

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Estigma relacionado al VIH y adhesión al tratamiento en hombres que reciben el

TARGA

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

LUZ GABRIELA ALVAREZ SAAVEDRA

Asesora

Dra. Mónica De Los Milagros Cassaretto Bardales

Lima, Agosto, 2020

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi mamá, una luchadora, por absolutamente todo.

A mis amigas y amigos, por siempre acompañarme. A Jorge y Vanessa por apoyarme cuando más los necesitaba. A Malu por enseñarme que “we’re different, we’re the strong ones and you can’t break us” (UKS S01E01). A Rubi, por siempre animarme a asumir nuevos retos. A Javier, por todas las asesorías estadísticas sin pedir nada a cambio.

A mi familia de PUCP Saludable, por haberme acompañado en este largo proceso de manera académica y, sobre todo, afectiva.

A Mónica, por haber creído en esta investigación y haberme ayudado a sacarla adelante. Siempre estaré agradecida.

A las personas que participaron de este estudio y al Centro que me permitió llevarlo a cabo. Espero que esta investigación contribuya en el logro de un país donde la enfermedad no defina a las personas y la atención en salud sea integral.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación e influencia del estigma percibido por los pacientes con VIH en su adhesión terapéutica al Tratamiento Antirretrovírico de Gran Actividad (TARGA). Asimismo, buscó identificar relaciones entre la edad, grado de instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, tiempo de tratamiento y tiempo de diagnóstico, y la adhesión al tratamiento y el nivel de estigma percibido. Los participantes fueron 70 pacientes entre 19 y 76 años ($M=40.21$; $DE=12.01$), que acudían a un centro que provee el TARGA. A ellos se les aplicó el *HIV Stigma Scale abreviado* y el *Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*. Los resultados muestran que el estigma percibido y la adhesión al tratamiento en los participantes tienen una relación negativa ($r= -.29$, $p<.05$); además, el primero predice el 7 % de la varianza de la adhesión. Por otro lado, la dimensión "estigma ejecutado" se relaciona con la adhesión al tratamiento ($r= -.44$, $p<.01$); y las áreas del estigma predicen el 20 % de la varianza de la adhesión, siendo el área estigma ejecutado la única que aporta al modelo. Se halló que, a mayor edad, mayor la adhesión al tratamiento y menor el estigma percibido; asimismo, a mayor tiempo recibiendo el tratamiento, menor la dimensión de estigma "preocupación sobre actitudes de otros". No se encontraron diferencias significativas entre otras variables sociodemográficas y los constructos estudiados.

Palabras clave: VIH, estigma, adhesión al tratamiento, hombres

Abstract

The purpose of this investigation was to explore the relation and influence between perceived HIV stigma and adherence to Highly Active Antiretroviral Treatment (TARGA) among HIV patients. Moreover, the study sought to identify the association between variables such as age, educational level, marital status, socioeconomic level, time in treatment and time of diagnosis, and the adherence to treatment and the level of perceived stigma. The participants were 70 patients from an HIV clinic between 19 and 76 years ($M=40.21$; $DE=12.01$). They were assessed with the *abridged HIV Stigma Scale* and the *Adherence to Antiretroviral Treatment Evaluation* Questionnaire (*CEAT-VIH*). Results suggested a significant association between perceived stigma and adherence to treatment ($r = -.29$, $p < .05$); besides, the first predicts 7 % of the adherence variability. Regarding the stigma dimensions of the instrument, “executed stigma” was significantly related to the adherence of the participants ($r = -.44$ $p < .01$), and the regression model of all the areas of stigma shows 20 % predictability over adherence to treatment. Furthermore, the age of the participants, was related to perceived stigma and the adherence to treatment; likewise, the time receiving treatment was related to the stigma dimension “concern with public attitudes about people with HIV”. No significant differences were found between other sociodemographic variables and the constructs studied in this investigation.

Keywords: HIV, stigma, adherence to treatment, men

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	11
Procedimiento	14
Análisis de datos	14
Resultados	17
Discusión	21
Referencias	29
Apéndices	45
Apéndice A	45
Apéndice B	46
Apéndice C	47
Apéndice D	48
Apéndice E	49
Apéndice F	50
Apéndice G	51

Actualmente, las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades diarreicas, entre otras, se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Dentro de estas, las enfermedades causadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentan las tasas de mortalidad más altas en todo el mundo. Por ello, representa una de las afecciones más importantes a priorizar en la salud pública y en la cual se invierten mayores recursos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Hasta el año 2019, se reportó que existen 38 millones de personas infectadas con VIH y a finales de este año se produjeron 690 000 muertes por enfermedades relacionadas con la misma (OMS, 2020). En el marco de la Estrategia Mundial contra el VIH (2015), la OMS propone reducir en un 75 % la morbilidad por VIH y suprimir el virus en el 90 % de los pacientes que se benefician del tratamiento antirretrovírico (TAR) hacia el año 2020. De igual manera, se busca lograr que el 90 % de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) reciban el servicio de salud focalizado en el TAR. Sin embargo, las metas planteadas pueden no lograrse si no se toman medidas inmediatas (OMS, 2020).

Esta enfermedad es producida por el virus que afecta al sistema inmunológico y altera su función progresivamente al destruir los linfocitos CD4, que están encargados de controlar la respuesta inmune (InfoSIDA, 2019; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019). Esto ocasiona que el cuerpo deje de cumplir su función protectora contra organismos externos, lo cual genera mayor vulnerabilidad a contraer otras infecciones y enfermedades (InfoSIDA, 2019; OMS, 2018).

La progresión de la enfermedad puede segmentarse en tres fases (InfoSIDA, 2019). La primera fase empieza luego del contagio. Al inicio, el cuerpo no detecta el virus, pero posteriormente se genera una infección aguda con síntomas similares a una gripe. Si bien las personas no prestan mayor importancia a los síntomas, sí se podría detectar una gran concentración del virus en la sangre. La segunda fase se presenta como una etapa asintomática, en la cual el virus se multiplica en bajas concentraciones y puede durar años sin síntomas evidentes. Por último, la fase del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es diagnosticada cuando el conteo de linfocitos CD4 es menor a 200/mm³ o cuando el cuerpo cede ante una infección o enfermedad oportunista como la candidiasis, tuberculosis, entre otras más de 20 enfermedades relacionadas al VIH, lo que puede poner en riesgo la vida de la persona (InfoSIDA, 2016, 2019; OMS, 2018).

La transmisión del VIH puede producirse de diversas formas. Una de ellas podría presentarse por el consumo de drogas intravenosas y la reutilización de agujas. El contagio

también puede ocurrir por intercambio de fluidos en relaciones de tipo anal, vaginal u oral (InfoSIDA, 2017). En este sentido, el riesgo de contraer VIH aumenta mientras más parejas sexuales y sexo sin protección se tiene (UNAIDS, 2019). También son formas de contagio la transmisión madre-niño del VIH, al igual que la infección ocasionada por la transfusión de sangre contaminada con VIH (Ministerio de Salud [MINSA], 2015).

La situación del VIH en el Perú no difiere significativamente de la situación a nivel mundial. Actualmente, se estiman 72 000 personas viviendo con VIH o SIDA, de las cuales el 70 % reside en la capital del país (MINSA, 2018). Además, en el año 2016, las poblaciones más afectadas por el VIH en el Perú fueron las personas transgénero (13.8 %), los hombres homosexuales y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia del 15.2 % (ONUSIDA, 2018).

A pesar de estas cifras, el Perú ha reducido su tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas al SIDA en un 62 % entre el año 2000 y el 2016; esto se produjo debido a la implementación gratuita del TAR (MINSA, 2015; ONUSIDA, 2019). Este tratamiento consiste en un régimen de diferentes medicamentos antirretrovirales inhibidores del virus, agrupados según la forma en que lo combaten, y que implica la administración diaria de tres o más pastillas. El objetivo del tratamiento no es curar el VIH, sino controlar los niveles del virus en la sangre del paciente y reducir el riesgo de transmisión (InfoSIDA, 2019; Ogden, 2007). Debido a la administración masiva del TAR y al aumento de la esperanza de vida de los pacientes, el VIH ya no es visto como una enfermedad terminal, sino más bien como una enfermedad crónica (InfoSIDA, 2019). No obstante, es necesario que se mejore el acceso a los retrovirales, se mantenga a las personas en el tratamiento, y se cuestionen el estigma y la discriminación asociadas a la enfermedad (ONUSIDA, 2018; Stangl, Lloyd, Brady, Holland y Baral, 2013).

En el Perú, el tratamiento antirretroviral se conoce como TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), y es un tratamiento de acceso gratuito que ha permitido mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. Ello se evidencia en que ha favorecido que el virus ya no sea detectable en el organismo de algunos pacientes (MINSA, 2015; ONUSIDA, 2019). Desde el MINSA, el tratamiento se administra en 119 establecimientos de salud y existen 26 centros pertenecientes a instituciones privadas que distribuyen el medicamento de forma gratuita.

Si bien las personas pueden recibir el TARGA y controlar los efectos físicos del VIH en su cuerpo, la enfermedad tiene un impacto importante en el bienestar de la persona. En este sentido, el VIH tiene efectos neurológicos que pueden deteriorar procesos

cognitivos como la memoria, el control de impulsos, entre otros (Alford y Vera, 2018; Saylor et al., 2016; Watkins y Treisman, 2015). Por otro lado, las personas que viven con VIH pueden presentar depresión, ansiedad, altos niveles de estrés, creencias negativas acerca del futuro y apoyo social reducido; estos factores intra e interpersonales pueden tener un efecto negativo en el sistema inmunológico, acelerar el incremento de VIH en el cuerpo y deteriorar la salud en general (Earnshaw, Smith, Cunningham y Copenhaver, 2015; Eller et al., 2013; Evangeli y Wroe, 2017; Glynn et al., 2019; Ironson et al., 2015; Rueda et al., 2016; Turan, et al., 2017).

En adición, dado que la enfermedad es asociada con comportamientos como el sexo sin protección y el consumo de alcohol, la divulgación del diagnóstico por parte del paciente depende de factores personales. Estos son entendidos como las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia, la sensación de control, así como los valores familiares y el apoyo social del paciente (Brown, Serovich, Laschober, Kimberly y Lescano, 2019; Kennedy, Fonner, Armstrong, O'reilly y Sweat, 2015; Mi et al., 2019).

Asimismo, la no divulgación del diagnóstico, la renuencia a realizarse una prueba de detección y el posible incremento de implicancias negativas de la enfermedad son factores asociados al estigma percibido relacionado a la enfermedad (Earnshaw ²⁰¹¹ y Quinn, 2012; Reif, Wilson y McAllaster, 2018). Ello dado que el VIH se asoció desde sus inicios a la comunidad de hombres homosexuales, a la cual se vinculaba con conductas promiscuas (InfoSIDA, 2019; No tengo miedo [NTM], 2016; Ogden, 2007). Esto favoreció la propagación del estigma en personas que tuvieran la enfermedad.

