



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital  
General de Lima Metropolitana**

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

**AUTORES**

Herrera Mamani, Betsabel Amanda (<https://orcid.org/0000-0001-8645-3016>)

Pérez Arroyo, Karen Elizabeth (<https://orcid.org/0000-0001-7045-4954>)

**ASESOR**

Mg. Serpa Barrientos, Antonio (<http://orcid.org/0000-0002-2847-2347>)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Violencia

**LIMA-PERÚ**

2019


## **Dedicatoria**

Dedicamos nuestra investigación a Dios y a nuestras familias; a Dios por las oportunidades que nos brindó durante el proceso de la investigación y a nuestros familiares por su apoyo incondicional y la confianza depositada en nosotros.

### **Agradecimiento**

Agradecemos a las personas que nos apoyaron en el proceso de esta investigación, en especial a la docente Roxana Asca quien nos motivó a involucrarnos en la problemática de esta población y a nuestro asesor Antonio Serpa quien mediante sus conocimientos se logró concretar la investigación.


# PÁGINA DE JURADO

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	---------------------------------------	---


El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) **BETSABEL AMANDA HERRERA MAMANI**, cuyo Título es: “**Estigma, Depresión y Adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana**”

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 17 (número) Diecisiete (letras).

Lima, 27 de Agosto del 2019

  
Dr. José Francisco Vallejo Saldarriaga  
PRESIDENTE

  
Mg. Antonio Serpa Barrientos  
SECRETARIO

  
Mg. Fiorella Stefany Villón Arellano  
VOCAL

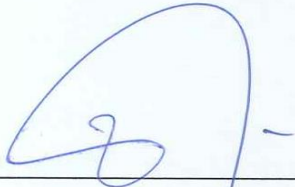
			
Revisó	Vicerrectorado de Investigación / DEVIC / Responsable del PSC	Aprobó	Revisado

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) **KAREN ELIZABETH PÉREZ ARROYO**, cuyo Título es: **“Estigma, Depresión y Adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana”**

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

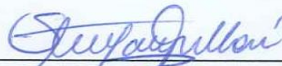
Lima, 27 de Agosto del 2019



**Dr. José Francisco Vallejo Saldarriaga**  
**PRESIDENTE**



**Mg. Antonio Serpa Barrientos**  
**SECRETARIO**



**Mg. Fiorella Stefany Villón Arellano**  
**VOCAL**



Revisó  Vicerrectorado de Investigación /  / Responsable de PSC Aprobó 

**NOTA:** Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

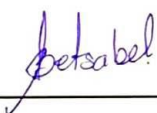
## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotras, Herrera Mamani Betsabel Amanda identificado con DNI N° 73352689 y Pérez Arroyo Karen Elizabeth con DNI N° 75082894, con el fin de cumplir con el Reglamento de Grados, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaramos bajo juramento que toda la investigación es verídico y auténtico.

De igual manera, declaramos bajo compromiso que todos los datos e información que se presentan en nuestra investigación son veraces y auténticos.

Por lo tanto, asumimos la responsabilidad correspondiente ante cualquier tipo de falsedad, omisión u ocultamiento tanto de los datos como en la información aportada, en ese sentido, aceptamos lo establecido por las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, 26 de Agosto del 2019



---

Herrera Mamani Betsabel Amanda



---

Pérez Arroyo Karen Elizabeth

## Índice

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
<b>PÁGINA DE JURADO .....</b>	<b>iv</b>
<b>DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD .....</b>	<b>vi</b>
Índice.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>II. MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Tipo y diseño de la investigación .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Operalización de variable .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Población, muestra y muestreo.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.1 Población .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2 Muestra.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.3 Muestreo.....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4.1 Validez .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4.2 Confiabilidad .....</b>	<b>25</b>
<b>2.5 Procedimiento.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6 Método de análisis de datos .....</b>	<b>27</b>
<b>2.7 Aspectos éticos.....</b>	<b>28</b>
<b>III. RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>32</b>
<b>V. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>VI. RECOMENDACIÓN .....</b>	<b>37</b>
Referencias .....	39
ANEXO.....	47

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar si la depresión actúa como mediador entre el estigma y la adherencia en pacientes con VIH de un Hospital general de Lima Metropolitana. La investigación es no experimental de tipo transversal – explicativa, para ello se contó con la participación de 145 pacientes con diagnóstico positivo entre hombres y mujeres con más de tres meses en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad a los que se le aplicó el cuestionario de estigma de Berger, cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) y el cuestionario de adherencia a la medicación simplificada (SMAQ), los resultados arrojaron que la depresión actuaría como mediador sobre el estigma y la adherencia en pacientes con VIH; por otro lado se evidencia que el estigma si tiene efectos en el desarrollo de la depresión; de igual manera se muestra que la depresión si tiene efectos sobre la adherencia y por último que el estigma no tiene efectos sobre la adherencia. En conclusión, se determina que la depresión si actuaría como mediador sobre el estigma y la adherencia en pacientes con VIH.

*Palabras clave:* estigma, depresión, adherencia, mediador.



## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine if depression acts as a mediator between stigma and adherence in HIV patients of a General Hospital of Metropolitan Lima. The research is non-experimental, cross-explanatory, for which 145 patients were diagnosed with positive diagnosis between men and women with more than three months in Antiretroviral Treatment of Great Activity to which the stigma questionnaire was applied Berger, patient health questionnaire (PHQ-9) and the simplified medication adherence questionnaire (SMAQ), the results showed that depression would act as a mediator on stigma and adherence in patients with HIV; in the other hand it is evident that stigma does have effects on the development of depression; Similarly, it is shown that stigma has no effect on adherence. In conclusion, it is determined that depression would act as a mediator on stigma and adherence in patients with HIV.

*Keywords:* stigma, depression, adherence, mediator.

## **I. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad el virus de inmunodeficiencia humana (en adelante VIH) es un problema latente en la sociedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) afecta directamente al sistema inmunológico evitando su adecuado funcionamiento, provocando el avance de la infección y desarrollando como última etapa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Para ello, es esencial dar inicio al tratamiento antirretroviral en el momento oportuno para atenuar el proceso de la infección (OMS, 2013; Espinal, Castellanos & Velásquez, 2016). Por lo tanto, es importante contar con una adherencia óptima, sin embargo, esta involucra una serie de aspectos que se complementan entre sí para lograr un resultado eficaz, tanto en aspectos emocionales como físicos que se ven afectados por distintos factores que intervienen como barreras para el tratamiento (Varela & Hoyos, 2015); en consecuencia, teniendo como principales obstáculos las drogas, alcohol, ausencia de apoyo de pares, la depresión y el estigma. (Ammon, Mason & Corkery, 2018). Este último, sin duda sigue provocando sentimientos de inferioridad y vergüenza (Helms et al., 2016), generando que las personas que viven con VIH- SIDA (en adelante, PVVS) puedan verse - expuestas a una depresión y como resultado una baja adherencia al tratamiento (Doric, 2017).

Hasta el momento no se ha evidenciado estudios referentes al estigma en asociación a la depresión y adherencia de acuerdo a la búsqueda sistematizada en diversas bases de datos (e.g., APA PsycNET, Esbco Research Database, ProQuest, SAGE Journals, Scopus, Taylor & Francis Journals, Web of Science y Research Gate). Sin embargo, se han trabajado de manera directa e indirectamente logrando un mejor conocimiento y entendimiento acerca del tema.

Por ello, aún se mantiene la necesidad de seguir investigando esta problemática, la cual se ve reflejado en las cifras alcanzadas. A nivel mundial, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida) reportó para el año 2017 un número de 36,9 millones de personas que viven con VIH, mientras que 21,7 millones de personas se encuentran bajo el tratamiento antirretroviral y 1,8 millones de personas adquirieron la infección, asimismo a nivel nacional los , asimismo para el 2018 las cifras de personas con VIH aumentaron hasta 37,9 millones en comparación al año anterior y se evidencia un incremento de 23,3 millones de personas bajo el tratamiento.

