebois, E., Steward, W., y Chesney, M. (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Aids*, 21(9), 1199-1203. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3281532c96>
- Conexión Vida. (8 de mayo de 2018). El 63% de los casos de VIH en el Perú se focaliza en Lima y Callao. *SÍ, DA VIDA*. Recuperado en <http://conexionvida.net.pe/2017/11/30/lima-2/>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., y Gómez, V. (2007). Coping styles and quality of life in patients with chronic kidney disease (ckd) in treatment with haemodialysis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016
- Crocker, J., Major, B., y Steel, C. (1998). Social stigma. En D. Gilbert y G. Lindzey (Eds.). *Handbook of Social Psychology*, 2, 504-553. Boston: McGraw-Hill.

- Cummins, R. (2000). Personal income and subjective well-being: a review. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 133-158. Recuperado de <https://doi.org/10.1023/A:1010079728426>
- Cunha, G., Fiuza, M., Gir, E., Aquino, P., Pinheiro, A., y Galvão, M. (2015). Calidad de vida de hombres con Sida y el modelo de la determinación social de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 183-191. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0120.2541>
- Da Frota, V., Cunha, G., y Gir, E. (2018). *Efecto del alcohol en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH*. La Habana, Cuba. Recuperado de <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/805/304>
- Deneve, K., y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229. Recuperado de http://www.subjectpool.com/ed_teach/y5_ID/personality/wellbeing/1998_Deneve_cooper_psych_bull.pdf
- Domingo, E., Mas, A., Yuste, E., Pariente, N., Sierra, S., Gutiérrez-Rivas, M., y Menendez-Arias, L. (2001). Virus population dynamics, fitness variations and the control of viral disease: an update. In *Progress in drug Research*, (pp.57-77). Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-0348-8308-5_2
- Earnshaw, V., Bogart, L., Dovidio, J.s y Williams, D. (2013). Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. *American Psychologist*, 68(4), 225-236. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/a0032705>
- El 40% de personas diagnosticadas con VIH abandonan el tratamiento. (2016, 1 de Diciembre). *Perú21*, p. 1. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/40-personas-diagnosticadas-vih-abandona-tratamiento-234734>

- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M., Lucas, R., y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 579-586. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Foreman, M., Lyra, P., y Breinbauer, C. (2005). *Comprensión y respuesta al estigma ya la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. OPS*. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Stigma_report_spanish.pdf
- Franke, M., Muñoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J., Bayona, J., y Shin, S. (2010). Validation and Abbreviation of an HIV Stigma Scale in an Adult Spanish-Speaking Population in Urban Peru. *AIDS and Behavior*, 14(1), 189-199. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9474-1>
- Fuster, M. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. (Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología). Facultad de psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster&dsID=Documento.pdf>
- García, C. (2009). *Cómo investigar en psicología*. México D. F.: Trillas.
- García, S. (2016). *Estigma y evitación del contacto hacia las personas con discapacidad intelectual*. (Trabajo de fin de grado en Psicología). Universidad de La Laguna, España.
- Gatell, A. (2007). *Guía práctica del SIDA*. Barcelona: Elsevier Masson. Recuperado de <http://www.escofetzamora.com/html/cast/catalogo/doc/Guia%20Practica%20Sida%202013.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.

- Guzmán, R., Bermúdez, J., López, E., y Sulvarán, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Rev Psicología Salud*, 22(2), 163-172. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%E1n%20.pdf>
- Hipolito, R., Oliveira, D., Costa, T., Marques, S., Pereira, E., y Gomes, A. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2874. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>
- Hirnschall, G. (2016). *Objetivo: cero discriminación en la atención de salud*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/zero-discrimination-day/es/>
- Hernandez, J., Chavez, S., y Carreazo, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 680-688. Recuperado de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2551>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D. F.: Mc Graw-Hill.
- Jones, J., Engelman, S., Turner, C., y Campbell, S. (2009). Worlds apart: the universality of racism leads to divergent social realities. En S. Demoulin, J. Leyens y J. Dovidio (Eds.). *Intergroup misunderstandings: impact of divergent social realities* (pp. 117-113). New York: Psychology Press.
- Kaai, S., Bullock, S., Sarna, A., Chersich, M., Luchters, S., Geibel, S. y Rutenberg, N. (2010). Perceived stigma among patients receiving antiretroviral treatment: A prospective randomised trial comparing an m-DOT strategy with standard-of-care in Kenya. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 7(2), 62-70. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/17290376.2010.9724958>

