

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del  
programa tratamiento antirretroviral de Cercado de Lima

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR**

César Jesús De Los Santos Villalobos

**ASESORA**

Caroline Gabriela Marín Cipriano

Lima, Perú

2021

## METADATOS COMPLEMENTARIOS

### Datos del autor

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

### Datos del asesor

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (obligatorio)	

### Datos del Jurado

#### Datos del presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Datos del segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Datos del tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

**Datos de la obra**

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma (Normal ISO 639-3)	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

\*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesoro).

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD****PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA  
SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA****ACTA N° 140-2023**

En la ciudad de Lima, a los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés, siendo las 12:50 horas, el Bachiller César Jesús De Los Santos Villalobos sustenta su tesis denominada "**Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa tratamiento antirretroviral de Cercado de Lima**" para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- |                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1.- Prof. Rafael del Busto Bretonche | APROBADO: BUENO     |
| 2.- Prof. Victoria Sandoval Medina   | APROBADO: MUY BUENO |
| 3.- Prof. Joaquín Angulo Salas       | APROBADO: MUY BUENO |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Caroline Gabriela Marín Cipriano

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 13:40 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

**APROBADO: MUY BUENO**

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretonche  
Presidente



Prof. Victoria Sandoval Medina



Prof. Joaquín Angulo Salas



Prof. Caroline Gabriela Marín Cipriano

Lima, 22 de diciembre del 2023

**Anexo 2**

**CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO**

Lima, 08 de febrero del 2024

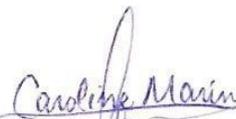
Señor(a),  
Yordanis Enriquez  
Jefe del Departamento de Investigación  
Facultad de Ciencias de la Salud / Escuela de Psicología UCSS

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: “Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa tratamiento antirretroviral de Cercado de Lima”, presentado por César Jesús De Los Santos Villalobos con código de estudiante 2013100456 y DNI 44647298 para optar el título profesional de Licenciado ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 10%.\*** Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



---

Firma del Asesor (a)  
DNI N°: 47207503  
ORCID: 0000-0001-7299-9915  
Facultad de Ciencias de la Salud

\* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

“Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa Tratamiento Antirretroviral de Cercado de Lima”

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe relación significativa entre estigma y calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa de terapia antirretroviral (TARV) del Hogar San Camilo del Cercado de Lima. **Materiales y métodos:** El estudio fue de alcance correlacional de diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 132 pacientes del programa TARV, el muestreo es no probabilístico (por conveniencia). Las variables principales son estigma y calidad de vida; también, se incluyen las variables sociodemográficas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico STATA 15 con las pruebas Chi-cuadrado y ANOVA. **Resultados:** Se encontró relación significativa entre estigma y calidad de vida general ( $p = 0.001$ ), en donde se apreció que los participantes que presentaron un nivel medio de calidad de vida general tenían un estigma moderado 42.72%. Además, se halló relación entre la dimensión relaciones sociales y estigma ( $p = 0.002$ ), los evaluados que presentaron un nivel medio de relaciones sociales muestran un estigma moderado 40.91%. Se halló también relación entre la dimensión ambiente y estigma ( $p = 0.001$ ), los encuestados que presentaron un nivel medio en la dimensión ambiente muestran un estigma moderado 43.01%. **Conclusión:** Se evidenció relación entre un estigma moderado y un nivel medio de calidad de vida en pacientes del programa TARV, es decir, los encuestados están trabajando el estigma asociado al diagnóstico para en el futuro presentar un nivel bajo o erradicarlo, además para obtener un alto nivel en la calidad de vida, el centro trabaja diferentes programas para tratar cada una de las dimensiones y etapas de la vida del paciente, esto siempre es aplicado en el Hogar San Camilo.

**Palabras claves:** Estigma, Calidad de Vida, Pacientes con diagnóstico del VIH (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if there is a significant relationship between stigma and quality of life in people with a diagnosis of HIV in the antiretroviral therapy (ART) program of the Hogar San Camilo from Cercado de Lima. **Materials and methods:** The study was correlational in scope with a cross-sectional design. The sample consisted of 132 patients from the ART program, the sampling is non-probabilistic (for convenience). The main variables are stigma and quality of life; also, sociodemographic variables are included. For data analysis, the statistical package STATA 15 with Chi-square and ANOVA tests was used. **Results:** A significant relationship was found between stigma and general quality of life ( $p = 0.001$ ), where it was observed that the participants who presented a medium level of general quality of life had a moderate stigma of 42.72%. In addition, a relationship was found between the social relationships and stigma dimension ( $p = 0.002$ ), those evaluated who presented a medium level of social relationships show a moderate stigma of 40.91%. A relationship was also found between the environment dimension and stigma ( $p = 0.001$ ), the respondents who presented a medium level in the environment dimension show a moderate stigma of 43.01%. **Conclusion:** There was evidence of a relationship between a moderate stigma and a medium level of quality of life in patients in the ART program, that is, the respondents are working on the stigma associated with the diagnosis in order to present a low level or eradicate it in the future, in addition to obtaining a high level of quality of life, the center works different programs to treat each of the dimensions and stages of the patient's life, this is always applied in the Hogar San Camilo.

**Keywords:** Stigma, Quality of Life, Patients diagnosed with HIV (Source: DeCS).

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iv
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	8
1.1.Situación problemática	8
1.2.Formulación del problema	9
1.3.Justificación de la investigación	9
1.4.Objetivos de la investigación	10
1.4.1.Objetivo general	10
1.4.2.Objetivos específicos	10
1.5.Hipótesis	10
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	12
2.1.Antecedentes de la investigación	12
2.2.Bases teóricas	14
<b>CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS</b>	21
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	21
3.2.Población y muestra	21
3.2.1.Tamaño de la muestra	21
3.2.2.Selección del muestreo	22
3.2.3.Criterios de inclusión y exclusión	22
3.3.Variables	22
3.3.1.Definición conceptual y operacionalización de variables	22
3.4.Plan de recolección de datos e instrumentos	26
3.5.Plan de análisis e interpretación de la información	28
3.6.Ventajas y limitaciones	29
3.7.Aspectos éticos	29
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	30
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	39
5.1.Discusión	39
5.2.Conclusión	41
5.3.Recomendación	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	42

## **ANEXOS**

<b>Anexo 1:</b> Matriz de Operacionalización de la variable Estigma	23
<b>Anexo 2:</b> Matriz de Operacionalización de la variable calidad de vida	24
<b>Anexo 3:</b> Matriz de Variables	26
<b>Anexo 4:</b> Escala de Berger para Estigma relacionado a VIH	48
<b>Anexo 5:</b> Cuestionario de salud WHOQOL BREF 26	49
<b>Anexo 6:</b> Ficha de registro de datos sociodemográficos	52
<b>Anexo 7:</b> Consentimiento Informado	53
<b>Anexo 8:</b> Matriz de consistencia de la investigación	54

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1:</b>	Descripción de las variables secundarias	30
<b>Tabla N° 2:</b>	Descripción de las variables principales	30
<b>Tabla N° 3:</b>	Relación entre estigma y calidad de vida	32
<b>Tabla N° 4:</b>	Relación entre estigma y las variables sociodemográficas	33
<b>Tabla N° 5:</b>	Relación entre calidad de vida general y las variables sociodemográficas	34
<b>Tabla N° 6:</b>	Relación entre las dimensiones de salud física y psicológica con las variables sociodemográficas	35
<b>Tabla N° 7:</b>	Relación entre las dimensiones relaciones sociales y el ambiente con las variables sociodemográficas	37

## INTRODUCCIÓN

En los últimos veinticinco años del siglo XX, el VIH/SIDA generó un aumento de varios casos en países de África, Europa, Asia, Oceanía y los Estados Unidos de América. En mayo de 1983, dos científicos del Instituto Pasteur en Francia, Luc Montagnier y Françoise Barré Sinoussi, informaron acerca del hallazgo de un virus que se asociaba a la linfadenopatía (LAV) que se pensaba era el origen del SIDA: el virus, más tarde, se conocerá como VIH (Barré Sinoussi et al., 1983). En el Perú, desde que se reportó el primer caso de VIH hasta el 30 de septiembre del 2021, se han reportado 4014 casos de infección por VIH, de los cuales 438 se encuentran en fase SIDA, según la Dirección General de Epidemiología (DGE, 2022).

El estigma asociado al diagnóstico del VIH es un “proceso de desvalorización” de las personas que viven con esa enfermedad, la discriminación hacia estas personas es el trato injusto y desleal por ser un paciente seropositivo (ONUSIDA, 2002).

En la comunidad científica se halla disparidad para definir calidad de vida, este concepto es medido de diversas maneras. Por un lado, unos investigadores la entienden como calidad en las condiciones de vida de una persona, otros expertos refieren que es la satisfacción que experimenta la persona y otro grupo menciona que es la combinación de lo antes mencionado, es decir, son las condiciones de vida y la satisfacción que la persona experimenta. Se ha fijado una característica más amplia para calidad de vida relacionada con la salud, esta permite plantear multidimensionalmente la impresión del sujeto frente a su salud física, psicológica, relaciones sociales, y el ambiente. (Cardona y Agudelo, 2005).

El presente trabajo es importante debido a que en el Perú no existen muchas investigaciones que relacionen estas variables, menos aún en esta población que es dirigida por una organización religiosa cuyo trabajo está dedicado específicamente a personas con VIH.

Por lo mencionado, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre estigma y calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa Tratamiento Antirretroviral de Cercado de Lima. Esta investigación busca información relevante que aporte al conocimiento del tema, ya que muy poco se sabe aún sobre la relación entre estigma y calidad de vida en pacientes de estos programas en Perú.

Finalmente, el presente trabajo está estructurado en cinco capítulos. En el capítulo I, se encuentra el planteamiento del problema y la justificación de la investigación. El capítulo II presenta el marco teórico, aquí se describen los antecedentes nacionales e internacionales, las bases teóricas y la descripción de las variables principales de este estudio. Luego, en el capítulo III, se muestra el tipo y diseño de investigación, la población y la muestra tomada, además los criterios de inclusión y exclusión, el plan de recolección de datos con instrumentos validados en Perú, así mismo presenta el plan de análisis estadístico, las ventajas, limitaciones y los aspectos éticos. Después, en el capítulo IV, se muestran los resultados hallados. Por último, en el capítulo V, se encuentra la discusión que se desprenden de los resultados obtenidos, que nos permite realizar conclusiones y formular recomendaciones.

## CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Situación problemática

La epidemia del VIH ha sido por muchos años un problema de salud pública (Palacio, 2011), las estadísticas muestran que 28,2 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral al cierre de junio de 2021, también 37,7 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, en 2020. (ONUSIDA 2022)

El Tratamiento antirretroviral (TARV), es la combinación de medicamentos que impide que el virus se replique, lo que reduce la carga viral, de esta manera las personas seropositivas se mantienen sanas y evita la transmisión del virus (INFOSIDA 2022)

Nuestra población de estudio se encuentra en Lima. Según el último reporte de la DIGEMID, Lima y Callao reúnen el 70% de los casos a nivel nacional (DIGEMID, 2018).

Desde la perspectiva de Goffman, entendemos por estigma, que es una señal o marca que tiene la propiedad de ser deshonoroso y desacreditador, que lleva a quien lo posee a convertirse en una persona “manchada” (Goffman, 1963). Las personas con VIH/SIDA son estigmatizadas, es decir viven un desarrollo continuo de desvalorización por poseer la enfermedad o tener una asociación con ella (Berger, Ferrans y Lashley, 2001).

Además, en una investigación, Sayles et al. (2009) encontraron una relación significativa entre estigma y calidad de vida, concluye que los altos niveles de estigma tienden a tener efectos negativos en la calidad de vida de la persona.

También, Aristegui y Vázquez (2013) han observado que las personas estigmatizadas por portar el VIH presentan una salud negativa en la calidad de vida. Ambos autores infieren que niveles altos de estigma presentan una relación significativa con una salud física deteriorada, menores niveles de apoyo social y bajos niveles de salud mental.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como la impresión personal de la vida dentro de un contexto cultural y de valores en el cual se desenvuelve, el individuo tiene objetivos y normas que definen este concepto individual. La definición que presenta la OMS incluye el ámbito físico, psicológico, social y ambiental (Cardona, Estrada, Agudelo, 2006).

Por lo mencionado anteriormente, se formuló el siguiente problema general: cuál es la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa terapia antirretroviral. Por otro lado, el objetivo es determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa terapia antirretroviral. Los instrumentos que se aplicarán fueron la Escala de Berger para medir estigma y el cuestionario WHOQOL-BREF 26 para medir calidad de vida. Finalmente, la población de estudio son las personas con VIH del programa terapia antirretroviral del Hogar San Camilo.

## 1.2. Formulación del problema

- Problema general

¿Cuál es la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa Terapia Antirretroviral (TARV) de Cercado de Lima?

- Problema específico

¿Cuál es el nivel de estigma que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima?

¿Cuál es la relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima?

¿Cuál es la relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima?

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima?