La comprensión del estigma asociado al VIH ha sido trabajada por diversos autores (Earnshaw y Chaudoir, 2009; Link y Phelan, 2001; Parker y Aggleton, 2003). Goffman (1964) plantea que el estigma es la calificación negativa que la sociedad realiza de una condición particular, como lo puede ser una enfermedad. Esta condición es evaluada negativamente por las demás personas y desacredita al que la posee. El grado en el que la estigmatización es percibida por el individuo y por la sociedad también depende de la naturaleza física de la característica. En este sentido, existen atributos que el sujeto puede disimular u ocultar a los demás para evitar la estigmatización (Berger, 2001). Sin embargo, cuando la característica se torna más evidente, las personas tienden a evitar situaciones nuevas o problemáticas, por el temor de ser agrupados por los demás y ser objeto de creencias estereotipadas (Link y Phelan, 2001; Stangl et al., 2019).

El concepto de estigma puede ser entendido como un constructo multidimensional: rasgo y resultado (Goffman, 1964). El estigma puede ser comprendido en su dimensión de

rasgo como un atributo o característica calificada como negativa por la sociedad (Goffman, 1964). En las situaciones de interacción social donde hay estigma, la persona sin VIH puede evocar prejuicios (actitudes negativas hacia las personas con VIH), estereotipos (creencias específicas al grupo de personas con la infección) y discriminación (conductas de aversión hacia las personas con VIH) (Earnshaw y Chaudoir, 2009; Fuster, Molero, Gil, Agirrezabal y Vitoria, 2013; Kumar et al., 2017). Por otro lado, la persona con VIH puede experimentar tres mecanismos relacionados al estigma: internalización, anticipación y ejecución del estigma (Earnshaw y Chaudoir, 2009; Earnshaw, Bogart, Dovidio, Williams, 2013; Stangl et al., 2019). La internalización del estigma supone que el individuo considera haber quebrantado las normas sociales y se considera merecedor del mal trato de los demás; en este sentido, los sentimientos y creencias negativas sobre el rasgo, son direccionados hacia sí mismo (Earnshaw y Chaudoir, 2009; Fuster, Molero, Holgado y Mayordomo, 2014). La ejecución del estigma o estigma ejecutado refiere a la creencia de la persona con VIH de haber vivido experiencias de hostilidad por parte de otros a causa de su enfermedad. La anticipación del estigma o el estigma anticipado, alude al estado de alerta en el que se encuentra una persona por temor a vivir una situación de discriminación, prejuicio o estereotipación (Earnshaw et al., 2013).

En segundo lugar, la dimensión del estigma como un resultado refiere a que el significado socialmente construido sobre el atributo negativo ya no sólo es vinculado al atributo en sí, sino a la persona que la posee (Goffman, 1964). Es decir, este atributo negativo se vuelve parte de la identidad de la persona, una característica que lo etiqueta y lo hace parte de un grupo diferente al normativo, e incluso, a vista de otros, es deshumanizado (Berger et al., 2001; Phelan et al., 2014).

Es posible que la persona que posee un rasgo negativo que va en contra de normas sociales y que podría ser juzgado por los demás, presente pensamientos y juicios autocríticos; estos lo predisponen a tener una evaluación negativa de sí mismo, a la pérdida de autoestima, a experimentar ansiedad, aceptar las definiciones negativas atribuidas a su condición y/o promuevan su aislamiento social (Berger, Ferrans y Lashley, 2001; de Souza, Araujo, Reis y Gir, 2017; Phelan, Lucas, Ridgeway y Taylor, 2014). En esta línea, las interacciones con los otros pueden volverse una fuente de ansiedad, ya que el rasgo no siempre genera una respuesta estigmatizadora, pero plantea una situación de incertidumbre. Así, el individuo no sabe cómo reaccionarán o lo tratarán los demás con respecto a este atributo considerado negativo. Sin embargo, no todas las personas que reconocen tener un

atributo calificado como negativo por su cultura aceptan los significados asignados a este (Goffman, 1963 en Berger et al., 2001).

A causa de la discriminación, el prejuicio y los estereotipos, las personas con VIH pueden sufrir la pérdida de su trabajo, ser rechazados socialmente, violentados físicamente e incluso pueden vivir alertas ante futuras experiencias de discriminación solo por el reconocimiento de su diagnóstico. De esta manera, el prejuicio podría afectar la búsqueda o el mantenimiento de relaciones sociales (de Souza et al., 2017; Earnshaw y Chaudoir, 2009; Fuster et al., 2013). Este sentido, tal exclusión puede ocasionar que las oportunidades laborales y crecimiento personal de los poseedores del atributo negativo, se vean obstaculizadas a causa de leyes opresoras y falta de programas sociales de protección (Carrasco, Arias, Figueroa, 2017; Muñoz, 2018).

El impacto del estigma en las relaciones interpersonales de la persona que vive con VIH se ve evidenciado en investigaciones internacionales (Bran, Palacios, Bermúdez y Posada, 2018; Carrasco, Arias y Figueroa, 2017; Fuster Molero, Nouvilas, Arazo y Dalmau, 2014). Estas indican que, el estigma relacionado al VIH genera temor al rechazo y a ser víctimas de violencia por parte de los no portadores. Asimismo, el control de la divulgación del diagnóstico del VIH depende de la anticipación de situaciones de discriminación (Flores y Almanza, 2013; Guevara y Hoyos, 2018; NTM, 2016). En adición, se ha demostrado que el estigma percibido en pacientes con VIH/SIDA se asocia negativamente a su bienestar físico y mental (Fuster et al., 2014; Herek, Saha y Burack, 2013; Huarcaya, 2018; Rivera, Varas, Reyes, Suro, y Coriano, 2012; Turan, et al., 2017)

En este sentido, si la persona se percibe como alguien que merece su enfermedad o que es etiquetado por los demás a causa de la condición que posee, podría descuidar su salud, omitir recomendaciones del tratamiento y no seguir indicaciones del personal de salud. A esto último se conoce como no adhesión al tratamiento y, esta tiene un impacto importante en las tasas de incapacidad y mortandad de pacientes con VIH/SIDA. Por tanto, se trata de un problema de gran magnitud tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo (Gesese et al., 2017; Teran, 2016).

Se define la adherencia terapéutica como la coincidencia entre las indicaciones del proveedor de salud y las acciones del paciente para cumplirla, como la toma de medicamentos, asistencia a las citas médicas, modificación de estilos de vida, y la búsqueda y participación en programas en favor de su salud (García et al., 2000; OMS, 2004).

Es importante diferenciar *adherencia* de *adhesión* al tratamiento. El concepto de adherencia ha sido trabajado y definido de diferentes maneras (López, Romero, Parra,

Rojas, 2016). De este modo, *adherencia* se entiende como la cualidad de unirse a algo, la cual supone una actitud más pasiva por parte de la persona e incluso un proceso que no puede adaptarse a las necesidades del individuo (Amigo, Fernández y Pérez, 2003; Di Matteo, 2002). En la presente investigación se utilizará el término *adhesión*, la cual implica un compromiso activo por parte del paciente en su tratamiento, en el que puede elegir, tomar decisiones y colaborar con el mismo (Amigo et al., 2003; Remor, 2002). Las dificultades en la adhesión al tratamiento podrían generar aumento de morbilidad, mortalidad y costos de asistencia médica (Gardner, McLees, Steiner, Del Rio y Burman, 2011; Ginarte, 2001); así como la mutación de cepas de VIH resistentes al tratamiento (OMS, 2004).

Los factores que influyen en la adhesión pueden agruparse en cuatro variables: del paciente, del tratamiento, de la enfermedad y de relación médico-paciente (Amigo et al., 2003; Macià y Méndez, 1999). En primer lugar, las variables del paciente comprenden las expectativas sobre la enfermedad, su motivación para seguir el tratamiento y las creencias de autoeficacia para cambiar sus hábitos de salud y poder cumplir con la toma de medicamentos, y evitar situaciones que afecten su condición (Amigo et al., 2003; Ginarte, 2001; Ortiz y Ortiz, 2007). Asimismo, factores como la poca disponibilidad de recursos económicos, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, distancia del centro de salud, etc., también podrían afectar la respuesta del paciente hacia el procedimiento médico (OMS, 2004).

En segundo lugar, las variables del tratamiento, incluyen el manejo de la medicación, la complejidad del tratamiento, la cantidad de pastillas requeridas, los efectos secundarios percibidos y las reglas que implique (Achappa et al., 2013; Ivanova, 2011; Macià y Méndez, 1999). En tercer lugar, los niveles de adhesión varían dependiendo del tipo de enfermedad; así, los pacientes con enfermedades crónicas presentan menores niveles que los pacientes con enfermedad aguda; ello ocurre porque no hay malestar o riesgo inmediato en los primeros y su tratamiento requiere el cambio de hábitos (Amigo et al., 2003). Esto quiere decir que las probabilidades de adhesión disminuyen cuando los síntomas no son rápidamente identificables o la sintomatología es tan constante que el paciente se habitúa a ella.

En cuarto lugar, la relación médico-paciente afecta en la adhesión porque es necesario que el paciente desee asistir a consulta y además comprenda su enfermedad y el tratamiento recomendado (Amigo et al., 2003; Beach, 2015; Macià y Méndez, 1999; Stringer et al., 2016). Por ello, el buen trato por parte de los profesionales en salud, los

recordatorios, el adaptar el tratamiento al estilo de vida de cada paciente, el refuerzo positivo y el autorregistro son factores influyentes en el tratamiento (Macià y Méndez, 1999).

Diversas investigaciones encontraron que la orientación homosexual/bisexual, la baja calidad de vida, el poco apoyo social, la falta de domicilio fijo y la morbilidad psíquica (síntomas de ansiedad, depresión y estrés) son factores personales asociados a la no adhesión al TARGA (Alcántara, 2008; Alvis et al., 2009; Calvetti, Giovelli, Gauer y Moraes, 2014). Por otro lado, si bien los pacientes TARGA identifican la importancia de adherirse a su tratamiento, en términos generales, suelen reportar niveles bajos o insuficientes de adhesión a su tratamiento (Alvis et al., 2009; Graham et al., 2013; Rivas, 2008; Tran, Nguyen, Nguyen, Hoang y Hwang, 2013).

Como se ha descrito, el estigma vinculado a la enfermedad puede ser percibida por la persona y afectar su adhesión al tratamiento dependiendo de variables personales. En este sentido, el estigma con respecto al VIH se ha mostrado como un obstáculo en el logro de la prevención de la enfermedad y su tratamiento (Bogart, Landrine, Galvan, Gardner y Klein., 2013; Fuster et al., 2014; Katz et al., 2013; Logie et al., 2018). En una reciente investigación en EE. UU., se estudió la relación entre estilos de apego, el estigma internalizado y la adhesión al tratamiento en 180 personas con VIH (Helms et al., 2016). Se encontró que la preocupación de ser visto por los demás tomando la medicación para el VIH estaba asociada a la baja adhesión, y mediaba la relación entre estigma internalizado y un nivel de adhesión subóptimo.