- Kaplan, R. (1994). The ziggy theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychology, 13*(6), 451-460. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/2c90/bb3d59e274b2b43a9270fc6f2b4fe62bc625.pdf>
- Lally, S. (1989). Does being in here mean there is something wrong with me?. *Schizophrenia Bulletin, 15*(2), 253-265. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/15.2.253>
- Lawton, M. (2001). Quality of life and the end of life. *Handbook of the psychology of aging, 5*, 313-348.
- Lehman, A., Ward, N., y Linn, L. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry, 139*(10), 1271-1276. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/ajp.139.10.1271>
- Lehman, A. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and program planning, 11*(1), 51-62. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(88\)90033-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(88)90033-X)
- Leone, S., y Lara, M. (2014). Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. *Revista Científica de Psicología Eureka, 11*(2), 1-11. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/publicacion/11-2/articulo/14>
- Link, B., y Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385. Recuperado de <http://www2.univ-paris8.fr/sociologie/wp-content/uploads/2011/03/phelan-link-stigmat.pdf>
- Liu, H., He, X., Levy, J., Xu, Y., Zang, C., y Lin, X. (2014). Psychological impacts among older and younger people living with HIV/AIDS in Nanning, China. *Journal of aging research, 2014*, 1-6. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2014/576592>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & mental health, 15*(5), 595-604. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>

- Major, B., y O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Reviews Psychology*, 56, 393–421. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Marichal, F., y Quiles, N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72712320/>
- Ministerio de Salud (2014). *Los Sanitos VIH*. Lima, Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/sanitosvih/index.html>
- Ministerio de Salud. (2015). *Plan multisectorial de prevención y control de ITS, VIH y SIDA*. Lima, Perú. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SUPREMO_035-2015-SA.pdf
- Ministerio de Salud. (2016). *Situación del VIH/SIDA en el Perú*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2016/diciembre.pdf
- Navas, M., Molero, M., y Morales, F. (2001). Inmigración, prejuicio y exclusión social: reflexiones en torno a algunos datos de la realidad española. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 11-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=495683>
- Nizama, E., y Coronado, M. (2008). *Modelo de participación sostenible para la atención integral de las personas con VIH. Guía de implementación*. Lima, Perú: Vía Libre. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1033_MINSA1084-1.pdf
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Nacional Hipólito Unánue. (2017). *Análisis situacional de salud hospitalario 2017*. Recuperado de <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/ASIS-HNHU-2017.pdf>
- Oliveira, F., Queiroz, A., Sousa, A., Moura, M., y Reis, R. (2017). Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1004-1010. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0420>

- Organización Mundial de la Salud. (1996). *¿Qué es calidad de vida?. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *VIH/sida*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONUSIDA. (2003). *Estigma y discriminación*. Recuperado de http://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_es.pdf
- ONUSIDA. (2015). *El sida en cifras 2015*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- ONUSIDA. (2015). *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA*. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/909090>
- ONUSIDA. (2017). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Ottati, V., Bodenhausen, G., y Newman, I. (2005). *Social psychological models of mental illness stigma*. Washington D.C.: American Psychological Association. Recuperado de <http://faculty.wcas.northwestern.edu/bodenhausen/OBN05.pdf>
- Pachón, J., Pujol, E., Rivero, A., y Sociedad Andalucía de enfermedades Infecciosas. (2003). *La infección por el VIH: guía práctica*. Sevilla: Sociedad Andalucía de Enfermedades Infecciosas.
- Parker, R., y Agleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57, 13-24.
- Patrik, D., y Erikson, P. (1993). Health status and healthy policy: allocating resources to health care. *Am J Epidemiol*, 139(12), 1226-1228.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., y Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of