Pereira y Casseb (2017) investigaron sobre la influencia de la depresión y la adherencia al tratamiento antirretroviral, trabajaron con una población de 216 personas divididos en 2

grupos (homosexuales y heterosexual), sus resultados reportaron una relación inversa indicando que a menor adherencia mayor depresión, además mostraron que los hombres de raza mixta son 7.6 veces más adherentes que los hombres de raza negra, asimismo la probabilidad de obtener una adherencia completa fue de 3.8 veces más en los sujetos que no fueron deprimidos. Concluyendo que la probabilidad de desarrollar depresión es 4 veces mayor en personas no adherente.

Por otro lado, Mendoza et al (2017) en su investigación realizada en España, se propusieron identificar el índice de adherencia al tratamiento antirretroviral, trabajaron con 60 pacientes, donde se reportaron que el rango de edad de 40 - 49 años representa con un 58.33% a la población adherente y a la no adherente con un 44.44%, por otro lado el género que presenta mayor adherencia fueron los varones con un 66.67%, finalmente en relación a estado civil soltero alcanza una adherencia de 45.83%. Concluyendo que en la adherencia al tratamiento no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los distintos factores.

A nivel nacional, Zafra y Ticona (2016) en su investigación realizada en un hospital general de Lima, demostraron alto niveles de estigma ligado al VIH, el cual se realizó con 339 pacientes con VIH, donde el sexo femenino ( $n=88$ ) predominó con un estigma moderado de 73.9%; asimismo los pacientes que oscilan entre 36 a 44 años ( $n=103$ ) presentaron un estigma moderado de 82.5%, en cuanto a orientación sexual la No heterosexualidad ( $n=136$ ) fue el más representativo con un estigma moderado de 77.9%. Por lo tanto, evidencia un nivel elevados de estigma en relación al VIH/SIDA con diferencias de acuerdo al sexo.

Díaz y Serrato (2016) desarrollaron una investigación no experimental de tipo transversal, cuyo fin fue instaurar los grados de la depresión y la ansiedad en pacientes mujeres que tienen el diagnóstico de VIH; la investigación conto 50 mujeres con diagnóstico positivo como muestra, del cual para la depresión destaco la depresión moderada con un 44%, mientras la ausencia de ella estuvo representada por un 2%; de igual forma para ansiedad destaco la categoría de ansiedad moderada con un 42% y un 22% para ansiedad grave. Concluyendo que la existencia de la depresión leve podría ser un elemento de riesgo para complicar el proceso de la enfermedad.

Por otro lado, la adherencia en diversas investigaciones varía según las conductas prescriptivas y proscriptivas que se estudien, asimismo hace referencia al cumplimiento de

tomar adecuadamente los medicamentos recetados por el médico a sus pacientes (Masur & Anderson, 1988). Posteriormente, la adherencia fue vista como una implicación que se da de manera activa y a la vez voluntaria del paciente, donde la finalidad es obtener un resultado terapéutico esperado (DiMatteo et. al, 1993). Sin embargo, muchas veces la adherencia es confundida con el término cumplimiento, por ello resulta complejo comprender y describir los elementos que implican la adherencia (Ginarte, 2001; Martín & Grau, 2004; Silva, Galeno & Correa, 2005).

Debe señalarse que en la actualidad este término es definido como la toma de conciencia, aceptación y la responsabilidad que asume una persona ante una nueva condición de vida, en el que deberá cumplir con algunas recomendaciones necesarias para alcanzar el bienestar (OMS, 2004, p.3). Así mismo, Giacaman (2010) indicó que la adherencia está ligada a los valores motivacionales, por lo que se verá en riesgo de acuerdo a la severidad de la enfermedad, repercutiendo en la eficacia y la adhesión al tratamiento. De igual forma Araneda (2009), dio a conocer este término como un proceso dinámico y multifactorial que requiere de una relación apropiada entre el paciente y profesional, logrando un equilibrio entre el comportamiento y las indicaciones brindadas por parte del personal de salud. Finalmente, Knobel, et al (2001) terminaron por resumir a la adherencia como un poderoso predictor de la eficacia para el tratamiento.

Con respecto a la relación entre los factores que perjudican la adherencia, el estigma es uno de los mayores desencadenantes de problemas psicosociales (Demirel, et al., 2018). Esta palabra que proviene del vocablo griego, hace referencia a la marca física dejaba por el fuego o una herramienta punzo cortante en las personas que eran consideradas inferiores. Sin embargo, el estigma permanece en la sociedad por diversos factores, que tienen que ver con la clase social, color, grupo étnico, sexo, sexualidad y creencias religiosas; influyendo en las relaciones sociales (Fonseca & Mendoza, 2005), las cuales son deterioradas y nada agradables para a quienes se les atribuye, básicamente es una expresión de violencia social (Cornejo, 2012). En este sentido, Goffman (2006) declaró que utilizar un rasgo particular de una persona de forma negativa es una característica de la estigmatización que se da hacia otra persona. Por último, Berger, Estwing y Lashley (2001) explicaron que el estigma está asociada a diversas enfermedades que perjudican la salud, limitando muchas veces sus funciones (e.g., amputaciones, malformaciones o infecciones como el VIH).

El estigma se encuentra relacionado con otros términos como la discriminación, estereotipos y prejuicios; siendo el primero el resultado del estigma que concierne al diferente e injusto trato que se da a una persona (Fundación Huésped, 2017); el segundo, una imagen mental simplificada hacia un grupo de personas que presentan diferentes cualidades, siendo estos por lo general negativos (Garrido & Azpilicueta, 2016); siendo el último quien influye sobre el estereotipo; es decir el prejuicio es un pensamiento que se crea sin tener una experiencia previa (Garrido & Azpilicueta, 2016).

Asimismo, existen diversas teorías que explican las consecuencias del estigma como la teoría integrada de la amenaza la cual está representada por cuatro tipos como las amenazas reales que generan sentimientos negativos ante la vulnerabilidad de las condiciones de vida, amenazas simbólicas que surge por temor de perder parte de su identidad al integrarse a un nuevo grupo, la ansiedad intergrupala que se centra en los resultados negativos a los que nos exponemos como vergüenza o el ridículo y estereotipos negativos que se relacionan directamente con el prejuicio presentándose como amenazas (Stephan, Diaz, Loving & Duran, 2000). De igual forma la teoría del estigma y disparidades del VIH se refiere que existen otras identidades sociales que prevalecen a través del tiempo y no solo se encuentra el diagnóstico de VIH sino también los grupos pequeños como la orientación sexual, uso de drogas, trabajo sexual e inmigración (Earnshaw, Bogart, Dovidio & Williams, 2013).

Por lo tanto, la estigmatización es una experiencia vivencial que presentan a menudo muchas personas con diagnóstico positivo, exponiéndolos a desarrollar problemas emocionales como depresión (Duko, Gaje, Zewude & Mekonen, 2018). De tal forma, las consecuencias que desencadena el estigma son diversas pero las PVVS presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión por los distintos estresores a los que se exponen producto del diagnóstico (Varela & Galdames 2014).

Guillén, et al (2013) en su investigación manifiesta que este término tiene sus inicios en 1621 con Robert Burton quien indicó el valor de la infancia en el proceso de la melancolía, mientras Baker en 1775 afirmaba que un niño podría verse afectado por la influencia de las emociones. Freud (1896) fue quien describió en la neurosis síntomas equivalente a los de la depresión (e.g., impresión de cansancio, agotamiento, impotencia sexual, etc); estableciendo que esta proviene de un intercambio de afecto. Por consiguiente, la depresión es uno de las enfermedades psiquiátricas más complejos y graves que se da como enfermedad generalmente en personas adultas (Murray & Lopez 1996).

Los especialistas del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2013) indicaron que este trastorno es definido como una alteración patológica del propio estado de ánimo, el cual se muestra como tristeza a simple vista, acompañada de diferentes sintomatologías y signos que se mantienen en la persona por lo menos dos semanas y puede manifestarse en cualquier etapa del ciclo de vida en diferentes grados de intensidad con diversos episodios. Sin embargo, si es diagnosticada a tiempo las personas que lo padecen pueden evitar las consecuencias en cuanto a los cambios que produce (Alarcón, et al., 2010).