En Argentina, una investigación en referencia a los obstáculos a la adhesión en sistemas de salud público y privado, encontró que el estigma hacia el VIH se encontraba relacionado inversamente a la adhesión al tratamiento (Aristegui et al., 2014). La estigmatización en sectores públicos y privados se presentó como uno de los mayores obstáculos para la adhesión, pues dificultaba la toma de medicación en horarios y espacios donde podrían ser vistos consumiéndola. De la misma manera, dificultaba la aceptación del diagnóstico, su responsabilidad acerca del cuidado y la apertura hacia situaciones sociales.

En el contexto peruano, la investigación sobre el tema es limitada. Valenzuela y colaboradores (2015), así como Zafra (2015), hallaron que los participantes de ambos estudios mostraban altos niveles de estigma relacionado al VIH. Asimismo, la adhesión al tratamiento se veía afectada por factores como la orientación sexual de los pacientes, las preocupaciones de revelación de su diagnóstico y las preocupaciones sobre las actitudes de los demás.

A diferencia de lo planteado por los estudios previos, una investigación con 92 jóvenes homosexuales en EE. UU. mostró que el estigma total percibido por esta población no tenía un efecto significativo en la adhesión al tratamiento (Quinn et al., 2017). Sin embargo, este mismo estudio sugiere otros efectos posibles del estigma, ya que el estigma total percibido mostró una relación negativa con la carga viral del paciente. Asimismo, a diferencia de otros estudios, la percepción de que las demás personas reaccionen negativamente a su estado de VIH impactaba positivamente en la posibilidad de alcanzar una adhesión óptima al tratamiento. Ello supone que es necesario aclarar la relación entre ambas variables.

Por su lado, Sweeney (2016) indagó sobre los mediadores de la relación estigma y adhesión en 205 personas viviendo con VIH en EE. UU. Contrario a la hipótesis planteada, ninguna de las dimensiones de estigma (internalizado, anticipado y ejecutado) estuvo asociada a la adhesión al tratamiento. Estos resultados podrían ser explicados por la muestra del estudio, la cual contaba con una carga viral indetectable, reportaron un estado de salud bueno-excelente, expresaron creencias sobre un manejo adecuado de la medicación y nunca habían presentado enfermedades relacionadas al SIDA.

Las actitudes, el conocimiento, la educación y la experiencia personal tienen una compleja relación que puede influir en el sentimiento de vulnerabilidad de las personas frente a la enfermedad (Ogden, 2007). Pese a que existen programas educativos acerca del VIH como “Hazte la prueba: es mejor saber” (MINSa, 2015) y “Una imagen contra el estigma y la discriminación causados por el VIH/SIDA” (MINSa, 2007), la información no es suficiente para el cambio de conducta; incluso podría ser que el conocimiento y/o el estar en el tratamiento antirretroviral, así como incrementa el temor, también incrementa la negación (Ogden, 2007). En este sentido, tal mecanismo puede llevar a la persona a sentirse menos vulnerable y por tanto dejar el tratamiento. En el Perú, las campañas relacionadas al VIH son orientadas sobre todo a las personas de la comunidad LGBTIQ, lo cual reafirma la creencia de que la enfermedad solo se vincula a este grupo en específico y por ende, fomenta la estigmatización por parte de la sociedad y los prestadores de servicios de salud (NTM, 2016; Stringer et al., 2016).

El fin último de esta investigación fue lograr un mejor entendimiento de la asociación del estigma en la adhesión al tratamiento, para así poder evitar muertes generadas por la omisión del consumo de la medicación o desatención de los consejos provistos por los profesionales en salud. Asimismo, al hallarse una relación entre el estigma y la adhesión, se pueden enfocar los esfuerzos en intervenciones más especializadas, tanto

con el paciente, como con la comunidad para disminuir el estigma y mejorar la adhesión al tratamiento.

A partir de lo mencionado previamente, la presente investigación buscó analizar la relación entre el estigma percibido relacionado al VIH y la adhesión terapéutica en un grupo de pacientes varones que asisten a un centro de atención proveedor del TARGA en Lima. De la misma manera, como objetivos específicos se buscó identificar diferencias en la adhesión al tratamiento y el nivel de estigma percibido según variables sociodemográficas tales como edad, grado de escolaridad, estado civil y orientación sexual; así como variables médicas (tiempo de diagnóstico y tiempo recibiendo tratamiento). Finalmente, al hallar relaciones significativas entre las variables de estudio, se realizó un modelo de regresión que explicó el efecto que el estigma percibido y las variables controladas tuvieron en la adhesión al tratamiento en la muestra de la investigación.

Por ello se planteó que existía una relación significativa e inversa entre el estigma percibido relacionado al VIH y la adhesión al tratamiento TARGA del grupo de hombres participantes de la investigación. En este sentido, el estigma percibido predecía la adhesión de los pacientes con VIH. Para el logro de los objetivos, la aplicación del protocolo de investigación se realizó en un único momento del tiempo.



MÉTODO

Participantes

Se contó con la participación de 70 hombres pacientes de un centro de Lima Metropolitana que reciben el TARGA de manera ambulatoria. Entre ellos, 42 se identificaron como heterosexuales (61.8 %), 17 como homosexuales (25 %), 9 como bisexuales u “otros” (13.2 %) y 2 no consignaron su orientación sexual. El rango de edad de los participantes fue entre 19 y 76 años ($M=40.21$; $DE=12.01$). En cuanto al grado de instrucción, el 52.2 % de los hombres tenía secundaria completa, además, el 24.6 % indicó haber completado la educación superior. Asimismo, del total, 33.3 % de los pacientes se encontraban casados o conviviendo con alguien, mientras que el 59.4 % reportó estar soltero. La mayoría de los pacientes fue diagnosticada con VIH hace aproximadamente 6 años ($M=6.77$; $DE=5.04$) y al momento de la recolección de data se encontraban recibiendo tratamiento hace casi 6 años ($M=5.75$; $DE=4.78$) (Apéndice C).

Se excluyó del estudio a aquellos pacientes menores de edad, con bajo nivel de instrucción (primaria o menor), que se encontraran en la fase SIDA, y encontrarse recibiendo el tratamiento menos de tres meses.

Medición

Para medir el estigma percibido, se utilizó el *HIV Stigma Scale* (Berger, Ferrans y Lashley, 2001), en su versión adaptada y abreviada al contexto peruano (Franke et al., 2010). El objetivo de la prueba es medir el nivel de estigma percibido y los aspectos psicosociales relacionados al VIH.

El instrumento cuenta con 21 ítems y tiene una escala de calificación de tipo Likert con cuatro puntos de respuesta, donde 4= Casi siempre, 3= A veces, 2= Rara vez y 1= Casi nunca (Franke et al., 2010). Todos los ítems se agrupan en 4 factores o sub-escalas, que son: *estigma ejecutado*, entendido como las consecuencias vivenciadas cuando otras personas conocen el estado seropositivo; *preocupaciones de revelación*, relacionado al control de la información sobre su estado VIH a causa de las posibles consecuencias negativas; *auto-imagen negativa*, relacionada al sentirse mal con respecto a uno mismo por tener VIH y, *preocupación sobre actitudes de los otros* con respecto a personas con VIH, dimensión alude a lo que la persona con VIH cree que otras personas pueden pensar y hacer cuando conocen de su condición.

El instrumento original fue creado por Berger y colaboradores (2001), cuenta con 40 ítems. En su validación original, el coeficiente de confiabilidad del instrumento fue de .96 y de .92 en el re-test aplicado 21 días después en promedio. Para identificar la validez del constructo, se realizaron correlaciones con constructos relacionados, tales como autoestima (-.60), depresión (.63), conflicto social (.59), integración social subjetiva (-.65), disponibilidad de soporte social (-.54), y validación del soporte social (-.54) (Berger et al., 2001).

Debido a ello, Franke y colaboradores (2010) realizaron un estudio con el objetivo de crear y validar una versión abreviada del *HIV Stigma Scale*. Para ello, aplicaron el instrumento extenso de 40 ítems a un grupo de 130 pacientes del TARGA en dos centros de salud de Lima Metropolitana (Franke et al., 2010). El estudio implicó la traducción y adecuación de los 40 ítems originales al idioma español, así como el renombramiento de la sub-escala *estigma personalizado* como *estigma ejecutado* a partir de la investigación de Bunn, Solomon, Miller y Forehand (2007). De la misma manera, se varió la escala de respuesta, la cual originalmente reflejaba nivel de acuerdo, fue modificada para denotar frecuencia.

Tras la aplicación en un piloto y revisión de los 40 ítems, se tomaron en cuenta varios criterios para la eliminación de los ítems que pasaban por revisar que los ítems carguen en el área a la que teóricamente les correspondían y que presenten carga factorial mayor a .30; los ítems restantes debían aportar significativamente a la consistencia interna de la prueba y presentar una correlación ítem-test mayor a .1. Los ítems que superaban dicha fase volvían a ser analizados por un análisis factorial exploratorio, quedando aquellos que presentaban una carga factorial $\geq .45$. Así, el coeficiente de confiabilidad para la escala acortada global fue de .84, mientras para las sub-escalas fue de .68 para preocupaciones de revelación, .70 auto-imagen negativa, .84 estigma ejecutado y .80 preocupación sobre actitudes de los otros. La sensibilidad al cambio del instrumento fue medida a partir de un re-test 12 meses después de la primera aplicación y la intervención diaria de apoyo social y adherencia; así, se encontró que el puntaje total de estigma había disminuido en promedio 8 puntos ($p < 0.01$). La validez del constructo de la escala abreviada fue medida a partir de la correlación con los constructos de calidad de vida (MOS-HIV) (Badia, Podzamezar, Garcia, López-Lavid y Consiglio, 1999): salud mental (-.48), salud física (-.22) y depresión (.48).

El *HIV Stigma Scale abreviado* ha sido utilizado en México (Valle et al., 2015), Argentina (Alpert, Wickersham, Vázquez y Altice, 2013) y Perú (Lugon y Vizcarra, 2018; McLaughlin, 2017; Valenzuela et al., 2015; Zafra, 2015).

Para el presente estudio, la confiabilidad del *HIV Stigma Scale abreviado* fue medida a partir del coeficiente de alfa de Cronbach, el cual fue alto ($\alpha=.78$). Dado que la confiabilidad del factor *auto-imagen negativa* fue la más baja (.44) no se tomará en cuenta para los análisis. Asimismo, las escalas preocupaciones de revelación y preocupación sobre actitudes de los otros contaron con un alfa de .51 y .66. Finalmente, el área estigma ejecutado contó con un alfa de .83 (Apéndice D).