- life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*, 246, 500-506. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Pinel, E. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114-128. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/1295/8d86d3bbd9f06f76a9ea18587471806e26eb.pdf>
- Pinto, J. (2016). *Calidad de vida en pacientes VIH positivos con terapia antirretroviral*. (Tesis para optar el grado de Licenciada Médico Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado de [http://cunori.edu.gt/descargas/Calidad de vida en pacientes VIH positivos con terapia antirretroviral.pdf](http://cunori.edu.gt/descargas/Calidad_de_vida_en_pacientes_VIH_positivos_con_terapia_antirretroviral.pdf)
- Pujol, E., Rivero, R., Cuesta, F., y Vicina, P. (2003). Principios generales del tratamiento antirretroviral. En P. Pachón (Eds). *La infección por el VIH: Guía Práctica* (pp. 385-399). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265239820_PRINCIPIOS_GENERALES_DEL_TRATAMIENTO_ANTIRRETROVIRAL
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., y Solomon, S. (1999). A dual process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106, 835-845.
- Quinn, K., Voisin, D., Bouris, A., Jaffe, K., Kuhns, L., Eavou, R., y Schneider, J. (2017). Multiple dimensions of stigma and health related factors among young black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 21(1), 207-216. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1439-1>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Psicothema Revista de psicología*, 14(2), 262-267. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72714212/>
- Rivas, J., y Cavero, R. (2013). *Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del hospital regional las mercedes de*

- Chiclayo. (Tesis para optar el grado de Licenciado en Medicina). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/286/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf
- Sarshar, G. (2017). *Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH*. (Tesis para optar el grado de Licenciado en Letras y Ciencias Humanas). Universidad Católica del Perú. Lima.
- Schalock, R., y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida : manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial. Recuperado de <http://baes.sdum.uminho.pt/handle/1822.1/264>
- Schalock, R. (2010). Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. En M. Verdugo, M. Crespo y T. Nieto (Coords). *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad SAID*. (pp. 11-18). Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO24653/Actas6.pdf#page=10>
- Schawrtzman, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2) 9-21. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Stephan, W., Díaz, R., y Duran, A. (2000). An integrated threat theory of and intercultural attitudes: Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(2), 240-249. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0022022100031002006>
- Tsutsumi, A., y Izutsu, T. (2010). Quality of Life and Stigma. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*, 3489-3499. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_202
- Varni, S., Miller, C., McCuin, T., y Solomon, S. (2012). Disengagement and engagement coping with HIV/AIDS stigma and psychological well-being of people with

HIV/AIDS. *Journal of social and clinical psychology*, 31(2), 123-150. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.2.123>

Valenzuela, C., Ugarte, C., Paz, J., Echevarria, J., Gotuzzo, E., Vermund, S., y Kipp, A. (2015). HIV stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Peru: a case-control study. *AIDS Behav*, 19(2), 235-245. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0908-7>

Ware, J., y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/3765916?origin=JSTOR-pdf&seq=1#page_scan_tab_contents

Yaguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Zafra, J. (2015). *Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo*. (Tesis para optar el grado de Licenciada en Medicina). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Zafra, J. (2017). Escala de Berger para estigma relacionado a VIH. (Comunicación personal por correo electrónico, j.zafra.t@gmail.com).

Zafra, J., y Ticona, E. (2014). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632.