Para Kroenke, Spitzer y Williams (2001) “La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y tratables, y es atendida regularmente por un amplio equipo [...] de especialistas en salud mental, [...] y médicos de atención primaria” (p. 606). Por último, el DSM-V (2013) indica que este episodio presenta un tiempo de por lo menos dos semanas donde se haya evidenciado un estado deprimido, ausencia de interés o placer en la mayor parte de actividades que se realiza. La persona debe experimentar por lo menos entre otros cuatro síntomas que incluye la pérdida de peso o apetito, del sueño, baja energía, sentimientos de culpa; dificultades para concentrarse, pensar o en la toma de decisiones e inclusive pensamientos recurrentes sobre la muerte o intentos suicidas.

Por otro lado, existen diversas teorías que explican a la depresión como el modelo conductual donde se define a la depresión como un fenómeno experimentado el cual se relaciona con las interacciones negativas que se da con el entorno (e.g. bajas relaciones sociales). Estas relaciones con el entorno social influyen o pueden ser influidas por las emociones, las cogniciones y las conductas, las cuales se entienden como recíprocas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). Asimismo, la teoría cognitiva de la depresión es la valoración que le da un sujeto a la interpretación de los demás, dejando de lado la de sí mismo, estas personas tienden a evaluarse negativamente, afectando sus procesos cognitivos (e.g. atribuciones y autoconcepto), esta teoría tiene relación con las respuestas afectivas, las cuales se asocian con la depresión (Beck, 1976).

En cuanto a la justificación de esta investigación a nivel práctico se pretende dar a conocer datos específicos sobre el impacto que tiene esta problemática en la actualidad, con el fin de intervenir y reducir los efectos de las variables estudiadas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p.40). Además, a nivel teórico la información obtenida aportara como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas al estudio, con el fin de generar debate académico sobre el conocimiento que se tiene, el cual permitirá comprobar una teoría

y contrastarlo con los resultados obtenidos (Bernal, 2010), a nivel social se determinarán quienes serían beneficiados con los resultados logrando una mayor psicoeducación y concientización sobre el tema (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

En síntesis, el objetivo principal de este estudio es precisar si la depresión actúa como mediador entre el estigma y la adherencia en pacientes con VIH, mientras que los objetivos específicos permitirán establecer los efectos del estigma en la depresión, conocer los efectos de la depresión sobre la adherencia y estimar los efectos entre estigma y adherencia en pacientes con VIH. Por tal motivo se contará con los instrumentos necesarios que permitan generar el análisis correspondiente para lograr responder a las siguientes interrogantes, (a) ¿Qué efecto tiene el estigma sobre el desarrollo de la depresión en los pacientes con VIH?, (b) ¿Qué efectos tiene la depresión sobre la adherencia? y (c) ¿Qué efectos tiene el estigma sobre la adherencia?

Se pretende confirmar si la depresión actúa o no como mediador entre el estigma y la adherencia en pacientes que acuden a un hospital general. Además, se espera explicar si el estigma si tiene efectos en el desarrollo de la depresión, si la depresión si tiene efectos sobre la adherencia y por último si el estigma tiene efectos sobre la adherencia en pacientes con VIH.



## **II. MÉTODO**

## 2.1 Tipo y diseño de la investigación

La investigación es de tipo explicativa, en el que se pretende establecer de forma confiable la relación entre efectos generados por las variables independiente sobre la dependiente, logrando explicar el porqué de la causa y efecto (Cazau, 2006), con un diseño no experimental puesto que no se pretende manipular las variables con las que se está trabajando (Hernández., Fernández & Baptista, 2014).

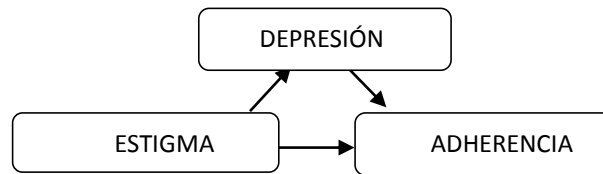


Gráfico 1. Modelo integrador de las variables de estudio

## 2.2 Operalización de variable

**Tabla 1**

*Matriz de Operalización de la variable*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de Medición
Estigma:	Goffman (1963) “este término es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” (p.13).	Se utilizó la escala del estigma del VIH (Berger, Estwing & Lashley, 2001), el cual consta de cuatro dimensiones que permitirá medir el estigma en la población seleccionada.	<p>“estigma personalizado”: esta dimensión identifica las actitudes del resto hacia las personas que poseen diagnóstico de VIH. Esta dimensión está conformado por los siguientes ítems: 13,18,24,26, 27, 28, 29,30,31,32,33,34,35,36,38,39.</p> <p>“Inquietudes de divulgación”: mediante esta dimensión se mide la discreción de una información importante como el diagnóstico que una persona con VIH posee y la preocupación por ocultar su condición. esta dimensión está conformada por los ítems: 1,4,6,17, 21, 22,25,37</p> <p>“Autoimagen Negativa” identifica los propios sentimientos y emociones negativas de una persona con VIH a raíz de su condición. 2,3,7,8,11,12,15,23</p> <p>Dimensión “Actitudes Publicas”: reconocer aquellas conductas negativas a las que son expuestas por su entorno social, esta dimensión está conformada por los ítems:5, 9, 10, 14,16,19,20,40</p>	<p>Ordinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Casi Nunca</li> <li>▪ Rara vez</li> <li>▪ A veces</li> <li>▪ Casi siempre</li> </ul>

**Tabla 2**

*Matriz de Operalización de la variable*

<b>Definición</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de Valores</b>
Depresión:	Alarcón, et al. (2010) indica que la depresión es “una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar y durante al menos dos semanas” (p.14).	Mediante el cuestionario de salud del paciente PHQ-9 (Kroenke, Spitzer & Williams,2001), Se logrará medir la presencia de depresión según los criterios del DSM-IV, cabe indicar que este cuestionario es Unidimensional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poco interés o agrado al hacer las cosas</li> <li>2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado</li> <li>3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado</li> <li>4. Se siente cansado o tiene poca energía</li> <li>5. Tiene poco o excesivo apetito</li> <li>6. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a si mismo o a su familia</li> <li>7. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión</li> <li>8. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre</li> <li>9. Ha pasado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.</li> </ol>	<p>Ordinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nunca = 0</li> <li>▪ Algunos días=1</li> <li>▪ Mas de la mitad de los días=2</li> <li>▪ Casi todos los días=3</li> </ul>

**Tabla 3***Matriz de Operalización de la variable*

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Escala de Valores</b>
Adherencia	Variable de adherencia al tratamiento: es “el grado en el que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p.3)	A través del cuestionario del SMAQ - simplified Medication Adherence Questionnaire (Knobel, et al ,2001), se determinará el grado de adherencia de la población seleccionada. Esta encuesta es Unidimensional.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?</li> <li>2. Toma siempre los fármacos a la hora indicada</li> <li>3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?</li> <li>4. Olvido tomar la medicación durante el fin de semana</li> <li>5. En la última semana ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis?</li> <li>6. En los últimos 3 meses ¿Cuántos días completos no tomo la medicación</li> </ol>	<p>Nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul> <p>Ordinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: ninguna</li> <li>▪ B: 1-2</li> <li>▪ C: 3-5</li> <li>▪ D: 6-10</li> <li>▪ E: más de 10</li> </ul> <p>Razón</p>

## **2.3 Población, muestra y muestreo**

### **2.3.1 Población**

La investigación está conformada por una población de 3970 pacientes entre varones y mujeres, que se encuentran bajo el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

### **2.3.2 Muestra.**

Para la muestra se contó con la colaboración de 145 personas que llevan tratamiento antirretroviral de gran actividad, donde los datos sociodemográficos (ver tabla 4) indican que el grueso de la población representa edades que oscilan entre 18 y 90 años, donde la adultez representa el 80% de la población y solo el 7% representa a la ancianidad; asimismo, existe una predominancia en los varones con un 63.4%, el estado civil que más resalta son los solteros con un 73.8% y por último la heterosexualidad con un 75.2% representa el grupo de orientación sexual.

