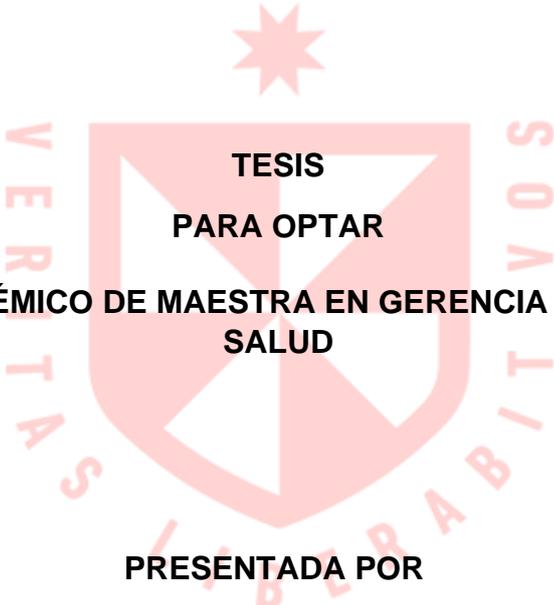


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**RELACIÓN DEL PACIENTE CON VIH Y PERCEPCIÓN DEL
ESTIGMA EN EL PERSONAL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
MEDICINA TROPICAL DR JULIO CÉSAR DEMARINI CARO
CHANCHAMAYO**



**TESIS
PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD**

PRESENTADA POR

EDITH MARLENE VILLOGAS SILVA

ASESORA

ILCE SOFIA CASANOVA OLORTEGUI DE PADILLA

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**RELACIÓN DEL PACIENTE CON VIH Y PERCEPCIÓN DEL
ESTIGMA EN EL PERSONAL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE MEDICINA TROPICAL DR JULIO CÉSAR DEMARINI CARO
CHANCHAMAYO**

TESIS

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD**

PRESENTADA POR

EDITH MARLENE VILLOGAS SILVA

ASESORA

MGTR. ILCE SOFIA CASANOVA OLORTEGUI DE PADILLA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Pedro Alberto Sullon Zavaleta, doctor en Medicina

Miembro: Suzanne Pamela Ramírez Lamas, maestra en Control de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Miembro: Gladys Castillo Castro, maestra en Gerencia de Servicios de Salud

A Dios; a mis padres, Robertina y Artemio por su abnegable apoyo para alcanzar mis metas; a mis hermanos, Luis, Jesús y María; a mi hija Milka Rosario, por ser la fortaleza en mi superación personal.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Martín de Porres y a los docentes de la Escuela de Posgrado.

A la maestra Ilse Sofía Casanova Olortegui de Padilla, por su constante apoyo profesional como asesora metodológica.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	9
III. METODOLOGÍA	30
IV. RESULTADOS	37
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	43
VII. RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46
ANEXOS	53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema del diseño variable cuantitativa percepción.....	32
Tabla 2. Muestra estudio cualitativo	33
Tabla 3. Muestra estudio cuantitativo	33
Tabla 4. Edad según sexo de los pacientes con VIH.....	38
Tabla 5. Relación médico con el paciente VIH.....	38
Tabla 6. Relación con el paciente VIH cuestionario PDQR 9.....	39
Tabla 7. Edad según sexo del personal de salud	40
Tabla 8. Percepción del personal de salud.....	40
Tabla 9. Resultados prueba de Wilcoxon para hipótesis específica.....	41

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción del estigma en el personal de salud que labora en el hospital y la relación del paciente con VIH y su Médico tratante.

Metodología: Es un estudio cualitativo y cuantitativo, con diseño observacional e intervencional, este último obtenido a partir de registros de capacitación pre y post test. Se trabajó con muestra dividida de 140 pacientes y 180 miembros del personal de salud. Cada grupo fue evaluado con una prueba de inicio y salida, y se aplicaron como instrumentos de medición un cuestionario PDRQ-9 a pacientes con VIH y una escala sobre el estigma Varas Nelson et.al. al personal de salud. **Resultados:** Existe una diferencia significativa en la percepción del estigma entre el pre y el post test con un $p_valor < 0.001$. Así, se demuestra que ante la propuesta de realizar capacitaciones se puede obtener mejoras importantes con relación al estigma del VIH en el personal de salud que labora en el hospital. **Conclusión:** El estigma asociado al VIH sigue siendo un obstáculo para la prevención y es preocupante cuando la estigmatización hacia este grupo de personas es realizada por profesionales de la salud, pues limita la disponibilidad de servicios para las personas viviendo con VIH. Es necesaria la aplicación de más herramientas cuantitativas para mejorar la evaluación de las manifestaciones del estigma del personal de salud.

Palabras clave: Relación médico-paciente, VIH, percepción, estigma, personal de salud

ABSTRACT

Objective: To determine the perception of stigma among health workers working in hospitals and the relationship between the patient and his or her treating physician. **Methodology:** A qualitative and quantitative study, with observational and interventional design, the latter obtained from pre- and post-test training records. The sample was divided into 140 patients and 180 health staff. Each group was evaluated with a start and exit test, and a PDRQ-9 questionnaire to HIV patients and a stigma scale were applied as measurement instruments Varas Nelson et.al. to health personnel. **Results:** There is a significant difference in the perception of stigma between pre- and post-test with a p_value <0.001. Thus, it is shown that the proposal to conduct training can lead to significant improvements in relation to HIV stigma among health personnel working in hospitals. **Conclusion:** HIV-related stigma remains an obstacle to prevention and is a concern when stigmatization of this group of people is carried out by health professionals, as it limits the availability of services for people living with HIV. More quantitative tools are needed to improve the assessment of stigma manifestations among health workers.

Keywords: Physician-patient relationship, HIV, perception, stigma, health staff.

NOMBRE DEL TRABAJO

RELACIÓN DEL PACIENTE CON VIH Y PERCEPCIÓN DEL ESTIGMA EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE

AUTOR

EDITH MARLENE VILLOGAS SILVA

RECUENTO DE PALABRAS

19386 Words

RECUENTO DE CARACTERES

106408 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

80 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.9MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 25, 2024 11:12 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 25, 2024 11:14 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción de la situación problemática

Es necesario reflexionar sobre el estigma y la discriminación, acciones que afectan a las personas que viven con la infección del VIH. Esto implica la violación de derechos fundamentales básicos en este grupo de personas y obstaculiza el progreso en la erradicación de la enfermedad. Tal como demuestran estudios que se realizaron en diversos países, las personas con esta enfermedad se sienten muchas veces discriminadas y estigmatizadas por nuestra sociedad y, en especial, por el personal sanitario. Este factor impide que las poblaciones de alto riesgo accedan al tratamiento. Es por ello que la perseverancia y la educación son necesarias para generar un cambio de comportamiento (1).

Uno de los aspectos más preocupantes para muchas personas que viven con el VIH es el llamado sida social, que es el miedo a ser marginados o discriminados por personas no infectadas. Esto último está relacionado con la posible propagación del virus. También aspectos socioculturales como las creencias religiosas, los comportamientos y las actitudes negativas hacia las personas portadoras del VIH/sida contribuyen a la estigmatización de la enfermedad entre los trabajadores sanitarios. Esto afecta negativamente su calidad de vida porque se vulneran derechos, limitan el aspecto social y el desarrollo psicosocial (2).

Los estudios han encontrado que el estigma y la discriminación están relacionados con patrones paternalistas de los médicos, la incompreensión de la infección por parte de profesionales sanitarios y los tabúes y creencias religiosos. El estigma afecta negativamente la calidad en la atención y dificulta el acceso a diferentes servicios de salud. De esta forma, se afecta la salud mental de los pacientes que viven con VIH/sida y conduce al incumplimiento del tratamiento. Algunos pacientes sufren múltiples estigmas y discriminación basada en la identidad, diversidad de género y la orientación sexual. Las estrategias para disminuir el estigma y discriminación se basan principalmente en la capacitación a los profesionales de salud, la búsqueda de conocimientos respaldados por la

mejora de las actitudes y prácticas positivas y la prevención del estigma. Se deben fortalecer las dimensiones bioéticas y la dimensión humana para brindar educación a personas que viven con VIH/sida, a sus familias y personas que los cuidan. En este estudio se proporciona una perspectiva nueva y más sensible sobre los pacientes, así como la orientación sobre sus derechos y la atención humanizada (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infección por el VIH sigue siendo un principal problema de la salud pública en el mundo que ha cobrado más de 40 000 millones de vidas, con un incremento de 32,9 a 51,3. Su propagación continúa a nivel mundial, incluso en algunos países se han experimentado un aumento de nuevas infecciones y una disminución de los casos de sida. Se estima además que, en el 2022, entre 33,1 y 45,7 millones de personas se infectaron, de los cuales fallecieron 630 000 personas. La infección por VIH no se puede curar, sin embargo, debido a que es una infección crónica y tratable, si puede aplicarse una estrategia de diagnóstico, tratamiento, prevención y atención oportuna, manejo de las diferentes infecciones oportunistas, que permita una vida saludable durante muchos años (4).

La OMS, el Fondo Mundial y ONU/sida han desarrollado estrategias globales para combatirla a través de los objetivos de desarrollo sostenible al 2030. En ese sentido, se busca que del 95 % de personas infectadas, el 95 % reciban tratamiento antirretroviral y, de ellos, el 95 % logren la supresión virológica para mejorar su salud y reducir la propagación (4).

En 1983, apareció el primer caso de sida en nuestro país, incrementándose notablemente en los años posteriores. Para el 2021 se registraron 14 373 casos de VIH y 46 641 de sida, siendo la razón varón/mujer de 3 a 1. De esta población, los más vulnerables son los niños, niñas, adolescentes y gestantes. Desde que se inició la epidemia, la vía de transmisión más frecuente sigue siendo la vía sexual, sin embargo, ocurre lo contrario en caso de la vía de transmisión vertical pues ha disminuido con el paso de los años, con prevalencia de 0.23 (5).

Según el Ministerio de Salud, para el 2023 se estimó que en el Perú existían más de 98 000 personas viviendo con VIH, de los cuales 87 880 pacientes se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral. El logro referido a tratamiento se debe al incremento de la descentralización de los centros TAR (Centros de Tratamiento Antirretroviral) a nivel nacional, debido a que anteriormente solo los hospitales brindaban la atención. Sin embargo, cuando inició la pandemia del COVID-19 fue necesario incrementar el número de establecimientos de salud de nivel I-3 y I-4 como son los centros de salud. Se contó para ello con un equipo multidisciplinario capacitado para la atención integral en cumplimiento a la norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) N°169, y evitar así el abandono del tratamiento (5).

Asimismo, el CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) informó que la prevalencia de VIH en población general fue del 0,3 %, en las poblaciones clave como hombres que tienen sexo con otros hombres fue de 10 %, mujeres trans con 31.8 %, población indígena (awajún) con 1.8 % y, en caso de migrantes venezolanos, 0.7 %. Según estos datos es importante brindar acceso oportuno al tratamiento de la población de riesgo, razón por el cual en junio del 2023 el Ministerio de Salud implementó la norma técnica de salud Prevención combinada del virus de inmunodeficiencia humana para poblaciones en alto riesgo, N° 204, que permitirá el fortalecimiento de las acciones de prevención, brindar la profilaxis pre exposición, post exposición, la notificación asistida de contactos, búsqueda de caso índices, respetando la confidencialidad y la lucha contra el estigma y discriminación (6).

2. Problema de investigación

La presente investigación permitirá resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación médico-paciente con VIH y la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro Chanchamayo 2022?

Ante ello, se puede decir que el estigma se puede describir como un proceso de desvalorización. Nuestras ideas cerradas con rasgos estigmatizantes y

prejuiciosas, así como una percepción inadecuada del personal de salud hacen que no se le permita al paciente con VIH un acceso oportuno a la atención de su salud. Por ello, es importante identificar patrones que puedan condicionar la relación entre los pacientes con HIV y el estigma del personal de salud, acción que se realizará en el presente estudio.

El reconocimiento de los prejuicios y la discriminación relacionados al entorno sanitario y social hacia las personas con VIH/sida permite determinar que un tema complejo como este requiere conocimiento sobre su ocurrencia, así como las consecuencias para quienes lo padecen y sus posibles soluciones. (5).

El estigma y la discriminación se han relacionado con una disminución en el uso de servicios de salud preventivos. Varios estudios mundiales destacan el estigma y la discriminación que enfrentan las personas con VIH/sida. Esto ocurre en diversos grados, y las actitudes relacionadas con el rechazo están marcadas por el abuso psicológico y físico, junto con la expulsión del hogar. Los informes de la ONU/sida resaltan la magnitud de este problema, mientras se advierte a los Estados que, pese a esfuerzos globales para contener la pandemia del VIH/sida, aún está lejos de terminar (4).

En 2018, en un estudio realizado en Cuba, se reveló que el 37,8 % de los pacientes con VIH experimentaron rechazo cuando acudían a los servicios sanitarios. Por otro lado, sólo un pequeño porcentaje de personas elegía la atención primaria más cercana a su lugar de residencia, ya que prefieren acudir a las instituciones públicas especializadas que se encuentran muy alejadas. Entre las razones se encuentra la percepción de estar infectado por el VIH, el desconocimiento o el tratamiento inadecuado de la enfermedad. El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas y Fondo Mundial, desarrollaron el proyecto servicios diferenciados para poblaciones clave, el cual se implementó en 30 municipios del país donde el VIH era más prevalente. Dentro de los centros de atención primaria de salud se buscó promover valores éticos, colaboración y empatía entre médicos, personal sanitario y estudiantes de ciencias de la salud (7).

Por lo tanto, el éxito del servicio médico depende, también, del buen comportamiento y actitud del personal sanitario respecto a la atención que brindan a la población clave. Este es un aspecto de búsqueda y reconocimiento para que estos espacios a los que acuden sean amigables. También se busca la promoción y recomendación de estos servicios, así como el cuidado y difusión de información sobre su salud. Por ello, se reconocen los excelentes resultados en la atención a grupos poblacionales clave de manera diferenciada, pues se consiguen mejores condiciones para ellos, así como una mejor adherencia al tratamiento. Para contar con un espacio de comunicación, diálogo y escucha activa es necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios (8).

La estigmatización del personal de salud hacia los pacientes con VIH data de muchas décadas. Es cada vez más acentuada y grave, detrás de esta situación, la actitud negativa de algunos médicos, así como de otros profesionales de la salud, personal técnico y administrativo. Todo ello puede influir en la toma de decisiones y afectar directamente la atención al paciente, incluido el seguimiento del cumplimiento del tratamiento, pues genera que los pacientes no accedan al establecimiento de salud. Se produce en todos los niveles de atención, desde la primaria hasta la especializada, donde el personal de salud puede asumir una actitud culpable hacia los pacientes. Esta situación puede mejorar entre el personal con especialidades relacionadas a la atención de los pacientes infectados. Por eso, es importante determinar la relación existente entre médico y paciente con VIH, así como la percepción del estigma en el personal de salud, pues permitirá, en el caso de la percepción, acciones de mejora a través de la capacitación al personal de salud para la disminución del estigma relacionado al VIH (8).

Actualmente, no existe trabajo de investigación sobre el tema, y es necesaria la contribución de la investigación para generar conciencia en la sociedad sobre la importancia del acceso igualitario al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, respeto a la confidencialidad, mejorar la calidad de vida de la persona con VIH y el trato humanizado del personal de salud.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la relación del paciente con VIH y la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro Chanchamayo.

3.2 Objetivos específicos

Determinar la percepción del estigma en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro Chanchamayo.

Evaluar la relación médico-paciente con HIV.

Comparar la percepción del estigma en el personal de salud antes y después de las capacitaciones.

4. Justificación

4.1 Importancia

Existe la tendencia que vincula el VIH y su discriminación, y es así que se estigmatiza la relación con el paciente. Es posible observar con frecuencia el trato inadecuado y discriminatorio hacia la persona que viven con el VIH. El estigma y discriminación afectan profundamente los derechos humanos fundamentales, los cuales se encuentran presentes en diversos niveles, tales como el psicológico, social, económico, institucional y político (8).

Existe fuerte rechazo hacia las personas que se infectan con el VIH como consecuencia de relaciones sexuales sin protección. Los trabajadores de la salud son los primeros en realizar esta discriminación y estigmatizarlos. Independientemente del grado socioeconómico, el nivel u estatus social, el nivel académico, el estatus religioso, las consecuencias que genera la percepción que se tiene sobre VIH es humillante, inapropiada y puede devenir en situaciones mortales. La estigmatización hacia las personas con VIH/sida de parte de los profesionales de salud afecta negativamente el cumplimiento y su adherencia al tratamiento antirretroviral (9).

Estos aspectos generan que el paciente no acuda a recibir su tratamiento, lo que afecta su adherencia a la misma. Por ello, es importante la capacitación al personal sanitario sea de manera permanente para que exista una relación basada en un trato digno, mejora del respeto a sus derechos y así brindarle calidad de vida a las personas infectadas (5).

La región Junín no es ajena a la epidemia del VIH. A 2020 se tenían 1200 personas viviendo con VIH. En la provincia de Chanchamayo, en especial en el Hospital Docente Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro en la Merced, donde se brinda tratamiento antirretroviral, actualmente se cuenta con 140 pacientes en tratamiento (10).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la provincia de Chanchamayo cuenta con una población total de 182 786, de las cuales 40 793 son adolescentes de 10 a 19 años, lo que representa al 22 % del total de la población. En el 2020 se registraron 11 291 casos de infecciones de transmisión sexual, y de este total, 1860 de personas infectadas pertenecían a la población adolescente, es decir, un 16 %. Actualmente, se ha incrementado la cifra respecto a los años anteriores. Otra de las características de nuestra población es que existen 60 comunidades nativas, que son otro grupo de riesgo por sus costumbres innatas, difíciles al cambio y con poco interés por su salud, así como por la convivencia natural con múltiples parejas sexuales. A ello se suma la actividad sexual en la adolescencia, población que tiene comportamientos de riesgo inadecuados, situación que les hace más vulnerables a adquirir el VIH. También los valores y normas que son transmitidas a través de la educación familiar. Por otro lado, los medios de comunicación muchas veces no promueven los comportamientos sexuales seguros, y tampoco fomentan el desarrollo de capacidades para que las personas con la infección puedan ejercer su control y auto cuidado referente a su salud sexual y reproductiva (10).

El equipo multidisciplinario de salud conformado por un médico infectólogo o capacitado, enfermera, obstetra, químico farmacéutico, biólogo o tecnólogo médico que laboran en los establecimientos de salud TAR no solo deben realizar

diagnóstico y tratamiento, sino también un trabajo en equipo para brindar bienestar físico y emocional, fortalecer la autoestima y la capacidad del del paciente para afrontar su enfermedad. En situaciones con ausencia de este soporte, se desencadena, en la mayoría de los casos, en una crisis emocional y discriminación (5).

4.2 Viabilidad

Se contó con disposición del tiempo por parte del investigador, así como el presupuesto autofinanciado, recursos humanos y tecnología para realizar el estudio. Asimismo, se contó con autorización del comité de ética e investigación del hospital.

5. Limitaciones

Escasa información del tema a investigar a nivel nacional e internacional, razón por la cual se tuvo que incluir en el marco teórico bibliografía mayor a 5 años. Asimismo, en cuanto a las limitaciones relacionadas al tipo de estudio existen más investigaciones cualitativas con diseño observacional que cuantitativas con diseño intervencional.

II. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes del estudio

Ríos Z, en 2020, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar conocimientos, percepciones y comportamientos sobre el VIH entre el personal de la salud de la Clínica Cori de Los Olivos. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, que incluyó a 70 profesionales sanitarios de la clínica, con edades entre 20 y 62 años. Se utilizó la encuesta de conocimiento, percepción y comportamiento del personal de salud (C-CPC), que consta de 40 ítems. Entre los resultados, se reveló que el índice de estigma es bajo, y representa la mayoría de los profesionales sanitarios con un 87,1 %, el índice medio de estigma del VIH corresponde a una menor participación con 12,9 %. El autor concluyó que los profesionales de la salud carecen de conocimientos específicos sobre el estigma. También, presentan comportamientos positivos relacionados con el cuidado de los infectados por el VIH y, el miedo irracional al contagio durante la atención sanitaria se evidencia en la percepción y el comportamiento (11).

Urrutia J publicó, en 2019, una investigación cuyo propósito fue identificar diferencias en el estigma en relación al VIH/sida entre personales de salud por género, edad, estado civil y experiencia laboral. Se empleó un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, con una muestra de 50 participantes. Se usó la escala de Varas-Díaz. Entre los resultados, se reveló que existe una diferencia en el estigma relacionado con el VIH/SIDA en el personal de salud del Centro Salud la Victoria. La prueba no paramétrica de U-Mann-Whitney evidenció: 97.500 y $z = -4.011$, $p = 0.000$ (p). $< 0,05$). El autor concluyó que sí existe el estigma vinculado al VIH en el personal de salud en relación con la edad, el sexo, los años de servicio y su estado civil (12).

En 2019, Campillay M et al. condujeron un estudio sobre el estigma y discriminación hacia pacientes con VIH/sida, cuyo propósito fue reflexionar sobre la situación de las personas que viven con VIH y su relación con el estigma y discriminación. Se trató de un estudio cualitativo, descriptivo. Se emplearon encuestas para medir ambas variables. Entre los resultados, se encontró que

ambas se dan en varios contextos como son en el personal sanitario, en el contexto sociodemográfico, en género, edad y en el apoyo social. Los autores concluyeron que la discriminación y estigma hacia las personas que viven con el VIH es uno de los más grandes problemas para las autoridades locales, así como a nivel internacional. También, se identificó que es en los establecimientos de salud donde más ocurre la discriminación, seguido del entorno familiar y la comunidad. Las situaciones en las que las personas con VIH/sida son más discriminadas son en el ámbito salud, sociodemográfico y familiar; sin embargo, es en el sector salud donde se presenta una de las peores violaciones a los derechos humanos. Esto fue descrito por los pacientes que viven con la infección. Se concluyó que esta situación es uno de los aspectos que más dificulta el acceso a recibir el tratamiento, la adherencia y el cambio de comportamiento, especialmente entre las poblaciones vulnerables (13).

Saucedo G et al., en 2018, realizaron una investigación, cuyo propósito fue presentar una reflexión crítica sobre las razones por las cuales las personas seropositivas refieren sentir estigmatización y discriminación por los involucrados en la atención primaria. Se trató de un estudio cualitativo, con una revisión de diez bases de datos electrónicos en inglés y español, y la inclusión de un total de 35 estudios de diseño cualitativo y cuantitativo. Para ello, se empleó la reflexión crítica sobre los motivos por los que las personas que viven con VIH sienten discriminación y estigma del personal cuando acuden a su atención de salud. Entre los resultados, se reveló que la estigmatización es un problema social que crea una barrera en las personas que viven con la enfermedad, por ello no buscan un tratamiento oportuno, y esto conlleva el deterioro de su calidad de vida. Los autores concluyeron que en México la diversidad cultural hace que las personas tengan diferentes pensamientos sobre las personas infectadas con el VIH. Es por ello por lo que el gobierno ha implementado políticas públicas dirigidas a esta población vulnerable. A la par, se reconoció la importancia de implementar una serie de evaluaciones con el uso de herramientas para evitar los sub registros de la información y medir la significancia del impacto cognitivo. Ante ello las personas infectadas expresan el estigma y discriminación al acudir a los servicios para su atención de salud. Asimismo, expresan su necesidad de

sentir apoyo emocional familiar y social. Se encontró que los pacientes si cuentan con información referente a su enfermedad (14).

En 2015, Tamayo B et al. publicó, un estudio con el objetivo de describir el estigma social en la atención de personas con VIH/sida según condiciones socioeconómicas, demográficas y académicas. Se empleó un estudio transversal con la participación de 1253 individuos, entre los cuales se tuvieron estudiantes de las áreas de la salud y profesionales. La escala de estigma social usada se validó según criterios de confiabilidad, excelente consistencia interna y constructo. Asimismo, se utilizaron datos como estrato social, sexo y edad. Entre los resultados, se reveló que el 64 % fueron varones, el 65 % estrato medio, con una edad promedio de 23 años. El 57.2 % respondió que no todos los pacientes son considerados como si tuvieran el VIH, también el 52,5 % de los encuestados refirió que se deben crear hospitales exclusivos para atender a las personas que viven con VIH. De igual forma, el 49,7 % refirió que atender a una persona infectada incrementa el riesgo en la atención sanitaria. Con este fin, los predictores más significativos del estigma social fueron el programa académico, el rendimiento en las pruebas y la carrera diferenciada en semestres. Los autores concluyeron que el estigma social fue mayor en el primer período de estudio. Por ende, es necesario mejorar consistentemente diferentes estrategias para la comunicación, información y educación para la salud, y así, reducir el estigma (15).

Franke M et al., en 2014, condujeron una investigación con el objetivo de validar dos escalas en español para la evaluación del estigma relacionado con el VIH en las comunidades. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, con una muestra de 1062 proveedores de salud. Se empleó una escala de opiniones sobre el VIH que incluía componentes como la política, evitación y empatía, y la versión adaptada del HIV/AIDS Stigma Instrument Nurse, que contemplaba la discriminación relacionada con la atención clínica y negativa a compartir o intercambiar alimentos/regalos. Entre los resultados, se reveló que ambas escalas demostraban una buena fiabilidad y validez de constructo. La escala de opinión sobre el VIH mostró una buena fiabilidad Alfa de Cronbach 0,72, confiabilidad aceptable 0,60, mientras que la confiabilidad de la escala HASI-N

adaptada fue excelente, con un coeficiente de 0,90. Los autores concluyeron que, en relación con los trabajadores de la salud, los partidarios del tratamiento tenían más probabilidades de tener opiniones estigmatizantes relacionadas con la evitación y la empatía. Por lo tanto, es muy importante que el personal de salud cuente con capacitaciones relacionadas al estigma, en especial de aquellos que brindan el tratamiento, para reducir el estigma hacia el VIH (16).

En 2014, Nelson V et al. realizó una investigación cuyo propósito fue desarrollar una escala sobre el estigma relacionada al VIH/sida para profesionales de salud a través del uso de métodos mixtos. El diseño fue de corte mixto con un enfoque cualitativo y cuantitativo. Se empleó una herramienta cualitativa recolectada entre estudiantes y profesionales de salud de Puerto Rico, y se usó la técnica de la entrevista. Se aplicó una escala de 12 dimensiones del estigma relacionado con el VIH para una muestra de 421 personas. Se realizó un tipo de análisis sistemático ascendente que dio como resultado que 11 tuvieron confiabilidad de 0.86 y validez de convergencia y divergencia. Los autores concluyeron que el estigma asociado al VIH sigue siendo un obstáculo para la prevención primaria y secundaria. Por eso, es preocupante cuando el estigma se da de profesionales de la salud ya que limita la disponibilidad de servicios para las personas que viven con VIH. También se necesitan herramientas cuantitativas para mejorar la evaluación de las manifestaciones del estigma del personal de salud (17).

Narváes J et al., en 2021, realizaron una investigación sobre la atención a pacientes con VIH/sida en el Hospital Divina Providencia de Esmeraldas. El estudio fue cualitativo y cuantitativo, descriptivo, y aplicó como técnica la encuesta. Se consideró al 100 % de los pacientes y tuvo una muestra de 40 profesionales de la salud. Entre los resultados, se encontró que el 73 % no tenía formación en temas acerca del VIH/sida, también el 75 % tenía un moderado nivel de atención a los pacientes. Asimismo, el 65 % no mantenía una confidencialidad acerca de las pruebas realizadas a los pacientes. Como resultado del estudio se desarrolló una propuesta ampliamente socializada y reconocida que tiene una influencia positiva para el personal sanitario. La validación de los resultados reveló un saldo positivo en porcentajes e indicó las estrategias metodológicas implementadas en la capacitación. Los autores

concluyeron que la atención de salud para las personas con VIH/sida tiene muchas deficiencias en términos de capacitación, provisión de equipos e instalaciones necesarias y coordinación de equipos multidisciplinarios. Por ello, es necesario que el equipo de atención médica realice esfuerzos para promover la educación a largo plazo y las buenas prácticas en el sistema de atención médica (18).

En 2020, Maas L. et al. realizaron en México, una investigación sobre discriminación y estigma en personas con VIH/sida con un método fenomenológico. Se empleó un diseño cualitativo y se realizaron entrevistas y revisión de análisis de contenido. Entre los resultados, se reveló que al abordar este estigma y discriminación se puede analizar y explorar cómo las personas que viven con la infección del VIH experimentan este fenómeno. Los autores concluyeron que tener como condición ser portador del virus los hace más vulnerables al rechazo. Asimismo, la investigación mostró que las experiencias de los portadores con el estigma corresponden a decisiones que incluyen desde permanecer en silencio hasta hablar o no, así como su defensa relacionada a la forma en que afrontan la enfermedad, el dolor, la negación y el mantenerse sin apoyo terapéutico (19).

Fuster M, en 2018, publicó un estudio cuyo propósito fue la percepción del estigma, efectos y formas de afrontamiento en personas con VIH. Tuvo un diseño cualitativo, descriptivo e inferencial, con una muestra de 40 pacientes con VIH y, para las propiedades psicométricas, 557 personas viviendo con VIH. Se usó como técnica la entrevista. Para ello se examinaron los efectos de estigmas diferentes experimentados por personas que viven con el VIH y se utilizó un modelo de estigmas declarados e internalizado. Entre los resultados, se reveló que cada 3 españoles evitaron el contacto con infectados por el VIH en su vida diaria. El autor concluyó que el 20 % de las personas sujetas a la investigación cree que la ley debe obligar a las personas que tienen VIH a aislarse en determinados lugares para proteger la salud pública. Asimismo, muchas de las personas que viven con esta enfermedad sufren de discriminación en instituciones, lo que vulnera sus derechos humanos (20).

En 2011, Fernández P elaboró una investigación sobre el estigma del VIH/sida y su impacto en los resultados de la salud de los pacientes, cuyo objetivo fue analizar el nivel de estigma hacia el VIH por parte de los profesionales de la salud y los resultados en la salud de los pacientes atendidos. Se empleó un estudio analítico transversal en hospitales del Estado que son de nivel terciario en la Ciudad de Madrid. Se tuvo como población al personal de salud y los pacientes. Se utilizó como instrumento la escala de Wagner y escala de Berger. Entre los resultados, se reveló un vínculo entre el estigma del VIH/sida y los malos resultados en salud. El autor concluyó que este proyecto permite una nueva escala para cuantificar la estigmatización del VIH/sida en el personal sanitario y proporciona información sobre el impacto en la salud de las personas que viven con la enfermedad (21).

Vorasane S et al., en 2017, publicaron un estudio sobre actitudes estigmatizantes hacia las personas con VIH/sida de los médicos y enfermeras en Vientiane. La técnica usada fue el cuestionario estructurado con 17 ítems. Se empleó el análisis estadístico descriptivo y se realizaron comparaciones grupales a través de pruebas estadísticas, análisis de regresión lineal bivariada y múltiple. Entre los resultados, se reveló que, de 558 trabajadores de la salud participantes, 49,7 % eran médicos y 50,3 % enfermeros. Casi el 50 % de ambos profesionales tenían una alta actitud estigmatizante hacia los pacientes con VIH/sida. Para el sida son más bajos y en caso de los prejuicios, fueron más bajos para personal sanitario con más experiencia en la adherencia y el cuidado de pacientes. Los autores concluyeron que las actitudes del personal sanitario hacia las personas con la infección por el VIH eran estigmatizantes, esto contribuye a la disminución en el acceso oportuno para una adecuada prevención, en la educación y adherencia al tratamiento, lo que imposibilita el control y prevención del VIH. Además, es necesario la capacitación en bioseguridad, así como la disminución de la exposición ocupacional a través de la prevención en el personal de salud (22).

Radusky P et al., en 2017, realizaron una investigación sobre el avance en la construcción de un inventario del estigma relacionado al VIH, cuyo objetivo fue explorar el funcionamiento de un nuevo instrumento para medir estigma en

personas con VIH. Se contó con cinco juicios de expertos y se empleó un análisis descriptivo para establecer validez de criterio y las correlaciones con la escala de estigma del VIH. Entre los resultados, se reveló que, en la muestra de 46 personas con VIH, compuesta por un 67 % de varones, 31 % de mujeres y 2 % de mujeres transgénero, con un promedio de edad de 41 años, resultó primero el mayor estigma anticipado seguido de estigma internalizado y finalmente el realizado. Se tuvo como análisis de confiabilidad de Alfa de Cronbach 0,85 y validez correlación de Pearson menor a 0.1. Los autores concluyeron que el diseño de esta prueba responde a la necesidad de contar con el instrumento correcto relacionado con la realidad de la epidemia del VIH en Argentina y la afectación del estigma vivido de las personas afectadas con el VIH (23).

En 2017, Lori C et al. elaboraron una investigación sobre estigma, VIH y salud a partir de una síntesis cualitativa. Se revisaron 8622 referencias y se empleó una técnica cualitativa del meta resumen de Sandelowski y Barraso. Tuvo como muestra 55 estudios cualitativos relacionados al estigma y VIH en el contexto de la salud. Se encontraron 53 estudios cualitativos y dos estudios de métodos mixtos realizados en países con ingreso alto, medio y bajo. Los autores concluyeron con la identificación de seis dimensiones del estigma relacionado con el VIH, el estigma representado, estigma sentido, marginación, divulgación del estado seropositivo, moral, valores y salud visible de seropositividad (24).

Luceno W et al., (25) en 2021, condujeron un estudio sobre caminos hacia la depresión y la mala calidad de vida entre los adolescentes en el oeste de Kenia. El estudio cualitativo se desarrolló en adolescentes de 15 a 19 años de una zona rural de Kenia en 4062 personas. Entre los resultados, se reveló que la percepción de riesgo y el estigma anticipado se encuentran de manera directa relacionados a los síntomas depresivos y calidad de vida. También hubo pruebas de que la percepción de riesgo estigmatizada sólo tiene efectos indirectos escasos sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida. Los autores concluyeron que el estigma del VIH está asociado con una mala adherencia a la medicación antirretroviral y una carga viral indetectable. Además, el estigma es una importante barrera para el tratamiento oportuno y mejora en la calidad de atención a las personas viviendo con VIH.

Contigiani M, en 2023, elaboró una investigación cuyo objetivo fue analizar el conocimiento del VIH/sida en la población de la ciudad de Buenos Aires y su relación con las variables sociodemográficas. Tuvo un diseño cualitativo y se empleó un diseño de muestreo por cuotas para encuestar a 201 personas con edades entre 18 y 60 años, según variables sociodemográficas. Entre los resultados, se encontró que los encuestados tenían bajos niveles de conocimiento acerca de las diferencias entre Sida y el VIH, profilaxis pre y post exposición, así como la transmisión en personas que cuentan con cargas virales indetectables. Entre los factores que contribuyen al estigma se identificó la falta de conciencia sobre el VIH/sida, en cambio, si se sabe más sobre la propagación del virus. Las conclusiones fueron que las personas que viven con VIH sufren estigma. Esto tiene un impacto negativo en su salud y afecta a la población en general, ya que el miedo les impide realizar pruebas periódicas y detectar tempranamente la infección. Por ello, los hallazgos resaltan que es necesario implementar la educación en sexualidad de manera integral, que sea actualizada, así como la estrategia preventivo-promocional de las ITS (26).

Sao S et.al., en 2022, realizaron un estudio cuyo propósito fue el desarrollo y la evaluación psicométrica de la escala de actitudes estigmatizadoras del VIH (HSAS) en Tanzania. Tuvo un diseño intervencional y se empleó la escala de actitud contra el estigma del VIH (HSAS) a 1494 participantes en dos clínicas prenatales en Moshi. Entre los resultados, se encontró que la HSAS tiene una fuerte consistencia de dominio y alta confianza Alfa de Cronbach de 0.84 y validez. Los dos factores son el juicio moral y la separación personal. Los autores concluyeron que HSAS proporciona un medio poderoso para medir y reducir el estigma del VIH en el contexto de Tanzania y puede adaptarse culturalmente a otros contextos (27).

En 2019, Rivera M desarrolló una investigación sobre el uso de la tecnología móvil como herramienta potencial para realizar un estudio sobre el estigma relacionado al VIH/sida en los estudiantes de medicina. Se emplearon las tabletas iPad con la finalidad de realizar mediciones conductuales acerca del estigma relacionado con el VIH/sida en entornos clínicos controlados entre estudiantes de medicina. Entre los resultados, se encontró que identificar

y disminuir el estigma relacionado al VIH/sida por parte del personal de la salud sigue siendo un desafío importante. Algunos de ellos se miden en espacios muy complejos como son las diferentes etapas del estadio clínico. El estudio se centró en cómo se pueden utilizar las aplicaciones de iPad existentes en implementar una herramienta digital para abordar el estigma del VIH/sida. El autor concluyó que, con la llegada de las tecnologías móviles en los últimos años, ha mejorado el potencial para explorar mejor y reducir la estigmatización a través de la investigación social (28).

Guevara Y, en 2019, publicó una investigación sobre cómo vivir con VIH y las experiencias de estigma sentido en personas. Se empleó un diseño cualitativo narrativo y con carácter explicativo. La data se recolectó de tres grupos focales compuesto por 16 participante de entre 22 y 49 años mujeres y varones que viven con la enfermedad en la ciudad de Cali. Entre los resultados se encontró que el significado de los participantes de experimentar el virus se relacionó con la vergüenza, la vergüenza real, la vergüenza percibida y la auto vergüenza. La experiencia del estigma estuvo directamente relacionada con cómo los participantes se veían a sí mismos, su autoimagen y autopercepciones variaron según forma de aceptación de la enfermedad, así como su afrontamiento a través de estrategias utilizadas que fueron basadas en el cuidado. El autor concluyó que este estudio permite mostrar que el VIH es el resultado de situaciones congruentes, donde las diferentes representaciones construidas a través de la sociedad en torno a la enfermedad son un factor clave en cómo se trata y se vive colectivamente la enfermedad, e intervenciones como la identidad, memoria y reconstrucción pueden redefinir y fortalecer las percepciones que las personas infectadas tienen de ellos mismos y de los grupos sociales a los que pertenecen (29).

Eisinger R, en 2019, elaboró un estudio de la campaña sobre el acceso a la prevención como parte de una iniciativa para lograr equidad en salud, cuyo objetivo fue terminar con la pandemia del VIH/sida y el estigma asociado al VIH. Fue un estudio descriptivo y se emplearon ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohortes acerca del tratamiento y la prevención del VIH. Entre los resultados, se encontró que existe relación entre el inicio temprano del

tratamiento antirretroviral que fue de 96.4 % en comparación al inicio tardío. Asimismo, se realizaron mediciones referidas a periodos de tiempo de duración con el tratamiento, y se obtuvieron niveles bajos de carga viral, lo que hizo indetectables a los pacientes. El autor concluyó que lo indetectable es igual intrasmisible, es decir, que una persona que tiene escasos niveles de carga viral no puede transmitir el virus, demostrado a través de la medicina basada en evidencias y los estudios realizados. De igual forma, la importancia de desarrollar programas de prevención y evitar estigma y discriminación asociado a la enfermedad (30).

En 2021, Allahna E et al. llevaron a cabo una investigación sobre tendencias temporales en el estigma del VIH auto informado y la asociación con la adherencia y la supresión viral en un estudio de cohorte. El estudio se desarrolló en Uganda, Kenia, Tanzania y Nigeria. Entre los resultados, la evidencia sugiere que la expansión de la terapia antirretroviral (TAR) puede reducir el estigma. Sin embargo, existen estudios longitudinales limitados que examinan las tendencias temporales en el estigma del VIH en el África subsahariana en la era indetectable, intransmisible, en tanto no existió un cambio estadísticamente significativo entre el estigma experimentado auto informado y la asociación con el experimentado en la adherencia al TAR y la supresión viral entre las PLWH. En cuanto a los modelos ajustados, el estigma se asoció con una probabilidad reducida de 0,67 de cumplimiento del TAR y una probabilidad reducida de 0,64 de supresión viral. Los autores concluyeron que el estigma del VIH se asocia con una deficiente adherencia a los antirretrovirales y una carga viral no indetectable. Asimismo, este estigma del VIH es una barrera importante para acceder al oportuno tratamiento y la atención adecuada en las personas portadoras de la infección (31).

Kagiura F et al., en 2021, ejecutaron una investigación cuyo objetivo fue la validación sobre una breve escala de estigma del VIH para personas japonesas que viven con el mismo. Se empleó una escala de estigma del VIH de diez elementos que era originalmente de los EE. UU. y se adaptó para 463 adultos japoneses con VIH. Entre los resultados, se encontró que, a pesar de una validez aceptable, la consistencia interna en las dos subcategorías de la versión

japonesa de la escala de estigma del VIH fue baja 0,6. Se realizó un análisis factorial exploratorio con un modelo que constó de dos subclases. La evaluación de la confiabilidad entre 0,83 y 0,89 y la validez externa de la escala tuvo entre 0,34 y 0,51 y probabilidad de rechazo de 0,9 a 1,8. Los autores concluyeron que la versión japonesa de la escala de estigma del VIH tiene suficiente confiabilidad y validez, el cuestionario permitió ayudar a identificar a las personas que necesitan más atención, así como en mejorar su calidad de vida (32).

2. Bases teóricas

Epidemiología VIH y sida

Desde el año 1983, que se dio el primer caso en Perú, la pandemia del VIH/sida ha incrementado cada vez más, y tiene actualmente características típicas de una epidemia concentrada, con una prevalencia poblacional inferior al 1% en gestantes y superior al 5 % en grupos de alto riesgo sexual, entre ellos las mujeres transexuales y hombres que tienen sexo con hombres. La principal vía de infección es la transmisión sexual en un 97 %. Según datos de la Dirección de Prevención VIH del Ministerio de Salud se estima que hay más de 110 000 casos, de los cuales casi el 60 % son en Lima y Callao. Sin embargo, el Perú ha logrado grandes avances en cuanto al tratamiento y ha reducido hasta casi un 50 % la mortalidad por sida en los últimos diez años. El seguimiento epidemiológico del VIH/sida debe realizarse según lo estipulado en la norma técnica 115 que brinda los parámetros para realizar el seguimiento epidemiológico en salud pública del VIH e infecciones de transmisión sexual. La notificación de estos casos es obligatoria en los establecimientos de salud (33).

Virología y clasificación

El virus fue descubierto por Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur París en el año 1984. El VIH es un virus miembro de la familia de retrovirus perteneciente a la familia lentivirus y se dividen en dos tipos VIH-1 y VIH-2, y comparten entre un 40 y un 50 % de organización genómica similar y homóloga genética. El primero es el responsable de la epidemia mundial de sida. El tipo 1 cuenta con el grupo M, O, N, siendo el grupo M el causante del sida y se subdivide en 9 subtipos son A, B, C, D, F, G, H, J, K; también en cepas recombinantes llamados CRF formas recombinantes circulantes, y contiene más

de 30 tipos y cada día se incrementa. El virus ataca al linfocito T CD4, estas son las principales células diana del virus y expresan en su superficie receptores que permiten la entrada del CD4 y quimiocina, que suele ser el CCR5 al inicio de las etapas de la infección. En otros pacientes, el virus utiliza receptores CXCR4 alternativos en un desarrollo posterior y se denomina cambio de tropismo.

Etapas de la transmisión del VIH

Por lo general, en las primeras semanas después de la infección, una persona no tiene síntomas, mientras que otras veces desarrolla síndrome retroviral agudo que se caracteriza por fiebre, gripe, cefalea, ardor en la garganta y sarpullido. Con el transcurrir de la infección pueden aparecer otros tipos de síntomas o signos como adenopatía, tos, pérdida de peso y una diarrea crónica. En caso de que la persona infectada no inicie el tratamiento antirretroviral puede desarrollar patologías muy graves como la meningitis, infecciones bacterianas, la tuberculosis, cánceres agresivos, sarcoma de Kaposi, entre otros (34).

La Organización Mundial de la Salud publicó, en 2022, una nota informativa sobre la infección por el VIH, datos y cifras. Se encontró que el virus del VIH actúa atacando nuestras defensas del organismo y debilitando su capacidad para combatir infecciones y algunos cánceres. A medida que avanza el virus, elimina las células del sistema inmunológico y les impide funcionar normalmente, lo que conlleva a la disminución gradual del estado inmunodeficiente de la persona. Para saber cómo se encuentra funcionando el sistema inmunológico generalmente se mide calculando los linfocitos CD4. La etapa más progresiva del VIH es el sida y, en ausencia de tratamiento, puede desarrollar algún tipo de cáncer, infecciones crónicas graves, tuberculosis, etc. Los signos y síntomas se dan según etapas. Aunque el pico de infección se alcanza en los primeros meses, muchas personas infectadas no saben que son portadoras hasta etapas posteriores (35).

Las conclusiones de dicha nota informativa fueron que es importante que las personas con VIH acudan de manera oportuna a recibir tratamiento antirretroviral, así como la adherencia para mejorar la salud física, emocional y previenen la transmisión viral. El diagnóstico de la infección puede realizarse con

pruebas de tamizaje rápidas o pruebas confirmatorias. Actualmente existen nuevas tecnologías que permiten la obtención de resultados el mismo día y, por ende, el acceso temprano al tratamiento. La infección causada por el VIH se controla y puede ser tratada con medicamentos que combinan varios antirretrovirales. Aunque no es posible la cura para la infección, el tratamiento permite la inhibición y replicación del virus y por lo tanto el sistema inmunitario mejora (35).

Según la norma técnica 169 del Ministerio de Salud, se clasifican los estadios clínicos e inmunológicos de la infección por VIH en 4 estadios. El primero es el estadio clínico 1 asintomático, estadio clínico 2 con síntomas leves, estadio clínico 3 con síntomas avanzados y estadio clínico 4 con síntomas graves, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida humana (36).

Vías de transmisión del VIH

El VIH se transmite por el paso de líquidos corporales de una persona infectada a otra como son líquido seminal, sangre, secreción vaginal, leche materna y la transmisión de madre a hijo durante el embarazo y trabajo de parto denominada vertical (36).

La Organización Mundial de la Salud publicó, en 2021, una nota informativa sobre 10 Datos sobre el VIH/sida. Se encontró que el virus del VIH es un gran problema en la salud pública y una de las más generando alta morbilidad y mortalidad. El VIH se ha convertido en una pandemia a nivel mundial con más de 40 años desde la aparición del primer caso. El incremento se da más en los países emergentes de desarrollo; sin embargo, también existe tres veces más el incremento el acceso al tratamiento. Para el 2020, en el mundo se recibieron más de 27 millones de acceso al tratamiento. Asimismo, solo el 73 % accede a este tratamiento de un total de 37,7 millones de infectados. También se reportó que los fallecidos con sida en el 2010 fue 43 % y en el 2020 fueron 690 000. Esto se debe a la aparición de tratamientos asequibles y de calidad (37).

En 189 países del mundo, hasta junio del 2022, lograron que el 99 % de personas viviendo con el cumplieran la estrategia recomendada por la OMS que consiste

en el inicio precoz del tratamiento apenas conocido su diagnóstico. En 2021, las personas que se encontraban con la infección recibieron tratamiento, lo que representó un total de 28,7 millones. Actualmente, la tasa mundial de cobertura del TAR fue del 75 %. Se recomienda brindar mayor información, sobre todo a niños y adolescentes, ya que solo el 52 % de ellos cuyas edades fluctúan entre 0 y 14 años recibían tratamiento antirretroviral a fines del 2021. Gracias a los avances recientes en la oportunidad a la terapia antirretroviral, los pacientes con la infección ahora pueden vivir una vida más larga y saludable. Asimismo, queda demostrado que la terapia antirretroviral va a prevenir y controlar la transmisión del virus. La transmisión vertical madre a hijo a través de retrovirales ha mejorado el acceso para prevenir la transmisión y la supervivencia de las madres (38).

En 2020, de las mujeres que viven con el VIH, el 85 %, es decir, 1,1 millones, recibieron tratamiento. A fines de 2021, la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH se había logrado en 15 países, siendo este un indicador del avance para romper la cadena de transmisión materno infantil. Las conclusiones fueron que era necesario que la Organización de Naciones Unidas elabore directrices y apoyo en todo el mundo para crear e implementar pautas que contribuyan a la mejora del acceso a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento precoz para todos estos servicios. Asimismo, la estigmatización y la discriminación de los pacientes con VIH fueron identificadas como barreras significativas que limita el acceder a una atención médica, el rechazo de amigos, la familia y el entorno social hace que el paciente con VIH tenga desarrolle pensamientos que dañan las relaciones sociales, y conducen a sentimientos negativos, disminución de su autoestima, así como el desinterés referido a la prevención. Sin embargo, la actual pandemia del COVID-19 ha mostrado cuan frágiles han sido los avances en el sistema de salud y ha puesto en evidencia desigualdades flagrantes, en especial a las poblaciones más vulnerables El manejo integral y multidisciplinario permite garantizar la adherencia al tratamiento y, por ende, mejora los estilos de vida saludable de las personas viviendo con el virus (39).

Relación del personal de salud con el paciente VIH/sida

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó, en 2018, una investigación sobre el índice de estigma y discriminación que se realiza hacia las personas con VIH en Perú. Se encontró que, de 815 participantes, a casi el 15 % les habían negado algún tipo de servicio de salud en el año anterior a la encuesta, y alrededor del 5 % se le había negado servicios de planificación familiar o salud sexual y reproductiva o algún servicio, y más del 25 % informó que nunca se les había ofrecido ninguna opción. Asimismo, el 25 % señaló que recibieron un trato diferenciado al de otros pacientes que no tenían la infección, lo que sugiere que persisten la discriminación y el estigma hacia las personas con VIH. Se concluyó que la discriminación real o percibida impide que las personas con la infección visiten establecimientos sanitarios o eviten recibir tratamiento. Además de eso, existe el temor de ser visto en la sala de espera o la posibilidad de preocuparse por los efectos secundarios del tratamiento recibido (40).

El estigma relacionado con el VIH por el personal de salud en muchas ocasiones puede provocar comportamientos y actitudes de discriminación hacia las personas infectadas por el VIH. Estas acciones violentan principios de justicia, equidad y no discriminación estipulada en la Declaración Universal De Derechos Humanos. Muchos de estos actos discriminatorios vulneran el derecho a una atención en salud, especialmente de salud sexual y reproductiva o servicio de planificación familiar ya que a menudo no es ofrecido a las personas con VIH porque el personal sanitario piensa que la persona infectada ya no tiene derecho a vivir una sexualidad plena, y vulnera así sus derechos reproductivos (41).

Los desafíos éticos para los profesionales sanitarios consisten en los escenarios sociales donde se encuentran más casos de discriminación. Aún hay países donde se manifiestan altos grados de agresión hacia las personas con VIH y esto representa una grave infracción de los derechos humanos a los pacientes infectados por el VIH, insatisfechas por la atención del personal médico y de salud, quienes deben actuar de manera justa y leal y en cumplimiento del código de ética y deontología profesional, así como como los principios bioéticos. El personal de salud puede mejorar su ética mediante la formación de

competencias a través de la capacitación y la formación en prácticas no discriminatorias, y cumplir su rol social y valores hacia los pacientes (13).

Percepción del paciente con VIH

La percepción sobre la calidad en la atención a personas que viven con VIH/sida (PVVS) ha sido estudiada en el campo clínico, en tanto se sugiere el actuar en atención humanizada a este grupo de personas. Asimismo, se deben aplicar conocimientos, actitudes y prácticas como actividades formativas que promuevan estilos de vida saludables, la prevención de la transmisión de enfermedades y sus complicaciones, el diagnóstico y tratamiento oportuno, y el aseguramiento de la proximidad entre los servicios de salud, es decir, el personal de salud y la población, protegiendo la privacidad y su independencia (42).

Respecto al acceso de manera fácil a un servicio, existe una positiva percepción en referencia a la calidad de la atención a las personas que viven con el VIH. Se vincula con la satisfacción de usuarios y se pone en práctica la implementación de estrategias que permitan la mejora en el acceso a servicios sanitarios. Para evitar el abandono, debe iniciarse inmediatamente el seguimiento de la progresión de la enfermedad; los servicios de salud deben ampliar su acceso y volcarse en catalizadores de calidad de vida de personas que viven con VIH. La percepción que tienen ellos acerca de la calidad de los servicios de salud y el cumplimiento de la adherencia al tratamiento sugiere atención en una primera instancia, al ser un tema poco estudiado. Si bien es de gran utilidad para conocer las necesidades no solo teóricas o biomédicas de esta población, es preciso informar que su progreso significativo en la capacitación y concientización de los trabajadores de la salud debe ser fortalecido (43).

La relación que existe entre el VIH/sida y la discriminación y, muchas veces el estigma, sigue siendo un aspecto que debe abordarse en todas las regiones del mundo. Ambos son esfuerzos continuos en nuestro país.

Estigma

Actúa al interior de un proceso social en el que existen estructuras de poder en el que los individuos o pacientes son etiquetados, estereotipados, devaluados y discriminados al ser percibidos como inferiores por diversas razones (13).

Según el CDC existe una relación entre la discriminación y el estigma al VIH pues ambos tienen efectos a nivel emocional y de la salud mental de las personas infectadas. Las primeras referencias acerca de dicha relación se remontan a mediados de la década de 1980. En cuanto a las definiciones y conceptos sobre esta relación, parecen ser más confusas que claras, más controvertidas que acordadas, ya que son los dos conceptos menos entendidos en la epidemia, y los términos estigma y discriminación a menudo se usan indistintamente para referirse a lo mismo. Erving Goffman, sociólogo y escritor, argumentó que el estigma es una cualidad que empeora y rebaja significativamente el estatus del individuo que lo porta ante los ojos de la sociedad (41).

Las conclusiones respecto a la definición sobre el estigma es que según Bruyn existen cinco factores identificados que contribuyen al inicio del estigma en relación con el VIH: una enfermedad que amenaza la vida, el temor a adquirirlo, la asociación entre ellos y comportamientos que aluden a la estigmatización tales como la homosexualidad, el uso de drogas por vía intravenosa y el sexo por pago monetario, la creencia de que las personas infectadas con el virus son responsables de su adquisición y creer que la infección es un castigo por el comportamiento inadecuado, la falta de valores y la moral desviados como la promiscuidad (44).

El CDC publicó, en 2021, información sobre estigma y discriminación acerca del VIH. Se encontró que el estigma generado debido a la infección del VIH es similar a las actitudes y supuestos negativos sobre las personas infectadas. Además, dicho prejuicio se produce cuando un individuo es catalogado como socialmente inaceptable y es partícipe de un grupo diferenciado. En las conclusiones recomiendan hablar más sobre el tema y cambiar el paradigma de que existe cierto grupo de individuos que contraen la enfermedad. Es necesario ampliar los conocimientos para prevenir la transmisión del VIH. Asimismo, se debe

empoderar a los pacientes respecto a tomar control sobre las emociones experimentadas. También se debe desterrar la idea de que la persona infectada con el VIH merece contraer la enfermedad debido a una toma de decisiones incorrectas (41).

Tipos de estigma

Se pueden mencionar tres tipos: primero, defectos del cuerpo, o sea, diversas deformidades físicas; segundo, defectos individuales de carácter percibidos tales como la falta de voluntariedad, las pasiones antinaturales o dominantes, las diferentes creencias que son rígidas, injustas y falsas, así como la deshonestidad; tercero, las huellas de raza, nacionalidad y religión, que se transmiten por herencia, contaminan por igual a los miembros de la familia. Otro concepto es el de estigma interiorizado, también conocido como sentimiento, percepción o imaginación. Se refiere a los sentimientos de culpa y vergüenza que muchas veces sienten algunas personas que viven con el virus y el miedo a una posible discriminación por su condición. Esto se ve exacerbado por la experiencia previa sufrida a través de la discriminación cuando las personas internalizan los comportamientos y actitudes negativos de los demás con respecto al diagnóstico (13).

Por otro lado, el estigma social involucra excluir a un individuo o grupo por como lo ven los demás. El estigma en relación con el VIH está referido a lo prejuicioso, a la exclusión, al menosprecio y a la discriminación contra las personas que se cree tienen el VIH o el sida, sus parejas, amistades, familiares y la sociedad (45).

Un estudio científico conductual describe brevemente el conocimiento sobre el estigma del sida en los Estados Unidos. Las conclusiones fueron que el estigma relacionado con el VIH/sida se refiere al prejuicio, descarte, descrédito y discriminación dirigida a las personas que se perciben como portadoras de sida o VIH, así como a sus parejas, amigos, familias y comunidades (41).

En 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un libro la comprensión y respuesta a la discriminación, al estigma en relación al VIH/sida en el área sanitaria. Según esta organización, la diferencia entre el estigma

percibido y el efectivo es que el primero también se conoce como auto estigma y miedo a la estigmatización. Se refiere a la percepción que tiene la persona estigmatizada de cómo reaccionarán los demás ante su condición. El segundo se refiere a la vivencia de manera real ocasionado por el estigma y la discriminación (46).

Manejo integral del VIH según norma Ministerio Salud

El Ministerio de Salud en Perú publicó, en 2020, la Norma Técnica de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH, en donde se brinda la definición del enfoque multidisciplinario que potencia las capacidades multidisciplinarias y diferentes competencias de los especialistas y del equipo que permitirá brindar atención diferenciada y de manera integral a dichos pacientes. El equipo multidisciplinario es responsable de brindar una atención especializada a las personas viviendo con VIH, y debe contar para ello con un médico general capacitado, o médico infectólogo, una enfermera, una obstetra, un químico farmacéutico y un técnico médico o biólogo. De acuerdo con la disponibilidad de recursos humanos en el establecimiento de salud, se recomienda también incorporar psicólogos, trabajadora social, nutricionista y otros profesionales de ser necesario, ya que al paciente se le realiza una evaluación médica inicial para determinar la etapa de la infección por VIH según los criterios definidos en norma técnica y una evaluación periódica por todo el equipo. Asimismo, pruebas de laboratorio inicial y de control, seguimiento de la adherencia y visitas domiciliarias (47).

Cuidados del paciente con VIH

Según la Norma Técnica de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH se debe iniciar el tratamiento antirretroviral de manera oportuna, o sea dentro del plazo más corto posible. Es imperativo recibir evaluación médica que incluya anamnesis, un examen físico integral que priorice la captación de síntomas y signos que evidencien el grado y estado del paciente inmunosuprimido y la presencia de otras infecciones u otras comorbilidades, la evaluación de posibles eventos adversos, seguimiento a adherencia, tolerancia al tratamiento, y supresión de carga viral, así como presencia de infecciones oportunistas. Asimismo, se debe brindar el suministro adecuado de medicamentos

antirretrovirales, dispensación de otros medicamentos para infecciones oportunistas y dotación de condones, controlado por tarjetas para verificar la toma del medicamento diario, adherencia y prevención (47).

El esquema de atención es el siguiente: Manejo clínico, el inicio del tratamiento antirretroviral y el seguimiento de los casos por médico especialista en infectología o capacitado, la entrevista de enfermería, la consejería en salud sexual y reproductiva por obstetra, monitoreo de las reacciones adversas a medicamentos por parte de químico farmacéutico, la evaluación y valoración nutricional a cargo de nutricionista, controles de carga viral y CD4, pruebas de laboratorio inicial y de control, además de cuidados nutricionales, vacunación según calendario incluido la de COVID-19, inicio de tratamiento con isoniacida o cotrimoxazol para evitar la TBC e infecciones oportunistas, evaluación del estado psicoemocional a través del psiquiatra o psicólogo, entre otros especialidades según el desarrollo de la enfermedad. En pacientes nuevos, los controles son semanales hasta el sexto mes, luego se realiza de manera mensual. En caso de pacientes que no tengan buena adherencia se realiza una visita domiciliaria transcurridas las 24 horas, luego de no acudir al establecimiento de salud a recoger su antirretroviral (47).

3. Definición de términos básicos

Evaluación: Actividad inherente a toda actividad humana intencional, por lo que debe ser sistemática, cuyo objetivo es determinar el valor de algo (48).

Persona con VIH: Persona que ha adquirido el VIH y que se encuentra en riesgo de desarrollar el sida si no recibe un diagnóstico temprano y/o un tratamiento oportuno que le permita mantener una condición de salud y calidad de vida favorable (47).

Estigma: Se describe como una desvalorización que degrada significativamente a una persona ante los demás. Algunas cualidades son admiradas en algunas culturas o entornos; sin embargo, en otras son deshonrosas o son indignas. El resultado del estigma es la discriminación, la cual puede desarrollarse en forma de acciones u omisiones (48).

Percepción: Actos y afectos de la recepción. Sensaciones internas producidas por impresiones materiales como efecto del sentido corporal. Son conocimiento e ideas (48).

Personal de salud: Compuesto por profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar asistencial de la salud que participa en el proceso de atención del paciente (47).

Relación del personal de salud con el paciente: Un elemento importante de la atención de salud que perciben los pacientes con cualquier enfermedad. Podría considerarse dicha relación como un prerrequisito o base. A través de esta relación se establece una alianza de trabajo. El tratamiento se encuentra diseñada para el autocuidado y la posibilidad de mejorar la salud de los pacientes organizados como un equipo (49).

4 Hipótesis de la investigación

Hipótesis específica:

Existe una diferencia en la percepción del estigma en el personal de salud del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro y es significativo entre el pre y postest.

III. METODOLOGÍA

1. Diseño metodológico

Se basó en dos diseños: un diseño metodológico mixto cualitativo y cuantitativo. En caso de la variable relación con el paciente VIH es tipo cualitativo, y en cuanto a la variable percepción del estigma en el personal de salud es tipo cuantitativo.

Según la intervención del investigador: En caso del diseño cualitativo, fue un diseño observacional donde se empleó el cuestionario PDRQ-9 aplicado a los sujetos de investigación, quienes fueron los pacientes que recibían tratamiento antirretroviral para determinar la relación médico paciente respecto a la atención en consultorio externo por parte del médico infectólogo que labora en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro.

En caso al cuantitativo, es un diseño intervencional, donde se empleó la escala del estigma de Varas Nelson, seguido de las encuestas aplicadas a los sujetos de investigación. Se realizó a través de la aplicación de la escala de estigma de Varas Nelson. Luego, el pre test seguido de cuatro sesiones de talleres sobre estigma, en donde se obtuvieron los resultados a través de los registros de capacitación y, posteriormente, el post test seguido de la encuesta de la escala para determinar la percepción del estigma en el personal de salud de diversas profesiones que labora en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro.

Según el alcance: Ambos diseños son descriptivos. Sin embargo, en el cuantitativo se logró demostrar la hipótesis específica que fue comparar la percepción del estigma en personal de salud del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro antes y después de las capacitaciones.

Según el número de mediciones de las variables de estudio: En ambos diseños el estudio es longitudinal, porque permitió la medición en dos oportunidades tanto de la escala como de las capacitaciones.

Según el momento de la recolección de datos: Ambos diseños son prospectivos porque se recolectaron los datos alcanzados durante la ejecución del estudio a través de la investigación realizada.

2. Diseño muestral

Población universo del enfoque cualitativo

En el estudio cualitativo, la técnica que se utilizó fue el muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador. El grupo estuvo conformado por una población total de 140 pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral, siendo esta cantidad también la muestra total la cual tuvo por objetivo medir la relación médico paciente VIH a través del cuestionario PDRQ-9.

Población de estudio del enfoque cualitativo

Estudio cualitativo de 140 pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral.

Población universo del enfoque cuantitativo

En el estudio cuantitativo, la población total fue de 480 (nombrados 210 y contratados 270) varones y mujeres comprendido entre los 18 y 70 años que son trabajadores de salud del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro. Los participantes fueron médicos, enfermeras, obstetras, tecnólogos médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermería, administrativos y servicios generales.

Población de estudio del enfoque cuantitativo

Estudio cuantitativo con un tamaño de la muestra de 180 miembros del personal de salud, determinado por el procedimiento de estratificación al azar, siendo un muestreo no probabilístico.

Para estimar la proporción de la población, se utilizó la fórmula referida por Ávila Costa para una población finita y sin reemplazamiento:

$$n = \frac{Z^2 \cdot PQ \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 PQ}$$

Z: Confianza

P: Prevalencia o frecuencia del fenómeno de estudio

Q: Complemento de p (1 – p)

N: Población

E: Precisión o error de muestreo

Dónde:

Z = 1.96

P = 0.25

Q = 0.75

N = 480

E = 0.05

Reemplazando: n = 180

En la técnica de muestreo no probabilístico, la selección de los sujetos para los estudios depende de determinadas características, criterios, etc. Es decir, no pueden determinar si cada sujeto es representativo de la población objetivo.

Las actividades estuvieron desarrolladas por el propio investigador. A continuación, se presentan los resultados referidos a la presente intervención.

Tabla 1. Esquema del diseño variable cuantitativa percepción

Diseño de la investigación	Pre prueba	Variable	Post prueba
Observación 1	O ₁	X	O ₂
Observación 2	O ₁	X	O ₂

Donde:

X = Intervención (capacitaciones)

O₁ = Observación 1

O₂ = Observación 2

Tabla 2. Muestra estudio cualitativo

Pacientes con VIH en tratamiento
140 pacientes

Criterios de elegibilidad

Para la variable cualitativa

De inclusión

Personas viviendo con VIH en tratamiento

De exclusión

Personal de salud con VIH, personas viviendo con VIH que abandonan el tratamiento.

Tabla 3. Muestra estudio cuantitativo

Personal de salud
180 personal de salud

Criterios de elegibilidad

Para la variable cuantitativa

De inclusión

Personal de salud entre 18 y 70 años

Criterios de exclusión

Personal salud mayores de 70 años, personal de salud por terceros o contrato temporal, mayores de 18 años. personal de salud con VIH.

4. Técnica y procedimiento de recolección de datos

Instrumentos de recolección de datos

Para el componente cualitativo, la aplicación se realizó a través de una hoja de entrevista en la que se recogieron datos como edad y sexo de los sujetos de la muestra. Asimismo, una encuesta directa a pacientes con VIH que se encuentran recibiendo tratamiento. Dicho instrumento, aplicado a los pacientes con VIH, permitió medir la calidad en la atención que brindan los tres médicos infectólogos que laboran actualmente en el hospital.

Se empleó el cuestionario de relación médico-paciente PDRQ-9 (Patient Doctor Relationship Questionnaire) en versión español que cuenta con 9 preguntas y fue aplicada con pacientes con VIH que se encuentra recibiendo tratamiento. Este cuestionario tiene como propósito medir la percepción del paciente con relación a la comunicación, satisfacción, accesibilidad en cuanto al trato con el médico y el tratamiento de VIH. De esta forma, se pudo determinar la relación del médico con el paciente con VIH en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro en Chanchamayo. Este cuestionario ha demostrado ser un instrumento válido desde su consistencia y utilidad por su fácil aplicabilidad y aceptabilidad por el paciente. Cada respuesta es contestada en una escala Likert de 5 categorías: 1 (nada apropiado), 2 (algo apropiado), 3 (apropiado), 4 (bastante apropiado) y 5 (muy apropiado). Presentó Alfa de Cronbach aceptable siendo 0.952 (50).

Sobre la validez, esta rúbrica permite una puntuación y prueba objetiva que han sido evaluadas y validadas por juicio de expertos calificados, quienes son profesionales altamente capacitados en el área de salud, especialistas en VIH y con experiencia en la atención a estos pacientes. Se realizó una prueba piloto con 20 sujetos contando con la participación de tres juicios de expertos en el tema de infectología, y se tuvo una Alfa de Cronbach de 0.86 que garantiza la consistencia interna de la escala utilizada.

Sobre la confiabilidad, de acuerdo con Corral, antes de iniciar el trabajo de campo, es imprescindible probar el cuestionario sobre un pequeño grupo de

población que garantice las mismas condiciones de realización que el trabajo de campo real.

Para el componente cualitativo, la aplicación se realizó a través de una hoja de entrevista en la que se recogieron datos como edad y sexo de los sujetos de la muestra. Además, se realizó una encuesta directa al personal de salud, sujetos de la muestra y una observación estructurada. Para ello, se aplicó una prueba de entrada y otra de salida. Primero una pre prueba y luego se realizaron cuatro sesiones de talleres de capacitación al personal de salud con información relacionado al estigma y, finalmente, se aplicó la post prueba.

Se empleó la escala sobre el estigma de Varas Nelson, quien evaluó la percepción del estigma en el personal de salud a través de un cuestionario de 68 preguntas. Se tuvieron criterios de inclusión y exclusión. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista a través de encuestas. Este instrumento permitió determinar la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro en Chanchamayo.

Sobre la validez, esta rúbrica permite una puntuación y prueba objetiva que han sido evaluadas y validadas por juicio de expertos calificados, los cuales son profesionales altamente capacitados en el área de salud, especialistas en VIH y con experiencia en la atención al paciente VIH.

Sobre la confiabilidad, de acuerdo con Corral, antes de iniciar el trabajo de campo, es imprescindible probar el cuestionario sobre un pequeño grupo de población que garantice las mismas condiciones de realización que el trabajo de campo real.

La escala sobre el estigma de Varas Nelson evaluó la percepción del estigma en el personal de salud a través de un cuestionario de 68 preguntas. La escala cuenta con 12 dimensiones referido al estigma relacionado con el VIH/sida. Se realizó un análisis cuantitativo que dio como resultado que 11 de ellas tenían una validez y confiabilidad satisfactoria. La escala tiene validez de convergencia y

divergencia. Este instrumento permitió determinar la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro en Chanchamayo (10).

5. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis univariado de la variable cualitativa y se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, representadas en tablas de frecuencias simples. Asimismo, se utilizaron las medidas de resumen tales como la desviación estándar y la media.

En caso del análisis bivariado, se trabajó con nivel de confianza 95 %. También un nivel de significancia de 0.05, donde se aplicó una prueba no paramétrica de Wilcoxon que permitió comparar 2 observaciones pareadas de variables medidas en escala ordinal.

Como no se comprobó la normalidad de los datos, por ser la variable medida en Escala ordinal, se aplica en variables cuantitativas.

El nivel de medición de variable dependiente es ordinal.

En cuanto a la organización de datos, fue de tipo tabular para el tratamiento de dichos datos.

Se realizó una tabulación directa. Los datos que se obtuvieron fueron fundamentos para realizar la descripción de variables y dimensiones. Asimismo, los porcentajes y frecuencias fueron de acuerdo a sus valores posibles.

Para la realización del almacenamiento de los datos se consideró el software estadístico SPSS en la versión 25.

Se empleó la prueba de hipótesis de Wilcoxon para el componente cuantitativo.

6. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación cuenta con la autorización del comité de ética de la Facultad de Medicina Humana, según Oficio No. 205 - 2023 - CIEI-FMH- USMP. Los hallazgos serán socializados de no presentar conflictos de interés y garantizará la confidencialidad de pacientes con VIH en tratamiento y los trabajadores del hospital que son sujetos de la muestra a través de un consentimiento informado. Asimismo, esta investigación cuenta con autorización brindada por el comité de ética e investigación del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro.

IV. RESULTADOS

Relación del paciente con VIH y la percepción del estigma en personal de salud del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro en Chanchamayo, 2022.

Variable cualitativa: Relación del paciente con VIH

Tabla 4. Edad según sexo de los pacientes con VIH

EDAD					
SEXO	n (%)	Media	Desv.		
			Estándar	Mínimo	Máximo
Masculino	96 (68.6)	35,43	12,798	14	70
Femenino	44(31,4)	35,30	9,412	18	61
Total	140 (100)	35,39	11,805	14	70

Resultados obtenidos SPSS

De acuerdo con la tabla 4, en el caso de las edades del paciente VIH que se encuentran en tratamiento, el 68,6 % de los pacientes son masculinos y el 31,4 % son femeninos. Asimismo, la edad mínima es 14 años y el máximo 70 años, con una media de edad de 35.39 años.

Tabla 5. Relación médico-paciente VIH

Relación	Frecuencia	Porcentaje
Nada apropiado	0	0,0
Algo apropiado	0	0,0
Apropiado	27	19,3
Bastante apropiado	38	27,1
Muy apropiado	75	53,6
Total	140	100,0

Resultados obtenidos SPSS

En la tabla 5, se puede observar que, al tener los resultados después de aplicar el instrumento realizado a los pacientes, el 53,6 % encontró bastante apropiado la relación paciente, seguido de 27,1 % bastante apropiado. Se puede analizar que los resultados en la relación con el paciente VIH, se evidencia mínimas diferencias entre el grupo de pacientes con VIH.

Tabla 6. Relación con el paciente VIH cuestionario PDQR 9

	Nada apropiado		Algo apropiado		Apropiado		Bastante apropiado		Muy apropiado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mi médico me ayuda	0	0.0	1	0.7	32	22.9	32	22.9	75	53.6
Mi médico tiene suficiente tiempo para mi	0	0.0	8	5.7	45	32.1	18	12.9	69	49.3
Creo en mi médico	0	0.0	12	8.6	12	8.6	32	22.9	84	60.0
Mi médico me entiende	0	0.0	0	0.0	28	20.0	25	17.9	87	62.1
Mi médico se dedica a ayudarme	0	0.0	6	4.3	19	13.6	34	24.3	81	57.9
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	0	0.0	14	10.0	12	8.6	20	14.3	94	67.1
Puedo hablar con mi médico	0	0.0	0	0.0	34	24.3	31	22.1	75	53.6
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	0	0.0	1	0.7	19	13.6	19	13.6	101	72.1
Siento a mi médico fácilmente accesible	0	0.0	0	0.0	18	12.9	41	29.3	81	57.9

Resultados obtenidos SPSS

En la tabla 6, se observa que, de los resultados de las 9 preguntas al aplicar el instrumento, se encontró que la pregunta 8 tuvo un 72,1 %, es decir, muy apropiado. Sigue la pregunta 6 con 67,1 % con bastante apropiado en lo concerniente a la relación con el paciente. Es así que se puede analizar que los resultados en la relación con el paciente VIH, se evidencian diferencias entre las preguntas recogidas de pacientes con VIH en tratamiento.

Variable cuantitativa: Percepción del estigma en el personal de salud

Tabla 7. Edad según sexo del personal de salud

Edad					
Sexo	N (%)	Media	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Masculino	61 (33.9)	47,72	11,145	19	70
Femenino	119 (66.1)	43,76	11,420	23	66
Total	180 (100)	45,10	11,452	19	70

Resultados obtenidos SPSS

De acuerdo con la tabla 7, en el caso de las edades del personal de salud que labora en el hospital, el 66,1 % son de sexo femenino y el 33,9 % son de sexo masculino. La edad mínima es 19 años y el máximo 70 años, con una media de edad de 45,10 años.

Tabla 8. Percepción del personal de salud

Percepción	Pretest		Posttest	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0	0	0.0
En desacuerdo	31	17.2	154	85.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	113	62.8	26	14.4
De acuerdo	33	18.3	0	0.0
Totalmente de acuerdo	3	1.7	0	0.0
Total	180	100.0	180	100.0

Resultados obtenidos SPSS

Conforme a la tabla 8, se pueden observar los resultados del pre test y post test del grupo personal de salud. En el caso del pre test, el 62,8 % de los personales respondieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, y en caso del post test se logró un 85,6 % en un nivel de logro en desacuerdo.

Tabla 9. Resultados prueba de Wilcoxon para hipótesis específica
Estadísticos de prueba^a

GRUPO		POSTEST - PRETEST
	Z	-10,064 ^b
EXPERIMENTAL	Sig.	0.000
	asintótica (bilateral)	

- a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- b. Se basa en rangos negativos.

Según la tabla 9, el valor de significancia hallado (0.000) en el grupo fue menor al establecido, 0,05. Por lo tanto, queda demostrado que existen diferencias significativas entre el pre test y el pos test. Ante lo evidenciado, se puede afirmar que la percepción del estigma en el personal de salud disminuyó después de los cuatro talleres. Lo que fortalece significativamente la disminución del estigma en el personal de salud del hospital. Existe, por lo tanto, una diferencia en la percepción del estigma entre el pre test y el post test con un p_valor $P=7.929E-24$ o $p<0.001$

V. DISCUSIÓN

La presente investigación demostró que, en cuanto a la variable relación con el paciente con VIH, se evidencia que un 53,6 % lo considera muy apropiado, bastante apropiado un 27,1 % y apropiado un 19,3 %. En relación al estudio publicado por Vorasane S et al., sobre las actitudes estigmatizantes hacia las personas infectadas por el virus realizadas por médicos y enfermeras, se pudo identificar que el 50 % de ambos profesionales tenían una alta actitud estigmatizante hacia los pacientes con VIH/sida. Por este motivo, es necesaria la capacitación al personal de salud (22).

En cuanto a la relación paciente VIH, se logró apropiado con 19,3 %, los valores bastante apropiados alcanzaron un 27,1 % y muy apropiado 56,3 %. Se realiza la comparación con el estudio de Kagiura F et al., quien empleó una escala de estigma del VIH de diez elementos que era originalmente de los Estados Unidos y tuvo que adaptarse para contar con una confiabilidad y validez de la escala en una factibilidad de 0,9 a 1,8. Quedó demostrado que las adaptaciones de esta escala, en este caso a 9 elementos, también cuentan con suficiente confiabilidad y validez. Dicho cuestionario permitió ayudar a identificar a las personas que necesitan más atención, así como a mejorar su calidad de vida (32).

Asimismo, en cuanto a los resultados de la presente investigación, queda demostrado que la percepción del estigma en el personal de salud disminuye al implementar los talleres de capacitación, lo que conlleva a obtener resultados significativos y finales muy favorables.

A través del análisis de los datos, se confirma la relación de la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro en Chanchamayo y la atención del paciente que presenta VIH. Amerita compartir que similar resultado se observó en el estudio de Llanos L. et al. (51), quienes emplearon la herramienta Quote-HIV y Servqual y encontró un índice de satisfacción de 50 % en cuanto a la relación de los profesionales de la salud y los pacientes, mientras que en el presente estudio tuvo un 56,6 %.

En cuanto a la percepción, el 85,6 % de los entrevistados refirió estar en total desacuerdo acerca del estigma a los pacientes con VIH. Según Bermúdez V et al., en su investigación sobre la influencia que tiene el estigma en relación al VIH, el cual impide muchas veces un acceso igualitario a la salud, los autores afirman que dicho estigma impide la oportunidad de atención en los servicios de salud, y retrasan así el inicio de tratamiento de manera precoz (52). Campillay M et al., en su investigación, trató sobre discriminación y el estigma en personas con VIH/sida, y encontró que en los establecimientos de salud es donde más ocurre la discriminación, seguido del entorno familiar y la comunidad. Los datos de dichos estudios coinciden con la presente investigación en pro de que exista una relación basada en un trato digno, mejora del respeto a sus derechos y el otorgamiento a una mejor calidad de vida para los pacientes que presentan la infección por VIH (13).

La investigación, realizada por Franke M et al., empleó la validación de dos escalas en español para evaluar el estigma relacionado con el VIH en la comunidad. Los autores concluyeron que, en relación con los trabajadores de la salud, los partidarios del tratamiento tenían más probabilidades de tener opiniones estigmatizantes relacionadas con la evitación y la empatía (16). Por ello, es recomendable que el personal de salud cuente con capacitaciones relacionadas al tema, en especial de aquellos que brindan el tratamiento, a fin de reducir el estigma hacia el VIH. Se precisa que, gracias al estudio de Nelson V et al., se pudieron aplicar las escalas de medición a los sujetos de investigación en base a su confiabilidad y validez (17).

A través de la presente investigación, se pudo demostrar que, al implementar la capacitación distribuida en cuatro talleres referidos a temas relacionados al estigma, se pueden alcanzar logros muy significativos superiores en comparación a los resultados iniciales en el pre test. Comparado con el estudio de Fuster M, en su investigación sobre la percepción del estigma realizadas en pacientes con VIH, se concluyó que un 20 % de las personas sujetas a la investigación cree que la ley debe obligar a las personas que tienen VIH a aislarse en determinados lugares para protegerse en salud pública (20).

VI. CONCLUSIONES

1. El estigma asociado al VIH sigue siendo un obstáculo para la prevención primaria y secundaria. Por eso es preocupante cuando el estigma se da por parte de profesionales de la salud ya que limita la disponibilidad de servicios para las personas viviendo con VIH.

2. De acuerdo con el análisis estadístico acerca de la percepción del estigma en el personal de salud según los resultados finales, está comprobado que existe una significativa diferencia en cuanto a la percepción del estigma en el pre test y el post test.

3. En cuanto a la evaluación con relación a la atención médico y paciente con VIH se evidencia que existe una relación con un logro global del casi 100, el cual mejora el acceso oportuno a la atención en el servicio de salud para los pacientes con VIH. También garantiza calidad en la atención por parte del médico infectólogo que labora en el hospital en estudio.

4. Al comparar los resultados encontrados, se determinó que, a través de la aplicación de los cuatro talleres de capacitación ejecutados mejoró significativamente la percepción que tenía el personal médico y otros profesionales, técnicos y administrativos que labora en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro, acerca del VIH.

5. Es importante recalcar que este estudio ayudó a que el personal de salud, tanto asistencial como personal administrativo, sienta empatía por los pacientes viviendo con VIH y, por ende, se reduzca la disminución referida al estigma que tenían al iniciar la intervención del proyecto.

6. Queda demostrado que existe una relación médico y paciente con VIH excelente logrando casi un 100 %. En cuanto a la percepción del estigma en el personal de salud, es un logro que las capacitaciones realizadas a través de talleres con enfoque hacia la mejora del estigma puedan generar disminución de esta y, por ende, una mejora de la calidad en la atención a las personas con VIH.

7. Una de las limitaciones en el trabajo fue el tiempo del personal de salud para realizar el cuestionario debido a la recarga laboral en los diferentes servicios del hospital, esto por lo extensa que era la escala del estigma. Asimismo, otra limitación en la presente investigación es que al personal de salud que no completó los talleres se les tuvo que brindar la preparación de manera personalizada. También la escasa participación de personal de áreas críticas del hospital debido al poco tiempo laboral que tienen para participar de los talleres y, finalmente, se debe mejorar el tiempo transcurrido entre el término de los talleres aplicados y el post test.

8. Esta investigación abre paso también a futuras investigaciones en la mejora de una calidad de vida emocional para disminuir el estigma en los trabajadores de salud de hospitales u otros niveles de atención. Al hacer esto, las personas viviendo con VIH mejoran el acceso al diagnóstico y tratamiento, evitan el abandono y la resistencia al tratamiento, así como la mejora en la relación con el personal de salud.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que los resultados de la presente investigación acerca de la percepción del estigma en el personal de salud sean replicados a nivel de otros hospitales para propiciar la mejora en la disminución del estigma en el personal que brinda la atención al paciente con VIH.
2. En cuanto a la relación médico y paciente con VIH, es necesario seguir fortaleciendo la calidad de satisfacción de los pacientes al recibir la atención en el establecimiento de salud.
3. Asimismo, brindarle al personal de salud que labora en los hospitales talleres referidos al estigma en VIH a fin de mejorar las competencias referidas al trato con este tipo de pacientes.
4. Es importante desarrollar la mejora continua de los instrumentos, adaptadas a la actual condición de la sociedad, y su aplicación en los establecimientos de salud que brinda diagnóstico y tratamiento a las personas con VIH en caso se consideren investigaciones futuras en el tema.
5. Es necesario la aplicación de más herramientas cuantitativas para mejorar la evaluación de las manifestaciones del estigma del personal de salud para incrementar las evidencias científicas a nivel nacional.
6. Acerca de las limitaciones, se sugiere que se realice la validación de escalas psicométricas de estigma en VIH relacionados a personal de salud ya que permitiría la mejora en la aplicación de instrumentos acordes a la realidad nacional.
7. Acerca del sesgo encontrado, se debe fortalecer el plan continuo y sostenible para la aplicación y efecto de los talleres recibidos, así como participación homogénea del personal al cual se le realiza la investigación.

8. Finalmente, dado que el estigma aún existe en los servicios de salud, se recomienda que el Ministerio de Salud a través de la Dirección de prevención y control de Infecciones de transmisión sexual, VIH y hepatitis virales promueva talleres de capacitación continua, herramientas digitales, etc. para mejorar la percepción sobre el VIH. Todo ello contribuirá a que la sociedad esté libre de estigma y discriminación que afecta a las personas viviendo con VIH.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Suiza: Nota de Prensa VIH y sida datos y cifras. 2023, [Internet] [Citado 13 julio 2023]. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gclid=EAlaIqobChMI4tn1_OSHgwMVWjStBh3JoQZQEAAAYASAAEgKcOPD_BwE
2. González W. Estigma y discriminación: una mirada desde los pacientes con VIH. ReSaDes [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 19 de diciembre de 2023];2(1):14-29. Disponible en: <https://revista.ieproes.edu.sv/index.php/Investiga/article/view/6>
3. Díaz, J.; *et al.* VIH-sida, estigma y discriminación en la salud: aportes de la literatura científica. 2011-2020. [Internet]. 2021. [citado: 2023, diciembre] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/6699>
4. Organización Naciones Unidas SIDA. Suiza: Hoja informativa, últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. 2021, [Internet] [Citado 10 diciembre 2022]. Disponible en <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
5. Ministerio de Salud. Dirección de prevención y control de VIH-sida, enfermedades de transmisión sexual y Hepatitis (DPVIH) Perú: Hoja informativa. [Internet] [Citado 10 diciembre 2023]. Disponible en <https://www.gob.pe/23137-ministerio-de-salud-direccion-de-prevencion-y-control-de-vih-sida-enfermedades-de-transmision-sexual-y-hepatitis-dpvih>
6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú. Situación Epidemiológica del VIH /sida en el Perú. Boletín VIH. 2021. [Internet] [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202138_29_120218.pdf
7. Campos Muñoz Martha, Rodríguez Campos Daniela de la Caridad, Chacón Reyes Osmel Daniel. Impacto psicosocial del diagnóstico del VIH/sida en la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2023 Mar [citado 2024 Mayo 14] ; 39(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252023000100007&lng=es

8. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo Hoja informativa: Iguales para vivir: Transformando rezagos de estigma y la discriminación en los servicios de Atención Primaria de Salud. [Internet] [Citado 10 diciembre 2023]. Disponible en :
<https://www.undp.org/es/cuba/noticias/iguales-para-vivir-transformando-rezagos-de-estigma-y-la-discriminacion-en-los-servicios-de-atencion-primaria-de-salud>
9. CDC Centro para el Control y prevención de Enfermedades. Estigma y la discriminación del VIH. [Internet] [Citado 10 diciembre 2023]. Disponible en : <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-stigma/index.html>
10. Red Salud Chanchamayo. Perú: Análisis de situación de Salud Chanchamayo. [Internet] [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en. <https://redsaludchanchamayo.com.pe/web0/>
11. Rios Z. Estigma frente al VIH en el profesional de salud de la clínica cori, los olivos, Lima 2020 [Tesis para optar título de enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener]. [citado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3785>
12. Urrutia J. Estigma de los profesionales de la salud vinculado con el VIH/sida en un centro de salud, La Victoria 2018 [Tesis para optar título de grado maestro gestión de los servicios de la salud, Universidad Cesar Vallejo]. [citado el 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/86519>
13. Campillay M, Monárdez M. Estigma y discriminación en personas con VIH/sida, un desafío ético para los profesionales sanitarios. Revista Española de Bioética y Derecho [Internet] 2019; (47). 93-107. [citado 11 agosto 2022].; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es
14. Saucedo G, et al. La estigmatización a personas con VIH-sida en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. Revista Salud Pública de México [Internet] 2018;17(3):26-33 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/390>
15. Tamayo B, et al. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud. Revista

- Colombiana Científica de Salud. [Internet] 2015;13(1). 9-23. [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732015000100002&lng=en.
16. Franke M, et al. Validation of 2 Spanish-Language Scales to Assess HIV-Related Stigma in Communities. J Int Assoc Provid AIDS Care. [Internet] 2014; 4(6):527-35 [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2325957414547738>
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2325957414547738>
17. Varas N, et al. Desarrollo de la escala sobre el estigma relacionado con el VIH/sida para profesionales de la salud mediante el uso de métodos mixtos. Revista Puertorriqueña de Psicología [Internet] 2014; (19). 138-215. [citado 11 agosto 2022].; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2843427/>
18. Narváez Jaramillo ME, Guerrón Enriquez SJ, Gómez Cando JE, Castro Huera LD. La atención de pacientes con VIH-sida en el hospital divina providencia de esmeraldas. Dilemas Contemporáneos: Educación, política y valores [Internet]. 2021: (8). 1–19. [citado 11 agosto 2023]; Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=poh&AN=158150596&lang=es&site=ehost-live>
19. Maas-Góngora L, Castillo-Arcos L del C, Cerón-Salazar A, Telumbre-Terrero JY, López-Cisneros MA. Estigma y discriminación en una persona que vive con VIH/sida: Un abordaje fenomenológico. Ra Ximhai [Internet]. 2020: (16): 19-38 [citado 10 agosto 2023]; Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=148613110&lang=es&site=ehost-live>
20. Fuster M. La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento [Tesis Doctoral]. España: 2011. [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-MJfuster>
21. Fernández P. Impacto del estigma hacia el VIH/sida en los resultados en salud de los pacientes VIH positivos [Proyecto de investigación]. España: 2018. [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en :

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684813/fernandez_rodriuez_pablotfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Vorasine S, et al. An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. BMC Health Serv Res. [Internet] 2017; (17):125 [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28183300/>

23. Radusky, P et al. Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH. Revista psicodebate [internet]. 2017: (17) 7-24. [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2451-66002017000200001&script=sci_arttext&tlng=es

24. Lori, C et al. Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. The Stigma Review Team. BMC Public Health [internet]. 2015: (15) 1-17 [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2197-0>

25. Luseno WK, Field SH, Iritani BJ, Odongo FS, Kwaro D, Amek NO, et al. Pathways to Depression and Poor Quality of Life Among Adolescents in Western Kenya: Role of Anticipated HIV Stigma, HIV Risk Perception, and Sexual Behaviors. AIDS and behavior [Internet]. 2021: 5(14) 23–37 [citado 26 noviembre 2023]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=32737818&lang=es&site=ehost-live>

26. Contigiani MF, López JMS, Laurito M, Vergara A, Lugo N, Cuenya L. Conocimiento sobre VIH-sida en población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vinculación con variables sociodemográficas. Psocial [Internet]. 2022:8(1)2-19: [citado 27 noviembre 2023]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=158848984&lang=es&site=ehost-live>

27. Sao S et.al. The Development and Psychometric Evaluation of the HIV Stigmatizing Attitudes Scale (HSAS) in Tanzania. AIDS and behavior. [Internet] 2022; 26 (5): 1530-1545. [citado 11 agosto 2022].; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20665283/>

28. Rivera-Díaz M, Varas-Díaz N, Reyes-Estrada M, Coriano D, Ortiz N, Padilla M. Tecnología Móvil Como Herramienta Potencial en La Investigación Sobre Estigma Asociado Al VIH/sida Entre Estudiantes De Medicina. Puerto Rico Revista Puertorriqueña de Psicología [Internet]. 2019; 30(1), 60–8 [citado 27 noviembre 2023];. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=138473739&lang=es&site=ehost-live>
29. Guevara-Sotelo Y, Andrea Hoyos-Hernández P. Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. Psicogente [Internet]. 2018 21(39):1–14 [citado 27 noviembre 2023]; Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=130322406&lang=es&site=ehost-live>
30. Eisinger, R. W., Dieffenbach, C. W. & Fauci, A. (2019). HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection. Undetectable Equals Untransmittable. JAMA, 321 (5), 451-452. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.21167>
31. Allahna E et.al. Temporal trends in self-reported HIV stigma and association with adherence and viral suppression in the African Cohort Study, AIDS Care. [Internet] 2022; 34(1): 78-85 [citado 11 agosto 2022].; Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34612100/>
32. Kagiura, F et.al. Brief HIV stigma scale for Japanese people living with HIV: validation and restructuring using questionnaire survey data. *AIDS care*, [Internet] 2020; 32(1).1-9 [citado 11 agosto 2022].; Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1683809>
33. Dirección general de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú. Vigilancia Epidemiológica del VIH /sida en el Perú. 2023. [Internet] [Citado 10 enero 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica-del-vih-sida/>
34. Delgado, R. Características virológicas del VIH. Revista Elsevier España [internet]. 2011: 29 (1) 58-65. [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X10004040>

35. Organización Mundial de la Salud. Suiza: Infección por el VIH. Datos y cifras [Internet] [Citado 08 agosto 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
36. Ministerio de Salud Perú: NTS N°169-MINSA/2020/DGIESP Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Estrategia sanitaria nacional Prevención y control de las ITS, VIH-sida. Perú. [Internet] [Citado 20 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1422592-1024-2020-minsa>
37. Organización Mundial de la Salud. Suiza: 10 Datos sobre el VIH/sida. [Internet] [Citado 08 agosto 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
38. Organización Naciones Unidas SIDA. Suiza: Hoja informativa, campaña Mundial contra el sida 2002–2003- Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida, [Internet] [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en : https://www.unaids.org/es/resources/documents/2003/20030106_jc891-wac_framework_en.pdf
39. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: Hoja informativa, comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. 2003, [Internet] [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/site-search>
40. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD Aids Healthcare Foundation Perú (AHF) Informe Final: índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en el Perú. 2018, [Internet] [Citado 10 agosto 2022]. Disponible en : https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2019/11/Peru_PLHIV-Stigma-Index-Report_2018.pdf
41. CDC Division of HIV Prevention, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estigma y la discriminación del VIH. [Internet] [Citado 08 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-stigma/index.html>
42. Girón J. et al. Percepciones de las personas viviendo con VIH/sida sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad:

un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. Revista peruana medicina experimental. Salud Pública [Internet]. 2007; 24(3): 211-217. [citado 30 Agosto 2022] Disponible

en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300003&lng=es

43. Da Silva Richardson et.al. Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS. [internet]. 2005: 14(40) 233-243. [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400010&lng=es.

44. Hierrezuelo Rojas Naifi, Fernández Gonzáles Paula, Portuondo Duany Zaylin. Estigma y VIH/sida en trabajadores de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2020 [citado 2023 Dic 19] ; 57: e1013. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032020000100015&lng=es .

45. Diaz Canseco Francisco. Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH/sida en el Perú: La Mirada de las Personas Viviendo con VIH/sida. Proyecto POLICY [internet]. 2005: 13-15. [Citado 11 agosto 2022].

Disponible en:

https://www.academia.edu/28633409/Estigma_y_Discriminaci%C3%B3n_Relacionados_con_el_VIH_SIDA_en_el_Per%C3%BA_La_Mirada_de_las_Personas_Viviendo_con_VIH_SIDA

46. Herek, G. M.). AIDS and stigma. American behavioral scientist, [internet]. 1999; 42(7), 1106-1116 [Citado 11 agosto 2022]. Disponible en:

https://lgbpsychology.org/html/abs99_intro_pre.pdf

47. Ministerio de Salud Perú: NTS N°169-MINSA/2020/DGIESP Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Estrategia sanitaria nacional Prevención y control de las ITS, VIH-sida. Perú. [Internet] [Citado 20 agosto 2022].

Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1422592-1024-2020-minsa>

48. Diccionario de la lengua española, [Internet] 23.^a ed. Real Academia Española. Madrid: RAE; [Citado 11 de agosto 2022]. p.1. Disponible en <https://dle.rae.es>
49. Ministerio de Salud Perú: NTS N°160-MINSA/2020/DGIESP Norma Técnica para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud, frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú. Internet] [Citado 20 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/581079-306-2020-m>
50. Fernandez J. et.al. (2010). Patient satisfaction with the Patient-Doctor Relationship measured using the Questionnaire (PDRQ-9). Revista Elsevier. Atención primaria [Internet]. 2010; 42(4): 196-205. [citado 21 agosto 2022] Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20116893/>
51. Llanos Z, et.al. (2006). Perceptions in relationship to the quality of care related to HAART among persons living with a diagnosis of HIV-AIDS. Rev Med Hered [Internet]. 2006 Jul [citado 2023 mayo 15]; 17(3): 156-169. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X20060003000006&lng=es.
52. Bermúdez V, et al. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. Revista salud pública de México vol. 57, p. 252-259., 2015, [Internet] [Citado 21 agosto 2022]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v57n3/v57n3a14.pdf

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PRETEST	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	70	38.9%	15	8.3%	46	25.6%	19	10.6%	30	16.7%
P2	71	39.4%	21	11.7%	38	21.1%	14	7.8%	36	20.0%
P3	70	38.9%	22	12.2%	24	13.3%	24	13.3%	40	22.2%
P4	61	33.9%	31	17.2%	37	20.6%	22	12.2%	29	16.1%
P5	73	40.6%	6	3.3%	16	8.9%	21	11.7%	64	35.6%
P6	15	8.3%	6	3.3%	33	18.3%	19	10.6%	107	59.4%
P7	81	45.0%	37	20.6%	25	13.9%	11	6.1%	26	14.4%
P8	27	15.0%	3	1.7%	23	12.8%	17	9.4%	110	61.1%
P9	33	18.3%	21	11.7%	27	15.0%	9	5.0%	90	50.0%
P10	73	40.6%	18	10.0%	45	25.0%	11	6.1%	33	18.3%
P11	21	11.7%	15	8.3%	52	28.9%	21	11.7%	71	39.4%
P12	99	55.0%	19	10.6%	15	8.3%	14	7.8%	33	18.3%
P13	49	27.2%	23	12.8%	36	20.0%	18	10.0%	54	30.0%
P14	73	40.6%	12	6.7%	50	27.8%	12	6.7%	33	18.3%
P15	105	58.3%	14	7.8%	44	24.4%	5	2.8%	12	6.7%
P16	105	58.3%	14	7.8%	37	20.6%	6	3.3%	18	10.0%
P17	119	66.1%	12	6.7%	27	15.0%	10	5.6%	12	6.7%
P18	80	44.4%	20	11.1%	21	11.7%	32	17.8%	27	15.0%
P19	64	35.6%	27	15.0%	6	3.3%	16	8.9%	67	37.2%
P20	52	28.9%	23	12.8%	16	8.9%	25	13.9%	64	35.6%
P21	78	43.3%	3	1.7%	35	19.4%	16	8.9%	48	26.7%
P22	126	70.0%	17	9.4%	12	6.7%	3	1.7%	22	12.2%
P23	63	35.0%	6	3.3%	56	31.1%	19	10.6%	36	20.0%
P24	29	16.1%	14	7.8%	45	25.0%	28	15.6%	64	35.6%
P25	21	11.7%	23	12.8%	13	7.2%	25	13.9%	98	54.4%
P26	34	18.9%	15	8.3%	17	9.4%	20	11.1%	94	52.2%
P27	63	35.0%	24	13.3%	40	22.2%	25	13.9%	28	15.6%
P28	25	13.9%	1	0.6%	32	17.8%	24	13.3%	98	54.4%
P29	31	17.2%	6	3.3%	11	6.1%	11	6.1%	121	67.2%
P30	63	35.0%	22	12.2%	30	16.7%	25	13.9%	40	22.2%
P31	69	38.3%	24	13.3%	18	10.0%	20	11.1%	49	27.2%
P32	59	32.8%	8	4.4%	18	10.0%	28	15.6%	67	37.2%
P33	60	33.3%	18	10.0%	42	23.3%	18	10.0%	42	23.3%
P34	54	30.0%	28	15.6%	30	16.7%	24	13.3%	44	24.4%
P35	54	30.0%	21	11.7%	18	10.0%	22	12.2%	65	36.1%
P36	30	16.7%	3	1.7%	15	8.3%	13	7.2%	119	66.1%
P37	27	15.0%	15	8.3%	48	26.7%	25	13.9%	65	36.1%
P38	27	15.0%	15	8.3%	42	23.3%	30	16.7%	66	36.7%
P39	41	22.8%	12	6.7%	18	10.0%	15	8.3%	94	52.2%
P40	74	41.1%	36	20.0%	24	13.3%	12	6.7%	34	18.9%
P41	40	22.2%	15	8.3%	30	16.7%	15	8.3%	80	44.4%
P42	54	30.0%	14	7.8%	33	18.3%	9	5.0%	70	38.9%
P43	44	24.4%	15	8.3%	26	14.4%	15	8.3%	80	44.4%
P44	95	52.8%	26	14.4%	15	8.3%	12	6.7%	32	17.8%
P45	53	29.4%	23	12.8%	52	28.9%	9	5.0%	43	23.9%
P46	57	31.7%	19	10.6%	45	25.0%	29	16.1%	30	16.7%
P47	48	26.7%	18	10.0%	49	27.2%	27	15.0%	38	21.1%
P48	80	44.4%	15	8.3%	43	23.9%	13	7.2%	29	16.1%
P49	49	27.2%	29	16.1%	37	20.6%	12	6.7%	53	29.4%
P50	32	17.8%	6	3.3%	15	8.3%	34	18.9%	93	51.7%
P51	25	13.9%	6	3.3%	20	11.1%	21	11.7%	108	60.0%
P52	14	7.8%	3	1.7%	24	13.3%	31	17.2%	108	60.0%
P53	36	20.0%	18	10.0%	18	10.0%	24	13.3%	84	46.7%
P54	50	27.8%	0	0.0%	15	8.3%	12	6.7%	103	57.2%
P55	14	7.8%	11	6.1%	24	13.3%	31	17.2%	100	55.6%
P56	41	22.8%	9	5.0%	43	23.9%	18	10.0%	69	38.3%
P57	38	21.1%	6	3.3%	44	24.4%	30	16.7%	62	34.4%
P58	40	22.2%	3	1.7%	34	18.9%	18	10.0%	85	47.2%
P59	108	60.0%	15	8.3%	29	16.1%	22	12.2%	6	3.3%
P60	96	53.3%	29	16.1%	28	15.6%	9	5.0%	18	10.0%
P61	70	38.9%	15	8.3%	31	17.2%	15	8.3%	49	27.2%
P62	52	28.9%	26	14.4%	33	18.3%	27	15.0%	42	23.3%
P63	39	21.7%	6	3.3%	24	13.3%	12	6.7%	99	55.0%
P64	92	51.1%	15	8.3%	35	19.4%	9	5.0%	29	16.1%
P65	104	57.8%	12	6.7%	24	13.3%	12	6.7%	28	15.6%
P66	52	28.9%	14	7.8%	28	15.6%	25	13.9%	61	33.9%
P67	59	32.8%	18	10.0%	37	20.6%	26	14.4%	40	22.2%
P68	48	26.7%	3	1.7%	17	9.4%	29	16.1%	83	46.1%

POSTEST	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P3	180	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P4	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P5	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P6	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P7	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P8	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P9	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P10	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P11	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P12	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P13	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P14	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P15	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P16	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P17	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P18	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P19	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P20	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P21	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P22	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P23	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P24	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P25	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	154	85.6%	28	14.4%
P26	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P27	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P28	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P29	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P30	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P31	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P32	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P33	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P34	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P35	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P36	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P37	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P38	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P39	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P40	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P41	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P42	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P43	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P44	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P45	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P46	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P47	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P48	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P49	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P50	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P51	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P52	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P53	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P54	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P55	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P56	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P57	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P58	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P59	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P60	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P61	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P62	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P63	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	14.4%	154	85.6%
P64	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P65	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P66	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P67	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
P68	154	85.6%	28	14.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

GUÍA U HOJA DE ENTREVISTA

Objetivo: Determinar la relación del paciente con VIH y la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Dr Julio Cesar Demarini Caro” Chanchamayo.

Instrucciones

Estimado personal de salud....., se está realizando una investigación sobre la relación del paciente con VIH y la percepción del estigma en el personal de salud. Necesitamos su cooperación para responder las preguntas de esta encuesta de carácter estrictamente **anónimo y confidencial**. Le agradecemos contestar todas las preguntas de manera sincera.

Ficha N°: _____

Fecha: _____

I.DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: _____ Edad: ____ Años

Sexo: M F

Ha recibido capacitación sobre estigma en pacientes con VIH SI () NO ()

A continuación, se le entregará un cuestionario de 68 preguntas las cuales podrá responder de 1 a 5 puntos con valores desde totalmente de acuerdo (5) a totalmente en desacuerdo (1).

ESCALA DE ESTIGMA HACIA EL VIH/SIDA PARA PERSONAL DE SALUD

Escala tipo Likert de cinco puntos con valores que van desde totalmente en desacuerdo (1) y totalmente de acuerdo (5)

1. Me sentiría cómodo/a si un/a cirujano/a con VIH/SIDA me operara.
2. Yo no utilizaría utensilios de comer de una persona con VIH/SIDA.
3. Me preocuparía sacarme sangre en un laboratorio donde atienden a muchas personas con VIH/SIDA.
4. Utilizaría los servicios de un/a dentista que atiende a muchas personas con VIH/SIDA.
5. Es recomendable que los/as profesionales en las salas de emergencia usen doble guante al trabajar con personas que tienen VIH/SIDA.
6. Me daría miedo el descubrir que he tenido relaciones sexuales con alguien que tiene VIH/SIDA, aun cuando me protegí.
7. Preferiría no tener que sentarme en el inodoro que utilizan personas con VIH/SIDA.
8. Una persona con VIH/SIDA tiene derecho a no revelar su estatus a otras personas.
9. Las personas que se infectaron con VIH por el uso de drogas podrían haberlo evitado si se lo hubieran propuesto.
10. Los/as usuarios/as de drogas infectados/as con VIH se lo buscaron.
11. No me sorprendería que una persona promiscua se infecte con VIH.
12. Los homosexuales son mayormente responsables de la epidemia del VIH/SIDA.
13. La poca información sobre el VIH/SIDA hace que la gente se infecte.
14. La mujer que se queda con su marido a pesar de que éste le es infiel, no debe lamentarse si se infecta con el VIH.
15. Lo pensaría dos veces antes de comer en un restaurante donde la persona que cocina tiene VIH/SIDA.
16. Yo puedo identificar si una persona tiene VIH/SIDA mirando su cuerpo.
17. El cuerpo de las personas que piden en las luces me hace pensar que tienen VIH/SIDA.
18. Debido al adiestramiento de los/las profesionales de la salud se les hace más fácil identificar quién tiene VIH/SIDA, mirando su cuerpo.
19. Debe existir una ley para obligar a las personas con VIH/SIDA a revelar su estatus a sus parejas sexuales.
20. El que una persona con VIH/SIDA no le revele su estatus a su pareja sexual es imperdonable.

21. Una madre que tiene VIH/SIDA es un riesgo de infección para sus hijos/as ya nacidos/as.
22. Una madre que tiene VIH/SIDA debe evitar el contacto físico con sus hijos/as para evitar una posible infección.
23. Las personas con VIH/SIDA pueden ser una amenaza a la salud pública.
24. Existen muchas personas con VIH/SIDA que buscan infectar a otras.
25. Las personas con VIH/SIDA en Puerto Rico pueden controlar el futuro de la epidemia en nuestro país si se lo proponen.
26. Los/as niños/as con VIH/SIDA en las escuelas deben estar juntos en el mismo salón.
27. En ocasiones he visto gente extremadamente delgada y he pensado que tienen VIH/SIDA.
28. Me causa lástima la mujer que siendo fiel es infectada con VIH por su pareja.
29. Admiro a las personas con VIH/SIDA que responsablemente cuidan de su salud.
30. Las personas con VIH/SIDA están más cerca de la muerte.
31. Las personas con VIH/SIDA no deberían adoptar niños/as porque los podrían dejar huérfanos/as.
32. Las personas con VIH/SIDA que toman sus medicamentos retrasan su muerte.
33. Si me diagnosticaran VIH, me preocuparía cuánto tiempo me queda por vivir.
34. Un/a bebé de una madre con VIH/SIDA tiene menos expectativas de vida que el/la de una sin VIH/SIDA.
35. Las personas con VIH/SIDA no deberían adoptar niños/as.
36. Las personas con VIH/SIDA tienen derecho a la confidencialidad.
37. A las personas con VIH/SIDA se les debe penalizar si tienen relaciones sexuales sin revelar su estado de salud.
38. El que una persona con VIH/SIDA no le revele su estatus a su pareja sexual equivale a cometer un asesinato.
39. Todas las personas con VIH/SIDA deben tener acceso a recibir medicamentos gratuitos y que los pague el estado.
40. El derecho de las personas con VIH/SIDA se debe limitar para que no trabajen en escenarios de salud.
41. A las personas con VIH/SIDA se les debe ofrecer servicios de salud, pero de acuerdo a los recursos disponibles, por el alto costo de los mismos.
42. Es imposible identificar si alguien tiene VIH/SIDA mirando su cuerpo.
43. A las personas con VIH/SIDA se les debe obligar a revelar su condición de salud a su doctor/a.

44. Las personas que no tienen VIH/SIDA pueden trabajar por períodos de tiempo más largos que las que están infectadas.
45. El VIH/SIDA afecta negativamente la productividad de una persona.
46. A las personas con VIH/SIDA se les debe asignar trabajos que no requieran mucha actividad física, aunque no lo soliciten.
47. Una persona con VIH/SIDA se cansa más rápido que una que no lo tiene.
48. Las personas con VIH/SIDA me dan lástima.
49. No me causan lástima los/as usuarios de drogas que se infectan con VIH.
50. La gente se infecta con VIH sin importar los niveles de educación formal que tengan.
51. Una persona con VIH/SIDA debe estar obligada a revelar siempre su estatus a los/as profesionales de salud, para que éstos/as tomen las debidas precauciones.
52. Las personas con muchos recursos económicos se infectan con la misma frecuencia que las de escasos recursos.
53. El VIH/SIDA impacta en igual cantidad a las mujeres que a los hombres.
54. Las personas no usan condones para protegerse del VIH/SIDA, aunque están fácilmente accesibles.
55. Las personas usuarias de drogas no usan jeringuillas limpias para protegerse del VIH/SIDA, aunque están fácilmente accesibles.
56. Existe mayor riesgo de infección con el VIH en el área metropolitana que en el área rural.
57. La infección con el VIH es resultado directo de la promiscuidad de las personas.
58. Las personas que se infectan con VIH es porque han sido irresponsables con el cuidado de su salud.
59. Una persona débil de carácter tiene mayor probabilidad de infectarse con el VIH.
60. Poseer creencias religiosas reduce el riesgo de contraer el VIH/SIDA.
61. Se debe legislar para que las mujeres que tienen VIH/SIDA sean esterilizadas para que no tengan hijos/as.
62. Todas las personas con VIH/SIDA deberían tener un identificador que lleven consigo en caso de que sean atendidas en una sala de emergencia.
63. El Ministerio de Salud debe mantener al día un registro con nombre y apellido de todas las personas con VIH/SIDA.
64. El derecho de los/as familiares a saber el estatus de una persona con VIH/SIDA está por encima del derecho de la persona infectada a no revelarlo.
65. Debe legislarse para que las personas con VIH/SIDA no puedan casarse.

66. Debe existir una ley que obligue a las personas con VIH/SIDA a revelar su estatus a sus parejas sexuales.
67. Los homosexuales con VIH/SIDA me dan lástima.
68. Me causan lástima los/las niños/as infectados/as con VIH.

PRE Y POSTEST

1. Es lo mismo tener el VIH que el sida SÍ () NO ()
2. El sida no se puede curar, pero la calidad de vida se puede mejorar con tratamiento SÍ () NO ()
3. El VIH se contagia por abrazos y besos SÍ () NO ()
4. Si tuvieras VIH te sentirías mal SÍ () NO ()
5. Es normal que estigmatice a pacientes con VIH SÍ () NO ()
6. Las personas con VIH tiene comportamientos sexuales inadecuados SÍ () NO ()
7. Las mujeres son más vulnerables a adquirir el VIH SÍ () NO ()
8. Las personas viviendo con VIH no tienen derechos humanos SÍ () NO ()
9. Crees que está bien discriminar a los pacientes que tiene el VIH SÍ () NO ()
10. El paciente con VIH necesita mi apoyo emocional en la atención SÍ () NO ()

PATIENT - DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ-9)

Versión de 9 preguntas adaptado al castellano. Cada respuesta contestada tiene 5 categorías: 1 (nada apropiado), 2 (algo apropiado), 3 (apropiado), 4 (bastante apropiado) y 5 (muy apropiado).

1. Mi médico me ayuda
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí
3. Creo en mi médico
4. Mi médico me entiende
5. Mi médico se dedica a ayudarme
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas
7. Puedo hablar con mi médico
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico
9. Siento a mi médico fácilmente accesible

2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito de este protocolo es dar a conocer a los participantes de la presente investigación sobre su naturaleza, así como del rol que tienen en ella

La presente investigación es llevada a cabo por Edith Marlene Villogas Silva, alumna de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. El objetivo de este estudio es realizar un estudio para determinar la relación del paciente con VIH y la percepción del estigma en el personal de salud Hospital Regional Docente de Medicina Tropical "Dr Julio Cesar Demarini Caro" Chanchamayo.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder a una entrevista en profundidad lo que le tomará 10 minutos aproximadamente. Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes, ó bien comunicarse en lo sucesivo con Edith Marlene Villogas Silva al correo electrónico evillogassilva@gmail.com Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder. Muchas gracias por su participación.

Yo, _____
doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio y he tenido la oportunidad de discutir sobre este y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluso los relacionados a mi salud o condición física y mental, y raza u origen étnico, puedan ser usados, según lo descrito en la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Estoy enterado que recibiré una copia de este formulario de consentimiento y que puedo solicitar información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido. Para ello, puedo comunicarme con Ud. a través del correo evillogassilva@gmail.com. Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual favorecerá al conocimiento científico.

Nombre completo del participante

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

3. Guía de los talleres de capacitación

TEMAS DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL SALUD

La capacitación constará de 04 sesiones tiene una duración de dos horas y se realizará dos veces por semana (martes y jueves). Esta capacitación contará con las siguientes sesiones y temas:

1. Reunión de introducción y familiarización
2. VIH y discriminación
3. Estigma, sida y comportamiento sexuales
4. Las mujeres y la prevención del VIH/sida
5. Derechos Humanos y VIH/sida

SESIÓN INTRODUCTORIA

Nos preparamos para empezar el taller

Tiempo

20 minutos

Recursos

Papelógrafos.

Fichas ¿Cómo me sentiré?

Plumones.

Secuencia metodológica

Se inicia el taller dando la bienvenida y agradecimiento a las y los participantes por su presencia. Se anuncia el objetivo general del proyecto.

Se entrega a los participantes la ficha ¿Cómo me sentiré?, en la encontrarán expresadas posibles emociones que podrían suscitarse al hablar del VIH y el estigma durante el taller.

Se pedirá normas de convivencia importantes en el taller: participación, puntualidad, respeto por los demás, respetar horarios, etc. anotados en lugar visible

FICHA: ¿COMO ME SENTIRÉ? (PARA CADA PARTICIPANTE)

¿Cómo me sentiré en el taller??	Cómodo/a	Incómodo/a	Neutro
Puedo expresar abiertamente mis ideas y puntos de vista sobre temas sin ser criticado ni juzgando por las y los demás.			
Respetaré los puntos de vista de todas y todos, inclusive en temas polémicos relacionados con el VIH /sida			
Un grupo de participantes llega mucho tiempo después de la hora de inicio.			
Se nombrarán directamente términos como pene, vagina, coito, sexo anal y oral, etc.			
Se abordaron temas relacionados al VIH-sida y estigma			

PRIMERA SESIÓN

VIH Y DISCRIMINACION

Objetivo

Conocer acerca del VIH y sida

Mitos y actitudes de discriminación del VIH y sida

Tiempo

Una hora y 25 minutos

Secuencia metodológica

¿Qué sabemos? (15 minutos)

Se da a cada participante cuatro hojas de papel y un plumón grueso. Se les pide que recuerden las ideas, actitudes y creencias que han escuchado sobre el VIH - sida. Deben anotar una idea por hoja, con letra grande.

Aprendiendo juntos: 30 minutos

Ideas sobre el VIH – sida

Coloca los carteles verdaderos, falso y tengo dudas.

Se iniciará un diálogo para realizar cuan verdaderas o falsas son las diferencias acerca del VIH-sida. Cada participante leerá en voz alta el texto escrito en su hoja, y de acuerdo con su opinión, la colocará debajo de los carteles verdadero, falso o tengo dudas.

Para completar el panorama de ideas, actitudes y prejuicios sobre el sida, agrega las tarjetas de mitos y creencias que están al final de esta sección. Las y los participantes las ubican debajo del cartel correspondiente, según su opinión.

Anima al grupo a expresar sus opiniones y confrontarlas. A medida que el diálogo se desarrolla, brinda información correcta y promueve la reflexión en torno a las siguientes ideas:

Las concepciones erróneas sobre el VIH - sida no permiten que tomemos las medidas adecuadas para protegernos. Por ejemplo, si una mujer piensa que es una enfermedad que solo afecta a los hombres, no tomará medidas para evitarla.

Las actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH - sida atropellan sus derechos humanos.

Aplicando lo aprendido: 30 minutos.

Organiza grupos de trabajo. Cada grupo prepara una dramatización

Ámbitos de la representación: Con la pareja, en la familia, entre colegas.

Que hemos aprendido: 20 minutos

Pide que en una hoja de papel cada uno o una escriba:

- Una actitud inadecuada frente al sida que esta sesión de aprendizaje le ha permitido aclarar.
- Una acción que puede emprender con sus estudiantes para aclarar los mitos y creencias con relación al tema.

SEGUNDA SESIÓN

EL ESTIGMA, EL SIDA Y LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Objetivo

Comprende que es, como se adquiere y se previene el VIH y sida

Identifica qué actitudes y comportamientos se deben fortalecer en personal salud

Tiempo

2 horas

Secuencia metodológica

¿Qué sabemos? (20 minutos)

Escribir en cinco papelógrafos las preguntas. Se solicita a las y los participantes que anoten sus respuestas en una hoja. Se les motiva a que no busquen quedar bien, sino a decir lo que realmente piensan.

¿Qué es el sida y que lo causa?

¿Cuál es la diferencia entre el VIH y el sida?

¿Cómo se sabe que una persona tiene VIH?

¿Cómo se transmite?

¿Cómo se previene?

Aprendiendo juntos: 40 minutos.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Se toma como base la información que han proporcionado las y los participantes acerca de su grado de conocimiento del tema y se desarrolla una exposición dialogada. Debe quedar claro:

- Qué es el sida
- La diferencia entre una persona con VIH y una con sida
- Cómo actúa el VIH en el organismo. Para ello, te proponemos realizar la experiencia práctica de cómo actúa el VIH en el organismo.
- Cómo se transmite y cuáles son los comportamientos sexuales de mayor riesgo.
- Como se puede saber si una persona ha adquirido
- ¿Cuándo se debe hacer la prueba de descarte del VIH?
- ¿Qué es el periodo ventana?
- ¿Dónde se puede hacer la prueba?
- Incluye una demostración de cómo se utiliza el condón

Aplicando lo aprendido: 30 minutos

Los participantes elaboran un afiche para sensibilizar a sus colegas a que aborden el tema del VIH con sus colegas de trabajo

Que hemos aprendido: 15 minutos

Para evaluar los aprendizajes, solicite que se formen parejas en las que cada participante le cuente a su compañero o compañera tres aprendizajes que ha adquirido a través de esta sesión.

Formule algunos argumentos para sostener por qué debe promover estos aprendizajes en su relación de pareja, con sus hijos e hijas, y con personal del hospital.

Señale dos acciones que va a realizar para estos aprendizajes en su vida personal.

¿cómo actúa el VIH en el organismo?

El VIH ingresa al cuerpo de la persona e inicia un periodo de incubación. En este tiempo la persona se ve y se siente saludable, pero puede transmitir el virus a otras personas. Con el tiempo, su cuerpo se va debilitando y comienza a desarrollar algunos síntomas como:

- Diarrea
- Pérdida de peso

- Erupción en la piel
- Mancha blanca o extrañas en la lengua, boca o garganta
- Neumonía
- Pérdida de memoria, depresión o trastornos neurológicos
- Decaimiento y cansancio

Actualmente, existen medicamentos denominados antirretrovirales, que incrementan significativamente la esperanza y calidad de vida de la PVVS.

¿Cómo se transmite el virus del VIH/ sida?

Por vía sexual

El virus que causa el sida se transmite con mayor frecuencia a través de las relaciones sexuales. En nuestro país, 97 % de los casos han transcurrido a través de las relaciones sexuales.

Vía sanguínea

Otra de las formas de transmisión es a través de la sangre, ya sea por transfusión sanguínea, debido a la aplicación de inyecciones con agujas contaminadas o el uso de otros objetos punzocortantes.

Transmisión de madre a hijo o hija

La vía principal por la que la y los niños adquieren VIH es mediante la transfusión de su madre. El virus puede ser transmitido durante la gestación o el trabajo de parto, o a través de la leche materna. Una mujer embarazada que vive con el virus tiene una posibilidad sobre tres de dar a luz a una niña o niño con VIH.

Como no se transmite el VIH

Muchas personas creen que el sida se transmite de manera casual, pero esto no es así, El VIH no se transmite a través de la transpiración. Por tanto, es imposible adquirirlo al abrazar, tocar o dar la mano a una persona portadora. Tampoco está presente en la saliva, así que no tiene ningún sentido evitar compartir cubiertos, alimentos, etc. Por último, no puede ser transmitido por mosquitos, pulgas, abejas u otros insectos similares, pues es un virus que solo vive en células humanas.

¿Cómo saber si una persona ha adquirido el VIH?

Una persona que desea conocer su situación respecto al VIH debe someterse a una prueba de descarte que se llama Elisa. Esta sencilla prueba detecta si el organismo ha formado

anticuerpos contra el VIH, es decir si las defensas ya detectaron el virus y están tratando de defenderse.

Si el resultado es positivo, significa que el VIH ha ingresado al organismo. En este caso, hay que confirmar el diagnóstico mediante otra prueba de sangre llamada IFI, western blot. La prueba es voluntaria y confidencial. Una persona que acude a realizarse una prueba de descarte del VIH está mostrando un comportamiento saludable.

¿Qué es el periodo de ventana?

Se llama así al tiempo que transcurre entre el momento de exposición al VIH y la producción de anticuerpos contra este. Se sabe que, como máximo, el organismo tarda tres meses en producir anticuerpos frente al agente extraño, el VIH.

¿Dónde hacerse la prueba?

En establecimientos de salud que ofrezcan estos servicios.

En organizaciones privadas que ofrezcan este servicio.

TERCERA SESIÓN

LAS MUJERES Y LA PREVENCIÓN DEL VIH – SIDA

Objetivo

Conocer acerca del VIH y sida

Mitos y actitudes de discriminación del VIH y sida

Tiempo

Una hora y 30 minutos

Secuencia metodológica

¿Qué sabemos? (15 Minutos)

Los participantes escucharán un video de una mujer que vive con VIH-sida.

Luego poner música de fondo y solicitar a un voluntario o voluntaria que lea el testimonio.

Preguntas

¿Cómo se ha sentido al escuchar este testimonio?

¿Conocen los casos de hombres y mujeres que tienen VIH-sida?

¿Creen que las mujeres tienen menos posibilidades que los hombres para prevenir el VIH-sida? ¿por qué? Se da lectura a Sida-Mujer y se comenta al respecto.

Aprendiendo juntos: 40 minutos

Se forman grupos en los que se volverá a leer el testimonio y se identificarán los factores que hicieron a la mujer más vulnerable a adquirir el VIH – sida.

En plenaria, cada grupo presenta su trabajo.

Prepara una exposición tomando como referencia la lectura de las mujeres y el sida, y explica cuáles son los factores biológicos y sociales que determinan la mayor vulnerabilidad de ellas.

Aplicando lo aprendido: 20 minutos

Se divide la pizarra en dos columnas: en una escribe la palabra mujer y en otra la palabra hombre.

Se solicita que hagan un listado de comportamientos y actitudes que se deben promover y fortalecer en el personal de salud para lograr la vivencia de una sexualidad saludable y la reducción de la vulnerabilidad ante las ITS y el VIH- sida.

Que hemos aprendido: 10 minutos

Se solicita que escriban dos comportamientos que, como hombres y mujeres, quisieran cambiar y cuáles son las razones para ello.

LECTURA: SIDA Y MUJER

El profundo impacto del VIH – sida de las mujeres es una de las preocupaciones más preocupantes.

Cada vez más mujeres contraen el VIH. En el mundo, 18,5 millones de mujeres viven con el VIH-sida. En el Perú, 19 % de las personas afectadas por el sida son mujeres. Las mujeres están más expuestas a contraer el VIH debido tanto a razones biológicas como sociales. Cuando hablamos del sida, el sexo si marca una diferencia.

Factores biológicos

La mucosa de los genitales femeninos – sobre todo de las adolescentes, que todavía están en crecimiento-es más susceptible de dañarse durante las relaciones sexuales, lo cual facilita el ingreso del VIH al organismo. El epitelio vaginal es mucho más vulnerable a las infecciones que aquel que cubre el pene. El semen con VIH contiene una cantidad mayor de células infectadas que los fluidos vaginales. Debido a ello, en las relaciones sexuales la

transmisión hombre- mujer es ocho veces mayor que la de la mujer- hombre. La presencia de una ITS facilita la transmisión del VIH aumentando el riesgo de infección de dos a cinco veces. Según la Endes 2000, la cuarta parte de las mujeres entrevistadas manifestaron haber tenido una ITS en algún momento de sus vidas.

Factores sociales

La falta de autonomía económica, el desigual acceso a la educación y al empleo remunerado, así como falta de poder de la mujer frente a su pareja la ubican en una situación de desventaja para asumir comportamientos preventivos y evitar exponerse a la infección por VIH.

La mayoría de mujeres no reconocen los síntomas de una ITS en ellas mismas o en sus compañeros sexuales, lo que las hace más vulnerables – a ellas y a sus hijos e hijas- frente al sida. Solo 49 % de las mujeres han oído hablar de las ITS.

De sexo no se habla

La barrera más importante para la comunicación abierta y efectiva sobre sexo es la creencia, frecuentemente compartida entre las propias mujeres, de que hablar sobre el sexo y manifestar los deseos sexuales no es apropiado para las mujeres que se consideran decentes, ya que, si lo hacen, ponen en duda su moralidad.

CUARTA SESIÓN DERECHOS HUMANOS Y SIDA

Objetivo

Identifica los derechos de las personas viviendo con sida (PVVS)

Tiempo

Una hora y 40 minutos

Recursos

- Lámina motivadora
- Testimonios de discriminación de PVVS
- Estigma y discriminación de PVVS
- Lacito de la solidaridad para cada participante.
- Papelógrafos.
- Plumones
- Masking tape

Secuencia metodológica

¿Qué sabemos? (15 minutos)

Se muestra una lámina motivadora en la que se aprecia una situación de discriminación hacia niños que viven con VIH – sida.

Se pide que expresen sus opiniones y sentimientos frente a este hecho.

Se anima a contar hechos de la vida real, expresiones o formas de pensar que vulneran los derechos de las personas que viven con VIH – sida – niñas, niños, madres, padres, jóvenes, adolescentes, adultos.

Aprendiendo juntos: 30 minutos.

Se conforman cuatro grupos y se entrega a cada uno un testimonio.

Los participantes leen el testimonio y en sus grupos identifican qué derechos se están violando y de qué manera.

Al finalizar el trabajo grupal, promueve un diálogo que lleve a una reflexión sobre el tema.

Ayúdate con las siguientes preguntas:

¿Por qué las personas nos discriminamos unas a otras?

¿Cómo afecta la discriminación y la violación de los derechos humanos a las PVVS?

¿Cómo afecta la discriminación hacia las PVVS la lucha frenar el avance del VIH- sida?

Finalizar haciendo una pequeña exposición dialogada sobre la vulneración de los derechos humanos de las PVVS, el estigma y la discriminación. Prepárate consultando la lectura estigma y discriminación no.

Aplica lo aprendido: 30 minutos.

Forma dos grupos de trabajo. Cada uno hará una dramatización en la que demuestre una forma práctica de defender los derechos humanos de las PVVS en su comunidad.

Ejemplo:

Primer grupo: se han enterado de que un conjunto de madres y padres de familia están preocupados y vienen haciendo comentarios porque una niña con VIH estudia junto con sus hijas e hijos. Ustedes deciden convocar a una charla de madres y padres de familia para abordar el tema.

El segundo grupo sería imaginar que un personal de salud es centro de burlas y habladurías de su grupo de amigos, pues se han enterado de que tiene un familiar que vive con VIH. Ambas dramatizaciones se presentan en plenaria.

Que hemos aprendido: 20 minutos

Dales a todas y todos los participantes el lacito de la solidaridad. Una variante es que cada uno se prepare el suyo.

Explica que este lazo rojo simboliza la lucha contra el VIH- sida significa solidaridad, aceptación, compromiso y acción en todo el mundo. Diles que se concibió para dar a conocer y honrar a todas las personas que viven con el virus del VIH – sida o que ya han fallecido por esta causa.

Solicita a cada participante que mencione dos ideas que haya aprendido en esta sesión educativa y exprese su compromiso de promover el respeto de los derechos humanos de las PVVS en su institución educativa. Como prueba de este compromiso, cada participante se coloca el lacito rojo en el pecho.

Testimonios que muestran la violación de los derechos humanos de las PVVS

Una señora nos comentaba que, a su hija de 12 años, la directora del colegio le había dicho que todos los chicos que quisieran matricularse tenían que hacerse el examen del VIH para evitar cualquier problema de contaminación. Le dijo eso porque sabía que la niña tenía una hermanita que había adquirido el VIH por sangre contaminada en la maternidad.

Fíjate que a mi hija la han votado del colegio, le conté a mi papá. Mi hija estaba escuchándonos, y como es una chiquilla que se las sabe todas, viene y me dice: pero mamá, ¿Por qué no me quieren recibir?, ¿Por qué estoy con la tos? ¿Y cómo hay otros niños que tienen tos y les reciben? Entonces, mi papá le tuvo que explicar, no mamita, ya no vas a ir a ese colegio porque es feo. Mejor te vamos a llevar a otro colegio más bonito.

GALERÍA FOTOGRÁFICA