Anexos

ANEXO 01

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

Título: Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable e indicadores		
Problema general ¿Existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?	Objetivo general Determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.	Hipótesis general H0: No existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. Hi: Existe relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.	Variable 1: Estigma		
			Dimensiones	Ítems	Indicadores
			Estigma establecido	13 – 18 – 19 – 20 - 21	Percepción de las consecuencias del estado actual del VIH revelado ante las personas.
			Preocupaciones de divulgación de estatus	2 – 3 – 12 – 15 – 17	Controlar la información manteniendo el estado de VIH en secreto o estar preocupado de que otros lo conozcan.
			Autoimagen negativa	1 – 4 – 7 – 8 – 10 – 16	Concepto no positivo de sí mismo, sentir vergüenza o culpa.
			Preocupaciones con actitudes publicas	5 – 6 – 9 – 11 – 14	Pensar con preocupación en la opinión negativa de las personas sobre el VIH.
Problema específico 1 ¿Existe relación entre el estigma y la dimensión salud física de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?	Objetivo específico 1 Identificar la relación entre el estigma y la dimensión salud física en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.	Hipótesis específica 1 H0: No existe relación entre el estigma y la dimensión salud física en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. HI: Existe relación entre el estigma y la dimensión salud física en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.	Variable 2: Calidad de vida		
			Dimensiones	Ítems	Indicadores
			Salud física	3 (-) – 4 (-) – 10 – 15 – 16 – 17 - 18	- Energía y fatiga -Dolor y malestar -Sueño y descanso
			Salud psicológica	5 – 6 – 7 – 11 – 19 – 26 (-)	-Imagen corporal. -Sentimientos negativos y positivos. -Autoestima -Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.
Problema específico 2 ¿Existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?	Objetivo específico 2 Explicar la relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.	Hipótesis específica 2 H0: No existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. HI: Existe relación entre el estigma y la dimensión salud psicológica en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.	Variable 2: Calidad de vida		
			Dimensiones	Ítems	Indicadores
			Salud física	3 (-) – 4 (-) – 10 – 15 – 16 – 17 - 18	- Energía y fatiga -Dolor y malestar -Sueño y descanso
			Salud psicológica	5 – 6 – 7 – 11 – 19 – 26 (-)	-Imagen corporal. -Sentimientos negativos y positivos. -Autoestima -Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.

<p>Problema específico 3 ¿Existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales de la variable calidad en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?</p>	<p>Objetivo específico 3 Fundamentar la relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.</p>	<p>Hipótesis específica 3 H0: No existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. HI: Existe relación entre el estigma y la dimensión relaciones sociales en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.</p>	Relaciones sociales	20 – 21 - 22	-Relaciones personales -Apoyo social -Actividad sexual
<p>Problema específico 4 ¿Existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente de la variable calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018?</p>	<p>Objetivo específico 4 Definir la relación entre el estigma y la dimensión ambiente en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.</p>	<p>Hipótesis específica 4 H0: No existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018. HI: Existe relación entre el estigma y la dimensión ambiente en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.</p>	Ambiente	8 – 9 – 12 – 13 – 14 – 23 – 24 - 25	-Recursos económicos. -Seguridad física - Medio ambiente (físico y transporte). - Acceso a la información.
Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar		
<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Descriptivo Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental, de corte transversal</p>	<p>Población: Personas con diagnóstico de VIH de un Hospital Nacional de Lima Este.</p> <p>Tamaño de muestra: La muestra estuvo conformada por la participación de 104 personas diagnosticadas con VIH, incluidos varones y mujeres mayores de edad.</p> <p>Tipo de muestro: No probabilística-accidental, pues solo se evaluara a las personas que cumplan con los criterios de inclusión y consentimiento.</p>	<p>Variable 1 : Estigma Técnica: Indirecta Instrumentos: Escala de Berger para estigma relacionado al VIH. Autor: Bárbara E. Berger Año: 2001 Ámbito de aplicación: Establecimientos de salud. Forma de aplicación: Personas adultas de forma individual, con la posibilidad de realizarlo colectivamente.</p> <hr/> <p>Variable 1 : Calidad de vida Técnica: Indirecta Instrumentos: Cuestionario sobre calidad de vida WHOQOL-BREF 26 Autor: Original World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Año: 1997 Ámbito de aplicación: Establecimientos de salud o según sea necesario en cualquier contexto en general. Forma de aplicación: Adultos, de forma individual con la posibilidad de realizarlo colectivamente.</p>	Microsoft Excel SPSS versión 24 Alfa de Cronbach Kolmogorov – Smirnov Correlación Rho de Spearman		

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 02

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

ESCALA DE BERGER PARA ESTIGMA RELACIONADO A VIH

Instrucciones A continuación se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal.