La medición de la adhesión al tratamiento de la muestra se realizó con el instrumento español *Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)* (Remor, 2002) adaptado para su uso en Perú por Tafur y colaboradores (2008). El cuestionario mide el grado de adhesión al tratamiento TARGA de los pacientes con VIH en la última semana, identificando los factores que influyen en la adhesión y en la no-adhesión a través del auto informe (Remor, 2002).

El cuestionario cuenta con 20 ítems organizados en 4 factores: *cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción con el médico, creencias del paciente y estrategias para mejorar la adherencia*. Asimismo, el instrumento cuenta con percentiles de puntuación para su clasificación en 4 niveles de adherencia: baja, insuficiente, adecuada y estricta.

La muestra en la cual se validó el cuestionario fue conformada por 92 personas con VIH en un hospital de España. Las personas se encontraban en un rango de edad de 24 a 69 años, siendo la mayoría varones (57.6 %) con estudios primarios completos (51 %). Se aplicó el *CEAT-VIH* junto con otras escalas para el estudio de apoyo social, estrés, ansiedad y depresión. Posteriormente se revisaron las historias clínicas de cada participante.

El coeficiente de confiabilidad de la prueba fue de $\alpha= .73$ y fue validada con el criterio externo, hallándose una correlación inversa entre la adhesión total y la carga viral tanto de la línea base ($r= -.24$; $p<.05$), como a los 6 meses de seguimiento ($r= -.27$; $p<.01$).

Para su validación en Perú (Tafur et al., 2008), el *CEAT-VIH* fue aplicado a 41 pacientes TARGA. La validación buscaba que el instrumento pudiera ser utilizado para la Estrategia Sanitaria Nacional para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA del MINSA. Con este fin, se realizaron modificaciones para la adaptación cultural y cambios en algunas palabras de los ítems en base a los comentarios recibidos por los participantes, para su adaptación lingüística. Respecto a la consistencia interna de la prueba se halló una confiabilidad de .71 y la validez de criterio externa fue medida a través de la correlación

positiva entre la adhesión y el recuento de CD4 ($r = .44, p < .005$), y la correlación negativa entre la adhesión total y la carga viral ($r = -.55, p < .005$).

Respecto a la confiabilidad de la prueba, un primer análisis de consistencia interna arroja un alfa de .49, inspeccionando las correlaciones ítem-test se detectó que el ítem 7 mostraba una correlación de -.43. Cabe señalar no se pudo llenar el ítem 5 dado que esto suponía un acceso a historia clínica, acceso al cual no tuvo; por ello, los análisis no lo incorporan. Dado que se omitió un ítem, se decidió no retirar el ítem de menor correlación (ítem 7) para no afectar en mayor medida la puntuación del instrumento. Por esta razón, la investigación calificó el *CEAT-VIH* según su puntuación global.

Procedimiento

Todos los pacientes de sexo masculino fueron invitados a participar voluntariamente de la investigación mientras se encontraban a la espera de su consulta médica mensual. La recolección de datos se dio en un solo momento a lo largo de 2 meses. Se seleccionó a los participantes en grupos de 4 y fueron llevados a una sala del centro de salud. Se les entregó un consentimiento informado, el cual fue acompañado de una lectura guiada en voz alta. Se señaló que podían retirarse de la investigación si así lo deseaban, y que los datos provistos serían anónimos y confidenciales. Posteriormente, los pacientes completaron una ficha sociodemográfica y los cuestionarios correspondientes para la medición de las variables de estudio. En promedio, cada aplicación duró 15 minutos.

Cabe señalar que antes del levantamiento de datos, se aclararon los objetivos y consideraciones éticas de la investigación a las autoridades correspondientes del centro proveedor del TARGA. Se acordó que la investigación y sus resultados serían entregados a la institución como base teórica para la posterior elaboración de talleres sobre los temas trabajados por la investigación. Posterior al levantamiento de datos se dio la posibilidad de contar un espacio de contención.

Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos, se utilizó programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics en su versión 25.0. Posteriormente se realizaron análisis descriptivos de los datos tabulados, considerándose frecuencias, medias y desviaciones estándar de las variables consignadas en la ficha sociodemográfica. Se analizó la distribución de los datos por medio de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, así como por su asimetría y curtosis. Ambas pruebas indicaron una distribución

normal, por lo que se utilizaron tests paramétricos (Kline, 2010). Para responder al primer objetivo del estudio, se empleó un análisis de correlación de Pearson entre las áreas de estigma percibido relacionado al VIH y adhesión al tratamiento. Posteriormente, se hizo uso de los análisis ANOVA y T de Student, según la cantidad de grupos dentro de las variables de grado de escolaridad, edad, orientación y estado civil a fin de responder a los objetivos específicos del estudio. De igual forma, se empleó el análisis de correlación de Pearson para analizar la relación entre el estigma percibido relacionado al VIH y adhesión al tratamiento con las variables médicas (tiempo de diagnóstico y tiempo recibiendo tratamiento). Finalmente, se empleó un análisis de regresión lineal múltiple a fin de analizar la posible influencia del estigma en la adhesión de los pacientes al VIH.





RESULTADOS

Con el fin de responder a los objetivos de la presente investigación se muestran los resultados de los análisis. En primer lugar, se presentan los resultados descriptivos de cada variable, seguidamente se realizaron análisis con el fin de hallar relaciones entre las variables de estudio y las variables de control. Posteriormente se realizaron las correlaciones entre los puntajes de estigma percibido y la adhesión al tratamiento con el fin de responder el objetivo principal de investigación. Finalmente, se muestran los modelos de regresión con la escala global de estigma percibido y con sus escalas específicas.

Con respecto al análisis de la prueba *HIV Stigma Scale abreviado*, esta mostró una media de 47.93 ($DE = 8.51$) con relación a su puntaje total. Analizando la distribución de las respuestas (Apéndice F) resaltan algunos ítems con alta prevalencia en los enunciados relacionados con las experiencias de estigma; así, el 90 % de los participantes indicó que “casi siempre” considera que: *Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH*; el 62.9 % que *hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH* y el 56.5 % señala que *Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso* (Tabla 1).

Tabla 1
Porcentaje de respuestas por ítem del HIV Stigma Scale abreviado

	Casi nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre
	%			
2. Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso	10.1	1.4	31.9	56.5
3. Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH	21.4	4.3	11.4	62.9
6. La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia	25.7	5.7	52.9	15.7
9. La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa	28.6	5.7	57.1	8.6
12. Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH	2.9	1.4	5.7	90
14. La mayoría de gente se incomoda con personas con VIH	7.1	8.6	64.3	20
16. Tener VIH en mi cuerpo me disgusta	36.8	1.5	45.6	16.2
17. Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH les digan a otros	37.1	4.3	18.6	40

N=70

En relación con el *CEAT-VIH*, el 35.7 % de los participantes indicó haber dejado de tomar sus medicamentos alguna vez o aproximadamente la mitad de las veces en la última

semana (ítem 1), mientras que el 21.4 % reportó que dejó de tomar su medicación alguna vez o siempre que se sentía peor después de consumirla (ítem 3). El 32.9 % informó que en alguna ocasión, desde que inició el tratamiento, ha dejado de tomar sus medicamentos por uno o más días (ítem 19). Asimismo, 28.9 % valora los efectos secundarios del tratamiento como medianamente intensos y muy intensos. Con respecto a la información que tienen sobre su tratamiento, el 35.3 % de las personas indica que cuenta con regular o nada de información. En cuanto a la evaluación general que hicieron los participantes con respecto a su consumo de antirretrovirales indicados en su tratamiento, 21.4 % se considera regular o poco cumplidor (Apéndice G).

Para este estudio se analizaron las diferencias en el estigma y la adhesión al tratamiento tomando en cuenta algunas variables como grado de instrucción, estado civil, orientación sexual y tiempo de diagnóstico del VIH; sin embargo, no se hallaron resultados estadísticamente significativos.

En relación a otras variables, la edad del paciente resultó tener relaciones significativas con ambas variables psicológicas. Se halló una correlación directa entre adhesión y edad, de modo que a mayor edad, mayor adhesión al tratamiento y viceversa. Por el lado de estigma percibido, se hallaron diversas relaciones en sentido directo, siendo con la escala total con la cual mantiene una relación directa y de mayor tamaño (Tabla 2). Por otro lado, se encontró que el tiempo recibiendo el TARGA tiene una relación inversa con el área de estigma “preocupación sobre actitudes de los otros” ($r = -.24 p < .05$).

Tabla 2

Correlaciones entre edad, estigma percibido y adhesión al tratamiento

	Edad
Adhesión al tratamiento	.27*
Estigma total	-.38**
Estigma ejecutado	-.30*
Preocupaciones de revelación	-.19
Preocupación sobre actitudes de los otros	-.24*

N=70; * $p < .05$, ** $p < .01$

Con respecto al propósito principal de estudio, a partir del coeficiente de correlación de Pearson se encontró una asociación inversa significativa entre ambas variables principales de estudio. En la presente investigación, a mayor puntaje de estigma percibido por los participantes, menor nivel de adhesión al tratamiento reportada. En adición, se

encontró una asociación significativa e inversa entre el estigma ejecutado y el puntaje total de adhesión al tratamiento (Tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones entre adhesión al tratamiento y estigma percibido

	Estigma total	Estigma ejecutado	Preocupaciones de revelación	Preocupación sobre actitudes de los otros
Adhesión al tratamiento	-.29*	-.44**	-.06	-.14

N=70; * $p < .05$, ** $p < .01$

Asimismo, dado que existen relaciones entre las variables psicológicas, se plantearon dos modelos de regresión. Por un lado, se estimó la capacidad predictiva del estigma total sobre la adhesión al tratamiento; por otro lado, la capacidad de predicción de las áreas del estigma sobre esta adhesión. A partir de una regresión lineal se calculó que la variable estigma percibido global predice un 7 % de la variable adhesión en un primer modelo, y al calcular el rol de las escalas específicas del estigma sobre la adhesión al tratamiento, este segundo modelo tiene un aporte mayor, mostrando que predice un 20 % de la misma. En este último modelo el estigma ejecutado resultó ser una variable significativa (Tabla 4).

Tabla 4

Modelos de regresión para los predictores de la adhesión al tratamiento

Modelo	Variabes	R^2 ajustado	B	$SE B$	β	t
1	Estigma total	0.07	-0.14	0.06	-0.29	-2.51*
2	Estigma ejecutado	0.20	-0.47	0.13	-0.47	-3.52**
	Preocupaciones de revelación		0.26	0.15	0.21	1.78
	Preocupación sobre actitudes de los otros		-0.07	0.16	-0.05	-0.47

N=70; t = significación marginal =.08* $p < .05$, ** $p < .01$



DISCUSIÓN

El VIH es una de las principales causas de muerte en el mundo, por lo cual resulta primordial comprender cómo esta enfermedad afecta la vida de las personas en todos sus aspectos. En el Perú, los estudios sobre el estigma relacionado al VIH y su relación con la adhesión al tratamiento son escasos, lo cual genera que la comprensión de los factores asociados a la enfermedad sea limitada. Si bien ha aumentado el acceso al tratamiento TARGA, ello no predice la adhesión al tratamiento; es decir, aún continúa siendo un reto alcanzar niveles consistentes de adhesión en los pacientes (Helms et al., 2017). Por ello, resulta necesario entender cómo el estigma puede afectar la adhesión de las personas a su tratamiento y evitar que se alcance la fase SIDA, como parte de los esfuerzos mundiales para reducir la mortalidad en personas con VIH.