### **2.3.3 Muestreo**

El tipo de muestreo para este estudio fue no probabilístico, el cual no brinda la misma posibilidad de ser elegidos a todos los participantes, generalmente la elección recae en el investigador, quien busca determinadas características de la investigación. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

#### **2.3.3.1 Criterio de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico positivo
- Pacientes mayores de edad.
- Llevar como mínimo tres meses de tratamiento antirretroviral

#### **2.3.3.2 Criterio de exclusión**

- Pacientes menores de edad
- Pacientes nuevos en el TARGA
- Abandonos mayores a un mes

#### **2.3.3.3 Criterio de eliminación**

- Pacientes que no culminan la prueba (8 pruebas)

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

En la investigación se contó con encuestas, ésta se fundamenta mediante un conjunto de preguntas que se realizan con el fin de adquirir información de los individuos (Bernal, 2010). Cabe resaltar que los instrumentos utilizados en esta investigación son de libre acceso, por lo que no se requiere de la autorización de los propios autores.

### 2.4.1 Validez

#### *Evidencia de validez de escala de estigma de Berger*

En un inicio la escala elaborada por Berger (2001) contó con 40 ítems, posteriormente ésta fue reducida a 13 ítems con la finalidad de obtener un instrumento breve, debido a que en la actualidad la cantidad de ítems de la prueba original estaría generando agotamiento y cansancio en los evaluados lo cual altera las estimaciones del instrumento. Además, se analizó los ítems mediante técnicas multivariantes como AFE, en donde se han eliminado ítems con cargas factoriales menor a .30 logrando agrupar en dos factores, denominados estigma Personalizado y actitud Pública, donde el segundo engloba a los ítems que pertenecen a las dimensiones Inquietud de divulgación y Autoimagen Negativa.

Durante el análisis factorial exploratorio realizado en la prueba original se obtuvo correlaciones entre sus componentes que se encontraron entre .00 y .66, extrayendo 4 dimensiones y hallando correlaciones moderadas entre estos factores que oscilan entre .30 y .55.

Así mismo, como se mencionó anteriormente, la prueba fue analizada por criterio de jueces (ver tabla 5) donde los resultados de la V de Aiken alcanzaron un valor de 1.0, lo que permite indicar que los resultados fueron significativos según corresponde  $\geq 0.7$  (Charter, 2003), para la prueba piloto se utilizó un análisis factorial exploratorio, en el que se halló un KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) de .862 así como un % de varianza para el primer factor de 28.8 y para el segundo de 15.1; las cuales fueron seleccionadas de acuerdo al análisis correspondiente; asimismo para Bartlett's se obtuvo  $p < .001$ . Por otro lado, también se efectuó el análisis factorial confirmatorio donde el  $\chi^2 = 152$  con una significancia  $< .001$ , el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA = .106) y un índice de Tucker - Lewis (TLI = .822).

Para la muestra total se realizó el análisis factorial confirmatorio, donde se desarrolló dos modelos para lograr el ajuste adecuado, en el primer modelo se obtuvo un chi-cuadrado ( $\chi^2 = 101.302$ ), con un grado de libertad ( $gl = 53$ ) alcanzando una probabilidad de  $\chi^2 / gl = 1.91$ ; por otro lado, el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI = .907), el índice de Tucker - Lewis (TLI = .884), para la raíz normalizada cuadrada media residual (SRMR = .072) y la raíz cuadrada de aproximación (RMSEA = .080). Estos valores no permiten confirmar el modelo oblicuo de dos. Por lo tanto,

fue necesario realizar un segundo modelo, en donde los índices de bondad de ajuste han sido obtenidos por encima del umbral establecido. Concluyendo con la confirmación de la estructura interna del instrumento (ver tabla 6).

#### ***Evidencia de validez del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)***

Para esta investigación se trabajó bajo la misma cantidad de participantes ( $n = 94$ ) en la prueba piloto, donde se realizó un análisis factorial confirmatorio, hallando los siguientes valores en su modelo:  $\chi^2 = 34.543$ ,  $gl = 22$ ,  $CFI = .93$ ,  $RMSEA = .078$  y un  $AIC = 80.543$ .

Finalmente, para la muestra total de la investigación se trabajó bajo el mismo análisis, se realizó un solo modelo en el que se obtuvo un  $\chi^2 = 28.232$ , un  $gl = 24$  que alcanza una probabilidad de  $\chi^2/gl = 1.17$ , del mismo modo se halló un  $CFI$  de  $.979$ , un  $TLI = .968$ , un  $SRMR$  de  $.056$ , un error de ( $RMSEA = .043$ ) y un  $IC = .000 - .098$ , los cuales determinan un ajuste adecuado.

#### ***Evidencia de validez del Cuestionario de adherencia a la medicación simplificada (SMAQ)***

Asimismo, para la prueba piloto de esta investigación, se obtuvieron los siguientes valores un  $\chi^2 = 10.129$  y un  $gl = 5$ , asimismo un  $CFI = .931$  y un error ( $RMSEA = .105$ ), Asimismo en la muestra final ( $n = 145$ ) se obtuvo los siguientes valores  $\chi^2 = 4.786$ ,  $gl = 5$ ,  $CFI = 1.0$  y el  $RMSEA = .00$ , lo cual determina que los valores son los más adecuados para la validez de la prueba.

De igual manera para el cuestionario de adherencia SMAQ se realizó un modelo encontrando un  $\chi^2 = 4.786$ , un  $gl = 5$  que alcanza una probabilidad de  $\chi^2/gl = .95$ , un  $CFI$  de  $1.0$ , un  $TLI$  de  $1.01$ , además se evidencio un  $SRMR$  de  $.032$  y un  $RMSEA$  de  $.00$ , teniendo como porcentaje de  $IC$  de  $.000 - .112$



**Tabla 6.***Índice de ajuste de la estructura interna de las variables de estudio E, D y A (n°= 145)*

		x <sup>2</sup>	gl	chi/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	IC 90% RMSEA
ESTIGMA	Modelo 1	101.302	53	1.91	.907	.884	.072	.080	[.056 - .103]
	Modelo 2	81.554	52	1.56	.943	.928	.062	.063	[.035 - .088]
DEPRESIÓN	Modelo 1	28.232	24	1.17	.979	.968	.056	.043	[.000 - .098]
ADHERENCIA	Modelo 1	4.786	5	.95	1.0	1.01	.032	.00	[.000 - .112]

*Nota:* x<sup>2</sup>: Chi cuadrado, gl: grado de libertad; x<sup>2</sup>/gl: razón chi cuadrado/grado de libertad, CFI: índice de ajuste comparativo, TLI: índice de Taker - Lewis, SRMR: raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación.

## 2.4.2 Confiabilidad

### *Evidencia de confiabilidad de escala de estigma de Berger*

En la escala original de Berger se utilizó el Alfa de Cronbach el cual alcanzó un .96 con una muestra de 318. Asimismo, en Perú se realizó una adaptación de dicha versión por Zafra y Ticona en el año 2016, en un estudio correlacional, se contó con una muestra de 339 personas, donde se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .89 logrando valores equivalentes a la prueba original

Para la prueba piloto de esta investigación, se halló un Alfa de Cronbach de .90 reduciéndose a 13 ítems, dividiéndose en dos dimensiones el primero con el nombre de estigma personalizado y actitud pública.

Finalmente, se trabajó con una muestra total de 145 pacientes, encontrando una confiabilidad de .88 para esta prueba, el cual mantuvo sus dos dimensiones el primer estigma personalizado con una alfa de Cronbach de .58 y la segunda actitud pública con un alfa de Cronbach de .66.

### ***Evidencia de confiabilidad del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)***

La fiabilidad interna del PHQ - 9 fue excelente, el primer grupo con el que se trabajó alcanzó un alfa de Cronbach de .89; por otro lado, la fiabilidad del test – retest arrojó un resultado excelente para la cantidad de la puntuación media del PHQ – 9.

Para la realización de la prueba piloto de esta investigación el alfa de Cronbach arrojó un valor de .78, siendo el índice de homogeneidad y el ítem test corregidos fueron mayores a .20, indicando que es adecuado según corresponde.

Por último, se contó con una muestra total de 145 participantes, donde el valor alcanzado por el alfa de Cronbach fue de .65., manteniendo puntajes similares a la prueba original.

### ***Evidencia de confiabilidad del Cuestionario de adherencia a la medicación simplificada (SMAQ)***

En cuanto a la confiabilidad de dicho instrumento creada por Knobel, se halló un Alfa de Cronbach de .75 en un total de 3004 pacientes con VIH que iniciaron su tratamiento antirretroviral.

Por otro lado, la investigación realizada por Zafra y Ticona en Perú durante el año 2016 contó con una muestra de 339 pacientes, alcanzando un Alfa de Cronbach de .75. De igual manera, en la prueba piloto de esta investigación realizada se encontró un Alfa de Cronbach de .73. Por último, para la muestra final participaron 145 pacientes, del cual se logró obtener un Alfa de Cronbach de .82.

## **2.5 Procedimiento**

Una vez conceptualizada la idea de investigación se dio lugar a la búsqueda de base de datos correspondientes como: Scopus, Web of Science y Research Gate, para las pruebas que se requerían en este estudio, antes de la toma de las pruebas, la Escala de Estigma de Berger tuvo que ser adaptada al contexto peruano en especial con pacientes

**Tabla 7**  
*Análisis de fiabilidad de las variables estudiadas*

	<b>A</b>	<b>ω</b>
Escala de estigma de Berger	.88	.88
Cuestionario de adherencia a la medicación simplificada (PHQ-9)	.65	.69
Cuestionario sobre la salud del paciente (SMAQ)	.82	.82

*Nota:* α: Cronbach's, ω: McDonald

seropositivos, por lo que se realizó el criterio de jueces, donde a través de la V de Aiken se alcanzaron valores por encima de .70 (Charter, 2003), evidenciando la claridad, relevancia y pertinencia de los ítems, sin embargo las dos siguientes pruebas correspondientes a Depresión y Adherencia no necesitaron pasar por esta evaluación.

Seguido a ello, el Hospital Nacional Hipólito Unanue aprobó la investigación, otorgando el permiso para la aplicación de instrumentos correspondientes; antes de la toma de las pruebas se explicó a los pacientes acerca del fin de la investigación y bajo los criterios en los que se resguarda su identidad.

Por último, se verificó que cada participante respondiera y completara de manera adecuada la prueba antes de ser entregada para evitar que estas queden eliminadas.

## 2.6 Método de análisis de datos

La sistematización que se usó para los datos, posterior a la evaluación, se procesó en la base de datos Excel 2016, posterior a ello se analizó la variable sociodemográfica utilizando estadística descriptiva como la Media, desviación estándar, frecuencias y entre otras. Asimismo, para contrastar las evidencias de validez de los instrumentos se manejó el programa RStudio (Lavaan) bajo los siguientes criterios: chi- cuadrado ( $\chi^2$ ) entre el grado de libertad (*gl*) donde Carmines y McIver (1981) determinaron que los resultados deben encontrarse en un rango entre 1 y 3 para ser adecuado. Asimismo, se consideró los valores próximos a .90 como los más adecuados para el índice de Tucker Lewis (TLI), para el índice comparativo de Bentler – Bonett (CFI) (Hu & Bentler, 1999), para el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) tomándose en cuenta valores menores a .06 como un ajuste adecuado (Hu & Bentler, 1999).

En cuanto a la evidencia de confiabilidad se optó por el procedimiento de consistencia interna mediante del coeficiente alfa (Cronbach, 1951) y omega ω (McDonald, 1975),

una vez constituida la rigurosidad psicométrica en los instrumentos se procedió a responder las hipótesis de la investigación utilizando el software Jamovi 1.0 como el Amos 25 (Arbuckle, 2017) y por último para la invarianza métrica a través del modelo global como el modelo local considerando la  $\beta$  de las variables latentes.

## **2.7 Aspectos éticos**

Para el proceso de esta investigación se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo admitido por el Comité Institucional de Ética en Investigación y posteriormente obteniendo la resolución que nos permitió aplicar los instrumentos.

Antes de la aplicación de los instrumentos fue necesario la elaboración del asentimiento informado para contar con la participación de los pacientes de dicho Hospital de manera voluntaria, por ello se requirió los nombres y la autorización de cada uno de los pacientes resaltando que esta información es totalmente confidencial ya que se encuentra regida bajo el Código de Ética profesional del Colegio de Psicólogos del Perú, título XI, art.79-87, el cual resguarda los derechos de cada participante.

### **III. RESULTADOS**

**Tabla 8***Estimaciones de la mediación*

<b>Efecto</b>	<b>E<sub>t</sub></b>	<b>E</b>	<b>DE</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>	<b>% M</b>
Indirecto	a x b	,014	0.0274	2.271	,023	66.3
Directo	C	,007	0.0422	0.421	,674	33.7
Total	c + a x b	,022	0.0567	1.256	,209	100

*Nota:* E<sub>t</sub> : etiqueta, E : estimaciones no estandarizadas,  $\beta$  estimaciones estandarizadas, DE: desviación estándar de las estimaciones no estandarizadas, RC: ratio crítica,  $p$  significancia estadística, % M: porcentaje mediadora.

### *Hipótesis General*

La tabla 8 responde al planteamiento de la hipótesis general, el cual indica que la depresión actuaría como mediadora sobre el estigma y la adherencia, aquí se puede observar que el efecto indirecto (a x b), el cual representa a la variable estigma y depresión alcanzó un valor significativo de acuerdo a lo permitido ( $p < .05$ ), donde  $p = .023$ , con 66.3%. Sin embargo, el efecto directo (c) que representa a la variable adherencia obtuvo un valor de  $p = 6.74$ , superando a lo establecido ( $p < .05$ ), con un porcentaje de 33.7 % lo cual estaría explicando la existencia de una medicación completa; es decir, el estigma no cumpliría con un efecto directo sobre la adherencia, pero si indirectamente a través de la variable depresión (Baron y Kenny, 1986).

**Tabla 9***Estimaciones de la mediación*

<b>Efecto</b>		<b>E<sub>t</sub></b>	<b>E</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>DE</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
Estigma	→ Depresión	A	,166	,27	0.0497	3.35	< ,001
Depresión	→ Adherencia	B	,088	,26	0.0286	3.088	,002
Estigma	→ Adherencia	C	,007	,03	0.0177	0.421	,674

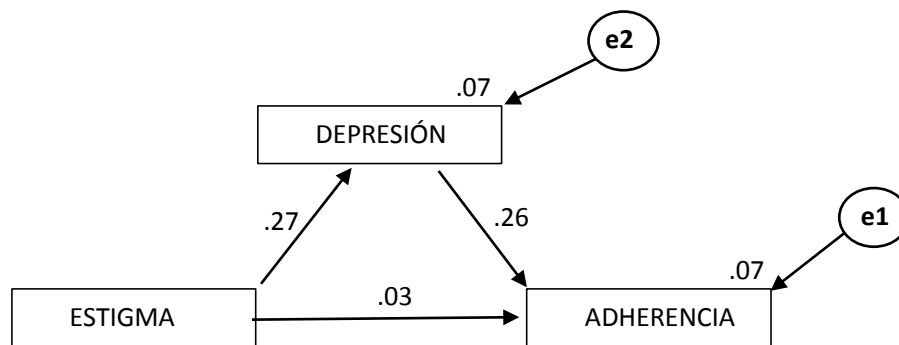
*Nota:* Et : etiqueta, E : estimaciones no estandarizadas,  $\beta$  estimaciones estandarizadas, DE: desviación estándar de las estimaciones no estandarizadas, RC: ratio crítica,  $p$  significancia estadística.

### *Hipótesis Específicas*

Por otro lado, se muestra en la tabla 9 el efecto que existe entre estigma y depresión, donde su coeficiente  $\beta = .27$ , con una significancia  $< .001$ . Por lo tanto, se acepta la primera Hipótesis, afirmando que el estigma si tiene efectos en el desarrollo de la depresión en pacientes con VIH.

El efecto que existe entre depresión y adherencia arrojó un valor para su coeficiente de  $\beta = .26$  con una significancia de  $.002$  lo cual es permitido ( $p < .05$ ), terminando por aceptar la Hipótesis dos para afirmar que la depresión si tiene efectos sobre la adherencia en pacientes con VIH.

Asimismo, para el efecto entre el estigma y la adherencia se encontró un coeficiente de  $\beta = .03$  con una significancia de  $p = .674$ , el cual niega la Hipótesis tres, el cual indicaría que el estigma no tiene efectos sobre la adherencia en los pacientes con VIH.



*Grafico 2: Modelo estructural de la variables de estudio*

## **IV. DISCUSIÓN**



La hipótesis general de este estudio permite explicar cómo la depresión actúa como mediador entre las variables estigma y la adherencia en pacientes con VIH, los datos confirman la existencia de una mediación completa según los criterios establecidos (Baron & Kenny, 1986; Ato & Vallejo, 2015); es decir, la variable estigma no ejercería un efecto directo sobre la adherencia; sin embargo, si lo realiza de manera indirecta mediante la variable depresión; este tipo de investigación no se ha trabajado anteriormente por lo cual no puede ser contrastada con otros estudios bajo la misma metodología pero si puede ser contrastada bajo la explicación de sustentos teóricos.

Por otro lado, en cuanto a la primera hipótesis se encontró que el estigma sí generaría efectos en el desarrollo de la depresión en pacientes con VIH, tal como lo indican en su investigación Duko, Gaje, Zewude y Mekonen, (2018); Varela & Galdames (2014), que las personas víctimas del estigma tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas emocionales como depresión, siendo vulnerables principalmente las personas con el diagnóstico de VIH, así como lo indican en su teoría Earnshaw, Bogart, Dovidio y Williams (2013), donde las personas con VIH no solo lidian con su salud sino también con las estigmatizaciones que experimentan propias de su diagnóstico acompañados de prejuicios hacia los pequeños grupos en relación a la orientación sexual, identidad o inmigración.

Con respecto a la segunda hipótesis, los datos encontrados indican que la depresión sí tendría efectos sobre la adherencia en pacientes con VIH, los cuales coinciden con la investigación de Pereira y Casseb (2017) quienes resaltan que las personas que presentan depresión tienden a ser menos adherentes al tratamiento. A diferencia de esta investigación estos autores trabajaron con grupos étnicos, en ellos explicaron que los hombres de raza negra mostraron menos adherencia que los hombres blancos o de raza mixta. Asimismo, Doric (2017) menciona que las personas con VIH tienen mayor posibilidad de adquirir una depresión afectando su adherencia al tratamiento, pues la teoría cognitiva de la depresión definida por Beck (1976) explica que personas suelen generar una opinión negativa de sí mismo alterando sus procesos cognitivos, lo cual desencadenaría respuestas afectivas asociadas a la depresión.

En cuanto a los resultados hallados en la última hipótesis no fueron significativos, lo cual nos indica que el estigma no tiene un efecto directo sobre la adherencia, el cual difiere de las investigaciones planteadas en el marco teórico donde se menciona que adherencia

muchas veces es afectada por diferentes factores que actúan como barrera para el tratamiento (Varela & Hoyos, 2015), siendo los más comunes la ausencia de apoyo de pares, depresión y el estigma los cuales terminan perjudicando la adherencia (Ammon, Mason & Corkery, 2018; Demirel, et al., 2018).

En síntesis, se logró responder a los objetivos establecidos, así como también a las hipótesis, las cuales fueron afirmadas y respaldadas por diferentes teorías, sin embargo, una de ellas fue negada por lo cual tuvo que ser contrastada con otras investigaciones; por otro lado, se determinó mediante el análisis de los resultados la presencia de una mediación completa el cual permite explicar el efecto que existe entre las variables.

## **V. CONCLUSIÓN**

De acuerdo a los resultados hallados se concluye lo siguiente:

1. El modelo establecido en este estudio fue aceptado por medio del análisis estructural, donde la depresión estaría ejerciendo un rol mediador entre el estigma y la adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana.
2. La hipótesis específica fue aceptada, comprobando que el estigma si generaría efectos en el desarrollo de la depresión en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana. ( $\beta = .27$ ;  $p = < ,001$ )
3. La segunda hipótesis específica fue aceptada, indicando que la depresión si tendría efectos sobre la adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana. ( $\beta = .26$ ;  $p = < ,002$ ).
4. La última hipótesis específica fue negada explicando que el estigma no tendría un efecto directo sobre la adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana. ( $\beta = .03$ ;  $p = < ,674$ )

## **VI. RECOMENDACIÓN**

Luego de la realización y el análisis de los resultados con las hipótesis, se sugiere:

1. Se recomienda realizar estudios con metodología multivariados considerando el análisis de varianza multigrupo según sexo y otras variables sociodemográficas, además verificando los criterios de mediación y moderación que puedan aportar como antecedentes para futuras investigaciones.
2. Se recomienda desarrollar investigaciones teniendo como referencias las evidencias encontradas con la finalidad de respaldar y contrastar los resultados encontrados, además realizar los talleres sobre el afrontamiento del estigma en la sociedad para evitar el desencadenamiento de la depresión en personas con el diagnostico positivo.
3. Se recomienda que en las futuras investigaciones trabajen bajo una población más amplia, priorizando las edades más vulnerables como los adolescentes y niños con VIH, para verificar los efectos que tiene la depresión en proceso de su adherencia.
4. Se recomienda desarrollar futuras investigaciones en diversos contextos específicos (familiar y laboral) que ayuden a conocer con mayor detalle los efectos que generaría el estigma en las personas con diagnostico positivo.

## **Referencias**

- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., Pujalte, L., Garre, M., Robles, F. y Vicente, M. (2010). *Guía de práctica clínica de los Trastornos depresivos*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf?fbclid=IwAR2PruyUoW5iEr0QHAoAxLMtYvBs-Inq4WG3Yt3s0Mjp8R-tdyMTyePYCLs>
- Antonuccio, O., Ward, H y Tearnan, H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*. 152- 191. Newbury Park, CA: Sage
- Ammon, N., Mason, S. & Corkery, J. (2018). Factors impacting antiretroviral therapy adherence among human immunodeficiency virus-positive adolescents in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Health*, 157, 20-31. doi:10.1016/j.puhe.2017.12.010
- Araneda, M. (2009). Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una Perspectiva Psicológica. *Revista Chilena Padiatrica*, 80(6), 560-569.
- Arbucke, J. (2017). *IBM® SPSS® Amos™ 25. User's Guide*. Recuperado de: <https://www.pdfdrive.com/ibm-spss-amos-25-users-guide-e49698851.html>
- Ato, M. y Vallejo, G. (2015). *Un sistema de clasificación de los Diseños de investigación en Psicología*. 1 ed. Madrid, España: Pirámide.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Berger, B., Estwing, C. & Lashley, F. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Health*. 24(6), 518-29.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. 3era. ed. Bogotá, Colombia: Pearson Educación de Colombia Ltda.
- Carmines, E. & McIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. En G. W. Bohrnstedt & E. F. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current issues* (pp. 65-115). Beverly Hills, CA: SAGE. <https://doi.org/10.1177/0049124183011003003>



- Carmen, R. (2011). *Código de Ética Profesional, Perú:Actualidad Psicológica*. Recuperado: <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/archivo/etica.html>
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. 3 ed. Buenos Aires. Argentina.
- Charter, A (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *Journal of General Psychology*. 130 (3) ,290-304.
- Cornejo, C. (2012). Estigma territorial como forma de violencia barrial. El caso del sector El Castillo. *Revista INVI*. 27(76), 177-200.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/bf02310555
- Demirel, O., Mayda, P., Yildiz, N., Saglamc, H., Koc, B, Habipe, Z., Kadakf, M., Balcioglua, I., Kocazeybek, B. (2018). Self-stigma, depression, and anxiety levels of people living with HIV in Turkey. *Eur. J. Psychiat.* doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.002>
- Diaz, C. y Serrato, K. (2017). *Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con vih/sida integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán. Pimentel. Perú.
- Dimatteo, R.; Donald, D.; Hays, R.; Odway, L.; Kravitz, R.; McGhynn, E.; Kaplan, S.; Rogers, W. (1993). Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results From the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*. Vol. 12 No. 2: 93-102.
- Doric, S. (2017). HIV-related stigma and subjective well-being: The mediating role of the Belief in a Just World. *Journal of Health Psychology*, 135910531772615. doi:10.1177/1359105317726150
- DSM-V (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.

- Duko, B., Geja, E., Zewude, M., & Mekonen, S. (2018). Prevalence and associated factors of depression among patients with HIV/AIDS in Hawassa, Ethiopia, cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12991-018-0215-1
- Espinal, E., Castellanos, N. y Velásquez, S. (2016). Infección por vih/sida y multiples enfermedades oportunistas simultáneas. *Revista de Facultad de Ciencias Médicas*. Recuperado de: [http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-7.pdf?fbclid=IwAR1fAJB09RWSOsuRTjgVSTPI4FzIPWZf9aacCHKaKIBU\\_xbjDHLW3gawldl](http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-7.pdf?fbclid=IwAR1fAJB09RWSOsuRTjgVSTPI4FzIPWZf9aacCHKaKIBU_xbjDHLW3gawldl)
- Earnshaw, V., Bogart, L., Dovidio, J.s y Williams, D. (2013). Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. *American Psychologist*, 68(4), 225-236. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0032705>
- Fonseca, L. y Mendoza, C. (2005). La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil. *El Cotidiano*. 134, 64-70. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32513409.pdf>
- Freud, S. (1896). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)*. Obras completas. (Vol. I). Buenos Aires. Amarrortu.
- Fundación Huésped (2017). Abordaje psicológico de personas con VIH. *Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped*. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf?fbclid=IwAR2EaQ3u5B2ZCs8EhztzBWXXIUvn0GPHytilo8Trqtv4OM-LfyfXOvRGELU>
- Garrido, J. y Azpilicueta, M. (2016). *Conocemos los estereotipos y prejuicios para evitar la discriminación*. Recuperado de: <http://www.educatolerancia.com/wp-content/uploads/2016/12/conocemos-los-prejuicios-y-estereotipos-para-evitar-la-discriminacion.pdf>
- Giacaman, J. (2010). *Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II en el Hospital de Ancud*. (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf?fbclid=IwAR177kfDo1ZAccPoDjrYB5MytjydNFBavHtGkleQFjnbWN0LdAq5EcqQ1t8>

- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Medicina Gen Integral*. Vol. (17), (5): 502-505.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Original American edition published by Prentice-Hall Inc.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. 1 ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guillén, E., Gordillo, J., Ruiz, I., Gordillo, D., Gordillo, T. (2013). ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Vol. (1): 499-506. Doi: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173034.pdf>
- Helms, C., Turan, J., Atkins, G., Kempf, M., Clay, O., Raper, L., Migavero, M. y Turan, B. (2016). Interpersonal Mechanisms Contributing to the Association Between HIV-Related Internalized Stigma and Medication Adherence. *AIDS and Behavior*. 21 (1), 238-247. doi:10.1007/s10461-016-1320-2
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5 ed. Ciudad de México, México: McGRAW-HILL.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6 ed. Ciudad de México, México: S.A. DE C.V.
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J., Collazos, J., Gonzáles, J., Ruiz, I., Kindelan, J., Carmona, A., Juega, J. y Ocampo, A. (2001). Validation of a Simplified Medication Adherence Questionnaire in a Large Cohort of HIV-Infected Patients: The GEEMA Study. *ResearchGate*. 16(4), 605-13.
- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *JGIM*. Vol. 16.
- Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. Vol. (14), (001). Xalapa,

México: Universidad Veracruzana. Recuperado:  
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>

Masur, F. y Anderson, K. (1988). Adhesión del Consultante al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 20, No. 1: 103-126.

McDonald, R. (1975). Descriptive axioms for common factor theory, image theory and component theory. *Psychometrika*, 40(2), 137–152. doi:10.1007/bf02291561

Mendoza, M., Ferrando, R., Álvarez, T., Pascual, O., Liñana, C., Raga, C. y Mínguez, C. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. *Rev. OFIL-ILAPHAR*. 28(3). 203-210.

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2013). *Guía clínica Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de:  
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf?fbclid=IwAR30CImbuVxNn7VmeObPnrRoKZ7U9gKuz8DyRMdqnRcay3B2PxDwRqUVenI>

Murray, C. & Lopez, A. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción*. Recuperado de:  
<http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725\\_spa.pdf;jsessionid=50B72184E9A74D933A769E682D05A282?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725_spa.pdf;jsessionid=50B72184E9A74D933A769E682D05A282?sequence=1)

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Recuerdo de:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)

Pereira, R. & Casseb, J. (2017). Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and psychological implications. *Clinical science*. Vol. (72), (12): 743-749. Doi: 10.6061/clinics/2017(12)05

RAE (2017). *Diccionario de la lengua española, Adherencia*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=CG97oEp>

RAE (2018). *Diccionario de la lengua española, Depresión*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=CG97oEp>

Silva, G., Galeno, E. y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. Vol. (30), (4): 268-273. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Medicina Interna. Recuperado: <http://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>

Stephan, W., Díaz, R., y Duran, A. (2000). An integrated threat theory of and intercultural attitudes: Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(2), 240-249. Doi: <https://doi.org/10.1177/0022022100031002006>

Suleiman, I. y Momo, A. (2016). Adherence to antiretroviral therapy and its determinants among persons living with HIV/AIDS in Bayelsa state, Nigeria. *Pharmacy Practice*. Jan-Mar; 14(1), 631. doi: 10.18549/PharmPract.2016.01.631

Varela, M., y Galdames, S. (2014). Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 31(3), 323–328. doi:10.4067/s0716-10182014000300011

Varela, M. y Hoyos (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. Salud pública*. 17 (4): 520-540. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>

Zafra, J. y Ticona, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un Hospital de Lima, Perú 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 33(4): 625-32. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2544

## **ANEXO**

**Tabla 4**  
*Datos sociodemográficos*

	f	%
<b>Edad</b>		
Adolescencia	9	6.2
Juventud	19	13.1
Adulterez	116	80,0
Ancianidad	1	7
<b>Sexo</b>		
Femenino	53	36.6
Masculino	92	63.4
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	107	73.8
Casado(a)	16	11.0
Conviviente	18	12,4
Viudo(a)	2	1.4
Divorciado(a)	2	1.4
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	109	75.2
Homosexual	26	17.9
Bisexual	8	5.5
<u>Transgenero</u>	2	1.4

Nota: f. frecuencia; %: porcentaje

**Tabla 5**  
*Evidencia de validez basado en contenido de criterio de jueces de la variable Estigma*

		$\bar{X}$	DE	V Aiken
Ítem 1	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 2	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 3	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 4	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 5	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 6	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00



	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 7	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 8	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 9	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 10	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 11	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 12	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 13	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 14	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 15	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 16	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 17	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 18	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 19	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 20	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 21	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 22	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 23	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
	Relevancia	4	0.00	1.00
Ítem 24	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00

Ítem 25	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 26	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 27	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 28	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 29	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 30	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 31	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 32	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 33	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 34	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 35	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 36	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 37	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 38	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 39	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 40	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00

## ESCALA BERGER

**Sexo:** (F) (M)                      **Edad:** \_\_\_\_\_                      **Orientación sexual:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_                      **Paciente:** Continuidad ( ) Abandono ( )

Evalúe cada una de las declaraciones aquí debajo usando la siguiente escala:

**1= Muy En Desacuerdo    2= En Desacuerdo    3= De acuerdo    4= Muy de acuerdo**

	Muy en Desacuerdo 1	En Desacuerdo 2	De Acuerdo 3	Muy de acuerdo 4
1. Hay personas que se alejan de mí al conocer que tengo VIH.				
2. Al saber sobre mi diagnóstico, los demás buscan fallas en mi carácter.				
3. La gente parece tenerme miedo porque tengo VIH				
4. La gente no me quiere alrededor de sus hijos al conocer mi diagnóstico.				
5. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH				
6. Las personas que me importan perdieron la comunicación al enterarse que tengo VIH.				
7. Por lo general, el contarles a otros sobre mi diagnóstico ha sido un error				
8. Me arrepiento de haberle contado a algunas personas que tengo VIH				
9. Me siento rechazada (o) por tener VIH				
10. Me siento tan discriminada (o), aislado (a) del resto del mundo				
11. Las conductas de las personas me hacen sentir aun peor				
12. El contarle a alguien que tengo VIH es riesgoso				
13. Las personas con VIH pierden sus empleos si sus jefes se enteran de su diagnóstico				

**Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)**

Durante las últimas 2 semanas ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (marque con una "X" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído (a), deprimido (a) o sin esperanza	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado (a), o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo (a) o que es un fracaso, o que ha quedado mal con usted mismo (a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario muy inquieto (a) o agitado (a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto (a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**Total:** \_\_\_\_\_

Si marco cualquiera de los problemas, ¿Qué tanta dificultad le ha dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?			
No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente Difícil

### Cuestionario de Adherencia - (Simplified Medication Adherence Questionnaire)

Marque la respuesta que crea usted más conveniente de acuerdo a lo que indique cada enunciado

Cuestionario de adherencia (SMAQ)	Posible Respuesta	
1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	No
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	No
4. ¿olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	No
5. En la última semana, ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis?	A: Ninguna B: 1-2 C:3-5 D:6-10 E: Más de 10	
6. En los últimos 3 meses ¿Cuántos días completos no tomo la medicación?	Días:	

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

Lima, 2019

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con número de DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que deseo participar y colaborar de manera voluntaria en la aplicación del instrumento, que servirá de insumo para la realización de la investigación denominada **“ESTIGMA, DEPRESION Y ADHERENCIA EN PACIENTES CON VIH QUE ACUDEN A UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA METROPOLITANA”** brindando mi opinión sobre los temas estudiados, esperando que esa información solo sea utilizada para fines académicos



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
"Hipólito Unanue"

Comité Institucional de  
Ética en Investigación

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

**CARTA N° 096 - 2019 - CIEI-HNHU**

A : **BETSABEL AMANDA HERRERA MAMANI  
KAREN ELIZABETH PEREZ ARROYO**

ASUNTO : **Aprobación de Proyecto de tesis**

Referencia : Expediente N° 14208

FECHA : El Agustino, 28 de mayo del 2019

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado : "**Estigma, Depresión y adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital general de Lima Metropolitana**". Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología – UCV.

El Comité, en sesión ordinaria de fecha miércoles 22 de mayo del presente, y según consta en el Libro de actas N° 7, Acordó por unanimidad aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente  
  
ANGELICA RICCIO YAURIVILCA  
C.M.P. 8482  
Presidenta del Comité de Ética en Investigación.

ARY  
Cc. archivo\*

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú  
Correo electrónico : [ciei@hnhu.gob.pe](mailto:ciei@hnhu.gob.pe) - [angelicaricci05@yahoo.es](mailto:angelicaricci05@yahoo.es) Teléfono: 2919092 , 3627777 anexo 2196



**ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD  
DE TESIS**

Código : F06-PP-PR-02.02  
Versión : 10  
Fecha : 10-06-2019  
Página : 1 de 1

Yo,

**ANTONIO SERPA BARRIENTO**, docente de la Facultad Humanidades y Escuela Profesional Psicología. De la Universidad César Vallejo – Lima Este revisor (a) de la tesis titulada

**“Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana”**

del (de la) estudiante **BETSABEL AMANDA HERRERA MAMANI**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **11 %** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

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

Lugar y fecha..... 27 de Agosto del 2019......


  
.....  
Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 41225216.....

			
Revisó	Vicerrectorado de Investigación / <b>DEVAC</b> / Responsable del SES		Aprobó

*NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.*

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD          DE TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo,

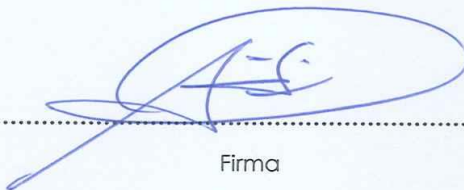
**ANTONIO SERPA BARRIENTO**, docente de la Facultad Humanidades y Escuela Profesional Psicología. De la Universidad César Vallejo – Lima Este revisor (a) de la tesis titulada

**“Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana”**

del (de la) estudiante **KAREN ELIZABETH PÉREZ ARROYO**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **11 %** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

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

Lugar y fecha..... 27 de Agosto del 2019 .....

  
 .....  
 Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 81225218

 Revisó Vicerrectorado de Investigación / DEIVAC / Responsable del SDC	 Revisó Vicerrectorado de Investigación / DEIVAC / Responsable del SDC	 Revisó Vicerrectorado de Investigación / DEIVAC / Responsable del SDC	 Aprueba Rectorado
--	--	---	--

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.





**FACULTAD DE HUMANIDADES**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**  
**Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN

PSICOLOGÍA

AUTORES

Herrera Mamani, Betsabel Amanda (<https://orcid.org/0000-0001-8645-3016>)

Pérez Arroyo, Karen Elizabeth (<https://orcid.org/0000-0001-7045-4954>)

ASESOR

Serpa Barrientos, Antonio (<http://orcid.org/0000-0002-2847-2347>)

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Violencia

LIMA-PERU

2019



Resumen de coincidencias

11 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

- 1 [cdigital.dgb.uanl.mx](#) 2 % >  
Fuente de Internet
- 2 [repositorio.ucv.edu.pe](#) 2 % >  
Fuente de Internet
- 3 [ri.uaemex.mx](#) 1 % >  
Fuente de Internet
- 4 [Entregado a Universida...](#) 1 % >  
Trabajo del estudiante
- 5 [tesisenxarxa.net](#) 1 % >  
Fuente de Internet
- 6 [www.repositorioacade...](#) <1 % >  
Fuente de Internet



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS  
EN REPOSITORIA INSTITUCIONAL UCV**

Código : F06-PP-PR-02.02  
Versión : 10  
Fecha : 10-06-2019  
Página : 1 de 1

Yo **BETSABEL AMANDA HERRERA MAMANI**, identificada con DNI N° 73352689, egresado de la Escuela Profesional de **PSICOLOGIA** de la Universidad Cesar Vallejo, autorizo (x), No autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **“Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana”**, en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art.33


Fundamentación en caso de no autorización:

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

  
FIRMA

DNI: 73352689  
FECHA: 27 de agosto del 2019

			
Revisó	Vicerrectorado de Investigación / DEVAC	Responsable del SGC	Aprobó
<p><small>NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier otro electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTRIBUIDA.</small></p>			

	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIA INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo **KAREN ELIZABETH PÉREZ ARROYO**, identificada con DNI N° 75082894, egresado de la Escuela Profesional de **PSICOLOGÍA** de la Universidad Cesar Vallejo, autorizo (x), No autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **"Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana"**, en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art.33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI: 75082894  
FECHA: 27 de agosto del 2019

Revisó	Vicerrectorado de Investigación / DEVAC	Responsable del SGC	Aprobó	Reclutamiento y PERU
--------	---	---------------------	--------	----------------------





*NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier documento electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTRIBUADA.*



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE  
La Carrera Profesional de Psicología, Mg. Nikolai Martin Rodas Vera

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

**Herrera Mamani Betsabel Amanda**

INFORME TÍTULADO:

**Estigma, Depresión y Adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana**

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

---

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

SUSTENTADO EN FECHA: 27/08/19

NOTA O MENCIÓN: 17



---

Mg. Nikolai Martin Rodas Vera

DNI: 42913187



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

La Carrera Profesional de Psicología, Mg. Nikolai Martin Rodas Vera

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

**Pérez Arroyo Karen Elizabeth**

INFORME TÍTULADO:

**Estigma, Depresión y Adherencia en pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana**

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

---

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

SUSTENTADO EN FECHA: 27/08/19

NOTA O MENCIÓN: 17



---

Mg. Nikolai Martin Rodas Vera

DNI: 42913187