MARQUE CON UNA “X” UNA SOLA RESPUESTA

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

Gracias por su participación

Confiabilidad

Tabla 11

Análisis de consistencia interna de la escala de Berger para estigma relacionado a VIH

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.723	21

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12

Análisis de correlación ítem-test de la escala de Berger para estigma relacionado a VIH

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	51.01	64.048	0.379	0.704
2	50.04	70.057	0.122	0.725
3	50.33	65.737	0.339	0.708
4	51.28	64.436	0.382	0.704
5	49.77	71.286	0.084	0.726
6	50.09	68.274	0.222	0.718
7	51.10	66.029	0.293	0.712
8	51.37	66.914	0.286	0.713
9	50.11	69.299	0.158	0.723
10	51.58	64.305	0.486	0.697
11	49.86	68.940	0.269	0.715
12	49.76	71.835	0.006	0.735
13	51.58	68.266	0.231	0.717
14	49.94	67.608	0.305	0.712
15	49.97	65.232	0.418	0.702
16	50.61	66.843	0.223	0.720
17	49.88	64.822	0.427	0.701
18	51.28	66.960	0.251	0.716
19	51.33	65.368	0.391	0.704
20	51.14	69.193	0.156	0.723
21	51.08	62.868	0.455	0.697

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 11, se visualiza el alfa de Cronbach a través del análisis de confiabilidad a los 21 ítems del instrumento el cual resulta un valor de .723, que es interpretada como aceptable.

CUESTIONARIO DE SALUD WHOQOL-BREF

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

MARQUE CON UNA "X" UNA SOLA RESPUESTA

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Está satisfecho con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida						
		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?					
17	¿Está satisfecho con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					

20	¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?					
22	¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los establecimientos de salud?					
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.						
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?					

Gracias por su participación

Confiabilidad

Tabla 13

Análisis de consistencia interna del cuestionario de salud WHOQOL-BREF 26

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.776	26

Fuente: elaboración propia.

Tabla 14

Análisis de correlación ítem-test del cuestionario de salud WHOQOL-BREF 26

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	73.92	60.363	0.223	0.773
2	73.74	59.942	0.205	0.774
3	72.48	59.728	0.155	0.779
4	72.84	62.371	-0.058	0.800
5	73.27	56.082	0.601	0.755
6	73.17	57.814	0.389	0.765
7	73.38	57.152	0.545	0.759
8	74.11	53.202	0.659	0.746
9	74.27	54.645	0.576	0.752
10	72.14	60.358	0.360	0.770
11	73.35	56.306	0.589	0.756

12	74.56	56.618	0.502	0.759
13	74.19	55.031	0.489	0.757
14	74.20	54.609	0.590	0.752
15	72.22	61.203	0.131	0.777
16	72.62	60.394	0.142	0.778
17	72.38	60.877	0.170	0.775
18	72.45	60.056	0.234	0.772
19	73.67	58.261	0.478	0.763
20	73.32	60.510	0.077	0.785
21	73.36	63.280	-0.098	0.796
22	73.22	61.727	0.000	0.790
23	74.01	58.184	0.352	0.767
24	74.00	57.631	0.410	0.764
25	74.05	57.774	0.406	0.764
26	73.50	57.320	0.502	0.760

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 13, se observa el alfa de Cronbach a través del análisis de confiabilidad a los 26 ítems del instrumento el cual resulta un valor de .776, que es interpretada como aceptable.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros estamos realizando un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de Infección VIH que se atienden en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Hipólito Unánue debido a que en la actualidad se observa frecuentes casos de violencia relacionados a la discriminación, exclusión, rechazo y prejuicios sociales que afecta a la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA.

En tal sentido se le hará una entrevista y se le realizará las siguientes pruebas:

- Escala de Berger para estigma relacionado a VIH
- Cuestionario de Salud WHOQOL-BREF 26

Para llevar a cabo esta investigación necesitamos de su participación en la cual podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ya que las pruebas son anónimas y no existe forma de identificar al participante.

Yo _____ he leído detenidamente la información que se me ha proporcionado, he podido realizar preguntas sobre el estudio, así como he recibido la suficiente información sobre el mismo. He hablado con los investigadores sobre los riesgos y beneficios de mi colaboración en el estudio, habiendo entendido que la información brindada es de carácter estrictamente confidencial y no se utilizara para ningún otro fin.