En este sentido, la presente investigación buscó analizar la relación entre el estigma percibido relacionado al VIH y la adhesión al tratamiento en un grupo de hombres seropositivos. Asimismo, en este estudio, se planteó el rol de variables sociodemográficas y médicas en ambos constructos psicológicos. Mediante esta investigación, se encontró que existe una relación significativa e inversa entre el estigma relacionado al VIH y la adhesión al tratamiento antirretroviral. Es decir, a mayor estigma percibido, menor será la adhesión al tratamiento. Los resultados son similares a los encontrados en investigaciones de índole internacional (Aristegui et al., 2014; Bogart et al., 2013; Fuster et al., 2014; Katz et al., 2013; Logie, et al. 2018).

Ello podría implicar que el estigma supone una barrera para lograr una adhesión adecuada al tratamiento del VIH. Preocuparse por la salud y adherirse a su tratamiento se vuelve un reto cuando las personas con VIH perciben el estigma relacionado a su enfermedad, pues esta implica connotaciones negativas y dificulta los vínculos con los demás (Aristegui et al., 2014; Logie et al., 2018). Como se ha evidenciado en este estudio, el estigma predice el nivel de adhesión de los pacientes y, por ende, estaría afectando su calidad de vida y contribuyendo a la progresión de la enfermedad (Fuster et al., 2014; Herek, Saha y Burack, 2013; Huarcaya, 2018; Rivera et al., 2012). Ello se ratifica en los análisis de regresión, ya que los niveles de estigma percibido predicen estadísticamente las conductas de adhesión del paciente.

Además, si las personas consideran que “*Tener VIH en mi cuerpo me disgusta*” o “*Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH*”, su adhesión a comportamientos de salud y la relación con el personal de salud pueden ser obstaculizadas

por el rechazo percibido de los demás y de sí mismos (Bogart et al., 2013; Fuster et al., 2014; Helms et al., 2016; Katz et al., 2013; Logie et al., 2018).

En cuanto a las relaciones entre las dimensiones del *HIV Stigma Scale* abreviado (Franke et al., 2010) y la adhesión al tratamiento de VIH, se encuentra que solamente el área estigma ejecutado mantiene una relación significativa con la adhesión al tratamiento. Asimismo, esta área resultó significativa en un segundo modelo en el que el estigma predice la variable de adhesión al tratamiento.

Un aspecto importante para entender los resultados es comprender qué implica el estigma ejecutado. Este se define como las consecuencias vivenciadas por el paciente una vez que los demás conocen su estado seropositivo. Esta área es conformada por ítems tales como “*algunas personas que saben (de mi enfermedad) se han alejado*”; “*lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas*”; “*por lo general, decirselo a otros ha sido un error*”; y “*algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH*”. Estas afirmaciones nos muestran que esta área busca evaluar si la persona ha experimentado situaciones hostiles o de discriminación a causa de su condición seropositivo. Para evitar que tales situaciones se repitan, las personas pueden recurrir a estrategias de encubrimiento de la enfermedad, lo cual puede interrumpir el proceso de tratamiento (Katz, 2013). Estas estrategias se dan en contextos sociales, en los cuales el paciente decide ocultar la medicación o postergar la toma de esta para cuando se encuentre solo. Esta acción, puede resultar en el olvido total del consumo de las pastillas. Asimismo, las personas pueden almacenar inapropiadamente su medicamento, lo cual puede afectar el contenido químico de las pastillas y afectar la carga viral (Rintamaki, et al., 2019).

Asimismo, uno de los factores que pueden moderar el estigma ejecutado y sus efectos en la adhesión al tratamiento es el sistema de salud (Katz, 2013). Este puede ser beneficioso al dar información y acompañamiento al paciente, o intensificar el estigma a causa de las conductas discriminatorias por parte de los proveedores de salud. En este sentido, los pacientes con VIH son conscientes de este mal trato en los centros de salud, y ello limita el seguimiento y tratamiento de los pacientes. Esto último puede afectar negativamente la adhesión actual (Macià y Méndez, 1999; Stringer, et al., 2016). En este sentido, el haber tenido experiencias de estigmatización por parte de otros puede llevar a que los pacientes anticipen un trato similar cuando se aproximen a un centro de atención proveedor del TARGA y cuando interactúen con el personal de salud dentro de dichas instituciones. Ello haría que exista una menor disposición por asistir a sus chequeos y

tratamiento, lo que afectaría la administración de su medicación, así como la modificación de sus estilos de vida (Amigo et al., 2003; Remor, 2002).

Por otro lado, las demás áreas del *HIV Stigma Scale* abreviado no resultaron significativas a nivel estadístico; para lo cual existen diversas explicaciones.

El área de preocupaciones de revelación se define como al estado de alerta en el que pueden estar los pacientes por temor a la respuesta estigmatizadora relacionada a quién posee la información sobre su enfermedad (Berger, 2002; Earnshaw y Chaudoir, 2009).

Una posible explicación para el resultado no significativo del área es la baja consistencia interna de la escala de 0.51, lo cual implica que la consistencia entre los ítems no es suficientemente robusta. Por otro lado, una preocupación es la posible yuxtaposición de ítems entre la escala estigma ejecutado con la escala preocupaciones de revelación, pues ambas se encuentran relacionadas a las conductas estigmatizadoras por parte de los demás. Sin embargo, esta preocupación a la revelación no se debe necesariamente a experiencias vividas, sino a creencias sobre las posibles consecuencias de su revelación. En relación a ello, a nivel descriptivo, las experiencias relacionadas a la revelación de su diagnóstico son importantes para los participantes en este estudio. Así, el *HIV Stigma Scale* abreviado reveló mayor preocupación por la revelación de su diagnóstico por parte de los participantes; este resultado coincide con otra investigación en población peruana (Valenzuela, et al., 2015). El ítem 2 (*decir a alguien que tengo VIH es riesgoso*), el ítem 3 (*hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH*), el ítem 12 (*soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH*), el ítem 15 (*me preocupa que personas me juzguen cuando se enteran*) y el ítem 17 (*me preocupa que las personas que saben que tengo VIH les digan a otros*), todos pertenecientes a la dimensión mencionada, fueron los que obtuvieron mayor frecuencia en la opción de respuesta “casi siempre”. En este sentido, el control de la información de su diagnóstico seropositivo por temor a las consecuencias negativas se muestra como un área de importancia a nivel descriptivo en la comprensión del estigma percibido.

Estos resultados a nivel estadístico y descriptivo pueden implicar que tanto el estigma ejecutado como las preocupaciones de revelación son dimensiones del estigma relevantes en la vivencia de las personas sobre su enfermedad. Ambos casos implican el temor de que otras personas se enteren y tengan comportamientos estigmatizadores hacia ellos; esto corrobora la yuxtaposición entre las áreas ya planteada. Esta comprensión podría explicar que el área de preocupaciones de revelación, junto con la de estigma ejecutado, sea significativa, si bien a nivel marginal, para el modelo predictivo de la adhesión al

tratamiento. En adición, es importante señalar que contar con una muestra mayor y con un instrumento que capture efectivamente las áreas del estigma, específicamente la mencionada, podría evidenciar con mayor claridad el efecto de esta área sobre el estigma.

En segundo lugar, el área de preocupaciones sobre actitudes de los otros no mostró una correlación significativa con la adhesión al tratamiento ($r = -.14$), lo cual puede deberse a que el paciente debe dar cuenta de las actitudes de los demás y no se trata de comportamientos visibles para el paciente. Esto podría dificultar la medición precisa del área.

En tercer lugar, la investigación se cuestiona cómo el fraseo de los ítems podría haber afectado las respuestas. En cuanto al área de auto-imagen, esta mostró una confiabilidad interna menor a .50 ($\alpha = .44$), por lo que no resultó significativa para la comprensión del estigma y no pudo ser tomada en los análisis. Los ítems de esta área se encuentran escritos de manera más personal (*tener VIH me hace sentir que soy una mala persona, me siento culpable porque tengo VIH*). Dado que algunos ítems de la prueba podrían haber sido percibidos de manera aversiva, podrían haber afectado las respuestas brindadas.

De manera similar al estudio de Li y Sheng (2014), no se evidenciaron diferencias significativas entre los constructos estudiados y variables tales como grado de escolaridad, estado civil y orientación sexual. Con respecto a esta última, la población mayoritaria con la que se esperaba contar era de hombres homosexuales con VIH que se encontraran recibiendo el tratamiento. A diferencia de las estadísticas (ONUSIDA, 2018), en el centro en el que se llevó a cabo la investigación, el 25 % de la muestra se identificó como homosexual, mientras que la mayoría (61.8 %) se identificó como heterosexual. Si bien es posible que todas las personas que indicaron ser heterosexuales lo sean, este resultado también debe ser comprendido a partir de la realidad de la vivencia del género, el cual está cargado de significados culturales (Ortiz-Hernández, 2004). El sistema de género delimita las expresiones y orientaciones sexuales válidas y, a causa de tal sistema, la población homosexual siempre ha sido afectada por la marginación, prejuicios y violencia. Las personas homosexuales con VIH pueden sufrir mayor estigma a causa de su orientación sexual, la cual puede ser definida por los demás como inconsistente con las normas sociales (Katz, et al., 2013). Tomando en cuenta esta otra estigmatización, es posible que no todos los participantes respondieran con sinceridad sobre su orientación sexual.

Por otro lado, se identificaron diferencias significativas entre la variable edad y la adhesión al tratamiento de la muestra, al igual que en otras investigaciones (Ghidei, et al.,

2013; McCoy, Higgins, Zuñiga y Holstad, 2015; Semvua, et al., 2017). Asimismo, en el presente estudio, la edad de los participantes estuvo relacionada con el estigma percibido relacionado al VIH. En relación a ello, McCoy, Higgins, Zuñiga y Holstad (2015) encontraron que existía una relación directa significativa entre un menor estigma percibido y los niveles de CD4 (entendiéndose como una mayor adhesión al tratamiento) en las personas con VIH menores de 50 años; mientras que, en las personas mayores de 50, la relación no era significativa. En el presente estudio, se halló una diferencia significativa, por la cual se entiende que, a menor edad del paciente, mayor el estigma percibido.

La diferencia en la adhesión entre los pacientes más jóvenes y los mayores puede ser explicada por las tareas que corresponden a cada etapa del desarrollo humano. En primer lugar, en la etapa de la adultez temprana, se trabaja en la consolidación de la identidad (Arnett, 2000; Santrock, 2006); dado que el VIH se encuentra cargado de significaciones negativas, estas podrían hacerse parte de la auto-definición de este grupo generacional. En segundo lugar, la inserción en el mundo laboral puede suponer una carga añadida en los jóvenes con VIH, pues corren el riesgo de ser maltratados en sus centros de trabajo por el conocimiento de su condición (Carrasco, Arias y Figueroa, 2017). Por último, la búsqueda de intimidad y estabilización de vínculos interpersonales puede verse limitada por la enfermedad y el estigma relacionado a esta. En cuanto a las personas en la adultez media, estas pueden experimentar seguridad, estabilidad y confianza renovada en sí mismos al encontrar un balance entre lo positivo y lo negativo de acercarse paulatinamente a la vejez (Santrock, 2006). De esta manera, las personas en esta etapa de la vida podrían evaluar el estigma ligado a la enfermedad, analizar el impacto de este en sus vidas y alcanzar un sentimiento de equilibrio entre las diferentes facetas de sí mismos (Papalia, 2005).

De manera complementaria, la investigación encontró que existe una relación inversa entre el tiempo que llevan las personas recibiendo el tratamiento y la preocupación con respecto a las actitudes de los demás sobre su condición. Dado que, en el marco de la presente investigación, un mayor tiempo recibiendo tratamiento suponía una mayor edad, tal resultado también puede ser explicado por las tareas del desarrollo previamente descritas. Por ello, la percepción, la asimilación y el entendimiento de la enfermedad como parte de la vida se puede producir de manera progresiva a medida que pasa el tiempo y la persona logra la integración de los aspectos positivos y negativos de su vida. En este sentido, a medida que pasa el tiempo, muchas de las experiencias relacionadas a la edad como el divorcio, estrés de la vida laboral y temor a envejecer, van estabilizándose y

pueden influir en cómo se percibe el estigma (Emlet, et al., 2015). En adición, mientras más tiempo lleven las personas recibiendo el TARGA, el consumo de los medicamentos, el recojo de pastillas y las consultas médicas mensuales se hacen parte de la rutina y del hábito, por lo que las actitudes de los demás en relación a las conductas de adhesión del paciente pueden ser ignoradas.

Por otro lado, si bien no se tomó en cuenta el nivel de adhesión de los participantes según el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), se debe reconocer que el 32.9 % de los participantes indicó haber dejado de tomar su medicación un día o más desde el inicio de su tratamiento. Esta falta de adhesión supone riesgos para el control del avance de la enfermedad, la prevención del contagio y la calidad de vida de los pacientes (Silva, Reis, Nogueira y Gir, 2014).

Finalmente, este estudio ha presentado limitaciones. Entre ellas, la confiabilidad del CEAT-VIH en esta muestra puede haber sido afectada por cómo algunos ítems eran puntuados por la prueba. En este sentido, este estudio cuestiona que el ítem 19 (*Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? ¿Cuántos días aproximadamente?*) sea puntuado positivamente cuando la respuesta es afirmativa (Sí=1 y No=0), ya que deja entender que el haber dejado de tomar medicamentos un día o más supone un mayor puntaje en la prueba y, por ende, una mejor adhesión. Igualmente, el ítem 20 (*¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?*) asume que el no contar con una estrategia para recordar la toma de medicación significa que la persona no tome o corra el riesgo de no tomar sus medicinas. En relación a ello, más de la mitad de participantes (59 %) indicó no utilizar ninguna estrategia, lo cual es puntuado por el CEAT-VIH negativamente en la adhesión del paciente (Sí=1 y No=0). Sin embargo, se ha evidenciado a nivel descriptivo que la mayoría de participantes (67.1 %) no ha dejado de tomar la medicación uno o más días (ítem 19) y que incluso siempre suelen tomar la medicación a la hora correcta (75.7 %, ítem 12). Estos resultados evidencian que, si bien no lo reportan en la prueba, los participantes pueden utilizar alguna estrategia mental y no necesariamente alarmas o recordatorios escritos, para la toma de medicamentos. En este sentido, algunos ítems pueden generar una interpretación ambigua y por tanto afectar la validez y confiabilidad de la prueba. Por otro lado, en relación al *HIV Stigma Scale* abreviado, este instrumento contaba con 4 opciones de respuesta, lo cual limitó la posibilidad de captar diferencias entre las diferentes áreas que conforman la escala.

Adicionalmente, se han identificado limitaciones relacionadas con las características y el acceso a la muestra. En primer lugar, el estudio contó con diversos criterios de exclusión, lo cual limitó el tamaño de la muestra. A causa de la poca cantidad de participantes y el muestreo no probabilístico utilizado, los resultados de esta investigación son representativos solo de la muestra, mas no son generalizables a toda la población de pacientes hombres con VIH (Binu, Mayya y Dhar, 2014; Hernández, et al., 2014). Asimismo, la cantidad de participantes limitó el tamaño de las relaciones encontradas entre los constructos y las diferentes variables. De la misma manera, se hipotetiza que, de haber contado con una muestra más grande, áreas como la de preocupaciones de revelación habrían podido tener un poder predictivo sobre la adhesión al tratamiento, y la confiabilidad obtenida de ambas pruebas habría sido mayor. En segundo lugar, algunas personas se mostraron suspicaces ante los motivos de investigación o expresaban no contar con el tiempo necesario cuando se les pedía su participación. Esto pudo deberse al estigma relacionado a la enfermedad y las situaciones de discriminación que pueden haber vivido en relación con ella. En tercer lugar, al ser expuestos a una prueba que mide su nivel de adhesión en el mismo centro en el que reciben el TARGA, la posibilidad de respuestas por deseabilidad social aumenta. Por último, la falta de acceso a las historias clínicas de los pacientes y a los datos personales impidió conocer el número exacto de pastillas que consumía cada paciente en el momento de participar de la investigación. Por ello, no fue posible puntuar la pregunta número 5 del CEAT-VIH, lo cual no permite la comparación de resultados con otras investigaciones.

Para futuras investigaciones sobre el tema se recomienda investigar el impacto que tienen otras variables como, por ejemplo, la dependencia económica, tolerancia al tratamiento, entre otros (Ghidei et al., 2013). En esta línea, es necesario considerar que cada paciente como individuo es un no-adherente potencial (Rivas, 2008), por lo que se deben analizar otros factores que podrían estar afectando la adhesión en las muestras peruanas. Además, se debe tomar en cuenta los factores que puedan sesgar la respuesta de los cuestionarios e implementar acciones, tales como la aplicación de ítems de deseabilidad social para controlar el sesgo. Por otro lado, se sugiere que también se relacione el estigma relacionado al VIH con el estigma relacionado a la homosexualidad y el impacto que podría tener esta última en la adhesión al tratamiento (Arnold, Rebchook y Kegeles, 2014).

En conclusión, es necesario dar cuenta de la importancia de la suma de esfuerzos para cuestionar la estigmatización de la enfermedad. La intención para el cambio se ve impulsada al reconocer que el estigma hacia el VIH no solo afecta a las personas

diagnosticadas, sino que también tiene un impacto en las no diagnosticadas, las personas en riesgo y el entorno cercano (Wolitski, Pals, Kidder, Courtenay y Holtgrave, 2009). En esta línea, el VIH parece ser entendido solo a nivel individual, como una enfermedad cuya adquisición y tratamiento no se vieran impactados por las dinámicas de la estructura social en la que se desarrolla (Arnold, Rebchook y Kegeles, 2014; Silva, Reis, Nogueira y Gir, 2014). Para esta y futuras investigaciones, el estigma es un tema de importancia que debe ser trabajado desde los ámbitos de investigación y acción, no solo con los individuos diagnosticados, sino también con la sociedad en la que viven para así lograr eliminar el estigma, aumentar la adhesión al tratamiento y disminuir la tasa de mortandad.



REFERENCIAS

- Achappa, B., Madi, D., Bhaskaran, U., Ramapuram, J., Rao, S. y Mahalingam, S. (2013). Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living with HIV. *North American journal of medical sciences*, 5(3), 220–223. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.109196>
- Alcántara, N. (2008). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Alford, K. y Vera, J. (2018). Cognitive Impairment in people living with HIV in the ART era: A Review. *British medical bulletin*, 127(1), 55–68. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy019>
- Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. y Reyes, M. (2009). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida*. En Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 70, No. 4, pp. 266-272). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Alpert, M., Wickersham, J., Vázquez, M. y Altice, F. (2013). Alcohol use disorders and antiretroviral therapy among prisoners in Argentina. *International journal of prisoner health*, 9(1), 40-50.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
- Aristegui, I., Dorigo, A., Bofill, L., Bordatto, A., Lucas, M., Cabanillas, G., Sued, O., Cahn, P., Cassetti, I., Weiss, S. y Jones, D. (2014). Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actualizaciones en SIDA e infectología*, 22(86), 71.

- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
- Arnold, E., Rebhook, G. y Kegeles, S. (2014). ‘Triply cursed’: racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Culture, health & sexuality*, 16(6), 710-722.
- Badia, X., Podzamczar, D., Garcia, M., Lopez-Lavid, C. y Consiglio, E. (1999). A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV-infected patients. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. Medical outcomes study HIV health survey. *AIDS (London, England)*, 13(13), 1727–1735. doi:10.1097/000020 30-199909100-00017.
- Beach, W. (2015). *Doctor-patient interactions*. In K. Tracy (Ed.), *Encyclopedia of Language and Social Interaction*. Sage. DOI: 10.1002/9781118611463.
- Berger, B., Ferrans, C. y Lashley, F. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing and Health*, 24(6), 518–529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Binu, V., Mayya, S. y Dhar, M. (2014). Some basic aspects of statistical methods and sample size determination in health science research. *Ayu*, 35(2), 119.
- Bogart, L., Landrine, H., Galvan, F., Wagner, G. y Klein, D. (2013). Perceived discrimination and physical health among HIV-positive Black and Latino men who have sex with men. *AIDS and behavior*, 17(4), 1431–1441. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0397-5>

- Bran, L., Palacios, L., Bermúdez, V. y Posada, I. (2018). Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. *Convergencia*, 25(76), 57-74.
- Brown, M., Serovich, J., Laschober, T., Kimberly, J. y Lescano, C. (2019). Ways of coping and HIV disclosure among people living with HIV: mediation of decision self-efficacy and moderation by sex, *AIDS Care*, 31:8, 1001-1010, DOI: 10.1080/09540121.2019.1605045
- Bunn, J., Solomon, S., Miller, C. y Forehand, R. (2007). Measurement of stigma in people with HIV: A reexamination of the HIV Stigma Scale. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), 198–208.
- Calvetti, P., Giovelli, G., Gauer, G. y Moraes, J. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 8-15. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000002>
- Carrasco, M., Arias, R. y Figueroa, M. (2017). The multidimensional nature of HIV stigma: evidence from Mozambique. *African Journal of AIDS Research*, 16(1), 11–18. <https://doi.org/10.2989/16085906.2016.1264983>
- De Souza, J., Araujo, S., Reis, R. y Gir, E. (2017). Factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03248.
- Di Matteo, R. (2002) *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon.

- Earnshaw, V. y Chaudoir, S. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Earnshaw, V. y Quinn, D. (2012). The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of health psychology*, 17(2), 157-168.
- Earnshaw, V., Smith, L., Cunningham, C. y Copenhaver, M. (2015). Intersectionality of internalized HIV stigma and internalized substance use stigma: Implications for depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 20(8), 1083-1089.
- Eller, L., Rivero, M., Voss, J., Chen, W., Chaiphibalsaridi, P., Iiping, S., Johnson, M., Portillo, C., Corless, I., Sullivan, K., Tyler-Viola, L., Kemppainen, J., Dawson Rose, C., Sefcik, E., Nokes, K., Phillips, J., Kirksey, K., Nicholas, P., Wantland, D., Holzemer, W., Webel, A. y Brion, J. (2013). Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self-compassion in people living with HIV, *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, DOI: 10.1080/09540121.2013.841842
- Emlet, C., Brennan, D., Brennenstuhl, S., Rueda, S., Hart, T. y Rourke, S. (2015). The impact of HIV-related stigma on older and younger adults living with HIV disease: does age matter? *AIDS care*, 27(4), 520-528.
- Evangeli, M. y Wroe, A. (2017). HIV disclosure anxiety: A systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior*, 21(1), 1-11.
- Flores, F. y Almanza, M. (2013). Un estudio exploratorio de las consecuencias psicosociales del estigma en varones que viven con VIH en México. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 6(1), 51-60.

- 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. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9474-1>
- Fuster, M., Molero, F., Holgado-Tello, F. y Ubillos, S. (2015). Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV. *The Spanish Journal of Psychology*. 18. 1-15. 10.1017/S1138741615000694.
- Fuster, M., Molero, F., Holgado, F. y Mayordomo, S. (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: the role of group identity. *Quality of Life Research*, 23(7), 1967-1975.
- Fuster, M., Molero, F., Gil, L., Agirrezabal, A. y Vitoria, A. (2013). HIV-and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *The Spanish journal of psychology*, 16.
- Gardner, E., McLees, M., Steiner, J., del Rio, C. y Burman, W. (2011). The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical infectious diseases*, 52(6), 793-800.
- García, A., Leiva, F., Martos, F., García, A., Prados, D., Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*, 1(1), 13-19.
- Gesezew H., Tesfay, A., Demissie, T., Kerie, M., Sudhakar, M. y Mwanri, L. (2017) Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/ AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and

- meta-analysis. PLoS ONE 12(3): e0173928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173928>
- Ghidei, L., Simone, M., Salow, M., Zimmerman, K., Paquin, A., Skarf, L., Kostas, T. y Rudolph, J. (2013). Aging, antiretrovirals, and adherence: a meta analysis of adherence among older HIV-infected individuals. *Drugs & aging*, 30(10), 809-819.
- Ginarte, Y. (2001) La adhesión terapéutica en *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, vol. 17, no. 5, pp. 502-505
- Glynn, T., Safren, S., Carrico, A., Mendez, N., Duthely, L., Dale, S., Jones, D., Feaster, D. y Rodriguez, A. (2019). High levels of syndemics and their association with adherence, viral non-suppression, and biobehavioral transmission risk in Miami, a US city with an HIV/AIDS epidemic. *AIDS and Behavior*, 23(11), 2956-2965.
- Goffman, E. (1964). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Graham, S., Mugo, P., Gichuru, E., Thiong'o, A., Macharia, M., Okuku, H., van der Elst, E., Price, M., Muraguri, N. y Sanders, E. (2013). Adherence to antiretroviral therapy and clinical outcomes among young adults reporting high-risk sexual behavior, including men who have sex with men, in coastal Kenya. *AIDS and behavior*, 17(4), 1255–1265. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0445-9>
- Guevara, Y. y Hoyos, P. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH: Living with HIV: Stigmatizing experiences in people with HIV. *Psicogente*, 21(39), 127-139. <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827>

Helms, C., Turan, J., Atkins, G., Kempf, M., Clay, O., Raper, J., Mugavero, M. y Turan, B.

(2016). Interpersonal Mechanisms Contributing to the Association Between HIV-Related Internalized Stigma and Medication Adherence. *AIDS and Behavior*, 21(1), 238–247. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1320-2>

Herek, G., Saha, S. y Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with

HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746606>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta

Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. Metodología de la Investigación. 6a Edición, Mc Graw Hill, México.

Huarcaya, K. (2018). Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un

Hospital Nacional de Lima Este, 2018. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima.

InfoSIDA.

2016 “Afecciones relacionadas con el VIH/SIDA”. Departamento de Salud y Servicios

Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/26/86/-que-es-una-infeccion-opportunista->

2017 “El VIH y las poblaciones específicas”. Departamento de Salud y Servicios

Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/25/81/el-vih-y-los-hombres-gay-y-bisexuales>

- “Prevención del VIH”. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/48/conceptos-basicos-sobre-la-prevencion-de-la-infeccion-por-el-vih>
- 2019 “Tratamiento del VIH”. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/52/cuando-empezar-el-tratamiento-antirretroviral>
- “Glosario del VIH/SIDA”. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/3659/linfocito-t-cd4>
- “El VIH y los hombres gay y bisexuales”. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/25/81/el-vih-y-los-hombres-gay-y-bisexuales>
- “Las fases de la infección por el VIH”. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Ironson, G., O’cleirigh, C., Kumar, M., Kaplan, L., Balbin, E., Kelsch, C., Fletcher, M. y Schneiderman, N. (2015). Psychosocial and neurohormonal predictors of HIV disease progression (CD4 cells and viral load): a 4 year prospective study. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1388-1397, DOI: 10.1007/s10461-014-0877-x
- Ivanova, E. (2011). Psychosocial Influences on HIV Treatment Adherence: Utility of the Theory of Self-Determination.

- Katz, I., Ryu, A., Onuegbu, A., Psaros, C., Weiser, S., Bangsberg, D. y Tsai, A. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18640.
- Kennedy, C., Fonner, V., Armstrong, K., O'reilly, K. y Sweat, M. (2015). Increasing HIV serostatus disclosure in low-and middle-income countries: a systematic review of intervention evaluations. *AIDS (London, England)*, 29(Suppl 1), S7.
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*, Third Edition. New York: Guilford Press. *Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154
- Kumar, N., Unnikrishnan, B., Thapar, R., Mithra, P., Kulkarni, V., Holla, R., Bhagawan, D. y Kumar, A. (2017). Stigmatization and discrimination toward people living with HIV/AIDS in a coastal city of South India. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 16(3), 226-232.
- Li, Z., y Sheng, Y. (2014). Investigation of perceived stigma among people living with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Henan province, China. *International journal of nursing sciences*, 1(4), 385-388.
- Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- López, L., Romero, S., Parra, D. y Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1).
- Lugon, G. y Vizcarra, F. (2018). Factores asociados a la comunicación del diagnóstico de infección por VIH realizada por el paciente en un hospital público de referencia de

- Lima Metropolitana. (Tesis de bachiller). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Macià, D. y Méndez, F. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones (pp. 217-245).
- McCoy, K., Higgins, M., Zuñiga, J. y Holstad, M. (2015). Age, stigma, adherence and clinical indicators in HIV-infected women. *HIV/AIDS research and treatment: open journal*, 2015(SE3), S1.
- McLaughlin, M. (2017). Community-based accompaniment with supervised antiretrovirals for hiv-positive adults in Peru: a cluster-randomized trial. Doctoral dissertation, Harvard Medical School. *AIDS and Behavior*, 22(1), 287-296.
- Mi, T., Li, X., Zhou, G., Qiao, S., Shen, Z., y Zhou, Y. (2019). HIV Disclosure to Family Members and Medication Adherence: Role of Social Support and Self-efficacy. *AIDS and Behavior*, 1-10.
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA].
2007 Presentan campaña “Una imagen contra el estigma y discriminación por VIH/SIDA” [Nota de prensa]. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/40169-presentan-campana-una-imagen-contra-el-estigma-y-discriminacion-por-vih-sida>
- 2015 “Plan Multisectorial de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA, 2015-2019”. Documento técnico. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SUPREM_O_035-2015-SA.pdf

2017 “En el Perú cerca de 16,250 personas viven con VIH sin saberlo”. Sala de Prensa. Lima: Ministerio de Salud.

2018 “Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad TARGA voluntario, confidencial, gratuito y está a tu alcance”. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/tuprevihenes/targa.html>

“Situación del VIH/SIDA en el Perú”. Reunión técnica de hospitales, Institutos de GERESAS/DIRESAS/DIRIS del norte del país. DIGEMID. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>

Muñoz, R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios*, 15(36), 311-341. <https://dx.doi.org/10.29092/uacm.v15i36.612>

No Tengo Miedo (NTM). (2016). Nuestra Voz Persiste: Diagnóstico de la situación de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer en el Perú. (p.266). Lima: Tránsito - Vías de Comunicación Escénica.

ONUSIDA.

2018 “País: Perú. Visión general”. ONUSIDA. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>

Organización Mundial de la Salud [OMS].

2004 Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270&lang=en

2015 “Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021”. Versión abreviada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 5 de marzo. Recuperado de http://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1

2017 “Las 10 principales causas de defunción”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 5 de marzo. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

2018 “Temas de salud: VIH/SIDA”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

“Temas de salud: Enfermedades infecciosas” Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/

2020 “VIH/SIDA: Datos y cifras”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Julio, 2020. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Ogden, J. (2007). Health psychology: A textbook. McGraw-Hill Education: UK.

Ortiz-Hernández, L. (2004). La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y cultura*, (22), 161-182.

- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Phelan, J., Lucas, J., Ridgeway, C. y Taylor, C. (2014). Stigma, status, and population health. *Social science & medicine*, 103, 15-23.
- 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.
<https://doi.org/10.1007/s10461-016-1439-1>
- Rintamaki, L., Kosenko, K., Hogan, T., Scott, A., Dobmeier, C., Tingue, E. y Peek, D. (2019). The role of stigma management in HIV treatment adherence. *International journal of environmental research and public health*, 16(24), 5003.
- Reif, S., Wilson, E. y McAllaster, C. (2018). Perceptions and Impact of HIV Stigma among High Risk Populations in the US Deep South. *J HIV AIDS*, 4(2).
- Remor E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema* 2002;14(3):262- 267.
- Rivas, J. (2008). Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Rivera, M., Varas, N., Reyes, M., Suro, B., y Coriano, D. (2012). Factores socio-estructurales y el estigma hacia el VIH/SIDA: experiencias de puertorriqueños/as con VIH/SIDA al acceder servicios de salud. *Salud y Sociedad*, 3(2), 180.
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C., Shi, Q., Morassaei, S. y Rourke, S. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. McGraw-Hill.
- Saylor, D., Dickens, A., Sacktor, N., Haughey, N., Slusher, B., Pletnikov, M., Mankowski, J., Brown, A., Volsky, D. y McArthur, J. (2016). HIV-associated neurocognitive disorder--pathogenesis and prospects for treatment. *Nature reviews. Neurology*, 12(4), 234–248. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.27>
- Semvua, S., Orrell, C., Mmbaga, B., Semvua, H., Bartlett, J. y Boulle, A. (2017). Predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in northern Tanzania. *PloS one*, 12(12), e0189460.
- Silva, A., Reis, R., Nogueira, J. y Gir, E. (2014). Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 994-1000.
- Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L., Holland, C. y Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18734.
- Stangl, A., Earnshaw, V., Logie, C., van Brakel, W., Simbayi, L., Barré, I., y Dovidio, J. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting

- framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Stringer, K., Turan, B., McCormick, L., Durojaiye, M., Nyblade, L., Kempf, M., Lichtstein, B. y Turan, J. (2016). HIV-related stigma among healthcare providers in the deep south. *AIDS and Behavior*, 20(1), 115-125.
- Sweeney, S. (2016). Understanding mediators of the relationship between HIV-related stigma and medication adherence among people living with HIV (HIV) (Doctoral dissertation, Syracuse University).
- Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C., García, E. y Faus, M. (2008). Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharmaceutica*.
- Teran, C. (2016). Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. PAHO eHEALTH.
- Tran, B., Nguyen, L., Nguyen, N., Hoang, Q. y Hwang, J. (2013). Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. *Global health action*, 6, 19570. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19570>
- Turan, B., Hatcher, A., Weiser, S., Johnson, M., Rice, W. y Turan, J. (2017). Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *American Journal of Public Health*, 107(6), 863-869.
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P., Browning, W., Raper, J., Mugavero, M. y Turan, J. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived

- Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- Valenzuela, C., Ugarte-Gil, 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 and behavior*, 19(2), 235-245.
- Valle A, Treviño A., Zambrano F., Urriola K., Sánchez L. y Elizondo J. (2015) Perceived HIV-associated stigma among HIV-seropositive men: psychometric study of HIV stigma scale. *Front. Public Health* 3:171. doi: 10.3389/fpubh.2015.00171
- Watkins, C. y Treisman, G. (2015). Cognitive impairment in patients with AIDS - prevalence and severity. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 7, 35–47. <https://doi.org/10.2147/HIV.S39665>
- Wolitski, R., Pals, S., Kidder, D., Courtenay, C. y Holtgrave, D. (2009). The effects of HIV stigma on health, disclosure of HIV status, and risk behavior of homeless and unstably housed persons living with HIV. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1222-1232. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9455-4>
- Zafra, J. (2015). Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de mayo: Lima, Perú.

Apéndice A

Consentimiento informado

N° _____

Los datos obtenidos serán utilizados para el proyecto de investigación realizada por la alumna Gabriela Alvarez, estudiante de psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El presente consentimiento tiene el propósito de pedirle que por favor llene dos cuestionarios que le tomará entre 25 y 30 minutos.

El objetivo de esta investigación es conocer la adhesión al tratamiento la visión que tiene de sí mismo y de los demás con respecto a su condición de paciente seropositivo.

Su participación será **voluntaria**. La información que se recoja será estrictamente **anónima** y **confidencial** y no podrá ser utilizada para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al estudio, es libre de formular las preguntas que considere pertinentes.

Además, puede **finalizar su participación en cualquier momento** del estudio sin que esto represente algún perjuicio hacia su persona. Si se sintiera incómodo frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder de ser el caso.

Muchas gracias por su participación y su tiempo.

Yo doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que es enteramente voluntario.

He recibido información en forma verbal y escrita sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con los términos previamente señalados y entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Firma del participante

Firma de la investigadora

Apéndice B
Ficha sociodemográfica

N° _____

1. Edad: _____
2. Grado de escolaridad
 - Primaria incompleta Primaria completa
 - Secundaria incompleta Secundaria completa
 - Técnica incompleta Técnica completa
 - Superior incompleta Superior completa
3. Estado civil
 - Soltero Separado/Divorciado
 - Casado/Conviviente Viudo
4. Orientación sexual:
 - Homosexual
 - Bisexual
 - Heterosexual
 - Otro: _____
5. ¿Ha vivido en el Hogar San Camilo?:
 - Sí
 - No
6. ¿En qué etapa del diagnóstico se encuentra?
 - VIH
 - SIDA
7. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con VIH? (meses, años): _____
8. ¿Hace cuánto se encuentra recibiendo el TARGA? (meses, años): _____

Apéndice C

Características de los participantes

		f	%		
Grado de escolaridad	Primaria completa	5	7.25		
	Secundaria incompleta	5	7.25		
	Secundaria completa	36	52.17		
	Técnica incompleta	1	1.45		
	Técnica completa	2	2.90		
	Superior incompleta	3	4.35		
	Superior completa	17	24.64		
Estado civil	Soltero	41	59.42		
	Separado/Divorciado	2	2.90		
	Casado/Conviviente	23	33.33		
	Viudo	3	4.35		
Orientación sexual	Homosexual	17	25		
	Heterosexual	42	61.76		
	Bisexual y otros	9	13.24		
Edad	Mínimo	19			
	Máximo	76			
	<i>M</i>	40.21		<i>DE</i>	12.01
	<i>M</i>			<i>DE</i>	
Tiempo de diagnóstico VIH (años)		6.77		5.04	
Tiempo en TARGA (años)		5.75		4.78	

N=70

Apéndice D

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida del HIV Stigma Scale abreviado

Área	Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa si se elimina el elemento
Estigma ejecutado $\alpha=.83$	EST 13	0.37	0.77
	EST 18	0.51	0.76
	EST 19	0.53	0.75
	EST 20	0.53	0.75
	EST 21	0.59	0.75
Auto-imagen negativa $\alpha=.44$	EST 1	0.00	0.78
	EST 4	0.42	0.77
	EST 7	0.44	0.76
	EST 8	0.20	0.78
	EST 10	0.36	0.77
	EST 16	0.25	0.78
Preocupaciones de revelación $\alpha=.51$	EST 2	0.11	0.78
	EST 3	0.15	0.78
	EST 12	-0.07	0.79
	EST 15	0.51	0.76
	EST 17	0.43	0.76
Preocupación sobre actitudes de los otros $\alpha=.66$	EST 5	0.34	0.77
	EST 6	0.34	0.77
	EST 9	0.24	0.77
	EST 11	0.15	0.78
	EST 14	0.38	0.77

Apéndice E

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem test corregida del CEAT-VIH

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa si se elimina el elemento
CEAT 1	0.38	0.44
CEAT 2	0.40	0.43
CEAT 3	0.38	0.44
CEAT 4	0.46	0.46
CEAT 6	0.24	0.48
CEAT 7	-0.43	0.62
CEAT 8	0.04	0.51
CEAT 9	0.00	0.51
CEAT 10	-0.21	0.54
CEAT 11	-0.04	0.51
CEAT 12	0.07	0.50
CEAT 13	0.31	0.46
CEAT 14	0.20	0.47
CEAT 15	0.39	0.41
CEAT 16	0.18	0.47
CEAT 17	0.42	0.41
CEAT 18	0.31	0.45
CEAT 19	0.43	0.44
CEAT 20	0.20	0.48

Apéndice F

Respuestas por ítem del HIV Stigma Scale abreviado

	Casi nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre
1. Me siento culpable porque tengo VIH	38.6	4.3	35.7	21.4
2. Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso	10.1	1.4	31.9	56.5
3. Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH	21.4	4.3	11.4	62.9
4. Me siento que no soy tan bueno/a que otros porque tengo VIH	89.7	5.9	0	4.4
5. Se trata a la gente con VIH como rechazados	15.7	0	51.4	32.9
6. La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia	25.7	5.7	52.9	15.7
7. Tener VIH me hace sentir que no estoy limpio/a	82.6	2.9	10.1	4.3
8. Me siento aparte, aislado del resto del mundo	79.7	8.7	11.6	0
9. La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa	28.6	5.7	57.1	8.6
10. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona	92.9	1.4	4.3	1.4
11. La mayoría de personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran que tienen VIH	4.3	5.7	52.9	37.1
12. Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH	2.9	1.4	5.7	90
13. Algunas personas que saben se han alejado	80.9	5.9	10.3	2.9
14. La mayoría de gente se incomoda con personas con VIH	7.1	8.6	64.3	20
15. Me preocupo que personas me juzguen cuando se enteran	27.5	4.3	33.3	34.8
16. Tener VIH en mi cuerpo me disgusta	36.8	1.5	45.6	16.2
17. Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH les digan a otros	37.1	4.3	18.6	40
18. Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas	71	5.8	14.5	8.7
19. Por lo general, decírselo a otros ha sido un error	71	1.4	13	14.5
20. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH	62.9	10	15.7	11.4
21. Las personas parecen tener miedo de mi porque tengo VIH	67.1	7.1	12.9	12.9

Apéndice G

Respuestas por ítem del CEAT -VIH

	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	0	0	7.1	28.6	64.3
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?	1.4	0	1.4	14.3	82.9
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?	1.4	0	0	20	78.6
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?	0	0	0	10	90
6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	Mala 0	Algo mala 0	Regular 0	Mejorable 2.9	Buena 97.1
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	Nada 77.1	Poco 8.6	Regular 7.1	Bastante 4.3	Mucho 2.9
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	2.9	11.8	20.6	61.8	2.9
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	2.9	2.9	8.7	75.4	10.1
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1.4	1.4	1.4	82.9	12.9
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1.4	0	0	77.1	21.4
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?	Nunca 0	Alguna vez 8.6	Aproximadamente la mitad de las veces 0	Bastantes veces 15.7	Siempre 75.7
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	0	1.4	1.4	8.6	88.6
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho 2.9	Insatisfecho 0	Indiferente 4.3	Satisfecho 82.9	Muy satisfecho 10
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos 2.9	Intensos 15.9	Medianamente intensos 10.1	Poco intensos 47.8	Nada intensos 23.2
16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?	Mucho tiempo 1.4	Bastante tiempo 2.9	Regular 5.8	Poco tiempo 43.5	Nada de tiempo 46.4
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus medicinas?	Nada cumplidor 0	Poco cumplidor 7.1	Regular 14.3	Bastante 51.4	Muy cumplidor 27.1
18. ¿Qué dificultad percibe al tomar su medicación?	Mucha dificultad 0	Bastante dificultad 1.4	Regular 7.1	Poca dificultad 11.4	Nada de dificultad 80
19. Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo/más de uno?		Sí 32.9		No 67.1	
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?		15.7		84.3	