## 1.3. Justificación de la investigación

El paciente con diagnóstico de VIH no solo es afectado en el área económica y familiar, sino sobre todo lo afecta un problema psicosocial que tiene como consecuencia la discriminación, prejuicio y violencia, entre otros (Bermudes et al, 2015).

La variable estigma sí ha sido considerada para el avance y tratamiento del paciente. Las investigaciones previas muestran que la relación de las variables aquí presentadas influyen de manera oportuna en el tratamiento de algunas enfermedades. Estas variables mantienen el factor de riesgo y vulnerabilidad sobre estos pacientes. Estudiar la relación de estas variables en este programa TARV, ayudará en la prevención y promoción de la salud pública para lograr mejoras en esta población.

A nivel práctico, este estudio contribuirá, a partir de los resultados obtenidos, a proponer, modificar o intervenir mediante programas preventivos en el tratamiento de pacientes con VIH. Quienes se beneficiarán con los resultados son los psicólogos, médicos, enfermeros y pacientes.

Desde la perspectiva teórica, el ahondar en el conocimiento científico sobre estas variables de estudio es valioso, ya que en el Perú las variables estigma y calidad de vida en pacientes con VIH del programa TARV no ha trascendido en estudios para su mayor conocimiento. Por ello, es conveniente realizar una contribución teórica que logre una mayor concepción de estas variables. Este aporte servirá de base para futuras investigaciones y de esta manera se incrementará el entendimiento de las variables del presente estudio y de esta población en particular.

Esta investigación es útil debido a que presenta como metodología la aplicación de instrumentos adaptados y validados en Perú en contexto y población similar a la de este

estudio. Este estudio es relevante debido a que la estigmatización posiblemente no permite la adhesión al tratamiento y disminuye la calidad de vida del individuo; por ende, su tratamiento y estabilidad se verán afectados. Además, en los últimos años no se han realizado estudios nacionales relacionando estas variables y en este programa. Por último, este trabajo considerará variables sociodemográficas características de esta población.

#### 1.4. Objetivos de la investigación

##### 1.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa Terapia Antirretroviral (TARV) de Cercado de Lima.

##### 1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de estigma que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.
- Identificar el nivel de calidad de vida general que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.
- Determinar la relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.
- Determinar la relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.
- Determinar la relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

#### 1.5. Hipótesis

- Hipótesis General:

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre el estigma y la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

**Ho:** No existe relación estadísticamente significativa entre el estigma y la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

- Hipótesis Específica:

**Hi:** Existe relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

**Ho:** No existe relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en

personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

**Hi:** Existe relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

**Ho:** No existe relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

**Hi:** Existe relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

**Ho:** No existe relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### A nivel internacional:

Los investigadores Quinn et al. (2017) desarrollaron un trabajo cuyo fin era señalar si existe relación entre la variable estigma y las variables adherencia al tratamiento, carga viral y angustia psicológica. El diseño fue correlacional de corte transversal. La muestra se conformó por 92 varones jóvenes afroamericanos seropositivos en Estados Unidos de América, que oscilan entre los 18 a 29 años, la edad promedio es 23,9. Más del 90% de los participantes tenían un certificado de escuela secundaria y dos tercios trabajaban a tiempo completo o parcial. Los instrumentos que utilizaron fueron la escala de Berger y el inventario Breve de Síntomas (BSI-18). Los resultados muestran que existe correlación entre niveles altos de estigma y carga viral elevada ( $O = 0.96$ ; IC del 95% =  $0.91-1.00$ ;  $p = 0.07$ ), del mismo modo, se halló correlación entre carga viral elevada y la dimensión de estigma internalizado ( $O = 0.50$ ; IC del 95% =  $0.25-1.02$ ;  $p = 0.05$ ). También existe correlación entre las dimensiones angustia psicológica y autoimagen negativa ( $O = 2.95$ ; IC del 95% =  $1.20-7.26$ ;  $p = 0.02$ ). Asimismo, existe relación entre niveles altos de angustia psicológica y la dimensión preocupaciones hacia las actitudes públicas ( $O = 5.02$ ; IC del 95% =  $1,54-16,34$ ;  $p = 0.007$ ). El estudio concluyó que el estigma asociado al VIH contribuye a los problemas de adherencia al tratamiento y por ende a niveles altos de carga viral en el paciente.

También, Picco et al. (2016) elaboraron una investigación que tuvo como objetivo analizar si existe asociación entre estigma, calidad de vida, funciones generales de la persona, esperanza y autoestima, en un grupo multiétnico. El diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal. La muestra se constituyó por 280 personas adultas en edades de 21 a 65 años pertenecientes a la etnia china, malaya o india, que llevan tratamiento en clínicas ambulatorias y afiliadas del único hospital de atención psiquiátrica terciaria en Singapur, el Instituto de Salud Mental (IMH), con diagnóstico clínico de más de un año de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, depresión, ansiedad o TOC. Los instrumentos utilizados fueron la escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) esta prueba mide el estigma internalizado, la escala Global Assessment of Functioning (GAF) que describe el nivel de funcionamiento general del individuo, el Cuestionario WHOQOL-BREF-26 que evalúa la calidad de vida en dimensiones y de manera general, la Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) y la Escala Dispositional Hope (DHS). Los resultados presentan que el 43.6% posee de moderados a elevados niveles de estigma; asimismo, se relacionan con el bajo nivel de calidad de vida en la dimensión salud psicológica ( $O = 0.964$ ; IC del 95% =  $0.937-0.992$ ;  $p = 0.013$ ), relaciones sociales ( $O = 0.981$ ; IC del 95% =  $0.963-1.000$ ;  $p = 0.044$ ), y ambiente ( $O = 0.969$ ; IC del 95% =  $0.943-0.995$ ;  $p = 0.020$ ) excepto por la dimensión salud física ( $O = 1.005$ ; IC del 95% =  $0.974-1.036$ ;  $p = 0.755$ ). Además, se halló relación entre niveles pobres de funcionamiento y la autoestima GAF ( $O = 0.959$ ; IC del 95% =  $0.94-0.979$ ;  $p < 0.001$ ), RSES ( $O = 0.84$ ; IC del 95% =  $0.789-0.894$ ;  $p < 0.001$ ), pero no con los niveles de esperanza ( $O = 0.991$ ; IC del 95% =  $0.968-1.014$ ;  $p = 0.443$ ). El estudio concluye que una baja calidad de vida se asocian a un mayor estigma internalizado en la población estudiada.

Por último, Leone y Lara (2014) realizaron una investigación en Barquisimeto (Venezuela), con el objetivo de analizar si existe relación entre estigma, calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA. Fue un diseño no experimental, transeccional correlacional/causal. La muestra se constituyó por 104 pacientes con una edad que oscila entre los 35 a 72 años, de los cuales 38 eran del sexo femenino y 66 del sexo masculino, todos con el diagnóstico del VIH/SIDA que reciben terapia

antirretroviral. Los instrumentos que se aplicaron son los siguientes, la Escala de Estigma Sentido, el Cuestionario de Salud SF-36 (versión española) y el instrumento para medir variables psicológicas con comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24) (Piña López et al, 2006). Los resultados revelan una correlación negativa entre estigma sentido (51,4%) y calidad de vida (65,4%) ( $r = -0,46$ ), también existe una correlación negativa en adherencia al tratamiento el 63,2% de la muestra ( $r = -0,25$ ), por otra parte existe una correlación moderada entre adhesión al tratamiento y calidad de vida ( $r = 0,46$ ), este estudio concluye que existe relación significativa entre altos niveles de estigma y una baja calidad de vida.

#### **A nivel nacional:**

Los médicos Zafra y Ticona (2016) realizaron un estudio en el Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima-Perú, el objetivo fue analizar si existe asociación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) y los niveles de estigma relacionados al VIH/SIDA en pacientes de un hospital público de Lima en Perú. En el diseño se realizó un estudio observacional transversal analítico. La muestra estuvo conformada por sujetos de 18 años en adelante, que cuenten con seis meses como mínimo asistiendo al programa TARV al momento de ser ejecutado este estudio. Se exceptuaron a pacientes con insuficiencia mental o física para la resolución de los cuestionarios, también excluyeron a las personas que no ofrecieron su consentimiento informado, el tamaño de la muestra de estudio fue de 312 personas. En cuanto a los instrumentos se brindó una encuesta que debía desarrollarla el paciente, estas preguntas presentan tres secciones, la primera sección detalla las variables sociodemográficas, la segunda sección concierne a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) aquí se usó el test Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ), y la tercera sección mide el nivel de estigma relacionado al VIH/SIDA, por medio de la escala de Berger, que anticipadamente fue validada en Perú. El estudio concluye que los pacientes que no se adhieren al tratamiento antirretroviral presentan un alto nivel de estigma relacionado al VIH/SIDA con disimilitud acorde al sexo. La investigación sugiere una intervención que reduzca específicamente la divulgación de la enfermedad en las mujeres y también las actitudes públicas en los varones.

Por otra parte, Valenzuela et al. (2015) llevaron a cabo una investigación acerca del estigma relacionado al VIH como obstáculo para la atención en un hospital del estado en Lima-Perú. Esta investigación tuvo por objeto indagar si existe relación entre el estigma asociado al VIH y la privación en la atención a los pacientes seropositivos. El diseño del estudio fue correlacional de corte transversal. La muestra correspondió a 176 sujetos con diagnóstico del VIH del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Para medir el nivel de estigma relacionado al VIH se utilizó la escala de Berger. La investigación dio como resultado la existencia de correlación entre la baja atención y el estigma ( $p= 0,006$ ), los puntajes altos en la dimensión de preocupaciones de divulgación ( $p= 0,049$ ) y actitudes públicas ( $p= 0,008$ ). Asimismo, se halló puntajes bajos en el estigma promulgado ( $p= <0,001$ ) y autoimagen negativa ( $p= 0,007$ ) relacionado a la baja atención. El estudio infiere con demostraciones preocupantes un alto nivel de estigma que se asocia con una carente atención en estos pacientes.

Finalmente, Rivas y Cavero (2013) desarrollaron un estudio que tuvo por objeto analizar si existe relación entre adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico del VIH, la presente investigación se realizó en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM). El diseño del estudio fue transversal descriptivo con un muestreo probabilístico consecutivo. La muestra estuvo conformada por 80 personas y se obtuvo por medio de epidat versión 3.1, con nivel de confianza de 95%, precisión de 5% y prevalencia esperada de 50%. Se utilizaron los siguientes test, la escala Medical Outcomes Study HIV Health survey (MOS-HIV) para calidad de vida

en pacientes infectados por el VIH y el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) para medir la adhesión a la terapia. En los resultados se halló una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 +/- 10,6 años; 30 (37%) fueron mujeres y 50 (63%) fueron hombres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, mientras el 36 (45%) secundaria completa y el 30 (38%) solo primaria. La adherencia a la terapia antirretroviral fue estricta en 30% y deficiente en 25%; la calidad de vida preponderantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre calidad de vida física y mental y adherencia a la terapia antirretroviral: p: 0,03 y 0,04, respectivamente con IC95%. El estudio infiere que se halla relación entre adhesión a la terapia antirretroviral y la calidad de vida en pacientes con el diagnóstico del VIH, con predominio en el grado de adhesión adecuada y buena calidad de vida respecto a su dimensión física como mental.

## **2.2. Bases teóricas**

### **Revisión Histórica del Estigma**

Los investigadores, Marichal y Quiles (2000) señalan que la estigmatización como se entiende hoy en día es una elaboración social que se ha ido gestando en el transcurso de la historia. Al revisar los sucesos históricos ubicamos problemas que representan precisamente ese estigma ya sea por credo, pensamientos, etnias, y demás. Podemos observar que se estigmatizó a los primeros seguidores del cristianismo; del mismo modo, en la Edad Media, al no entender ciertas enfermedades las personas que la padecían eran estigmatizadas, por ejemplo, la lepra era considerada un castigo de Dios para con el sujeto, incluso quien aseveraba que esto era así era una comisión canónica, los clérigos daban su veredicto y expulsaban de la comunidad al infectado para luego celebrar una misa para que su alma no se pierda y pueda ser salvada (Bourdelaís, 1989). Algo semejante, pero de manera más mesurada por parte de la Iglesia, sucedió durante la peste negra o el cáncer que al no encontrar una causa conocida, estas personas eran estigmatizadas. En la actualidad, se ve a los portadores del VIH como personas con una vida disoluta.

Castro (2005) desarrolla de manera detallada la evolución y cambios de la variable estigma a lo largo de la historia. Menciona que, en la Edad Antigua, por ejemplo, los babilonios, persas y judíos consideraban a las enfermedades mentales como posesiones demoníacas, en esa época se consideraba espíritus buenos a lo que hoy conocemos con el nombre de factor protector y espíritus malos a lo que hoy conocemos como los factores de riesgo (atributo negativo).

### **Teoría del estigma e identidad social**

El término estigma se refiere tanto a un rasgo como al resultado de ser conocido por poseer ese rasgo. Como rasgo, un estigma es un atributo o característica que es visto negativamente por la cultura o la sociedad, "especialmente cuando su efecto de desprestigio es muy extenso". Como resultado, el estigma se produce cuando los significados sociales negativos asociados al atributo desacreditador se vinculan con el individuo. Con ese vínculo, la identidad social de la persona cambia, lo que da como resultado una aceptación menos total de la persona en la interacción social, la inmersión en la identidad (en la que el rasgo se convierte en el aspecto que define a la persona, tiñendo toda la demás información sobre él o ella), y limitación de las oportunidades que de otro modo estarían disponibles (Goffman, 1963).

La naturaleza del rasgo estigmatizante puede influir en la experiencia del estigma en el individuo. Si el rasgo no es evidente de inmediato para los demás, el individuo es

"deshonroso" en lugar de desacreditado automáticamente. Esto puede hacer posible ocultar el rasgo a los demás para "pasar" como "normales". Sin embargo, incluso aquellos que ocultan con éxito su rasgo del estigma pueden sufrir en su propia percepción interna la intimidación o el complejo (Goffman, 1963).

La persona con un estigma más notorio puede evitar o retirarse de las interacciones sociales. Una red social restringida, una renuencia a entrar en nuevas situaciones sociales y/o una "ronda diaria" circunscrita, permiten al individuo evitar situaciones desconocidas o encuentros problemáticos. Las personas con un estigma evidente que les impide pasar desapercibidos pueden optar por estrategias dirigidas a la reducción de la tensión. En tales situaciones, abordar directamente la presencia de un estigma o minimizar su intrusividad puede reducir la ambigüedad y la tensión de la interacción (Goffman, 1963).

Tanto las reacciones negativas que anticipan o experimentan las personas estigmatizadas como su propia conciencia de cómo violan las normas sociales al poseer el atributo contribuyen a evaluaciones negativas de sí mismos, pérdida de autoestima, ansiedad y retraimiento social. Pero un rasgo que conlleva un estigma no necesariamente evoca una respuesta estigmatizante en cada situación, incluso para la misma persona. Mucho de lo que hace que las interacciones produzcan tanta ansiedad para una persona con estigma es la incapacidad de predecir de manera confiable cómo reaccionará o cómo se le tratará (Berger et al. 2001).

Sin embargo, en lugar de tolerar la vergüenza y las dificultades que van de la mano con la aceptación de definiciones sociales degradantes, algunas personas rechazan por completo la evaluación de su condición por parte de la sociedad (Goffman, 1963). Pueden reconocer tener el atributo estigmatizante pero repudiar los significados que se le asignan a él y a ellos mismos. Dichos "desafíos" a menudo toman la forma de activismo o esfuerzos educativos y pueden o no incluir la autorevelación (Berger et al. 2001).

### **Teoría sobre afrontamiento del estrés**

Las investigaciones que mencionan el tema del afrontamiento del estrés muestran un plano amplio que ayudan a entender la reacción del individuo ante este estímulo (estrés) y cómo se adaptan las personas estigmatizadas. Los portadores del VIH son estigmatizados socialmente y esto genera en ellos un evento estresante, esto ha desencadenado en muchos estudios que tienen el interés de conocer cómo estos pacientes estigmatizados se adaptan a estas situaciones (Miller, 2006).

Muchos autores han inferido que poseer un estigma genera, en quién lo padece, estrés (Allison, 1998, Miller, 2006). Los sujetos que son estigmatizados presentan vivencias significativamente diferentes a las personas que no han sido estigmatizadas. Así mismo, Root (1992) menciona que cuando existe un grupo social que sufre opresión pueden suceder tres eventos vitales traumáticos: traumas directos, traumas indirectos o secundarios y traumas insidiosos. El trauma directo le sucede como su nombre lo indica de manera directa al sujeto estigmatizado por ejemplo puede haber sufrido violencia física o verbal. El trauma indirecto es cuando algún círculo cercano, amistades que también son estigmatizadas son violentados, igualmente sucede cuando el sujeto es testigo de esta violencia en sus pares. Los traumas insidiosos son acontecimientos institucionalizados que causan vejación en la vida diaria del sujeto estigmatizado.

Sobre el concepto del afrontamiento del estrés, Lazarus y Folkman (1986) señalan que el estrés se mide en la dimensión psicológica y la conceptualizan como "relación entre

un individuo y una situación específica donde la persona excede sus recursos personales para la resolución de problemas, por ende, pone en riesgo su bienestar personal” (p. 164). Este concepto realiza una evaluación del pensamiento del individuo sobre cuál es la causa de su estrés. Lazarus y Folkman mencionan tres tipos de evaluación: la primaria, la secundaria y la reevaluación. La evaluación primaria es conocer lo que la persona piensa ante la situación que le genera estrés, el sujeto señalará si aprecia ese hecho como una amenaza, una pérdida o daño, un desafío (estos tres pensamientos generan estrés) o lo ven como un beneficio. La evaluación secundaria trata sobre los recursos o habilidades con los cuales cuenta la persona para hacerle frente a la situación, la reacción al estrés va depender de esta evaluación. La reevaluación implica una retroalimentación que se va dando conforme el sujeto tenga interacción con la situación estresante, esta dinámica permite correcciones sobre el pensamiento ante situaciones de estrés.

Existen muchos tipos de estresores; sin embargo, el estigma es especialmente significativo ya que la persona posee demandas propias y únicas que son distintas a otras situaciones de estrés (Miller y Major, 2000). Se conceptualiza al estigma como depreciación de la persona en algún contexto o incluso también en todas las áreas de la vida del sujeto. Por ende, el estigma aumenta los estresores en la vivencia de la persona estigmatizada (Miller y Kaiser, 2001). Algunos autores relacionan la identidad social con el estigma del individuo (Crocker et al, 1998). Las opiniones y tratos desvalorativos hacia algún grupo aumenta el estrés en ellos y mella tanto a la identidad individual como también la identidad colectiva (Miller y Major, 2000).

### **Teoría de la Atribución**

El investigador Weiner (1972) menciona que la estigmatización hacia las personas genera un desarrollo emocional y del pensamiento negativo, ya que los sujetos piensan que ellos tienen la responsabilidad de haber adquirido la enfermedad, por ende, son culpables de padecerla. Este pensamiento produce en ellos emociones como el enojo o la ira, la idea de culpa o el autocastigo. Dos ideas principales se presentan en la teoría de la atribución: la controlabilidad y la estabilidad. La controlabilidad muestra el nivel de responsabilidad del sujeto por la enfermedad que padece. La estabilidad muestra en qué nivel el paciente responde al tratamiento a través del tiempo. Basados en estas principales ideas sobre la teoría de la atribución muchas investigaciones señalan que la idea de culpa y la emoción de la ira se generan porque se sienten responsables de haber adquirido una ETS sin buscarlo, generalmente por falta de conocimientos. Los estudios infieren que estos pacientes sienten altos niveles de culpa por haber tenido sexo sin protección o con diversas personas.

### **Estigma relacionado a otros factores**

Los investigadores Guevara y Hoyos (2018) señalan que las mujeres con diagnóstico del VIH expresan experiencias positivas, las pacientes con mayor tiempo de diagnóstico expresaron que la enfermedad en un principio les afectó pero supieron tener resiliencia y transformaron su vida, le dieron un nuevo sentido a su situación, combatieron a su enfermedad y se mostraron a ellas mismas que podían superar la adversidad y esto las gratificaba. Muchas pacientes han visto la necesidad de acompañar a otras mujeres que también tienen el diagnóstico del VIH, se presentan como testimonios vivos que la vida continúa y con el debido tratamiento, grupos de apoyo y demás podrán salir adelante y sacar la mejor versión femenina de ellas mismas.

Por otro lado, el trabajo de Infante et al. (2006) concluye que, a través de la historia, diversos grupos (generalmente minorías) han sido y son estigmatizados porque contrajeron el VIH; por ejemplo, se cree automáticamente que las trabajadoras sexuales,

los homosexuales y los consumidores de drogas por vía venosa (por el intercambio de agujas intramusculares) son casi todos portadores del VIH.

También Conde Higuera et al. (2016), concluye que el hecho de que los niños tengan VIH implica también actitudes prejuiciosas al contacto con los menores. En tal sentido, las personas que no tienen conocimiento sobre el contagio del VIH, es posible que discriminen a los niños infectados con este virus, por ello una adecuada información en todas las edades permitirá que el niño pueda integrarse y que los adultos (maestros, tutores, etc.) y otros niños lo acepten.

Finalmente, Peñuela-Epalza et al. (2006) concluye que las personas VIH positivas tienen 50 veces más probabilidad de desarrollar tuberculosis activa que los VIH negativos.

### **Estigma en relación a los pacientes con el diagnóstico del VIH**

El estigma se encuentra en el subconsciente de la sociedad y adherido íntimamente a sus leyes, por ello es muy difícil erradicarlo de las personas. En muchas culturas, la persona estigmatizada era vetada ya que las comunidades o estados se protegían del daño, peligro o influencia destructora que esta persona “diferente” pueda causarles (Douglas 1973). Los temas vetados en la sociedades generalmente son el sexo o sexualidad, la raza o etnia y la enfermedad que trae la muerte. Cuando se habla del VIH surge el estigma automáticamente debido a la dificultad de no conocer cómo se infectó la persona. También se dan clasificaciones sobre el estigma relacionado al VIH, por ejemplo, el de clase social, aquí el VIH puede ser visto como una afección de personas pobres o de personas ricas; según el enfoque de género, se cataloga como la infección que es propia de mujeres y la lleva el hombre a otras mujeres, o también el varón que tiene sexo con otro varón; según la etnia o raza de un individuo, aquí se puede ver como una enfermedad propia de los afroamericanos o de los norteamericanos por su vida promiscua; se puede seguir la clasificación con una lista larga (Paterson, 2005).

### **Revisión histórica de Calidad de Vida**

El investigador Rueda (2004) señala que el origen del concepto de calidad de vida, acontece en el siglo XIX, cuando después de la caída socioeconómica de la Gran Depresión (1930), se acrecentó en la posguerra (1945-1960), para finalmente buscar el bienestar social y personal, por ello fruto de esto surgieron las ideas keynesianas que demandan una recomposición socioeconómica y geopolítica a nivel internacional, esto se dio después que terminó la Segunda Guerra Mundial. En algún momento se consideró que el consumo y la acumulación era sinónimo de calidad de vida, esto no puede ser así debido a que solo se está considerando la dimensión económica y se deja de lado las otras dimensiones, por eso, esta consideración causó objeciones de diversas escuelas y disciplinas sociales y del ámbito de la salud.

También Cardona y Agudelo (2005) mencionan que en épocas posteriores existió una dicotomía notoriamente distinta en el concepto de calidad de vida: la primera se da en el lenguaje diario de la población, es decir haciendo referencia a que todos buscan y desean la felicidad, como decía Epicuro todos buscan la felicidad porque por ella entienden que están cubiertas todas sus necesidades básicas. La segunda se da en el ambiente de estudio o investigación científica, es decir se interviene y analiza desde diferentes disciplinas científicas. Esta dicotomía genera políticas públicas, impulsa el surgimiento de nuevos significados ya que es complicado tener uno solo porque intervienen diversos factores para una definición correcta para cada caso.

## **Modelo ecológico de Lawton**

Lawton (2001) señala que es una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Además, señala que la calidad de vida es una apreciación subjetiva de la persona respecto a las diversas dimensiones de su vida, este juicio de valor responde a deseos y necesidades propias del individuo basados en el contexto normativo (valores personales y normas sociales) que ayuda a encauzar niveles adecuados de calidad de vida.

Cuando hablamos de calidad de vida nos referimos a sus dimensiones, por ejemplo si existe un deterioro o daño en la dimensión física esto va producir malestar físico y puede provocar alteraciones de la conducta en su vida diaria; se deben considerar también por ejemplo la dimensión psicológica y todas las dimensiones que existen para lograr una evaluación de la calidad de vida en general (Yaguas, 2006).

Lawton hace referencia a cuatro dimensiones. La primera es la calidad de vida física, hace referencia a la salud de la persona, la presencia de algún dolor u obstáculo funcional a nivel fisiológico (físico). La segunda es la calidad de vida social, trata sobre el ambiente externo del individuo, es decir desarrollo a nivel social que le permita encontrar un soporte que a la vez le posibilite una conexión con la realidad que le rodea. La tercera es la calidad de vida percibida, aquí el individuo da una impresión subjetiva sobre lo que él/ella entiende como calidad de vida basado en su realidad y sus relaciones. La cuarta es la calidad de vida psicológica, se refiere al pensamiento y emociones que generan o merman lo que el paciente entiende como calidad de vida.

## **Modelo comportamental**

Kaplan (1994) fue un psicólogo que señalaba que el bienestar mental y el nivel de felicidad desembocan en una alta, media o baja calidad de vida, influye también el cómo la persona se siente en su contexto por ejemplo en sus necesidades individuales y posibilidades a futuro. Además, menciona que la experiencia vivida puede sumar o determinar la calidad de vida de la persona. "El significado de vivir es hacer cosas, el actuar requiere una condición de supervivencia y de tener la capacidad para realizar actividades" (p.451).

## **Modelo de calidad de vida educación, salud y servicios sociales**

Schalock y Verdugo (2003) son investigadores que conceptualizan calidad de vida como "la innovación y cambio en las prácticas de servicios de salud donde se permite la actuación de la persona y la intervención de organizaciones y sistemas sociales de apoyo" (p. 171). Los investigadores señalan que el paciente puede lograr lo que se propone a pesar de su enfermedad si dirige y planifica su vida de una manera adecuada, esto le ayudará a cumplir sus metas, el estado relacional de la persona es valioso ya que brinda un soporte emocional positivo en todas las áreas de su vida ya sea amical, familiar, amorosa y espiritual. Además, el bienestar económico o material es valioso porque le permite al individuo alcanzar los bienes deseados para vivir serenamente.

Esta teoría presenta las siguientes dimensiones para evaluar calidad de vida. La función física, radica en realizar actividades físicas, por ejemplo, correr, nadar, vestirse, caminar o estirarse. El rol físico, trata acerca de todo lo que haces en tu día desde que te levantas hasta que te acuestas, pero está condicionado por una dificultad física. El rol emocional, trata acerca de los pensamientos o emociones negativas que pueden originar dolor, angustia o malestar en las áreas de tu vida, familiar, laboral, amical, etc.

La salud mental, se basa en si el paciente es intervenido por problemas de índole mental por ejemplo ansiedad generalizada, trastorno de pánico, depresión, alteración de la conducta. El dolor corporal, se refiere a que grado afecta el dolor, que nivel (bajo, medio o alto), en la vida diaria del individuo. La salud en general, trata sobre la autopercepción que tiene la persona sobre su propia salud y como se ve a futuro. La vitalidad, se refiere a cuánta energía siente la persona en comparación con su fatiga o cansancio. La función social, trata acerca de cómo la enfermedad influye en el contexto o vida social del paciente.

### Modelo conceptual de la OMS

La Organización Mundial de la Salud presenta un modelo que para fines prácticos se va a esquematizar de la siguiente manera:



El gráfico muestra una definición dónde señala cómo analiza el individuo su calidad de vida en las dimensiones propuestas que son física, psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, creencias personales, nivel de independendencia, enmarcados en una percepción objetiva y un autoreporte subjetivo. Las dimensiones antes nombradas tienen subtemas o también llamadas categorías (The WHOQOL Group, 1995). Existen diversas teorías o modelos que intentan definir calidad de vida, sin embargo, el que propone la OMS tiene el apoyo de diversos investigadores, ya que integra de manera global todas las dimensiones antes mencionadas y estas áreas son importantes para la vida del individuo.

### Calidad de vida relacionado a otros factores

Zich y Temoshok (1987), en sus investigaciones, hallaron que cuando la persona no tiene apoyo de su familia o en su trabajo o en su comunidad, experimenta un nivel bajo de calidad de vida, por ejemplo, presenta depresión, somatización o disminución en la salud física; por el contrario, las personas que perciben apoyo de su familia o en su trabajo o en su comunidad, presentan un nivel alto de calidad de vida.

Quiceno y Vinaccia (2014) señalan que, según sus estudios, los varones presentan niveles altos de calidad de vida en sus fortalezas personales a diferencia de las mujeres, sin embargo, ellas experimentan niveles altos de emociones positivas o negativas a diferencia del varón.

## **Calidad de vida en relación a los pacientes diagnosticados con VIH**

Villacrés et al. (2018) realizaron un estudio dónde concluyen que las afecciones orgánicas son producto de la terapia antirretroviral y van ligados a trastornos psicológicos debido a que el paciente necesita de un tiempo de adaptación para con el diagnóstico, muchos de ellos vivieron crisis emocionales, por ejemplo depresión, ideas de suicidio, baja autoestima; se sintieron discriminados por la sociedad, la familia y en algunos casos la pareja, esto afectó vitalmente su calidad de vida. Después de la intervención con el modelo “calidad de vida relacionado a la salud de los pacientes con VIH”, se observó cambios positivos significativos en la calidad de vida del paciente.

Sumado a lo anterior, Remor (2002) en su investigación, concluye que el apoyo de la familia, pareja, hijos y amigos (conocido también como apoyo social) contribuye de manera importante en la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico VIH/SIDA. Si se aumenta el apoyo social se incrementará de manera positiva la calidad de vida en estos pacientes.

Por último, Martín Suárez et al. (2002) manifiestan que en los pacientes con el estadio o fase SIDA, presentan una notable carga sintomática que es el origen de un quiebre en la salud, esto lo percibe tanto el paciente como el personal de salud, esto causa daño a su dimensión física, psíquica y social; de esta manera puede quedar comprometida la calidad de vida de los pacientes seropositivos.

## CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

Este estudio aspira a conocer si existe relación entre las variables estigma y calidad de vida. El diseño es correlacional de corte transversal ya que los datos fueron recolectados en un determinado tiempo y lugar, esta investigación tiene como objetivo describir y analizar las variables (Hernández et al., 2014).

### 3.2. Población y muestra

La población fueron 200 pacientes y la muestra 132 participantes con el diagnóstico del VIH del programa tratamiento antirretroviral (TARV) del Hogar San Camilo, ubicado en el Cercado de Lima. Todos mayores de 18 años.

#### 3.2.1. Tamaño de la muestra

Es importante hallar una muestra que represente a la población que se desea estudiar. Como nuestra población es limitada, el tamaño de la muestra es calculada mediante la fórmula que se presenta a continuación:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Cada elemento significa:

- **n**= Tamaño de muestra que se desea encontrar
- **N**= Total de la población
- **Z $\alpha$** = 1.96 al cuadrado, siendo la seguridad del 95%
- **p**= proporción esperada 0.5
- **q**= 1-p (sería 1-0.5= 0.5)
- **d**= precisión (5%)

Reemplazando obtenemos:

$$n = \frac{200 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{5^2 \cdot (200-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{200(3.8416) \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(25) \cdot (199) + (3.8416) \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = 132$$

La muestra está conformada por 132 pacientes continuadores con el diagnóstico del VIH del programa TARV del hogar San Camilo, que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

### **3.2.2. Selección del muestreo**

Primero se decidió cuales son los criterios de inclusión y exclusión, ya que estos sirvieron como guía para determinar la muestra, fue una elección no probabilística es decir por conveniencia, debido a que la muestra la conformaron pacientes con el diagnóstico del VIH que se encuentran inscritos en el programa TARV y que aceptaron participar de manera voluntaria a la presente investigación.

### **3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

- Ser paciente con diagnóstico de VIH del programa tratamiento antirretroviral del hogar San Camilo.
- Personas de ambos sexos.
- Personas mayores de 18 años.
- Pacientes que han aceptado firmar el consentimiento informado.
- Pacientes continuadores del programa tratamiento antirretroviral del hogar San Camilo.

#### **Criterios de exclusión:**

- Ser paciente con diagnóstico de VIH que asisten al Hogar San Camilo pero que no pertenece al programa TARV.
- Personas que desarrollen de manera incompleta los instrumentos de evaluación.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.

## **3.3. Variables**

### **3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables**

#### **Variable Estigma**

##### **Definición Conceptual:**

Goffman (1963) señala que el estigma es un atributo o característica que es visto negativamente por la cultura o la sociedad, “especialmente cuando su efecto de desprestigio es muy extenso”. Esto da como resultado una aceptación menos total de la persona en la interacción social. Este rasgo se convierte en el aspecto que define a la persona, tiñendo toda la demás información sobre él o ella.

##### **Definición Operacional:**

El estigma es una variable cualitativa politómica ordinal. Se determina por el puntaje alcanzado en la escala de Berger para estigma relacionado a VIH, por medio de esta escala podemos clasificar a los participantes de acuerdo a los siguientes baremos: El puntaje total está entre 21 a 84 puntos. El mínimo (de 21 a 34 puntos), bajo (de 35 a 47 puntos), moderado (de 48 a 61 puntos) y alto (de 62 a 84 puntos). Asimismo, la escala está compuesta por 21 preguntas de opción múltiple: casi nunca (1), rara vez (2), a veces (3) y casi siempre (4).

**Anexo N° 1**

Matriz de Operacionalización de la variable Estigma

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Puntuación por dimensiones	Puntuación total	Escala de Medición
Estigma	Goffman (1963) señala que el estigma es un atributo o característica que es visto negativamente por la cultura o la sociedad, "especialmente cuando su efecto de desprestigio es muy extenso". Esto da como resultado una aceptación menos total de la persona en la interacción social. Este rasgo se convierte en el aspecto que define a la persona, tiñendo toda la demás información sobre él o ella.	La escala de Berger para estigma relacionado a VIH permite clasificar el estigma de acuerdo a los siguientes niveles: mínimo, bajo, moderado y alto.	Estigma establecido	Percepción de las consecuencias del estado actual del VIH revelado ante las personas.	1-2-3-4-5	Mínimo 5 puntos y máximo 20 puntos	-Mínimo: 21 a 34 puntos -Bajo: 35 a 47 puntos - Moderado: 48 a 61 puntos -Alto: 62 a 84 puntos	Ordinal
			Preocupaciones de divulgación de estatus	Controlar la información manteniendo el estado de VIH en secreto o estar preocupado de que otros lo conozcan.	6-7-8-9-10	Mínimo 5 puntos y máximo 20 puntos		
			Autoimagen negativa	Autoconcepto no positivo de sí mismo, sentir vergüenza y culpa.	11-12-13-14-15-16	Mínimo 6 puntos y máximo 24 puntos		
			Preocupaciones con actitudes públicas	Pensar con preocupación en la opinión negativa de las personas sobre el VIH.	17-18-19-20-21	Mínimo 5 puntos y máximo 20 puntos		

Fuente: Elaboración propia.

## Variable Calidad de Vida

### Definición Conceptual:

Lawton (2001) señala que es una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

### Definición Operacional:

Calidad de vida es una variable cualitativa politómica ordinal. En su respectivo manual, el cuestionario WHOQOL-BREF 26, permite una clasificación según el puntaje obtenido, en la escala para Calidad de Vida Global (puntuación general) la puntuación es de la siguiente manera: baja (0 a 69 puntos), media (70 a 99 puntos) y alta (100 a 130 puntos).

Las dimensiones serán puntuadas de la siguiente manera:

Salud física (7 ítems): baja (0 a 17 puntos), media (18 a 26 puntos) y alta (27 a 35 puntos). Salud psicológica (6 ítems): baja (0 a 14 puntos), media (15 a 22 puntos) y alta (23 a 30 puntos). Relaciones sociales (3 ítems): baja (0 a 7 puntos), media (8 a 11 puntos) y alta (12 a 15 puntos). Ambiente (8 ítems): baja (0 a 20 puntos), media (21 a 30 puntos) y alta (31 a 40 puntos).

### Anexo N°2

Matriz de Operacionalización de la variable calidad de vida

Variabl e	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimension es	Indicadores	Ítem s	Puntuac ión por dimensi ones	Puntu ación total	Escala de Medici ón
Calidad de Vida	Lawton (2001) señala que la calidad de vida es una apreciación subjetiva de la persona respecto a las diversas dimensiones de su vida, este juicio de valor responde a deseos y necesidades propias del individuo basados en el contexto normativo (valores	El Cuestionario de Salud WHOQOL-BREF 26 permite clasificar la calidad de vida según niveles: muy mala, mala, regular o normal, buena, muy buena.	Salud Física	-Actividades de la vida diaria. -Dependencia de sustancias medicinales. -Energía y fatiga. -Movilidad. -Dolor e incomodidad. -Dormir y descansar. -Capacidad de trabajo.	3-4- 10- 15- 16- 17-18	-Baja: 0 a 17 puntos. - Media:1 8 a 26 puntos. -Alta de 27 a 35 puntos	-Baja: 0 a 69 puntos - Media: 70 a 99 puntos - Alta:10 0 a 130 puntos	Ordinal
			Salud Psicológica	-Imagen corporal. -Sentimientos positivos o negativos. -Autoestima. -Religión o creencias personales.	5-6- 7- 11- 19- 26	-Baja: 0 a 14 puntos. - - Media:1 5 a 22 puntos. - -Alta: 23		

personales y normas sociales) del individuo.		-Aprendizaje, memoria y concentración.		a 30 puntos.
	Relaciones Sociales	-Relaciones personales. -Apoyo social. -Actividad sexual.	20-21-22	-Baja: 0 a 7 puntos. - Media: 8 a 11 puntos. - Alta: 12 a 15 puntos.
	Ambiente	-Recursos económicos. -Seguridad. -Entorno doméstico. -Oportunidad para adquirir conocimiento. -Oportunidad de actividades recreativas. -Entorno físico. -Transporte.	8-9-12-13-14-23-24-25	-Baja: 0 a 20 puntos. - Media: 21 a 30 puntos. - Alta: 31 a 40 puntos.

*Fuente: Elaboración propia.*

### **Factores Sociodemográficos:**

#### **Definiciones conceptuales y operacionalización**

**Edad:** Es una variable cuantitativa discreta. Se obtiene por medio del cálculo de años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.

**Sexo:** Es una variable categórica dicotómica, que presenta dos posibilidades: Hombre o Mujer.

**Orientación sexual:** Es una variable categórica dicotómica, que consta de dos posibilidades: heterosexual o No heterosexual (Se especificara la orientación).

**Pareja:** Es la condición de una persona en función de si tiene o no pareja.

**Grado de instrucción:** Variable categórica politómica ordinal, corresponde desde primaria, luego secundaria y finalmente superior.

**Situación laboral:** Es una variable categórica dicotómica (trabaja, no trabaja). Se define como una forma de trabajo directa o indirectamente, asimismo recibe una remuneración por parte de una persona individual o institución a cambio de una actividad física o intelectual.

**Tiempo de diagnóstico:** Es una variable categórica politómica nominal, que consta de 5 ítems: Menos de 6 meses, 6 meses a 1 año, 1 año a 4 años, 4 años a 10 años y mayor a 10 años.

**Tratamiento TARV:** Es la condición de si el paciente realiza o no realiza el tratamiento antirretroviral.

### Anexo N° 3

Matriz de Variables:

Variables	Tipo de Variables	Escala de medida	Dimensiones / Categorías
<b>Sociodemográfica</b>	Edad	Cuantitativa discreta	Razón 18 a más
	Sexo	Categórica dicotómica	Nominal Masculino Femenino
	Orientación Sexual	Categórica dicotómica	Nominal Heterosexual No Heterosexual
	Pareja	Categórica dicotómica	Nominal Con Pareja Sin Pareja
	Grado de Instrucción	Categórica politómica	Ordinal Primaria Secundaria Superior
	Situación Laboral	Cualitativa dicotómica	Nominal Trabaja No Trabaja
	Tiempo de Diagnóstico	Categórica politómica	Ordinal Menos de 6 meses 6 meses - 1 año 1 año – 4 años 4 años – 10 años Mayor a 10 años
	Tratamiento TARV	Cualitativa dicotómica	Nominal Si recibe tratamiento TARV No recibe tratamiento TARV

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

#### Plan de recolección de datos:

Para recolectar los datos necesarios para llevar a cabo la investigación, se establecieron las siguientes etapas:

En primer lugar, se presentó una solicitud al Hogar San Camilo adjuntando el informe de tesis más los certificados de aprobación del departamento de investigación y el comité de ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae con el objetivo de obtener el permiso y los datos generales del programa TARV para la investigación.

Una vez obtenido el permiso, de los 200 pacientes solo se seleccionó 132 pacientes debido al muestreo no probabilístico por conveniencia. Después se les explicó a los pacientes el estudio de investigación y el consentimiento informado para poder participar.

A los pacientes se les manifestó que la participación del estudio es totalmente voluntaria y gratuita, además que la información se mantendría de forma anónima para proteger la identidad de cada uno de ellos. Se les explicó el consentimiento informado, a los que

aceptaron se les dio indicaciones para el llenado de datos y resolución de los cuestionarios.

Al culminar las encuestas, se procedió a la calificación de cada uno de los cuestionarios para su traslado a la base de datos y posterior análisis descriptivo e inferencial de las variables de estudio en el programa estadístico STATA versión 15.

### **Instrumentos:**

En cuanto a los instrumentos, ambas escalas, poseen buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad. Están adaptadas a la población peruana.

### **Para la variable Estigma:**

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

**Autores:** Berger, Ferrans y Lashley (2001)

**Procedencia:** Estados Unidos

**Adaptación peruana:** Franke et al. (2010)

**Duración:** 20 minutos

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

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

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

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

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

**Confiabilidad:** En el estudio de la escala original los coeficientes de alfa de Cronbach oscilaron entre 0.90 y 0.93 para sus dimensiones y 0.96 para la prueba en general compuesta por sus 40 ítems. Adicionalmente, en la versión adaptada en el Perú, se obtuvo una confiabilidad de 0.89, cifras similares a las de la versión completa original (Franke et al., 2010).

## Para Calidad de Vida:

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

**Autor:** Organización Mundial de la Salud (1990-1999)

**Procedencia:** Ginebra, Suiza

**Adaptación peruana:** Cutipa y Zamora 2020

**Duración:** 20 minutos

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

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

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

**Valoración:** El WHOQOL-BREF permite clasificar a individuos según el puntaje obtenido, en la escala para Calidad de Vida Global (puntuación general) la puntuación es: baja (0 a 69 puntos), media (70 a 99 puntos) y alta (100 a 130 puntos).

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

**Validez:** La adaptación de WHOQOL-BREF 26 en Perú fue realizada por Cutipa y Zamora (2020) en una muestra de 203 personas entre los 18 y 55 años. El cuestionario WHOQOL - BREF 26 presentó resultados de estructura interna próximos a lo esperado de cuatro factores correlacionados ( $X^2/gf=2,54$ , CFI= .811, TLI=.788, SRMR=.0702 y RMSEA=.0871). Los cuatro factores obtuvieron adecuadas cargas factoriales obteniendo un promedio por dimensión de: Salud Física .58, Salud Psicológica .65, Relaciones Sociales .68 y Relaciones Ambientales .60.

**Confiabilidad:** En la adaptación peruana, el alfa de Cronbach osciló entre 70 hasta 81. y el Omega osciló entre .72 hasta .82 siendo resultados similares a adaptaciones antes realizadas en otros países, como Chile por Bunout, Carrasco, Espinoza, Torrejón y Osorio (2011), México por Gonzales, López y Tejada (2016), España Pedrero y Methaqol (2018) y Cuba por Bayarre, Gonzáles y Rivero (2016).

### 3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Se utilizó el paquete estadístico STATA versión 15, donde se realizó el análisis descriptivo e inferencial, se consideró la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas y el promedio y desviación estándar para las variables numéricas. Se evaluó la normalidad de las variables numéricas para poder determinar las pruebas

estadísticas a utilizar, estas fueron Chi-cuadrado y ANOVA, considerando una significancia estadística menor o igual a 0.05.

### **3.6. Ventajas y limitaciones**

#### **Ventajas:**

- La principal ventaja es la accesibilidad al Hogar San Camilo por contar con el apoyo del equipo de salud.
- Además, se cuenta con instrumentos adaptados en Perú.
- También, el bajo costo del estudio y menor tiempo invertido debido a que el diseño es transversal.

#### **Limitaciones:**

- Según las características del estudio, existe una imposibilidad para identificar las causas de las variables, solo se verá la relación entre ellas.
- Al utilizarse pruebas autoaplicadas pueden existir sesgos en la información obtenida, por lo cual se buscó concientizar y sensibilizar a los pacientes mencionando que las pruebas son anónimas y que no existen respuestas correctas o incorrectas.

### **3.7. Aspectos éticos**

A los participantes se les informó de manera individual y detallada en qué consiste la aplicación de ambos cuestionarios (Escala de Berger y WHOQOL-BREF 26) y la finalidad de la investigación, ellos en todo momento tuvieron la libertad de participar o no participar en el estudio, cuidando siempre la integridad del paciente.

Además se les indicó que todo el proceso es confidencial, sus datos personales serán protegidos y no serán expuestos.

Se les presentaba en primer lugar el consentimiento informado para su aprobación y posterior desarrollo de los cuestionarios.

Las encuestas fueron tomadas en un lugar y tiempo adecuados para su realización y se resolvieron todas las preguntas o dudas de los participantes.

No se excluyó a personas por su sexo, grupo étnico o condición social.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

De los 132 encuestados, el 56.06% representó al sexo masculino, mientras que el 43.94% representó al femenino, con una edad promedio de 38 años. El 70.45% de la muestra fue heterosexual, el 51.52% señaló estar en una relación de pareja, además el 48.48% logró cursar estudios superiores, también el 68.18% cuenta con trabajo, así mismo el 39.39% tiene un tiempo de diagnóstico mayor a 10 años y el 91.67% no padece otra enfermedad. El resto de los resultados se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1.** Descripción de las variables secundarias

	n	%
<b>Sexo</b>		
masculino	74	56.06
femenino	58	43.94
<b>Edad (m ± DS)</b>	38.26 ± 9.69	
<b>Orientación sexual</b>		
heterosexual	93	70.45
no heterosexual	39	29.55
<b>Pareja</b>		
sí	68	51.52
no	64	48.48
<b>Grado de instrucción</b>		
primaria	6	4.55
secundaria	62	46.97
superior	64	48.48
<b>Trabajo</b>		
sí	90	68.18
no	42	31.82
<b>Tiempo de diagnóstico</b>		
menos de 6 meses	6	4.55
6 meses a 1 año	5	3.79
1 año a 4 años	24	18.18
4 años a 10 años	45	34.09
Mayor a 10 años	52	39.39
<b>Otra enfermedad</b>		
no	121	91.67
sí	11	8.33

De la población encuestada, el 40.91% percibió un nivel moderado de estigma por ser portador del VIH. Por otro lado, se observó un nivel medio de calidad de vida en general (78.03%); así mismo, se apreció un nivel medio en las dimensiones salud física (77.27%), salud psicológica (74.24%), relaciones sociales (66.67%) y medio ambiente (70.45%). El resto de los resultados se puede observar en la tabla 2.

**Tabla 2.** Descripción de las variables principales

	n	%
<b>Estigma</b>		
mínimo	7	5.30
bajo	37	28.03
moderado	54	40.91

---

alto	34	25.76
<b>Calidad de vida</b>		
bajo	17	12.88
medio	103	78.03
alto	12	9.09
<b>Dimensiones de Calidad de vida</b>		
<b>Salud física</b>		
bajo	18	13.64
medio	102	77.27
alto	12	9.09
<b>Salud psicológica</b>		
bajo	2	1.52
medio	98	74.24
alto	32	24.24
<b>Relaciones sociales</b>		
bajo	21	15.91
medio	88	66.67
alto	23	17.42
<b>Medio ambiente</b>		
bajo	26	19.70
medio	93	70.45
alto	13	9.85

---

En la tabla 3 se halló relación entre estigma y calidad de vida general ( $p = 0.001$ ), en donde se apreció que los participantes que presentaron un nivel medio de calidad de vida general tenían un estigma moderado 42.72%. Además, se halló relación entre la dimensión relaciones sociales y estigma ( $p = 0.002$ ), los evaluados que presentaron un nivel medio de relaciones sociales mostraron un estigma moderado 40.91%. Se halló también relación entre la dimensión ambiente y estigma ( $p = 0.001$ ), los encuestados que presentaron un nivel medio en la dimensión ambiente mostraron un estigma moderado 43.01%.

**Tabla 3.** Relación entre estigma y calidad de vida

	Mínimo		Bajo		Estigma Moderado		Alto		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Calidad de vida general</b>									0.001
bajo	0	0.00	3	17.65	8	47.06	6	35.29	
medio	7	6.80	24	23.30	44	42.72	28	27.18	
alto	0	0.00	10	83.33	2	16.67	0	0.00	
<b>Dimensión salud física</b>									0.342
bajo	1	5.56	4	22.22	9	50.00	4	22.22	
medio	6	5.88	26	25.49	42	41.18	28	27.45	
alto	0	0.00	7	58.33	3	25.00	2	16.67	
<b>Dimensión salud psicológica</b>									0.088
bajo	0	0.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00	
medio	7	7.14	24	24.49	36	36.73	31	31.63	
alto	0	0.00	12	37.50	17	53.13	3	9.38	
<b>Dimensión relaciones sociales</b>									0.002
bajo	0	0.00	2	9.52	12	57.14	7	33.33	
medio	4	4.55	22	25.00	36	40.91	26	29.55	
alto	3	13.04	13	56.52	6	26.09	1	4.35	
<b>Dimensión ambiente</b>									0.001
bajo	1	3.85	3	11.54	11	42.31	11	42.31	
medio	6	6.45	24	25.81	40	43.01	23	24.73	
alto	0	0.00	10	76.92	3	23.08	0	0.00	

En la tabla 4 se halló relación entre estigma y el sexo de los participantes ( $p = 0.001$ ), donde se observa que los varones presentaron un estigma bajo y moderado 39.19%. También se halló asociación entre estigma y la relación de pareja ( $p = 0.017$ ) donde el 48.44% de los

encuestados que no tiene una pareja mostraron un nivel moderado de estigma. Además, se halló relación entre estigma y trabajo ( $p = 0.001$ ) donde el 45.56% que sí cuentan con un trabajo presentaron un nivel moderado de estigma. Del mismo modo, se halló relación entre estigma y otra enfermedad ( $p = 0.045$ ) donde el 43.44% que no presentan otra enfermedad poseen un estigma moderado.

**Tabla 4.** Relación entre estigma y las variables sociodemográficas

	Estigma								p
	Mínimo		Bajo		Moderado		Alto		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad (m±DS)</b>	36.14±12.19		38.40±9.72		37.74±9.37		39.35±9.92		0.7633
<b>Sexo</b>	0.001								
masculino	5	6.76	29	39.19	29	39.19	11	14.86	
femenino	2	3.45	8	13.79	25	43.10	23	39.66	
<b>Orientación sexual</b>	0.158								
heterosexual	5	5.38	23	24.73	36	38.71	29	31.18	
no heterosexual	2	5.13	14	35.90	18	46.15	5	12.82	
<b>Relación de pareja</b>	0.017								
sí	7	10.29	17	25.00	23	33.82	21	30.88	
no	0	0.00	20	31.25	31	48.44	13	20.31	
<b>Grado de instrucción</b>	0.405								
primaria	0	0.00	1	16.67	3	50.00	2	33.33	
secundaria	5	8.06	13	20.97	25	40.32	19	30.65	
superior	2	3.13	23	35.94	26	40.63	13	20.31	
<b>Trabajo</b>	0.001								
sí	6	6.67	29	32.22	41	45.56	14	15.56	
no	1	2.38	8	19.05	13	30.95	20	47.62	
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	0.204								
menos de 6 meses	1	16.67	1	16.67	2	33.33	2	33.33	
6 meses a 1 año	1	20.00	1	20.00	2	40.00	1	20.00	
1 año a 4 años	1	4.17	5	20.83	16	66.67	2	8.33	
4 años a 10 años	2	4.44	11	24.44	16	35.56	16	35.56	
10 años a más	2	3.85	19	36.54	18	34.62	13	25.00	
<b>Otra enfermedad</b>	0.045								
No	7	5.74	34	27.87	53	43.44	28	22.95	
Sí	0	0.00	3	30.00	2	10.00	6	60.00	

En la tabla 5 se halló relación entre calidad de vida general y el sexo de los participantes ( $p = 0.006$ ), encontrando que el 71.62% de varones y el 86.21% de mujeres presentaron un nivel medio de calidad de vida general. Además, se halló relación entre calidad de vida general y orientación sexual ( $p = 0.001$ ), mostrando que el 83.87% de heterosexuales presentó un nivel medio en la calidad de vida general. Asimismo, se halló relación entre calidad de vida general con trabajo ( $p = 0.011$ ) donde los encuestados que sí cuentan con un trabajo 77.78% mostraron un nivel medio de calidad de vida. También se halló relación entre calidad de vida general y diagnóstico de otra enfermedad ( $p = 0.022$ ), observándose que 79.51% que no tiene otra enfermedad presentó un nivel medio de calidad de vida general.

**Tabla 5.** Relación entre calidad de vida general y las variables sociodemográficas

	Calidad de vida general						p
	bajo		medio		alto		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad (m±DS)</b>	39.35±7.73		38.39±10.08		35.5±8.72		0.4992
<b>Sexo</b>							0.006
masculino	9	12.16	53	71.62	12	16.22	
femenino	8	13.79	50	86.21	0	0.00	
<b>Orientación sexual</b>							0.001
heterosexual	12	12.90	78	83.87	3	3.23	
no heterosexual	5	12.82	25	64.10	9	23.08	
<b>Relación de pareja</b>							0.155
sí	9	13.24	56	82.35	3	4.41	
no	8	12.50	47	73.44	9	14.06	
<b>Grado de instrucción</b>							0.158
primaria	1	16.67	5	83.33	0	0.00	
secundaria	9	14.52	51	82.26	2	3.23	
superior	7	10.94	47	73.44	10	15.63	
<b>Trabajo</b>							0.011
sí	8	8.89	70	77.78	12	13.33	
no	9	21.43	33	78.57	0	0.00	

<b>Tiempo de diagnóstico</b>							0.310
menos de 6 meses	2	33.33	4	66.67	0	0.00	
6 meses a 1 año	0	0.00	4	80.00	1	20.00	
1 año a 4 años	5	20.83	18	75.00	1	4.17	
4 años a 10 años	5	11.11	33	73.33	7	15.56	
10 años a más	5	9.62	44	84.62	3	5.77	
<b>Otra enfermedad</b>							0.022
No	13	10.66	97	79.51	12	9.84	
Sí	4	40.00	6	60.00	0	0.00	

En la tabla 6 se halló relación entre la dimensión salud física y el sexo ( $p = 0.025$ ), encontrando que el 74.32% de varones y el 81.03% de mujeres presentaron un nivel medio de salud física. Igualmente se halló relación entre la dimensión salud psicológica y el sexo ( $p = 0.043$ ), encontrando que el 66.22% de varones y el 84.48% de mujeres presentaron un nivel medio de salud psicológica. También se halló relación entre la dimensión salud psicológica y la orientación sexual ( $p = 0.002$ ), encontrando que el 82.80% de heterosexuales presentó un nivel medio de salud psicológica. Además, se encontró relación entre poseer un trabajo y la dimensión salud física ( $p = 0.045$ ), encontrando que 80.00% de los encuestados que sí tienen un trabajo presentan un nivel medio de salud física. Asimismo, se halló relación entre el tiempo de diagnóstico y la dimensión salud psicológica ( $p = 0.036$ ), encontrando que los encuestados que tienen más de 10 años de diagnóstico 80.77% presentó un nivel medio de salud psicológica. De igual forma, se halló relación entre la variable otra enfermedad con la dimensión salud física ( $p = 0.031$ ), encontrándose que los evaluados que no poseen otra enfermedad presentaron un nivel medio de salud física 78.69%.

**Tabla 6.** Relación entre las dimensiones de salud física y psicológica con las variables sociodemográficas

	Calidad de Vida											
	Dimensión salud física					Dimensión salud psicológica						
	bajo		medio		alto	p	bajo		medio		alto	p
n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		
<b>Edad (m±DS)</b>	38.83±7.82		38.23±9.99		37.58±10.23	0.9503	42±7.07		38.46±10.25		37.37±7.99	0.6638
<b>Sexo</b>						0.025						0.043
masculino	8	10.81	55	74.32	11	14.86	2	2.70	49	66.22	23	31.08

femenino	10	17.24	47	81.03	1	1.72		0	0.00	49	84.48	9	15.52	
<b>Orientación sexual</b>							0.230							0.002
heterosexual	14	15.05	73	78.49	6	6.45		1	1.08	77	82.80	15	16.13	
no heterosexual	4	10.26	29	74.36	6	15.38		1	2.56	21	53.85	17	43.59	
<b>Relación de pareja</b>							0.409							0.182
sí	10	14.71	54	79.41	4	5.88		0	0.00	54	79.41	14	20.59	
no	8	12.50	48	75.00	8	12.50		2	3.13	44	68.75	18	28.13	
<b>Grado de instrucción</b>							0.286							0.242
primaria	1	16.67	4	66.67	1	16.67		0	0.00	3	50.00	3	50.00	
secundaria	9	14.52	51	82.26	2	3.23		1	1.61	51	82.26	10	16.13	
superior	8	12.50	47	73.44	9	14.06		1	1.56	44	68.75	19	29.69	
<b>Trabajo</b>							0.045							0.072
sí	8	8.89	72	80.00	10	11.11		1	1.11	62	68.89	27	30.00	
no	10	23.81	30	71.43	2	4.76		1	2.38	36	85.71	5	11.90	
<b>Tiempo de diagnóstico</b>							0.867							0.036
menos de 6 meses	1	16.67	4	66.67	1	16.67		1	16.67	4	66.67	1	16.67	
6 meses a 1 año	0	0.00	5	100.00	0	0.00		0	0.00	2	40.00	3	60.00	
1 año a 4 años	5	20.83	17	70.83	2	8.33		0	0.00	19	79.17	5	20.83	
4 años a 10 años	7	15.56	34	75.56	4	8.89		0	0.00	31	68.89	14	31.11	
10 años a más	5	9.62	42	80.77	5	9.62		1	1.92	42	80.77	9	17.31	
<b>Otra enfermedad</b>							0.031							0.864
No	14	11.48	96	78.69	12	9.84		2	1.64	90	73.77	30	24.59	
Sí	4	40.00	6	60.00	0	0.00		0	0.00	8	80.00	2	20.00	

En la tabla 7 se halló relación entre la dimensión relaciones sociales y el sexo ( $p = 0.004$ ), encontrando que el 59.46% de varones y el 75.86% de mujeres presentaron un nivel medio en la dimensión relaciones sociales. Igualmente, se halló relación entre la dimensión ambiente y el sexo ( $p = 0.003$ ), encontrando que el 71.62% de varones y el 68.97% de mujeres presentaron un nivel medio en la dimensión ambiente. También se halló relación entre la dimensión relaciones sociales y la orientación sexual ( $p = 0.032$ ), encontrando que el 70.97% de heterosexuales presentó un nivel medio en la dimensión relaciones sociales. De igual manera, se halló relación entre la dimensión ambiente y orientación sexual ( $0.000$ ), encontrándose que el 74.19% de heterosexuales presentó un nivel medio en la dimensión ambiente. Además, se halló relación entre la dimensión ambiente y la relación de pareja ( $p = 0.003$ ). Asimismo, se halló relación entre la dimensión relaciones sociales y grado de instrucción ( $p = 0.005$ ), encontrando que los participantes que tienen un nivel de instrucción secundario presentaron un nivel medio en la dimensión relaciones sociales 75.81%. Además, se halló relación entre la variable trabajo con la dimensión relaciones sociales ( $p = 0.002$ ) y la dimensión ambiente ( $p = 0.008$ ), encontrando que 64.44% que sí cuenta con un trabajo presentó un nivel medio de relaciones sociales, también 73.33% de personas que tienen trabajo presentaron un nivel medio en la dimensión ambiente. De igual forma, se halló relación entre la variable otra enfermedad y la dimensión relaciones sociales ( $p = 0.006$ ), encontrando que el 68.03% de evaluados que no presentan otra enfermedad, mostraron un nivel medio en la dimensión relaciones sociales.

**Tabla 7.** Relación entre las dimensiones relaciones sociales y el ambiente con las variables sociodemográficas

	Calidad de Vida													
	Dimensión relaciones sociales						p	Dimensión ambiente						
	bajo		medio		alto			bajo		medio		alto		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p		
<b>Edad (m±DS)</b>	40.71±8.84		38.64±10.10		34.52±7.90		0.1035	37.65±6.85		38.41±10.49		38.30±9.01		0.9587
<b>Sexo</b>							0.004							0.003
masculino	10	13.51	44	59.46	20	27.03		9	12.16	53	71.62	12	16.22	
femenino	11	18.97	44	75.86	3	5.17		17	29.31	40	68.97	1	1.72	
<b>Orientación sexual</b>							0.032							0.000
heterosexual	16	17.20	66	70.97	11	11.83		21	22.58	69	74.19	3	3.23	
No heterosexual	5	12.82	22	56.41	12	30.77		5	12.82	24	61.54	10	25.64	
<b>Relación de pareja</b>							0.927							0.003
sí	10	14.71	46	67.65	12	17.65		19	27.94	47	69.12	2	2.94	
no	11	17.19	42	65.63	11	17.19		7	10.94	46	71.88	11	17.19	
<b>Grado de instrucción</b>							0.005							0.430

primaria	3	50.00	3	50.00	0	0.00		1	16.67	5	83.33	0	0.00	
secundaria	10	16.13	47	75.81	5	8.06		15	24.19	43	69.35	4	6.45	
superior	8	12.50	38	59.38	18	28.13		10	15.63	45	70.31	9	14.06	
<b>Trabajo</b>							0.002							0.008
sí	10	11.11	58	64.44	22	24.44		12	13.33	66	73.33	12	13.33	
no	11	26.19	30	71.43	1	2.38		14	33.33	27	64.29	1	2.38	
<b>Tiempo de diagnóstico</b>							0.231							0.964
menos de 6 meses	3	50.00	1	16.67	2	33.33		2	33.33	4	66.67	0	0.00	
6 meses a 1 año	0	0.00	4	80.00	1	20.00		1	20.00	3	60.00	1	20.00	
1 año a 4 años	4	16.67	16	66.67	4	16.67		4	16.67	17	70.83	3	12.50	
4 años a 10 años	8	17.78	28	62.22	9	20.00		9	20.00	31	68.89	5	11.11	
10 años a más	6	11.54	39	75.00	7	13.46		10	19.23	38	73.08	4	7.69	
<b>Otra enfermedad</b>							0.006							0.174
No	16	13.11	83	68.03	23	18.85		22	18.03	87	71.31	13	10.66	
Sí	5	50.00	5	50.00	0	0.00		4	40.00	6	60.00	0	0.00	

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

### 5.1. Discusión

Los resultados revelan que existe relación entre estigma y calidad de vida general en personas con diagnóstico del VIH del programa Terapia Antirretroviral de Cercado de Lima. Se identificó un nivel de estigma moderado y nivel medio de calidad de vida en esta población. Se encontró que un nivel medio de relaciones sociales y de ambiente físico se relaciona con un estigma moderado. Además, se pudo observar que existe relación significativa entre un nivel de estigma moderado en participantes varones, que no tienen pareja, que trabajan y no poseen otra enfermedad. En cuanto a la variable calidad de vida general, se halló relación entre un nivel medio de calidad de vida en personas de ambos sexos, heterosexuales, que trabajan y no tienen otra enfermedad. En las dimensiones de calidad de vida existe una relación significativa entre un nivel medio de salud psicológica en evaluados de ambos sexos, heterosexuales y que tienen más de 10 años de diagnóstico. Del mismo modo se halló relación entre un nivel medio de salud física en participantes de ambos sexos, que poseen un trabajo y no presentan otra enfermedad. Asimismo, se encontró relación entre un nivel medio de relaciones sociales en participantes de ambos sexos, heterosexuales que alcanzaron el nivel de instrucción secundario, cuentan con un trabajo y no presentan otra enfermedad. Finalmente, se halló relación entre un nivel medio de ambiente físico en participantes de ambos sexos, heterosexuales y que sí cuentan con un trabajo.

Los sujetos que reportaron un nivel moderado de estigma presentaron un nivel medio en calidad de vida. Un resultado similar menciona que se encontró que predominaba el estigma moderado y una calidad de vida buena en pacientes con VIH (Martínez Hernández, 2021). Esto podría explicarse debido a que pese a manifestar un nivel moderado de estigma, es decir conocimiento que aún existe la discriminación asociada al diagnóstico, no lo reportan en un nivel alto, sino más bien lo manifiestan como un proceso que se trabaja a lo largo del tratamiento debido a todo lo que ofrecen los programas del Hogar San Camilo. Se busca empoderarlos y erradicar en ellos el sentimiento de culpa y la estigmatización asociada al diagnóstico. Muestran un nivel medio en la calidad de vida por todo lo que ofrece el Hogar San Camilo, cuenta con un equipo multidisciplinario: un enfermero, un nutricionista, una trabajadora social, una psicóloga, un consejero y un acompañante espiritual. De esta forma, se busca dar respuesta a las diferentes necesidades que se suscitan durante la estancia del paciente en la institución para mejorar gradualmente su calidad de vida (Equipo Hogar San Camilo, 2021).

Los sujetos que reportaron un nivel medio en la dimensión ambiente y relaciones sociales presentaron un estigma moderado. Otra investigación muestra similar resultado, señala que existe una correlación entre un nivel moderado de estigma en los encuestados que presentan un bajo nivel en la dimensión relaciones sociales y ambiente (Picco et al., 2016). Esto podría explicarse debido a que quienes presentan relaciones personales sanas, es decir basadas en el respeto, buena comunicación, entre otros y un entorno físico adecuado, es decir economía estable, tener la posibilidad de realizar actividades recreativas, un entorno doméstico adecuado donde puede desarrollar su vida diaria, aún siguen trabajando por erradicar el estigma.

Además, se pudo observar que existe relación significativa entre un nivel de estigma moderado en participantes varones, que no tienen pareja y que sí trabajan. Similar resultado señala que algunos varones perciben el VIH como una pronta muerte, esto podría desencadenar en no establecer una relación de pareja (Campillay y Monárdez, 2019), además, otro estudio menciona que los pacientes con VIH no entablan una relación de pareja por temor a no ser aceptados o contagiar a la otra persona y a su

descendencia (Casas Cárdenas, 2012). Esto podría explicarse debido a que parte del proceso de poder asimilar la estigmatización es no interiorizarla tanto como el sentimiento de culpa, volverse a insertar en las actividades normales como lo es el trabajar es decir encontrarse activamente laborando, podría deberse a que se está manejando el estigma adecuadamente pese al diagnóstico y no se lo toma de manera negativa.

También los participantes que reportaron un nivel medio de calidad de vida general son de ambos sexos, heterosexuales, que sí cuentan con un trabajo. Similar resultado señala que pacientes con el diagnóstico del VIH de ambos sexos, heterosexuales y que poseen trabajos no especializados e independientes muestran una calidad de vida satisfactoria (Cabrera Alonso et al., 2018). Esto podría explicarse debido a que estos pacientes del Hogar San Camilo pueden presentar adherencia al tratamiento y participación en los programas como son “Albergue Hogar San Camilo”, “Camilos vida”, “Vida feliz”, “Alumbrando una vida”, “Visita domiciliaria”, “Tratamiento antirretroviral”, “Prevención y sensibilización”, esto les va ayudando de manera progresiva a alcanzar una óptima calidad de vida.

Por otro lado, se reportó un nivel medio en la dimensión física, psicológica, relaciones sociales y ambiente en participantes de ambos sexos. Similar resultado menciona que pacientes con VIH de ambos sexos poseen un nivel satisfactorio en todas las dimensiones de calidad de vida (Cabrera Alonso et al., 2018). Esto podría explicarse debido a que el Hogar San Camilo cuenta con profesionales de la salud especializados en tratar con personas con el diagnóstico del VIH, cuentan con un médico, un psicólogo, un trabajador social y alojamiento para los pacientes, con estos recursos el Hogar tiene como objetivo lograr un nivel alto de calidad de vida (Equipo Hogar San Camilo, 2021).

Del mismo modo, se reportó un nivel medio en la dimensión psicológica, relaciones sociales y ambiente en participantes heterosexuales. Similar resultado menciona que los pacientes con VIH heterosexuales poseen un nivel satisfactorio en todas las dimensiones de calidad de vida (Cabrera Alonso et al., 2018). Esto podría explicarse debido a que en los cuestionarios la orientación sexual mayoritaria es la heterosexual, ellos presentarían una autoestima estable, apoyo social de su entorno y recursos financieros acorde a sus necesidades.

Asimismo, se reportó un nivel medio en la dimensión física, relaciones sociales y ambiente en participantes que sí trabajan. Similar resultado menciona que pacientes con VIH que poseen trabajos no especializados e independientes muestran una calidad de vida satisfactoria (Cabrera Alonso et al., 2018). Esto podría explicarse debido a que parte de mejorar la calidad de vida es insertarse a las actividades comunes como lo es el trabajo, encontrarse laborando es un buen indicativo que la persona está trabajando en sus relaciones personales y recursos financieros propios.

De igual forma, se reportó un nivel medio de salud psicológica en pacientes con más de 10 años de diagnóstico. Similar resultado señala que a mayor tiempo de diagnóstico del VIH existe una superación de las etapas anteriores como lo son la negación, la ira, la negociación, la depresión y finalmente la aceptación (Casas Cárdenas, 2012). Esto podría explicarse debido a que los pacientes del Hogar San Camilo tienen aún presentes algunos pensamientos negativos o positivos que se presentan quizá porque asisten o no asisten a terapia psicológica brindada por el Hogar.

Además, se reportó un nivel medio en la dimensión física y relaciones sociales en pacientes que no presentan otra enfermedad. Similar resultado señala que los pacientes con VIH que no poseen comorbilidad presentan mayor calidad de vida en la dimensión física y la dimensión relaciones sociales (Cortez y Rodríguez, 2020), esto podría deberse

a que el no poseer otra enfermedad le hace consumir menos sustancias medicinales, también el no poseer otra enfermedad no influye de manera positiva o negativa en sus relaciones personales.

Por último, se reportó un nivel medio en las relaciones sociales en pacientes con un nivel de estudios secundarios. Similar resultado señala que los estudiantes de nivel secundario no poseen la información suficiente sobre la transmisión del VIH (Suarez, 2020), posiblemente el poseer información adecuada ayude a la prevención de la transmisión del VIH, y el no poseer información correcta no ayude a conseguir un nivel alto en sus relaciones sociales.

## **5.2. Conclusión**

En relación a los objetivos planteados por el estudio, se halla una relación entre un estigma moderado y un nivel medio de calidad de vida en pacientes con VIH del programa TARV. Esto significa, que la manera en que percibe el paciente su vida general se encuentra no satisfecha en su totalidad, pero se está trabajando en ello para alcanzar un nivel alto y esto se relaciona con que aún no se erradica de manera definitiva el estigma asociado al diagnóstico, pero se está trabajando para que así sea.

Asimismo, las dimensiones de calidad de vida se encuentran en un nivel medio, esto es que las actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias medicinales, energía o fatiga, sentimientos negativos o positivos, relaciones personales o de apoyo social, recursos financieros o el entorno doméstico, están siendo trabajados por el paciente para conseguir excelentes resultados, es decir lograr un nivel alto en calidad de vida y erradicar el estigma asociado al diagnóstico, en todas las áreas antes mencionadas.

También, se halla relación entre el nivel moderado de estigma y nivel medio de calidad de vida con las variables sociodemográficas, es decir que la población tiene la posibilidad de lograr excelentes resultados a futuro si se adhieren a los siguientes programas “Albergue Hogar San Camilo”, “Camilos vida”, “Vida feliz”, “Alumbrando una vida”, “Visita domiciliaria”, “Tratamiento antirretroviral”, “Prevención y sensibilización”.

Por otro lado, este estudio nos permite evidenciar que el Hogar San Camilo presenta diversos programas exclusivamente para pacientes con el diagnóstico del VIH, dedicarse especialmente a estos pacientes hace poner más atención a los detalles y cuidados para poder lograr los objetivos cristianos de la institución.

## **5.3. Recomendación**

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, se exponen las siguientes sugerencias. Para una investigación a futuro se debe indagar en qué programas del Hogar San Camilo el paciente participa, también preguntar cuánto tiempo lleva recibiendo el tratamiento antirretroviral en el Hogar, además preguntar si asiste a terapia psicológica brindada por el hogar. Se recomienda considerar para futuras investigaciones los siguientes factores: la frecuencia de asistencia a los programas y la orientación psicológica.

La limitación de este estudio es que es de alcance correlacional, es decir no vemos la causalidad; además, un estudio longitudinal podría evaluar el diagnóstico hace 10 años atrás e ir viendo cómo evoluciona en el tiempo, esto podría mejorar el análisis. Este trabajo puede ser replicado, ya que existen pocas investigaciones en el Perú que relacionen estas variables en estos pacientes, en instituciones públicas que cuenten con la misma población y permitan el acceso a la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Palacio, L. M. A. (2011). VIH/SIDA, un problema de salud pública. *Salud Uninorte*, 27(2), v-vi. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722541001>
- Aristegui, I., Vázquez, M. (2013). El impacto del estigma y la discriminación en la calidad de vida de personas transgénero viviendo con VIH. *Hologramática*, 19(6), 5-30. [https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/1477/hologramatica\\_n19pp5\\_30.pdf](https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/1477/hologramatica_n19pp5_30.pdf)
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., ... & Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220(4599), 868-871. <https://doi.org/10.1126/science.6189183>
- Berger, B., Ferrans, C., y Lashley, F. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing y Health*, 24(6), 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., y Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud pública de México*, 57(3), 252-259. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000300014#:~:text=Los%20prejuicios%20acerca%20de%20las,mercado%20laboral%20y%20a%20la%20vivienda](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300014#:~:text=Los%20prejuicios%20acerca%20de%20las,mercado%20laboral%20y%20a%20la%20vivienda)
- Bustamante, M. (2010). *Viviendo con VIH muriendo con SIDA* [Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Ecuador] <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/3379/1/TFLACSO-2010MBS.pdf>
- Cabrera Alonso, S. G., Arteta Dalchiale, Z., Meré Rouco, J. J., & Cavalleri Ferrari, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica del Uruguay*, 34(1), 3-41. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.1.1>
- Campillay, M., y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008)
- Cardona, D., y Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/521/456>
- Cardona, D., Estrada, A., y Agudelo, H. B. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26(2), 206-215. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1410/1525>
- Casas Cárdenas, S. (2012). *Estilos de vida en homosexuales con VIH en Lima Metropolitana, 2011* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1326/Casas\\_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1326/Casas_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 33-42. [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/1/4-ESTIGMA\\_Y\\_ENFERMEDAD\\_MENTAL.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/1/4-ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf)
- Conde Higuera, P., Pimentel Ramírez, M. L., Díaz Ávila, A., & Domingo Moratalla, T. (2016). Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA: Una perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 22(2), 331-340.

- Cortez, D., y Rodríguez, A. M. P. (2020). Estigmatización, calidad de vida y relación con parámetros clínicos-inmunológicos en personas que viven con el VIH atendidas en un Servicio de Salud de Madrid. *Revista Multidisciplinaria del Sida*, 8(20), 7-22.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (p. 504–553). McGraw-Hill. <https://psycnet.apa.org/record/1998-07091-028>
- Cutipa Núñez, L. M., y Zamora García, K. J. (2020). *Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida en adultos de la Sierra Peruana* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/50917/Cutipa\\_NL\\_M%20-%20Zamora\\_GKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/50917/Cutipa_NL_M%20-%20Zamora_GKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- DIGEMID (2018). Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. Lima-Perú. <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/Reuniones Tecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>
- Douglas, M., 1973. *Pureza y peligro*. Madrid, Alianza Editorial.
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511707/>
- Equipo Hogar San Camilo (2021). *El Hogar San Camilo “25 años de servicio en respuesta al VIH”* (1º ed.). Biblioteca Nacional del Perú.
- Franke, M. F., Muñoz, M., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J. L., Bayona, J. N., y Shin, S. 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>
- García-Moran, C. y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (19), 11-30. <https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>
- García, S. (2016). *Estigma y evitación del contacto hacia las personas con discapacidad intelectual* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna] <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2814/Estigma%20y%20evitacion%20del%20contacto%20hacia%20personas%20con%20discapacidad%20intelectual..pdf?sequence=1>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster. [https://books.google.com.pe/books/about/Stigma.html?id=zuMFXuTMAqAC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/Stigma.html?id=zuMFXuTMAqAC&redir_esc=y)
- Guevara, Y., y Hoyos, P. A. (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>
- Heatherton, T. F. (Ed.). (2003). *The social psychology of stigma*. Guilford Press. [https://books.google.es/books?hl=esylr=yid=--a5c\\_Q0COYCyoifndyPg=PA1ydq=The+social+psychology+of+stigmayots=E4KF0zxHUAysig=VfqeYSQVHSBw1Ag0MShbzkQMa3Q#v=onepageyq=The%20social%20psychology%20of%20stigmayf=false](https://books.google.es/books?hl=esylr=yid=--a5c_Q0COYCyoifndyPg=PA1ydq=The+social+psychology+of+stigmayots=E4KF0zxHUAysig=VfqeYSQVHSBw1Ag0MShbzkQMa3Q#v=onepageyq=The%20social%20psychology%20of%20stigmayf=false)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

- Hernandez Huayta, J., Chavez Meneses, S., y Carreazo, N. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 680-688. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n4/680-688/es/>
- Infante, C., Zarco, Á., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México*, 48, 141-150. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000200007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007)
- INFOSIDA (2022). *Tratamiento del VIH*. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>
- Kaplan, R. M. (1994). The Ziggy Theorem: toward an outcomes focused health psychology. *Health Psychology*, 13(6), 451-460. <https://pdfs.semanticscholar.org/2c90/bb3d59e274b2b43a9270fc6f2b4fe62bc625.pdf>
- Lawton, M. (2001). *Quality of life and the end of life: Handbook of the psychology of aging*.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leone, S., y Lara, M. (2014). Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. *Eureka*. <https://psicoeureka.com.py/publicacion/11-2/articulo/14>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging y mental health*, 15(5), 595-604. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2010.548054>
- Marichal, F., y Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712320.pdf>
- Martín Suárez, I., Cano Monchul, R., Pérez de Ayala, P., Aguayo Canela, M., Cuesta, F., Rodríguez, P., y Pujol de la Llave, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. In *Anales de Medicina Interna*, 19(8), pp. 20-28.
- Martínez Hernández, Y. (2021). *Correlación entre estigma social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del hospital general de zona no. 2, Aguascalientes* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. <http://hdl.handle.net/11317/2020>
- Miller, C. T. (2006). *Social psychological perspectives on coping with stressors related to stigma*. In *Stigma and group inequality* (pp. 35-58). Psychology Press.
- Miller, C. T., & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice in TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebl and JG Hull (Eds.) *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). New York: Guildford.
- Miller, C. T., & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of social issues*, 57(1), 73-92.
- MINSA (2018). *Ministerio de Salud*. Lima, Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
- Miric, M. (2005). Carga psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/sida en la República Dominicana: Autoestima, depresión y percepción de apoyo social. *Perspectivas psicológicas*, 5, 40-48. <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd3795.pdf>
- ONU (2013). *Informe sobre la epidemia mundial del Sida*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_es\\_1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf)
- ONUSIDA. Hoja informativa del ONUSIDA sobre el estigma y la discriminación. 2003

- OMS. (2019). VIH/SIDA Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONUSIDA. (2022). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Ordóñez, G., Mansilla Francisco, J. J., Nieto Aragón, E., Cereto, M. R., Salas Samper, F., Vallejo Díaz, M., y Martínez González, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 30-35. <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n2/original4.pdf>
- Paterson, G. (2005). El estigma relacionado con el SIDA. *Alianza Ecuémica de Acción Mundial y Consejo Mundial de Iglesias, Suiza*.
- Peñuela-Epalza, M., Vásquez-Beltrán, M., De La Rosa-Barraza, K., Hernández-Tapia, H., Collazos-Daza, J., y Yanes-Miranda, Y. (2006). Factores asociados a la coinfección VIH/SIDA-tuberculosis. *Salud Uninorte*, 22(1), 5-19 <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4100/2513>
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., y Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*, 246, 500-506. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116307818?via%3DiHub>
- Pinel, E. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114-128. <https://pdfs.semanticscholar.org/1295/8d86d3bbd9f06f76a9ea18587471806e26eb.pdf>
- Piña López, J. A., Corrales Rascón, A. E., Mungaray Padilla, K., y Valencia Vidrio, M. A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7982>
- 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://link.springer.com/article/10.1007/s10461-016-1439-1>
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56031293002.pdf>
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 143-148. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2)
- Rivas, J. M., y Cavero, R. M. (2013). *Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/sida del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo-Perú, 2011* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/286>
- Root, M. P. (1992). Reconstructing the impact of trauma on personality.
- Rueda S. (2004) Habitabilidad y calidad de vida. *Cuadernos de Investigación Urbanística*. <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.
- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., y Cunningham, W. E. (2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1068-8>

- Situación del VIH/Sida en el Perú*. Boletín epidemiológico mensual: Dirección General de Epidemiología. Set., 2022. [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida\\_20219\\_30\\_081256.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_20219_30_081256.pdf)
- Suarez G. Z (2020). *Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en estudiantes de 5° de secundaria del colegio 3048 - Lima 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Federico Villareal].  
<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4768/SUAREZ%20MELENDREZ%20GERALDINE%20ZADITH%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tsutsumi, A., y Izutsu, T. (2010). Quality of Life and Stigma Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. *Springer New York*.  
[https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-0-387-78665-0\\_202](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-0-387-78665-0_202)
- Turner, J. C., y Brown, R. (1978). Social status, cognitive alternatives and intergroup relations. *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*.
- Urzúa, A., y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Valenzuela, C., Ugarte-Gil, C., Paz, J., Echevarria, J., Gotuzzo, E., Vermund, S. H., y Kipp, A. M. (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.  
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-014-0908-7>
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., y Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry research*, 150(1), 71-80.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178106002034>
- Verdugo, M. A., y Schalock, R. L. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, la salud y servicios sociales*. Alianza editorial.
- Villacrés Dávila, A. J., Guerrero Arias, A., y Vega Ramírez, A. S. (2018). *Mejorando calidad de vida de personas seropositivas con modelo calidad de vida relacionado con la salud 2013*. <http://dx.doi.org/10.35383/cietna.v2i1.149>
- Weiner, B. (1972). Attribution theory, achievement motivation, and the educational process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203-215.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1170017>
- Yanguas, J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004. *Colección Estudios Serie Personas Mayores*.  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/yanquas-analisis-01.pdf>
- Zafra J. H., y Ticona, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 625-632.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=mS1726-46342016000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=mS1726-46342016000400004)
- Zich J, Temoshok L. (1987). Perception of social support in men with AIDS and ARC: relationship with distress and hardiness. *J Applied Soc Psycho*;17:193-21.  
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1987.tb00310.x>

# **ANEXOS**

## ANEXO 4

### ESCALA DE BERGER PARA ESTIGMA RELACIONADO A VIH

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

**MARQUE CON UNA “X” UNA SOLA RESPUESTA**

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

## ANEXO 5

### CUESTIONARIO DE SALUD WHOQOL-BREF 26

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

**MARQUE CON UNA “X” UNA SOLA RESPUESTA**

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Está satisfecho con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas y en qué medida.						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente

10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida						
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cómo de satisfecho está con su sueño?					
17	¿Está satisfecho con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					
20	¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?					
22	¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que					

	obtiene de sus amigos/as?					
2 3	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
2 4	¿Cómo de satisfecho está con el acceso que tiene a los establecimientos de salud?					
2 5	¿Cómo de satisfecho está con los servicios de transporte de su zona?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.						
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
2 6	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?					

## ANEXO 6

### FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor contesta las siguientes preguntas y marca con una X en el lugar que corresponda, según sea su situación:

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

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Orientación sexual: Heterosexual ( )  
No Heterosexual ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

¿Tiene pareja?: Sí ( ) No ( )

Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

Trabaja: Sí ( ) No ( )

Tiempo de Diagnóstico: Menos de 6 meses ( )

6 meses a 1 años ( )

1 año a 4 años ( )

4 años a 10 años ( )

Mayor a 10 años ( )

Tratamiento TARV: Sí ( ) No ( )

Padece alguna otra enfermedad: Sí ( ) No ( )Cuál es: \_\_\_\_\_

**¡Gracias por su participación!**

## ANEXO 7

### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Institución:** Universidad Católica Sedes Sapientiae

**Investigador:** De Los Santos Villalobos, César Jesús

**Título:** Estigma y Calidad de Vida en personas con diagnóstico de VIH del programa TARV de Cercado de Lima”

---

**Propósito del estudio:** El propósito es identificar y analizar la relación entre Estigma y Calidad de Vida en pacientes del programa TARV.

**Procedimiento:** Si usted acepta participar del estudio se le solicitará responder 2 Escalas, la primera llamada: “Escala de Berger para estigma relacionado a VIH” con 21 preguntas que hacen referencia al Estigma con la siguiente valoración: Casi Nunca, Rara Vez, A Veces, Casi Siempre. La segunda es la: “El Cuestionario de Salud WHOQOL- BREF” con 26 preguntas que evalúan la Calidad de Vida, con la siguiente valoración: Muy mala, Regular, Normal, Bastante buena, Muy buena; Muy insatisfecho, Un poco insatisfecho, lo normal, bastante satisfecho, Muy satisfecho; Nada, Un poco, Lo normal, Bastante, Extremadamente; Nada, Un poco, Lo normal, Bastante, Totalmente; Nunca, Raramente, Moderadamente, Frecuentemente, Siempre.

**Participantes:** Pacientes del programa TARV del Hogar San Camilo.

**Riesgos del estudio:** La participación en esta investigación no presenta ningún riesgo para los pacientes.

**Beneficios del estudio:** Usted se beneficiará respecto a la satisfacción por contribuir con el conocimiento científico.

**Costos e incentivos:** Usted no deberá realizar pago alguno ni recibirá ningún incentivo económico por participar en el estudio, solo obtendrá la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del Estigma y la Calidad de Vida.

**Confidencialidad:** Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial. Se le asignará un código a cada uno de los participantes para realizar un adecuado análisis. De manera que se garantiza que cada miembro permanecerá en total confidencialidad, ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

**Uso futuro de la información obtenida:** Los resultados serán almacenados por 10 años y no serán utilizados para ningún trabajo o investigación adicional.

**Donde conseguir información:** Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o considera que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, teléfono (51-1) 533-0008 anexo 265.

**Declaración voluntaria:**

Yo he sido informado(a) del propósito del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma como se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también de que puedo participar del estudio o no, o en todo caso retirarme de este, en el momento que considere necesario, sin que esto represente que tenga que pagar o recibir alguna represalia de parte del investigador. Por lo anterior mencionado acepto voluntariamente participar de la investigación denominada “Estigma y Calidad de Vida en personas con diagnóstico de VIH del programa TARV de Cercado de Lima”.

Lima / /2021

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

ANEXO 8

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES PRINCIPALES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre Estigma y Calidad de Vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARGA de Cercado de Lima?</p> <p><b>Problema específico:</b> ¿Cuál es el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre el estigma y la calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar el nivel de estigma que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima. Identificar el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima. Determinar la relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> <b>Hi:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre el estigma y la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima. <b>Ho:</b> No existe relación estadísticamente significativa entre el estigma y la calidad de vida en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Hipótesis Específica:</b> <b>Hi:</b> Existe relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en personas con el</p>	<p><b>Estigma (cualitativa politómica)</b> Estigma establecido. Preocupaciones de divulgación de estatus. Autoimagen negativa. Preocupaciones con actitudes públicas.</p> <p><b>Calidad de Vida (Cualitativa politómica)</b> Salud física. Salud psicológica. Relaciones Sociales. Ambiente.</p>	<p><b>Diseño</b> El alcance de la investigación es un diseño correlacional de corte transversal.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Pruebas estandarizadas: Escala de Berger para estigma relacionado a VIH Cuestionario sobre Calidad de Vida WHOQOL-BREF 26 Ficha de datos sociodemográficos</p>	<p><b>Población</b> La población son 200 pacientes continuadores con el diagnóstico del VIH del programa TARV (Tratamiento Antirretroviral) del hogar San Camilo, ubicada en el Cercado de Lima. Todos mayores de 18 años.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra está conformada por 132 pacientes continuadores con el diagnóstico del VIH del programa TARV del hogar San Camilo, que cumplieron con los criterios de elegibilidad.</p>

<p>diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima?</p> <p>¿Cuál es la relación entre Calidad de Vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima?</p>	<p>de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p>Determinar la relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p>Determinar la relación entre Calidad de Vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p>	<p>diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre el estigma y las dimensiones de la calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre el estigma y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación entre Calidad de Vida</p>			
---	--	--	--	--	--

		<p>y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre Calidad de Vida y las variables sociodemográficas en personas con el diagnóstico del VIH del programa TARV de Cercado de Lima.</p>			
--	--	---	--	--	--