Por tal acepto libremente mi aprobación para colaborar en el estudio, suscribiendo a la presente.

Firma del Participante

DNI:

Huella dactilar



ANEXO 04

PERMISOS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

San Juan de Lurigancho, 09 de mayo del 2018

CARTA N°010-2018-CP-PS-UCV-LE

Dr.
EDUARDO SÁNCHEZ VERGARAY
Jefe del área de Infectología
Hospital Nacional Hipólito Unánue
Presente.-

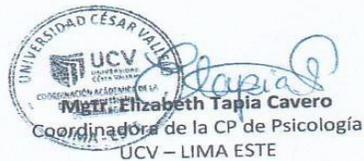
Asunto: Autorización para aplicar un instrumento de investigación de la estudiante **KAREN ZAIDA HUARCAYA QUISPE**

De mi consideración •

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitar a su despacho otorgue la autorización para que el/la Sr/Srta. **KAREN ZAIDA HUARCAYA QUISPE**, estudiante del XI ciclo de la escuela Profesional de Psicología, pueda aplicar test psicológicos dirigido a los pacientes con diagnóstico de VIH.

Dicho instrumento corresponde a su investigación: “ESTIGMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH DE UN HOSPITAL NACIONAL, DISTRITO EL AGUSTINO, LIMA, 2018”, el cual tiene como objetivo determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes expresarle los sentimientos de mi estima personal.



Eduardo Sánchez Vergaray
Eduardo Sánchez Vergaray
JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS Y TROPICALES
CMP. 20236 - RNE. 011458
DNI. 06009654
Hospital Nacional Hipólito Unánue

OTROS

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo:

 Masculino Femenino

Orientación sexual:

 Heterosexual No Heterosexual

Con pareja:

 SI NO

Grado de instrucción:

 Primaria Secundaria Superior

Trabajo:

 SI NO

Tiempo de Diagnóstico:

 Menos de 6 meses 6 meses – 1 año 1 año – 4 años 4 años – 10 años 10 años a más años

Tratamiento TARGA:

 SI NO

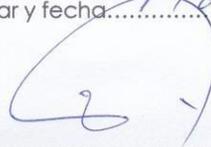
ANEXO 06

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo, **Dr. José Francisco Vallejos Saldarriaga**, docente de la Facultad de Humanidades y Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo Filial Lima Este, revisor de la tesis titulada "**Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018**", de la estudiante **Karen Zaida Huarcaya Quispe**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.1% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

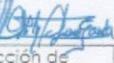
Lugar y fecha..... 19 de noviembre de 2018



Firma

Dr. José Francisco Vallejos Saldarriaga

DNI: 04161017

 Elaboró	 Dirección de Investigación	Revisó	 Responsable del SGC	 Vicerectorado de Investigación
--	---	--------	--	--

ANEXO 07

Feedback Studio - Mozilla Firefox
https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?s=1&o=998942729&lang=es&u=1064262956

feedback studio ESTIGMA Y CALIDAD DE VIDA-VIH /0



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Resumen de coincidencias

14 %

1	www.fundacionobrasa...	<1 %
Fuente de Internet		
2	www.scribd.com	<1 %
Fuente de Internet		
3	scielosp.org	<1 %
Fuente de Internet		
4	myslide.es	<1 %
Fuente de Internet		
5	www.scielo.cl	<1 %
Fuente de Internet		
6	Entregado a Universida...	<1 %
Trabajo del estudiante		
7	Entregado a University ...	<1 %
Trabajo del estudiante		

ANEXO 08

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo **Karen Zaida Huarcaya Quispe**, identificado con DNI N° **74054669**, egresada de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **"Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018"**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA

DNI: ...74054669...

FECHA: 17 de Setiembre del 2018.

	 Dirección de Investigación	Revisó	 Responsable del SGC	 VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO 09



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

RODAS VERA NIKOLAI MARTIN

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

HUARCAYA QUISPE KAREN ZAIDA

INFORME TÍTULADO:

ESTIGMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA ESTE, 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

SUSTENTADO EN FECHA: **17 / 09 / 2018**

NOTA O MENCIÓN: **14**



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN