

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

HUMANA

**Factores asociados al estigma relacionado al
VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA
del Hospital Nacional 2 de Mayo. Lima, Perú**

TESIS

para optar el título de Médico Cirujano

AUTOR

Jessica Hanae Zafra Tanaka

CO ASESORES

Eduardo Rómulo Ticona Chavez

Lima – Perú

2015

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2 Marco teórico	7
2. Objetivos	13
2.1 Objetivo general:.....	13
2.2 Objetivos específicos:.....	13
3. Hipótesis	15
3.1 Hipótesis general	15
3.2 Hipótesis específicas	15
4. Variables e indicadores.....	16
4.1 Identificación y medición de las variables	16
4.2 Operacionalización de las variables	17
5. Material y Métodos.....	18
5.1 Diseño de estudio	19
5.2 Población de estudio	19
5.3 Criterios de inclusión	19
5.4 Criterios de exclusión	19
5.5 Muestreo.....	19
5.6 Recolección de datos	19
5.7 Análisis de datos.....	21
5.8 Aspectos éticos.....	21
6. Resultados	22
7. Discusión	31
8. Conclusiones y Recomendaciones:.....	36

9. Bibliografía:.....	38
10. Anexos.....	41

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables

Tabla 2. Adherencia al tratamiento en pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos De Mayo

Tabla 3. Estigma relacionado al VIH/SIDA - escala Berger en pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos De Mayo.

Tabla 4. Asociación entre variables sociodemográficas, adherencia y conductas sexuales en los pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos De Mayo

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas, adherencia al TARGA y conductas sexuales con el estigma relacionado a VIH/SIDA en pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos De Mayo. Análisis multivariado. Lima 2014.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?

Gráfico 2. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días olvidó tomar la medicación?

RESUMEN

Introducción: Se ha hallado presencia de estigma relacionado a VIH/SIDA en Perú; este constituye un impedimento para el acceso a la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA. No se cuenta con estudios dentro del programa TARGA.

Objetivo: Determinar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA e identificar qué factores se asocian a este en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Diseño: Analítico, observacional sin grupo control de tipo transversal.

Participantes: Pacientes dentro del programa TARGA, mayores a 18 años, con más de 6 meses dentro del programa y que aceptaron participar.

Intervención: Encuesta autoadministrada en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2014. Los datos fueron confidenciales y el estudio fue aprobado por el Instituto de ética de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

Principales medidas de resultados: Las variables cualitativas fueron resumidas con frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas con la mediana y cuartiles 1 y 3. Para las asociaciones bivariadas se usó la prueba chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Para el análisis multivariado se usó la regresión logística multinomial. Se tomó como significativo un valor de p menor a 0.05. Para el análisis de datos se utilizó la versión de prueba del programa SPSS v20.

Resultados: Se analizaron los resultados de 339 encuestas. El 74% fueron varones y la mediana de la edad fue 39 años (Q1: 32 y Q3: 48). Se halló un estigma alto en 25% y moderado en 48%. Las personas sin adherencia al tratamiento tienen 4 veces el riesgo de presentar estigma alto en comparación del mínimo (OR: 4.02 IC95%: 1.34 – 12.14), así como aquellas que han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (OR: 38.4 IC95%: 3.2 – 461.41).

Conclusiones: Los pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo presentan alta prevalencia de estigma que se asocia a falta de adherencia al tratamiento y se correlaciona de forma inversa con el tiempo en el programa y el tiempo con el diagnóstico de VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH, SIDA, estigma social, factores asociados

ABSTRACT

Introduction: Stigma and discrimination are impediments to access to prevention, treatment and care of HIV / AIDS. No studies have been found in the HAART.

Objective: To determine the level of stigma related to HIV / AIDS and to identify factors associated to this in patients in the HAART program at Hospital Nacional Dos de Mayo.

Design: An analytical study, observational study without control group, transversal.

Participants: Patients in the HAART program over 18 years, with more than 6 months within the program and who agreed to participate.

Interventions: A self-administered survey was applied at the Hospital Nacional Dos de Mayo, during 2014. The data were confidential and the study was approved by the Ethics Institute of the Faculty of Medicine of Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Main outcome measures: The qualitative variables were summarized with absolute and relative frequencies; quantitative were summarized with median and quartiles 1 and 3. Chi square or Fisher's exact test were used for bivariate associations. For the multivariable analysis we used the multinomial logistic regression. It was considered as significant a p value of less than 0.05. For data analysis the trial version of SPSS v20 software was used.

Results: The results of 339 surveys were analyzed. 74% were male and the median age was 39 years (Q1: 32 and Q3: 48). High stigma was found in 25% of respondents, moderate in 48%, low in 21% and 7% minimum. Of those surveyed 66.7% were non-adherence to HAART program. People without adherence have 4 times the risk of high stigma compared the minimum (OR: 4.02 95% CI 1.34 - 12.14), as well as people who have had sex with someone of the same sex (OR: 38.4 95% CI: 3.2 - 461.41).

Conclusions: Patients in the HAART show high prevalence of stigma related to HIV / AIDS, which is associated with poor adherence to treatment and correlates inversely with the time living with the diagnosis of HIV / AIDS and the time in the HAART.

Keywords: HIV, AIDS, stigma, associated factors

1. INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH representa un problema de salud pública a nivel mundial. Según el reporte del *U.S. Agency for International Development* (USAID) para Perú hacia el año 2008 existían 76 000 personas viviendo con VIH/SIDA de las cuales solo el 50% tenían diagnóstico.^(1, 2) Durante el año 2013 se reportaron 938 casos de SIDA y 3005 casos de VIH nuevos. Hasta el mes de noviembre del año 2014 se habían reportado 968 casos de SIDA y 3074 de VIH para ese año. Según el reporte de la Dirección General de Epidemiología para esta fecha había 32 491 casos de SIDA en el Perú y 55 672 casos de VIH.⁽³⁾

El estigma y la discriminación constituyen impedimentos para el acceso a la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA. Ambos se encuentran presentes en las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y en mayor proporción los pertenecientes a grupos de alto riesgo; hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS) y transexuales; lo cual determina vulnerabilidad por parte de estas poblaciones que no se ha logrado reducir a pesar de las intervenciones realizadas.^(4, 5)

El estigma relacionado con el VIH/SIDA es un «proceso de desvalorización» de las personas que viven con esta enfermedad o están asociadas con él. La discriminación es el trato injusto y desleal de una persona en razón de su estado serológico respecto al VIH, sea éste percibido o real.⁽⁶⁾ Dentro de las causas modificables del estigma se encuentran la falta de sensibilización y conocimientos sobre el tema y sus efectos nocivos, el temor a contraer la infección a través de contacto cotidiano (debido a falta de conocimiento) y la vinculación de las PVVS con comportamientos considerados impropios e inmorales.⁽⁷⁾

El estigma asociado a VIH y la discriminación condicionan mayor vulnerabilidad por diversos mecanismos entre los que se encuentran el abandono por parte de la familia, aislamiento social, pérdida de empleo,

negación a los servicios de salud y la violencia.⁽⁸⁾ Se ha encontrado que estos pueden influir en el tiempo en que demora una persona en acudir a los servicios de salud y realizar una prueba de VIH, la adherencia al tratamiento y la revelación del estado a la pareja, lo que a su vez perpetúa la propagación de la enfermedad. Estos estudios han sido realizados en países como Botswana y Tanzania.⁽⁷⁻¹⁰⁾

En un estudio realizado en Perú para la implementación de un programa DOT-HAART, se evaluó entre las variables el estigma y se encontró en un nivel de prevalencia del 50% en la población estudiada.⁽⁹⁾ Sin embargo no se han hallado estudios dirigidos a determinar la prevalencia dentro del programa TARGA ni a identificar los factores asociados, información sin la cual no se puede plantear medidas de control de este fenómeno. Es por ello que el objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA e identificar qué factores se asocian a este en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.1. Planteamiento del problema

a. Identificación del problema

La epidemia de VIH representa un problema de salud pública a nivel mundial. Según el reporte de USAID para Perú hacia el año 2008 existían 76 000 personas viviendo con VIH/SIDA de las cuales solo el 50% tenían diagnóstico.^(1, 2)

La OMS hace énfasis en la cobertura universal que debe lograrse en los ámbitos preventivo-promocionales que incluyen consejería y asesoramiento en VIH y la realización de pruebas diagnósticas^(4, 11) que, sumados al tratamiento, representan los servicios de salud en VIH/SIDA necesarios para lograr un manejo adecuado de la epidemia.

Debido a la gran carga de enfermedad que representa la infección por VIH se han planteado diversos programas para combatirla; a pesar de ello no se ha logrado controlarla. Esta falta de control se ha relacionado en países latinoamericanos con la concentración de enfermedad en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).^(1, 11)

En el Perú, la epidemia se encuentra concentrada en grupos de alto riesgo, lo que se refleja en una prevalencia en la población general de 0.23% y en HSH de 12.4%. Los resultados de vigilancia centinela realizada en el periodo 2002-2011 sugieren que la incidencia en este grupo se ha mantenido.⁽¹¹⁾

Se ha encontrado en algunos estudios como un factor asociado a la falta de adherencia al tratamiento a la homosexualidad; lo que podría explicar por qué a pesar de la implementación del programa TARGA, que provee de tratamiento sin costo para las personas que viven con VIH, en nuestro país no ha habido una disminución en la incidencia dentro de estas poblaciones.⁽⁹⁾

En los grupos transgénero y HSH trabajadores sexuales se halló una prevalencia de 14.6% para el año 2011. La población transgénero fue la más afectada con una prevalencia de 20.8% e incidencia de 9.07 por 100 personas/año.⁽¹¹⁾

El estigma y la discriminación constituyen impedimentos para el acceso a la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA. Ambos se encuentran presentes en las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y en mayor proporción los pertenecientes a grupos de alto riesgo; HSH, trabajadores sexuales (TS) y transexuales; lo cual determina vulnerabilidad por parte de estas poblaciones que no se ha logrado reducir a pesar de las intervenciones realizadas.^(4, 5)

El estigma relacionado con el VIH/SIDA es un «proceso de desvalorización» de las personas que viven con esta enfermedad o están

asociadas con él. La discriminación es el trato injusto y desleal de una persona en razón de su estado serológico respecto al VIH, sea éste percibido o real.⁽⁶⁾ Dentro de las causas modificables del estigma se encuentran la falta de sensibilización y conocimientos sobre el tema y sus efectos nocivos, el temor a contraer la infección a través de contacto cotidiano (debido a falta de conocimiento) y la vinculación de las PVVS con comportamientos considerados impropios e inmorales.⁽⁴⁾

El estigma asociado a VIH y la discriminación condicionan mayor vulnerabilidad por diversos mecanismos entre los que se encuentran el abandono por parte de la familia, aislamiento social, pérdida de empleo, negación a los servicios de salud y la violencia.⁽⁴⁾ Se ha encontrado que estos pueden influir en el tiempo en que demora una persona en acudir a los servicios de salud y realizar una prueba de VIH, la adherencia al tratamiento y la revelación del estado a la pareja, lo que a su vez perpetúa la propagación de la enfermedad. Estos estudios han sido realizados en países como Botswana y Tanzania.^(1, 4, 7, 8)

En un estudio realizado en Perú para la implementación de un programa DOT-HAART, se evaluó entre las variables el estigma y se encontró en un nivel de prevalencia del 50% en la población estudiada.⁽⁹⁾ Sin embargo no se han hallado estudios dirigidos a determinar la prevalencia dentro del programa TARGA ni a identificar los factores asociados, información sin la cual no se puede plantear medidas de control de este fenómeno.

b. Delimitación del problema y justificación de su investigación.

La epidemia de VIH/SIDA se considera como un problema de salud pública. Dentro del Plan estratégico multisectorial para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA en el Perú (2007 – 2011) se considera como uno de los objetivos estratégicos promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde

una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.

Estudiar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA en PVVS es importante debido a que se halla relacionado a mala adherencia al tratamiento, falta de revelación del estado a la pareja y demora en acudir a los servicios de salud para realizar una prueba diagnóstica. Esto contribuye a la propagación y mantenimiento de la epidemia de VIH/SIDA. Se halla relacionado también de forma directa con depresión y de manera indirecta con calidad de vida.

El nivel de estigma fue estudiado en una comunidad bajo un sistema de DOT-HAART durante los años 2005 – 2007, sin embargo no se han encontrado estudios en el programa TARGA.

El estudio de estigma relacionado al VIH/SIDA en la población usuaria de TARGA permitiría cuantificar la magnitud de este problema dentro del programa que aplica el Estado desde la perspectiva de las PVVS. Además serviría para medir el impacto de los programas dirigidos a la reducción del estigma.⁽⁴⁾

Así mismo proveería información relevante sobre los factores que se asocian a este, lo que ayudaría a orientar intervenciones dirigidas a reducirlo con el fin de mejorar el acceso al tratamiento y atención en VIH/SIDA. El control de este podría mejorar las condiciones de vida de las PVVS dentro del programa TARGA.

El Hospital Dos de Mayo es uno de los centros donde se ha implementado el programa TARGA, y cuenta con una gran cantidad de pacientes. Es importante realizar estudios dentro de hospitales como este para poder así contribuir a la mejora del programa.

Por ello se ha planteado el siguiente problema de investigación:

¿Qué factores se asocian al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo?

Problemas específicos:

- i. ¿Cuál es el nivel de estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo?
- ii. ¿Cuál es el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA de acuerdo a variables socioeconómicas?
- iii. ¿Existe asociación entre el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA de acuerdo al tiempo en el programa TARGA?
- iv. ¿Existe asociación entre el estigma relacionado a VIH/SIDA y la revelación del estado a la pareja en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo?
- v. ¿Existe asociación entre el estigma relacionado a VIH/SIDA y el tiempo viviendo con el diagnóstico de VIH en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo?

- vi. ¿Existe asociación entre el estigma relacionado a VIH/SIDA y el grado de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo?

1.2 Marco teórico

a. Antecedentes

Fay et al. realizaron un estudio sobre el estigma, el acceso a salud y el conocimiento sobre VIH en una población HSH de Malawi, Namibia y Botswana en el año 2010. Se realizó un muestreo de tipo bola de nieve y se reclutaron 202 hombres en Malawi, 218 en Namibia y 117 en Botswana.

Se aplicó una encuesta de 45 preguntas de opción múltiple sobre estigma percibido y experimentado, acceso a servicios de salud, discriminación y conocimiento de VIH. El acceso a salud se evaluó mediante las preguntas: “¿alguna vez se le ha negado el acceso a los servicios por su orientación sexual?” y “¿alguna vez ha tenido miedo de buscar/utilizar los servicios de salud?”. La discriminación se evaluó por 2 preguntas: “¿alguna vez se le ha negado el acceso a los servicios por su orientación sexual?” y “¿alguna vez ha sido chantajeado por su sexualidad?”.

El 19% de los pacientes reportó haber tenido miedo de buscar servicios de salud. Al 5% de los participantes se les había negado la atención y el 21% había sido chantajeado. Se encontró una relación entre la falta de conocimiento sobre la transmisión de VIH a través de las relaciones sexuales con mujeres y el estigma experimentado ($P < 0.01$).⁽¹²⁾

Sayles et al. realizaron un estudio sobre la asociación del estigma relacionado al VIH y el acceso a servicios de salud y terapia antirretroviral en PVVS en Los Ángeles en el año 2007. Participaron 202 PVVS a las cuales se les realizó una encuesta en la cual se encontró que el estigma, en promedio, poseía un puntaje de 50 (“algunas veces”). La adherencia al tratamiento fue subóptima (42,5%). Se encontró relación entre el estigma y el pobre acceso a servicios de salud ($OR = 4.97 (2.54-9.72)$) y una

adherencia subóptima al tratamiento (OR = 2.45 (1.23–4.91)). Sin embargo al momento de introducir al análisis la variable salud mental, mediante el modelo de *multiple imputation by chained equations*, tan solo la asociación con pobre acceso a servicios de salud se mantuvo significativa. ⁽¹³⁾

Alvis et al. estudiaron los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en 472 PVVS dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2007. La tasa de no adherencia fue de 35,9% y se encontró que los factores asociados de forma independiente son homosexualidad/bisexualidad (OR = 3.85 (3.47–7.51)), poco apoyo social (OR = 5.41 (3.17–9.22)), no tener domicilio fijo (OR = 3.34 (1.93–5.79)), tener morbilidad psíquica (OR = 2.93 (1.78–4.82)) y mayor tiempo en tratamiento (OR = 1.04 (1.02–1.07)). ⁽¹⁴⁾

b. Marco teórico

i. Definición de términos básicos

- Estigma relacionado a VIH/SIDA: Marca que crea distinción entre una persona infectada y aquella que no está infectada. Además se considera que es un proceso social de desvalorización de una persona por poseer la infección. Esta desvalorización condiciona una relación de superioridad de aquellos que no poseen el VIH/SIDA. ^(6, 15)
- Discriminación: Trato injusto, ya sea real o percibido, de una persona debido a que está infectada con VIH. ⁽⁶⁾
- Adherencia al tratamiento: cumplimiento del tratamiento e indicaciones terapéuticas producto de la interacción entre el usuario y los servicios de salud. ⁽¹⁴⁾

ii. Epidemiología de VIH a nivel mundial y latinoamericano

La prevalencia mundial de VIH hacia finales del año 2010 fue de 34 (31.6 – 35.2) por millón, además la incidencia fue de 2.7 (2.4 – 2.9) y la mortalidad específica de 1.8 (1.6 – 1.9) por millón. ⁽¹⁾

Dentro de los indicadores clave a nivel mundial se presentan la tasa de gestantes a las que se le realiza una prueba de VIH (35%), el número de centros que proveen de terapia antirretroviral (22 400), el número de personas en tratamiento antirretroviral (6 650 000), el número de niños en tratamiento antirretroviral (456 000) y la cobertura de medicamentos para prevenir la transmisión vertical (48%). Cabe resaltar que la incidencia se mantiene desde el año 2007 a pesar de la mejora en servicios. ⁽¹⁾

En este marco, ONUSIDA y la OMS se han propuesto como objetivos generales para los próximos 5 años (2011 – 2015) lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para el VIH.

Dentro de los compromisos figuran: la reducción de la transmisión sexual, prevención del VIH entre usuarios de drogas, eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños, acceso al tratamiento para 15 millones de personas, erradicación de las muertes por tuberculosis, reducción de las diferencias en los recursos económicos, eliminación de las desigualdades de género, erradicación del estigma y la discriminación hacia las PVVS, eliminación de las restricciones de viaje y el fortalecimiento de la integración del VIH. ⁽¹⁶⁾

Dentro de los objetivos específicos relacionados con la erradicación del estigma y discriminación figuran:^(16, 17)

- Incluir en las estrategias de protección social nacionales a las personas que viven con el VIH y a los hogares afectados por el virus, quienes además tienen acceso a servicios de atención y apoyo esenciales.
- Reducir a la mitad el número de países con leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el comercio sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad que bloquean las respuestas efectivas.
- Eliminar las restricciones en la entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH en la mitad de los países que las imponen.

- Abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en, al menos, la mitad de los programas en VIH.
- Tolerancia cero con la violencia de género.

iii. Epidemiología de VIH en el Perú

La epidemia en nuestro país se encuentra concentrada, ello quiere decir que existen grupos de riesgo con una prevalencia mucho mayor. Tenemos así que la prevalencia en la población de adultos fue de 0,5% (0,3 – 0,6%)(2) y para la general fue de 0.23% (vigilancia centinela de gestantes).⁽¹¹⁾ Dentro del grupo de HSH se presentó una prevalencia de 12.4% según la vigilancia centinela del año 2011.

Se estimó que para el año 2010 las nuevas infecciones se distribuirían en un 56% en HSH, 12% en personas que practican sexo casual y sus parejas estables, el 2% en trabajadoras sexuales y sus clientes, 13% en las parejas de los clientes de las TS, HSH y usuarios de drogas endovenosas. Además sólo el 15% de las nuevas infecciones se presentaría en población heterosexual de bajo riesgo. La vía de transmisión principal fue la sexual con el 97% de los casos, seguida por la transmisión vertical el 2% y la parenteral que representa el 1%.⁽¹¹⁾

iv. Estigma relacionado al VIH/SIDA

El estigma juega un rol importante en el mantenimiento de la inequidad social entre los estigmatizados y los estigmatizadores.

La definición del estigma relacionado al VIH es compleja, y para ello debe entenderse que las personas afectadas por este son tanto los infectados como los no infectados, y cada grupo posee manifestaciones diferentes.

Earnshaw ha propuesto un modelo para comprender como un proceso social actúa a nivel individual. (15) La importancia de conocer las consecuencias a este nivel es debido a que las formas de prevención van dirigidas a este.

Según el modelo de Earnshaw, los mecanismos que se presentan en ambos grupos (no infectados e infectados) interactúan entre sí y determinan que las personas infectadas adquieran un estatus de subordinación, mientras que los primeros se sientan en una posición superior.

Los mecanismos que poseen las personas no infectadas son el prejuicio, los estereotipos y la discriminación. Los prejuicios son las emociones y sentimientos negativos que tienen las personas no infectadas con respecto a las infectadas. Estas pueden ser ira, temor o disgusto. Los estereotipos son creencias de grupo sobre las PVVS y la discriminación se refiere a la expresión de los prejuicios por medio de acciones. Estos mecanismos se asocian a diversos resultados, entre ellos se encuentran la no realización de la prueba de VIH, el apoyo a políticas sociales discriminatorias, menor responsabilidad social y el deseo del distanciamiento social.

Los mecanismos que poseen las personas infectadas son el percibido, internalizado y el anticipado. El estigma percibido (*enacted* en inglés) se refiere a como la PVVS siente que ha experimentado el prejuicio y la discriminación. La anticipación se refiere al grado en que las PVVS esperan ser víctimas de prejuicio o discriminación y el estigma internalizado son los sentimientos y creencias negativas que poseen sobre sí mismas las PVVS. Estos mecanismos se asocian con menor salud mental, menor soporte social y mayor cantidad de síntomas de VIH.

Se define además un estigma relacionado con la preferencia sexual que puede presentarse de diversas maneras; percibido, internalizado, experimentado (discriminación) y anticipado. La forma como el individuo percibe el estigma se refleja en el estigma percibido y el internalizado. El primero se refleja en cómo cree el individuo que el resto responderá si supieran que mantiene relaciones con personas del mismo sexo, mientras que el segundo representa lo que el sujeto siente en relación a su preferencia sexual. ⁽¹²⁾

Sayles et al. utilizaron una escala de medición de estigma relacionado al VIH que consistía en 28 preguntas. El test consta de 4 subescalas: Estereotipia, preocupaciones en relación a la revelación del estado, relaciones sociales y aceptación personal. El test fue validado por ese grupo de investigación (alfa de Cronbach = 0.93) con una población de 202 PVVS residentes en Los Ángeles. ^(13, 18)

Franke et al., validaron y abreviaron la escala Berger para estigma relacionado al VIH en una población de habla hispana de dos distritos de Lima, Perú. El estudio, de tipo observacional longitudinal, se realizó con 131 adultos en el programa TARGA durante los años 2005 y 2007. Se obtuvo una escala validada de 21 preguntas con validez interna (alfa de Cronbach = 0.89) y de constructo evaluada mediante una correlación positiva con depresión, utilizando *The Hopkins Symptom checklist-15*, y una correlación negativa con calidad de vida, medida a través de *The Medical Outcomes Study HIV Health Survey* ($P < 0.01$). En adición, se determinó la sensibilidad al cambio al cabo de un año hallándose resultados positivos. ⁽¹⁰⁾

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

- i. Determinar qué factores se asocian al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo.

2.2 Objetivos específicos:

- i. Determinar el nivel de estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- ii. Determinar la distribución del nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA de acuerdo a variables socioeconómicas.
- iii. Determinar la distribución del nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA de acuerdo al tiempo en el programa TARGA.
- iv. Determinar la asociación del estigma relacionado a VIH/SIDA y la revelación del estado a la pareja en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- v. Determinar la asociación del estigma relacionado a VIH/SIDA y el tiempo viviendo con el diagnóstico de VIH en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- vi. Determinar la asociación del estigma relacionado a VIH/SIDA y el grado de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo

3. HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

- i. Existe asociación entre factores sociodemográficos y clínicos y el estigma relacionado a VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Dos de Mayo.

3.2 Hipótesis específicas

- i. El mayor nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA se asocia con el pertenecer a grupos vulnerables, grado de instrucción bajo y falta de un domicilio fijo.
- ii. El mayor nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA se asocia con mayor tiempo dentro del programa TARGA.
- iii. El mayor nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA se asocia a la falta de revelación del estado a la pareja en los pacientes del programa TARGA del Hospital Dos de Mayo.
- iv. El mayor nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA se asocia con mayor tiempo viviendo con el diagnóstico de VIH.
- v. El nivel mayor de estigma relacionado a VIH/SIDA se asocia a un menor grado de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa TARGA del Hospital Dos de Mayo.

4. VARIABLES E INDICADORES

4.1 Identificación y medición de las variables

Variable dependiente:

- Estigma relacionado al VIH/SIDA: «proceso de desvalorización» de las personas que viven con esta enfermedad o están asociadas con él. (6)

Variable independiente:

- Factores clínicos
 - o Tiempo con el diagnóstico de VIH
 - o Tiempo en el programa TARGA
 - o Revelación del estado a la pareja: el relevar a la pareja el hecho de poseer VIH/SIDA
 - o Adherencia al tratamiento: toma voluntaria de los medicamentos prescritos en dosis, frecuencia y hora indicados.

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Domicilio fijo
- Pertenencia a grupos vulnerables: pertenecer a aquellos grupos donde la epidemia se encuentra concentrada esto es HSH, TS y transexuales.

4.2 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de variables					
Variable	Dimensiones	Indicadores	Valores finales/Criterios de medición	Tipo de variable/escala	Instrumento
Variables sociodemográficas ⁽¹⁴⁾					
Edad	-	Edad en años	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta/Razón	Encuesta
Sexo	-		Femenino Masculino	Cualitativa dicotómica/Nominal	Encuesta
Estado civil	-		Soltero/a Casado/a Conviviente Viudo/a Separado/a Divorciada	Cualitativa politómica/Nominal	Encuesta
Grado de instrucción	-		Inicial/pre-escolar Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario Postgrado	Cualitativa politómica/Ordinal	Encuesta
Servicios básicos	-	Luz, agua, desagüe, domicilio fijo	Si/No	Cualitativa dicotómica/Nominal	Encuesta
Conductas sexuales	Orientación sexual		Heterosexual, homosexual, bisexual, transexual	Cualitativa politómica/Nominal	Encuesta
	Relaciones con personas del mismo sexo	Presencia actual o pasada de conducta	Si/No	Cualitativa dicotómica/Nominal	Encuesta
	Relaciones a cambio de dinero	Presencia actual o pasada de conducta	Si/No	Cualitativa dicotómica/Nominal	Encuesta

Tabla 1. Operacionalización de variables (continuación)

Variable	Dimensiones	Indicadores	Valores finales/Criterios de medición	Tipo de variable/escala	Instrumento
Variable dependiente					
Estigma relacionado a VIH/SIDA	Estigma relacionado al VIH/SIDA		Rango de puntajes varía entre 21 -84, de acuerdo a ello: Mínimo (21 – 34) Bajo (35 – 47) Moderado (48 – 61) Alto (62 – 84) ⁽¹⁹⁾	Cuantitativa discreta/Ordinal	Encuesta validada para Perú de Berger ^(9, 10)
VARIABLES INDEPENDIENTES					
Factores clínicos					
	Tiempo con el diagnóstico de VIH	Tiempo en años y meses	Tiempo en años y meses	Cuantitativa continua/Razón	Encuesta
	Tiempo en programa TARGA	Tiempo en años y meses	Tiempo en años y meses	Cuantitativa continua/Razón	Encuesta
	Revelación de estado a pareja		Si/No	Cualitativa dicotómica/Nominal	Encuesta
	Adherencia al tratamiento TARGA		Si/No Respuesta “No” a alguna pregunta cualitativa o Olvido de tomar más de 2 dosis en la última semana o Olvido de tomar el medicamento por 2 días en los últimos 3 meses	Cualitativa dicotómica/Nominal	Encuesta SMAQ ^(14, 20)

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio analítico, observacional sin grupo control de tipo transversal.

5.2 Población de estudio

La población de estudio fueron los pacientes con VIH/SIDA dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2014.

5.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron el ser mayor de edad, el tener mínimo 6 meses dentro del programa y el encontrarse en tratamiento ambulatorio al momento de la recolección de los datos. El punto de corte de 6 meses fue determinado de acuerdo a la recomendación de la licenciada de psicología encargada del programa TARGA.

5.4 Criterios de exclusión

Se excluyó a los pacientes con incapacidad física o mental para responder la encuesta y aquellos pacientes que no brindaron su consentimiento informado.

5.5 Muestreo

Se realizó un tipo de muestreo por conveniencia. El cálculo del tamaño de muestra se realizó con el programa Epidat 3.1. con un nivel de confianza de 95% (coeficiente de confiabilidad de 1.96), una proporción esperada de 60% y una precisión de 5. Se consideró que en el programa existían 2000 personas, así se calculó un tamaño muestral de 312 personas.

5.6 Recolección de datos

Se realizó una encuesta autoadministrada que contaba con 3 partes, la primera en relación a las variables sociodemográficas, otra en relación a la adherencia al tratamiento TARGA para lo cual se utilizó la encuesta *Simplified medication adherence questionnaire* (SMAQ) y la última parte estuvo conformada por la escala Berger que mide estigma relacionado a VIH/SIDA que fue validada en nuestro medio.

a. Confiabilidad y validez de los instrumentos de recolección de datos

La escala Berger validada en nuestro país cuenta con 21 items con respuestas en escala de Likert que representan 4 factores: estigma establecido (enacted stigma), preocupaciones de divulgación de estatus (disclosure concerns), auto-imagen negativa (negative self-image) y preocupaciones con actitudes públicas (concern with public attitudes). La fiabilidad de esta escala se calculó con el coeficiente alfa de Cronbach que se halló en 0.89.⁽¹⁰⁾ Esta variable fue categorizada en 4, el puntaje varió entre 21 y 84, así las categorías fueron mínimo (21 – 34), bajo (35 -47), moderado (48 – 61) y alto (62 – 84).⁽¹⁹⁾

La encuesta SMAQ cuenta con 6 preguntas con respuesta cerrada. Esta encuesta tiene una sensibilidad de 72% y una especificidad de 91%. Además su valor predictivo positivo es de 87% y su valor predictivo negativo es de 80%. Se calculó la fiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach que se halló en 0.75. Se consideró como no adherente a aquellas personas que tuvieron una respuesta positiva a alguna de las preguntas cualitativas, olvido de tomar más de 2 dosis en la última semana o el olvido de tomar el medicamento por 2 días en los últimos 3 meses.⁽²⁰⁾

Se realizó un juicio de expertos como parte de la validación de contenido, en ella participaron 3 expertos en el tema, quienes evaluaron la encuesta de forma virtual. Luego de las modificaciones indicadas se obtuvo un índice de concordancia de 93% con lo que se procedió a aplicar la encuesta.

b. Procedimiento de recolección de datos

La encuesta se realizó en las instalaciones del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo entre las fechas de 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2014. Los pacientes fueron abordados mientras esperaban la consulta con el médico, para ello se recibió apoyo de los consejeros del programa. Luego de una breve explicación sobre el trabajo se brindó el consentimiento informado y aquellos que aceptaban participar del proyecto llenaron las encuestas en el ambiente de espera del programa. Debido a que este es amplio se logró que cada participante tenga privacidad.

5.7 Análisis de datos

Se analizó las variables cualitativas por medio de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumieron mediante la mediana y los valores de los cuartiles 1 y 3 debido a que no siguieron una distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para las asociaciones bivariadas de las variables cualitativas y como fuerza de asociación se calculó la razón de productos cruzados (OR). Para los casos en los que más del 20% de las casillas contenían un valor esperado menor a 5 se utilizó la prueba exacta de Fisher. Las variables cuantitativas fueron asociadas con la correlación de Spearman. Finalmente se utilizó el análisis de regresión logística multinomial para el análisis multivariado. Se consideró estadísticamente significativo los valores de p menores a 0.05. El análisis se realizó con la versión de prueba del programa SPSS versión 20.

5.8 Aspectos éticos

Se obtuvo autorización del Instituto de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de las autoridades del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se aplicó el consentimiento informado antes del llenado de la encuesta. La información brindada por los encuestados fue confidencial y se respetó los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

6. RESULTADOS

Fueron encuestadas 466 personas, 43 de ellas no cumplieron con los criterios de inclusión por estar dentro del programa TARGA por un tiempo menor a 6 meses y 84 encuestas fueron anuladas debido a falta de datos o inconsistencia entre los datos obtenidos.

Se analizaron los resultados de 339 encuestas. De las personas encuestadas el 74% (251) fueron varones. La mediana de la edad fue de 39 años (Q1: 32, Q3: 48).

El 16.2% (55) no poseía domicilio fijo. El 98.2% (329) posee agua; 98.2% (331) posee luz; el 95.5% (320) posee desagüe. El 44.7% (147) no posee empleo. El 58.9% (199) es soltero; 8.9% (30) es casado, 23.1% (78) es conviviente, 6.5% (22) es separado y el 2.7% (9) es viudo. El 7.7% (26) estudió primaria, el 45.1% (153) secundaria y el 47.2% (160) tuvo estudios superiores.

La mediana del tiempo viviendo con diagnóstico de VIH/SIDA fue de 60 meses (Q1: 36, Q3: 108), mientras la mediana del tiempo dentro del programa TARGA fue de 48 meses (Q1: 24, Q3: 84).

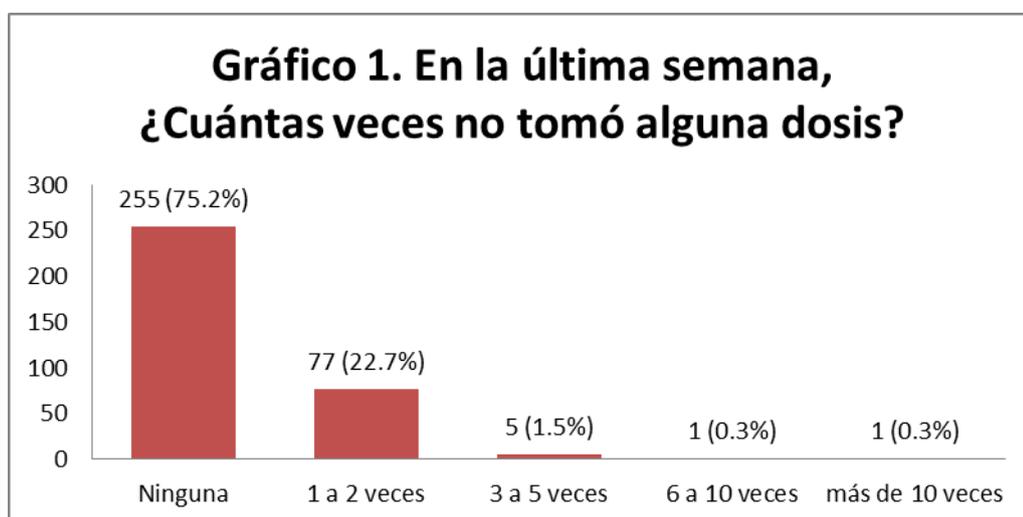
De las personas encuestadas el 66.7% (226) no tuvo adherencia al tratamiento TARGA. De acuerdo a la definición planteada, se consideró como falta de adherencia a aquellos con una respuesta negativa a las preguntas cualitativas o que olvidó de tomar más de 2 dosis en la última semana u olvidó de tomar el medicamento por 2 días en los últimos 3 meses. Las personas encuestadas tomaban una mediana de 3 pastillas al día (Q1:2, Q3: 5).

Tabla 2. Adherencia al tratamiento en pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2014.

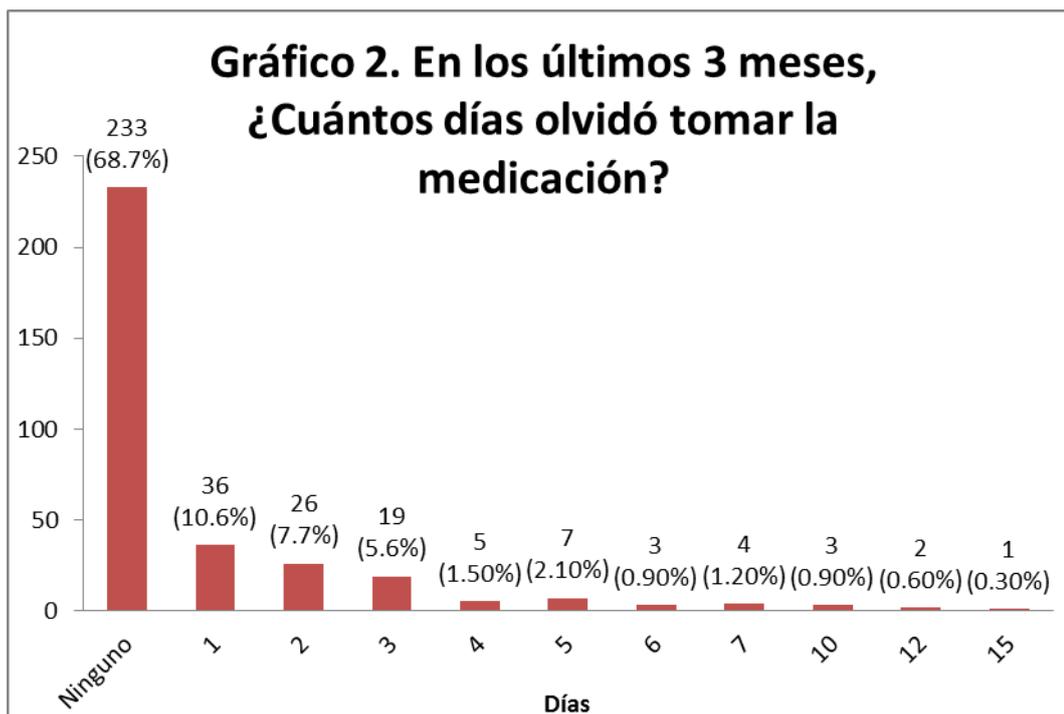
Pregunta del cuestionario SMAQ	Si	No
Alguna vez, ¿Olvida tomar la medicación?	186 (54.9%)	153 (45.1%)
¿Tomó siempre los medicamentos a la hora indicada?	265 (78.4%)	73 (21.6%)
Alguna vez, ¿Deja de tomar las medicinas si se siente mal?	44 (13%)	294 (87%)
¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	55 (16.3%)	283 (83.7%)

En la tabla 2 se pueden apreciar los resultados de la encuesta SMAQ. Se puede apreciar que la mayoría de personas (87%) deja de tomar sus medicamentos si se siente mal. Además, el 45% manifestó olvidar tomar la medicación alguna vez.

En la contraparte la mayoría de personas toma los medicamentos a la hora indicada (78%) y manifiesta no haber olvidado tomar la medicación durante el fin de semana (83%).



En la última semana el 22.7% (77) de los encuestados olvidó tomar 1 a 2 dosis; 1.5% (5) olvidó 3 a 5 dosis, mientras que el 75.2% (255) no olvidó tomar ninguna dosis. Estos datos pueden apreciarse en el gráfico 1.



En los últimos 3 meses el 68.7% (233) de las personas no olvidó tomar su medicación por un día completo, el 10.6% (36) olvidó tomar sus medicamentos un día, el 7.7% (26) olvidó tomar por 2 días. Esto puede ser apreciado en el gráfico 2.

Con respecto a la orientación sexual, el 59.2% (197) se considera heterosexual, 32.4% (108) como homosexual, 7.8% (26) como bisexual y 0.6% (2) se considera transexual. El 48.7% (163) ha mantenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y el 20.1% (66) ha mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero. El 45.7% (154) posee pareja estable, de estos el 15.2% (23) no ha revelado su estado seropositivo a la pareja.

El 25.4% (86) de encuestados presentó un estigma relacionado a VIH/SIDA alto, el 47.5% (161) presentó un estigma moderado, el 20.6% (70) bajo y el 6.5% (22) presentó un estigma mínimo. La media para el puntaje total de la escala de Berger fue de 53.7 (DS=12.02).

Tabla 3. Estigma relacionado al VIH/SIDA - Escala Berger en pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2014 (n=339)

Item de la escala de Berger	Casi siempre	A veces	Rara vez	Casi nunca
1. Me siento culpable porque tengo VIH	17.7%	27.7%	13.9%	40.7%
2. Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso	14.5%	6.2%	17.4%	61.9%
3. Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH	56.3%	13.3%	9.7%	20.6%
4. Siento que no soy tan bueno/a como otros porque tengo VIH	9.7%	16.8%	13.9%	59.6%
5. Se trata a la gente con VIH como rechazados	48.1%	32.7%	8.3%	10.9%
6. La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia	48.7%	28.6%	7.4%	15.3%
7. Tener VIH me hace sentir que no soy limpio/a*	8.3%	12.7%	12.1%	66.9%
8. Me siento aparte, aislado del resto del mundo	6.2%	17.7%	15.6%	60.5%
9. La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa	36.6%	28.9%	13.9%	20.6%
10. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona	4.1%	7.4%	12.4%	76.0%
11. La mayoría de personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran que tienen VIH	54.9%	28.9%	10.6%	5.6%
12. Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH	86.1%	4.4%	4.7%	4.7%
13. Algunas personas que saben que tengo VIH se han alejado	11.5%	12.7%	13.9%	61.9%
14. La mayoría de gente se incomoda con personas con VIH	47.8%	32.4%	11.8%	8.0%
15. Me preocupa que las personas me juzguen cuando se enteren que tengo VIH	50.4%	21.5%	10.9%	17.1%
16. Tener VIH en mi cuerpo me disgusta	37.5%	21.8%	13.0%	27.7%
17. Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH le digan a otros	58.7%	15.9%	4.7%	20.6%
18. Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas	24.5%	15.3%	10.9%	49.0%
19. Por lo general, decírselo a otros ha sido un error	20.4%	18.9%	11.5%	49.0%
20. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH	26.5%	23.3%	12.1%	37.8%
21. Las personas parecen tener miedo de mi porque tengo VIH	19.2%	18.9%	14.7%	46.9%

* n=338

En la tabla 3 se aprecian las respuestas a la escala Berger para estigma relacionado a VIH/SIDA.

Se halló que la mayoría de personas hacía mucho esfuerzo por mantener en secreto el hecho de tener VIH (56%) y se preocupaban de que aquellos que sabían que tenían el virus le digan a otros (58%). Además les preocupa el hecho de que otros los juzguen (50%) y piensan que las PVVS son rechazadas (54%).

En cuanto a la dimensión de opinión pública se halló que cerca de la mitad pensaba que el resto de personas considera a una PVVS como sucia (48%) o como asquerosa (36%).

Por otro lado, se evidenció que la mayoría no se sentía aislado del resto del mundo (60%), ni se sentía una mala persona (76%) o se sentía no limpio (66%).

Tabla 4. Asociación entre variables sociodemográficas, adherencia y conductas sexuales en los pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2014

Características	n	Estigma relacionado a VIH/SIDA				p valor*	
		Alto	Moderado	Bajo	Mínimo		
Sexo	Masculino	251	25.1%	45.8%	21.5%	7.6%	0.45
	Femenino	88	26.1%	52.3%	18.2%	3.4%	
Estado civil	Soltero/a	199	23.1%	50.3%	18.6%	8%	0.39
	Casado/a	30	26.7%	53.3%	20%	0%	
	Conviviente	78	29.5%	41%	24.4%	5.1%	
	Viudo/a	9	0%	55.6%	33.3%	11.1%	
	Separado/a	22	9%	31.8%	22.7%	4.5%	
Grado de instrucción	Primaria	26	53.8%	34.6%	3.8%	7.7%	0.01
	Secundaria	153	20.9%	53.6%	20.3%	5.2%	
	Superior	160	25%	43.8%	23.8%	7.5%	
Domicilio fijo	Sí	284	20.4%	48.2%	23.6%	7.7%	0.00
	No	55	50.9%	43.6%	5.5%	0%	
Luz	Sí	331	24.8%	47.4%	21.1%	6.6%	0.17†
	No	6	66.7%	33.3%	0%	0%	
Agua	Sí	329	24.6%	47.4%	21.3%	6.7%	0.03†
	No	6	83.3%	16.7%	0%	0%	
Desagüe	Sí	320	24.7%	47.5%	20.9%	6.9%	0.29†
	No	15	46.7%	33.3%	20%	0%	
Empleo	Sí	182	20.9%	48.9%	23.1%	7.1%	0.16
	No	147	31.3%	45.6%	17%	6.1%	
Adherencia al programa TARGA	Sí	113	15.9%	48.7%	26.5%	8.8%	0.02
	No	226	30.1%	46.9%	17.7%	5.3%	
Orientación sexual	Heterosexual	197	26.9%	47.2%	18.8%	7.1%	0.65
	No heterosexual	136	22.1%	49.3%	22.8%	5.9%	
Relaciones sexuales con personas del mismo sexo	No	172	25%	48.8%	17.4%	8.7%	0.29
	Sí	163	25.8%	47.2%	22.7%	4.3%	
Relaciones sexuales a cambio de dinero	No	262	26.7%	46.2%	19.8%	7.3%	0.64
	Sí	66	22.7%	54.5%	18.2%	4.5%	
Pareja estable	Sí	154	23.4%	46.8%	22.1%	7.8%	0.66
	No	183	27.3%	48.1%	19.1%	5.5%	
Revelación de estado a pareja	Sí	128	23.4%	49.2%	21.1%	6.2%	0.52
	No	23	26.1%	34.8%	26.1%	13%	

* Prueba Chi cuadrado †Estadístico exacto de Fisher

En la tabla 4 se presentan los resultados del análisis bivariado para lo cual se utilizó la prueba de chi cuadrado, se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05, con lo cual se rechazaba la hipótesis nula y se optaba por la alterna que indica diferencias entre los grupos.

Se realizó el análisis bivariado de las variables sociodemográficas y el estigma relacionado a VIH/SIDA con la prueba de chi cuadrado. Se halló asociación entre el grado de instrucción y el estigma relacionado a VIH/SIDA

($p=0.01$). Las personas con estudios de primaria presentaron mayor nivel de estigma en comparación a aquellos que tenían estudios de secundaria o superior. No se halló asociación entre el sexo ($p=0.44$) y el estado civil ($p=0.39$).

Para las variables agua, luz, desagüe, domicilio fijo y empleo se realizó la prueba exacta de Fisher debido a que más del 20% de las casillas obtuvo un valor por debajo de 5. Así, las personas que no poseían agua presentaron mayor estigma que aquellas que si poseían este servicio ($p=0.03$), además las personas sin domicilio fijo presentaron mayor estigma que aquellas que si poseían domicilio ($p=0$). No se halló asociación con el hecho de no tener luz ($p=0.67$), desagüe ($p=0.29$) ni empleo ($p=0.16$).

Se halló asociación entre el estigma y la adherencia al tratamiento de manera tal que las personas sin adherencia presentaron mayor nivel de estigma ($p=0.02$). No se halló asociación entre la orientación sexual ($p=0.82$), el haber tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo ($p=0.29$), el haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero ($p=0.63$) y el tener una pareja estable ($p=0.66$). Tampoco se halló asociación entre estigma y el desconocimiento de la pareja sobre el estado seropositivo para VIH ($p=0.5$).

Se analizó las variables cuantitativas con la prueba de correlación de Spearman y se halló que el tiempo viviendo con VIH/SIDA se correlacionó de forma indirecta con el puntaje de la escala de Berger para estigma (-0.158 $p=0.004$), así como el tiempo dentro del programa TARGA (-0.145 $p=0.008$). Se correlacionó de forma directa con el puntaje de la escala SMAQ para adherencia (0.194 $p=0$). La edad no se halló correlacionada de forma significativa con el puntaje de la escala Berger (-130 $p=0.113$).

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas, adherencia al TARGA y conductas sexuales con el estigma relacionado a VIH/SIDA en pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Análisis multivariado. Lima 2014.

Características	Estigma relacionado a VIH/SIDA							
	Mínimo (referencia)		Alta		Moderado		Bajo	
	%	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	
Edad	.	.	1 (0.95 – 1.05)	.	0.98 (0.93 – 1.02)	.	1 (0.95 – 1.05)	
Tiempo viviendo con diagnóstico de VIH/SIDA	.	.	1 (0.98 – 1.01)	.	0.99 (0.98 – 1.01)	.	1 (0.98 – 1.01)	
Tiempo dentro del programa TARGA	.	.	1 (0.97 – 1.01)	.	1 (0.98 – 1.02)	.	1.01 (0.99 – 1.03)	
Sexo	Masculino	7.6%	25.1%	1	45.8%	1	21.5%	1
	Femenino	3.4%	26.1%	4.18 (0.9 – 19.38)	52.3%	4.66 (1.09 – 19.89)	18.2%	3.85 (0.79 – 18.81)
Empleo	Sí	7.1%	20.9%	1	48.9%	1	23.1%	1
	No	6.1%	31.3%	1.6 (0.53 – 4.85)	45.6%	0.76 (0.27 – 2.15)	17%	0.75 (0.24 – 2.33)
Grado de instrucción	Superior	7.5%	25%	1	43.8%	1	23.8%	1
	Primaria	7.7%	53.8%	3.22 (0.5 – 20.94)	34.6%	1.35 (0.21 – 8.6)	3.8%	0.32 (0.02 – 4.36)
	Secundaria	5.2%	20.9%	1.61 (0.49 – 5.33)	53.6%	2.63 (0.86 – 8.06)	20.3%	1.7 (0.51 – 5.73)
Adherencia al TARGA	Sí	8.8%	15.9%	1	48.7%	1	26.5%	1
	No	5.3%	30.1%	4.02 (1.34 – 12.14)	46.9%	1.64 (0.61 – 4.45)	17.7%	1.14 (0.39 – 3.35)
Orientación sexual	Heterosexual	7.1%	26.9%	1	47.2%	1	18.8%	1
	No heterosexual	5.9%	22.1%	0.08 (0.01 – 0.84)	49.3%	0.19 (0.02 – 1.85)	22.8%	0.1 (0.01 – 1.12)

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas, adherencia al TARGA y conductas sexuales con el estigma relacionado a VIH/SIDA en pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. Análisis multivariado. Lima 2014. (continuación)

Características		Estigma relacionado a VIH/SIDA						
		Mínimo (referencia)	Alta		Moderado		Bajo	
		%	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)
Relaciones sexuales a cambio de dinero	No	7.3%	26.7%	1	46.2%	1	19.8%	1
	Sí	4.5%	22.7%	0.69 (0.15 – 3.2)	54.5%	1.76 (0.42 – 7.4)	18.2%	1.21 (0.26 – 5.77)
Relaciones sexuales con personas del mismo sexo	No	8.7%	25%	1	48.8%	1	17.4%	1
	Sí	4.3%	25.8%	38.4 (3.2 – 461.41)	47.2%	13.95 (1.3 – 149.24)	22.7%	35.4 (2.83 – 442.53)
Pareja estable	Sí	7.8%	23.4%	1	46.8%	1	22.1%	1
	No	5.5%	27.3%	1.68 (0.59 – 4.8)	48.1%	1.44 (0.54 – 3.86)	19.1%	1.1 (0.37 – 3.22)

En la tabla 5 se muestran los OR calculados para cada categoría de la variable estigma relacionado a VIH/SIDA donde se compara tomando como referencia el valor de estigma mínimo. Estos resultados se presentan en relación al análisis de regresión logística multinomial, en el cual se considera como significativo un valor de p menor a 0.05 con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se opta por la alterna que indica que existe asociación entre la variable dependiente (estigma relacionado a VIH/SIDA) y la independiente.

Se realizó el análisis de regresión logística multinomial en el cual se halló que las personas sin adherencia al tratamiento tienen 4 veces el riesgo de presentar estigma alto en comparación del mínimo (OR: 4.02 IC95%: 1.34 – 12.14). Además se halló el hecho de haber tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo constituyó un factor de riesgo para presentar mayor estigma, así el riesgo es de 38 veces para el nivel alto (OR: 38.4 IC95%: 3.2 – 461.41), 13 veces para el moderado (OR: 13.95 IC95%: 1.3 – 149.24) y 35 veces para el bajo con respecto al nivel de estigma mínimo (OR: 35.4 IC95%: 2.83 – 442.53). Además el hecho de tener una orientación sexual distinta a la heterosexual se asoció con disminución del riesgo de presentar estigma alto en relación al mínimo (OR: 0.08 IC95%: 0.01 – 0.84).

7. DISCUSIÓN

El estigma relacionado a VIH/SIDA dentro del programa TARGA hallado en este estudio fue de 25.4% para el nivel alto y de 47.5% para el moderado. Además la media fue de 53.7 (DS=12.02) puntos en el puntaje total de la escala Berger, mayor que lo reportado en otro estudio realizado en nuestro medio donde la media oscila entre 46 (DS=16) y 51 (DS=14).⁽⁹⁾

El género femenino presentó niveles de estigma más altos en comparación a los hombres, en concordancia con un estudio realizado en Canadá, donde se halló que las mujeres presentaban mayor riesgo de presentar estigma elevado.⁽²¹⁾ Este es un grupo que amerita ser estudiado a profundidad debido al creciente aumento de mujeres viviendo con VIH/SIDA.

El 15% de las personas con pareja estable no habían revelado su estado seropositivo a su pareja. Si bien no halló asociado a estigma en el presente trabajo, en un estudio cualitativo realizado en México se encontró que este junto con la discriminación condicionan que se prolongue la revelación. Esta es más probable en personas con relaciones estables de larga duración basadas en la confianza en las cuales la persona espera la aprobación y apoyo del compañero.⁽²²⁾

Se planteó que el estigma relacionado a VIH/SIDA aumentaría con el tiempo de tratamiento así como con el tiempo dentro del programa TARGA, sin embargo los resultados señalan lo contrario, ya que presenta una correlación inversa con estas variables.

El estigma asociado a VIH/SIDA se ha relacionado con el tiempo viviendo el con el diagnóstico. En un estudio realizado en Los Ángeles, Estados Unidos, se halló que un tiempo de diagnóstico menor a 5 años se asociaba a mayor estigma. El punto de corte de 6 meses utilizado en nuestro estudio fue tomado de acuerdo a las recomendaciones de la psicóloga del programa TARGA de este hospital. Luego de 12 meses de tratamiento TARGA se ha evidenciado una disminución del estigma aún en grupos donde no se realizó una intervención para controlarlo^(19, 21), así como en un

grupo de intervención DOT-HAART realizado en Perú.⁽⁹⁾ Se recomiendan estudios longitudinales para lograr comprender como varía el estigma a través del tiempo y que implicancias puede tener tanto en la respuesta al tratamiento como en la calidad de vida de las personas dentro del programa.⁽¹³⁾

Se considera que en nuestro país la epidemia se encuentra concentrada en la población de HSH.⁽¹¹⁾ En un estudio realizado en Essalud en Ica se halló que el 12% de las personas eran homosexuales y el 8% bisexuales. En nuestro estudio se halló que el 32% se consideraba homosexual y el 8% bisexual, el porcentaje mayor puede deberse a que el hecho de realizar una encuesta autoadministrada confidencial brinda mayor seguridad para revelar la orientación sexual.⁽²³⁾

La hipótesis planteada en un inicio fue que el hecho de tener una orientación sexual distinta a la heterosexual se asociaría a mayor estigma relacionado a VIH/SIDA, sin embargo al realizar el análisis multivariado se halló que el hecho de tener una orientación diferente a la heterosexual se asoció con menor riesgo de presentar estigma alto, similar a lo hallado en un estudio en Canadá.⁽²¹⁾ Se postula que el soporte social recibido por las personas pertenecientes a la comunidad TGLB (transexuales, gays, lesbianas y bisexuales) puede ayudar a disminuir el estigma. Además del miedo a ser considerado como homosexual de las personas heterosexuales.

Se halló que el hecho de mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo condiciona un riesgo para mayor estigma. Dentro del proceso de estigmatización se asocia el hecho de poseer la infección con ciertas conductas consideradas de riesgo como el pertenecer al grupo de hombres que tienen sexo con hombres ⁽²²⁾.

Se postuló que un mayor nivel de estigma se asociaría a falta de adherencia al tratamiento, lo cual se confirmó mediante el análisis multivariado en el que se halló que aquellos sin adherencia presentaron 4 veces el riesgo de tener estigma alto en comparación del mínimo.

La no adherencia al tratamiento TARGA en el hospital Dos de Mayo se halló en 66.7%, mientras que en un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue de 35,9% para el año 2009. Debido a que ambos estudios utilizaron el mismo instrumento para medir la adherencia, los resultados son comparables. En ese estudio se halló asociación con la orientación sexual de homosexual/bisexual, baja calidad de vida, poco apoyo social, no tener domicilio fijo, mayor tiempo en el programa TARGA con la falta de adherencia al tratamiento. En el presente trabajo se halló una asociación además con el estigma relacionado a VIH/SIDA.⁽¹⁴⁾ Otro estudio halla esta asociación y considera como mediador el estado de salud mental.⁽¹³⁾

Un estudio realizado en nuestro país asocia, además de la no adherencia al programa TARGA, la falta de permanencia dentro de este con mayor estigma relacionado a VIH/SIDA.⁽²⁴⁾ Esto genera preocupación por que los niveles de estigma hallados en la población estudiada son de moderados a altos, lo que podría condicionar, si no se realiza una intervención, el abandono al tratamiento.

Una limitación que se tuvo fue que se realizó un muestreo por conveniencia lo cual puede ocasionar un sesgo de selección ya que se podría argumentar que aquellas personas que aceptaron realizar la encuesta presentaban menor estigma que aquellas que no aceptaron. Esto se trató de minimizar contando con el apoyo de los consejeros del programa TARGA, con quienes tienen una relación de confianza y apoyo, a través de los cuales se invitó a los participantes.

En el presente estudio se abordó el estigma individual de la persona viviendo con VIH/SIDA, sin embargo este proceso de desvalorización posee también un componente superior al individual como es el estructural. Este se encuentra en relación a la forma en la cual diversas políticas del estado o del hospital pueden generar discriminación en este grupo de personas.⁽²⁵⁾ Estos aspectos deben ser evaluados a profundidad con estudios de tipo cualitativo para lograr plantear estrategias que permitan erradicar el estigma.

Diversos aspectos sociales y de salud mental se encuentran presentes en las personas viviendo con VIH/SIDA que no han sido evaluados en este estudio como la depresión o el apoyo social.^(9, 13, 19) Mayores estudios deben realizarse partiendo de la premisa de que el estigma dentro de este programa es de alto a moderado en la mayoría de personas.

8. CONCLUSIONES

Los pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo, en su mayoría, presentan estigma relacionado a VIH/SIDA de alto a moderado.

El estigma se asoció a menor grado de instrucción, no tener agua y no tener domicilio fijo. Sin embargo, luego del análisis multivariado se perdió la asociación.

El tiempo viviendo con VIH/SIDA se correlacionó de forma indirecta con el nivel de estigma, sin embargo no se mantuvo dicha correlación en el análisis multivariado.

El tiempo dentro del programa TARGA se correlacionó de forma indirecta con el nivel e estigma, sin embargo, esta correlación no se mantuvo luego del análisis multivariado.

La falta de revelación del estado a la pareja se encuentra en 15%. No se halló asociación entre el estigma relacionado a VIH/SIDA y esta.

Mayores niveles de estigma relacionado a VIH/SIDA se asocian a la falta de adherencia al tratamiento TARGA.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar intervenciones para disminuir el estigma en estos pacientes desde que se realiza el diagnóstico y evaluar el impacto de dichas intervenciones en relación a la adherencia al tratamiento.

Se recomienda realizar estudios longitudinales para determinar cómo varía el estigma en el tiempo y cuál es su repercusión en el seguimiento y continuidad del tratamiento.

Se recomienda abordar el tema de revelación de estado a la pareja y estudiar a profundidad, con estudios cualitativos, los motivos por los cuales no se realiza.

Se recomienda realizar estudios para determinar los factores asociados a la falta de adherencia dentro de esta población.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access - Progress Report 2011: Global HIV/AIDS response.
2. USAID. HIV/AIDS health profile. 2009.
3. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín epidemiológico mensual.: Dirección General de Epidemiología. Nov 2014.
4. ONUSIDA. Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. 2008.
5. Cáceres CF, Mendoza W. The National Response to the HVI/AIDS Epidemic in Peru: Accomplishments and Gaps- A Review. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;51(Supplement 1):S60-S6.
6. ONUSIDA. Hoja informativa del ONUSIDA sobre el estigma y la discriminación. 2003.
7. Gonzalez A, Miller CT, Solomon SE, Bunn JY, Cassidy DG. Size matters: community size, HIV stigma, & gender differences. AIDS Behav. 2009;13(6):1205-12.
8. Do NT, Phiri K, Bussmann H, Gaolathe T, Marlink RG, Wester CW. Psychosocial factors affecting medication adherence among HIV-1 infected adults receiving combination antiretroviral therapy (cART) in Botswana. AIDS Res Hum Retroviruses. 2010;26(6):685-91.
9. Munoz M, Finnegan K, Zeladita J, Caldas A, Sanchez E, Callacna M, et al. Community-based DOT-HAART accompaniment in an urban resource-poor setting. AIDS Behav. 2010;14(3):721-30.
10. Molly F. Franke MM KF, Jhon Zeladita, José Luis Sebastian, Jaime N. Bayona and Sonya S. Shin. . Validation and Abbreviation of an HIV Stigma

Scale in an Adult Spanish-Speaking Population in Urban Peru. . AIDS Behav. 2010;14(1):189-99.

11. UNGASS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país. 2012.

12. Fay H, Baral SD, Trapence G, Motimedi F, Umar E, lipinge S, et al. Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. AIDS Behav. 2011;15(6):1088-97.

13. Jennifer N. Sayles MDW JJK, David Martins and William E. Cunningham. . 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. 2009;24(10):1101-8.

14. Alvis Ó DC, Liz, Chumbimune, Lourdes, Díaz, Cristina, Díaz, Judith, Reyes, Mary. . Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. . An Fac med. 2009;70(4).

15. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. AIDS Behav. 2009;13(6):1160-77.

16. ONUSIDA. Declaración política 2011: objetivos y compromisos de erradicación. [27 de Abril]; Available from: <http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments/>.

17. UNAIDS. Getting to zero 2010. Available from: http://issuu.com/unaids/docs/jc2034_strategic_plan_eng?mode=embed&layout=http%3A//skin.issuu.com/v/light/layout.xml.

18. Jennifer N. Sayles RDH, Catherine A. Sarkisian, Anish P. Mahajan, Karen L. Spritzer and William E. Cunningham. Development and Psychometric Assessment of a Multidimensional Measure of Internalized HIV Stigma in a Sample of HIV-positive Adults. AIDS Behav. 2008;12(5):748 - 58.

19. Kaai S BS, Sarna A, Chersich M, Luchters S, Geibel S, et al. . Perceived stigma among patients receiving antiretroviral treatment: a prospective randomised trial comparing an m-DOT strategy with standard-of-care in Kenya. SAHARA J. 2010;7(2):62-70.
20. Knobel H AJ, Casado J, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. . Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS. 2002;16(4):605-13.
21. Loutfy MR LC, Zhang Y, Blitz SL, Margolese SL, et al. . Gender and Ethnicity Differences in HIV-related Stigma Experienced by People Living with HIV in Ontario, Canada. . PLoS ONE. 2012;7(12):e48168.
22. Fátima Flores MA. Un estudio exploratorio de las consecuencias psicosociales del estigma en varones que viven con VIH en México. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología. 2013;66(1):51-9.
23. Bonilla-Ruiz AMV-B, Pierina. . Características clínicas, epidemiológicas, inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad de un hospital peruano. . Rev méd panacea. 2013;3(1):19-23.
24. Valenzuela CU-G, Cesar; Paz, Jorge; Echevarría, Juan; Gotuzzo, Eduardo; Vermund, Sten H., Kipp, Aaron M. . HIV Stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Peru: a case-control study. . AIDS Behav. 2014;[Epub ahead of print].
25. Rivera-Diaz MV-D, Nelson; Reyes-Estrada, Marcos; Suro, Beatriz; Coriano, Doralis. . Factores socio-estructurales y el estigma hacia el VIH/SIDA: experiencias de puertorriqueños/as con VIH/SIDA al acceder servicios de salud. . Salud Soc. 2012;3(2):180-92.

10. ANEXOS

10.1 Consentimiento informado

10.2 Encuesta