

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**



**ESTIGMATIZACIÓN - DISCRIMINACIÓN Y LOS ESTADOS EMOCIONALES  
EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA. ASOCIACIÓN  
CIUDADANA ANTI-SIDA DE CATALUÑA ACASC. BARCELONA-ESPAÑA.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTOR:**

**DANIEL ANDRÉS UCHUYPOMA CANCHUMANI**

**ASESOR:**

**CLEOFÉ GENOVEVA ALVITES HUAMANÍ**

**LIMA – PERÚ**

**2016**

## Dedicatoria

Con todo mi cariño y aprecio para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como en la vida, por su incondicional apoyo y su sabiduría que influyeron en mi para lograr todos mis objetivos en la vida que perfectamente he mantenido a través del tiempo, con su apoyo moral y su ejemplo de vida a seguir.

A mi compañera de toda la vida mi esposa, por su paciencia y comprensión que preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio que me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado Ruth.

A mi hijo que me ha motivado para no rendirme y seguir adelante, espero él aprenda de mi ejemplo y perseverancia, porque si eres constante en lo que haces, verás buenos resultados en la vida.

A mis maestros que en este transitar de la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparado para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de éstas páginas de mi tesis, en especial a la Dra. Cleofé Genoveva Alvites Huamaní, por su apoyo incondicional.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

## Agradecimientos

Me gustaría agradecer a la asociación ACASC (Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya) Barcelona-España por haberme acogido como interno en realizar mis prácticas y realizar mi tesis de licenciatura.

Agradezco también a todas las personas que se implicaron durante todo este periodo, en especial a la doctora Cleofé Genoveva Alvites Huamaní, coordinadora de la División de Investigación y Extensión Científica Tecnológica de la Universidad Alas Peruanas.

Así mismo a Jaime Quezada Bolaños, Psicólogo coordinador del programa de pruebas y counselling de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC y a la trabajadora social Jennifer Navarro Alcaide responsable del Espai VIHtal por el soporte y la ayuda facilitada a lo largo de todo el proceso de investigación.

Deseo agradecer también, por el esfuerzo e implicación de algunos profesionales como:

- Lic. Lucio Sampietro Ferrer. Coordinador de voluntariado de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña.
- Trabajadora Social. Gemma Ricoma Forbes. Coordinadora General de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña.

Sin el apoyo y el soporte de estos/as grandes profesionales, nada de esto hubiese sido posible

## Resumen

El VIH/SIDA ha sido objeto de reacciones negativas y desfavorables en las distintas sociedades desde su aparición y propagación por el mundo. Esta investigación tuvo como objetivo principal identificar qué factores de la estigmatización y discriminación determinan los estados emocionales de los pacientes con VIH/SIDA. Esta investigación expone la situación actual de los pacientes de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña (ACASC) de Barcelona- España. La muestra de estudio estuvo conformada por un total de 50 pacientes entre hombres y mujeres con una edad comprendida entre 18 a 70 años, todas ellas diagnosticadas con VIH/SIDA y residentes en el barrio del Raval en la ciudad de Barcelona. Los instrumentos de valoración fueron la Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS) la escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y un cuestionario estigmatización y discriminación, el cual es una adaptación de diversos cuestionarios y fue elaborado por el autor. El estudio fue correlacional de tipo no experimental, transversal. El análisis correlacional se realizó por medio de un análisis de regresión lineal múltiple entre las variables y un análisis de correlación entre los factores de estas variables. Habiéndose contrastado que existe una relación significativa ( $p=0.008$ ) entre los factores de estigmatización-discriminación y ansiedad-estado, así como entre el factor entre las experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado ( $p=0.003$ ) lo mismo con el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad estado ( $p=0.021$ ), además se encontró una relación entre experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo ( $p=0.025$ ).

Palabras claves: VIH, SIDA, Estigma, Discriminación, Ansiedad, Depresión.

## Abstract

HIV / AIDS has been the subject of negative and unfavorable reactions in different societies since its emergence and spread around the world. This research aimed to identify which factors of stigmatization and discrimination determine the emotional states of patients with HIV / AIDS. This research presents the current situation of patients from the Catalan Anti-AIDS Association of Catalonia (ACASC) in Barcelona-Spain. The study sample consisted of a total of 50 patients between men and women between the ages of 18 and 70, all of them diagnosed with HIV / AIDS and living in the Raval neighborhood in the city of Barcelona. The assessment instruments were the Self-Assessment Depression Scale (SDS), the State-Trait Anxiety Scale (STAI) and a stigmatization and discrimination questionnaire, which is an adaptation of various questionnaires and was elaborated by the author. The study was non-experimental, cross-sectional correlational. The correlational analysis was performed through a multiple linear regression analysis between the variables and a correlation analysis between the factors of these variables. A significant relationship ( $p = 0.008$ ) between the stigmatization-discrimination and anxiety-state factors, as well as between the factor for my condition of living with HIV / AIDS and state anxiety ( $p = 0.021$ ), was found. A relationship between experiences of stigma and discrimination by third parties for living with HIV / AIDS and anxiety-trait ( $p = 0.025$ ).

**Keywords:** HIV, AIDS, Stigma, Discrimination, Anxiety, Depression.

## Índice

Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	1

### CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.	Planteamiento del problema	3
1.1.	Descripción de la realidad problemática	4
1.2.	Delimitación de la investigación	6
	1.2.1 Delimitación temporal	6
	1.2.2 Delimitación geográfica	6
	1.2.3 Delimitación social	6
1.3.	Formulación del problema	7
	1.3.1 Problema principal	7
	1.3.2 Problemas secundarios	7
1.4.	Objetivos de la investigación	8
	1.4.1 Objetivo general	8
	1.4.2 Objetivos específicos	8
1.5.	Hipótesis de la investigación	9
	1.5.1 Hipótesis general	10
	1.5.2 Hipótesis secundarias	10
1.6.	Justificación de la investigación	11

### CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.	Antecedentes de la investigación	13
2.1.	Bases Teóricas	16
	2.1.1. Estigma y discriminación	18
	2.1.2. Estigma y discriminación en pacientes con VIH/SIDA	19
	2.1.3 El contexto del VIH/SIDA España-Barcelona	24
	2.1.4. Estados emocionales relacionados con el VIH/SIDA	28
2.2.	El estado depresivo	29
	2.2.1 Criterios del diagnóstico de depresión	31
	2.2.2 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)	31
	2.2.3 Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5)	31
	2.2.4 Diagnóstico diferencial	32
2.3.	El estado ansioso	34
	2.3.1 Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad.	36
	2.3.2. Estados emocionales relacionados con el VIH/SIDA	41

### CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.	Metodología	43
3.1	Tipo de la investigación	44
3.2	Diseño de la investigación	44
3.3	Población y muestra de la investigación	45
	3.3.1 Población	45
	3.3.2 Muestra	45
3.4.	Variables, factores e indicadores	45
3.5.	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	47
	3.5.1 Técnicas	47
	3.5.2 Instrumentos	47
	Análisis estadísticos	57
3.6.	Procedimientos	58

### CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.	Resultados	60
	4.1. Resultados analizados en estadística descriptiva	61
	4.1.1. Variable independiente Estigmatización-discriminación.	61
	4.1.1.1. Factores variable independiente Estigmatización-discriminación	61
	4.1.2. Variable dependiente Estados emocionales	63
	4.1.2.1. Factor depresión	63
	4.1.2.2 Factor Ansiedad	63
	4.2. Resultados analizados en estadística inferencial	64
	4.2.1. Regresión lineal entre los factores de Discriminación-estigmatización y Depresión.	64
	4.2.2. Regresión lineal entre los factores Estigmatización-discriminación y Ansiedad- Estado	66
	4.2.3. Regresión lineal entre los factores Discriminación-estigmatización y Ansiedad-Rasgo	68
	4.2.4. Correlaciones entre factores de las variables independientes y dependientes.	70
	4.2.4.1 Correlación entre el factor en mi condición de vivir con VIH/SIDA y depresión.	70
	4.2.4.2 Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y depresión	71
	4.2.4.3 Correlación entre el factor experiencia de Discriminación-estigmatización por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y depresión.	72
	4.2.4.4 Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Estado.	72
	4.2.4.5 Correlación entre el factor saber que soy una personas que vive con VIH/SIDA y Ansiedad- Estado	73
	4.2.4.6 Correlación entre el factor experiencias de Discriminación –estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Ansiedad- Estado	74

4.2.4.7 Correlación entre el factor experiencias de Discriminación-estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Rasgo	74
4.2.4.8 Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y Ansiedad- Rasgo	75
4.2.4.9 Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y Ansiedad-Rasgo	76
4.2.4.10. Correlación el factor experiencia de Discriminación-estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Rasgo	76
4.3. Discusión de resultados	77
Conclusiones	81
Recomendaciones	83
Referencias Bibliográficas	85
Anexos	98
1. Constancia de Prácticas del Centro de internado.	99
2. Hoja Informativa del proyecto de investigación.	100
3. Consentimiento Informado	101
4. Autorización de relación de centro de investigación e investigador	102
5. Ley orgánica de protección de datos- permiso de confidencialidad	103
6. Solicitud de Validación de Instrumentos de Investigación	104
7. Validación de Instrumentos de Investigación (juicio de expertos).	105
8. Documento de confidencialidad y protección de datos de pacientes.	108
9. Instrumentos de investigación aplicada y otros.	109
10. Matriz de consistencia	114



## Índice de Tablas

Tabla 1	Aspectos psicológicos en pacientes con VIH/SIDA diversos autores	22
Tabla 2	Sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica	27
Tabla 3	Diagnóstico diferencial de la depresión	32
Tabla 4	Fármacos que generan la depresión	33
Tabla 5	Factores de riesgo para el trastorno de Ansiedad Generalizada	38
Tabla 6	Comportamientos en pacientes con VIH/SIDA	39
Tabla 7	Trastornos mentales en pacientes con VIH/SIDA	41
Tabla 8	Reacciones emocionales más comunes en pacientes con VIH/SIDA	42
Tabla 9	Descripción de la muestra	45
Tabla 10	Operalización de las variables de estigmatización y estados emocionales	45
Tabla 11	Descripción del cuestionario de estigmatización-discriminación VIH/SIDA	47
Tabla 12	Descripción valoración por juicio de expertos	50
Tabla 13	Alpha de Cronbach para el cuestionario de estigmatización y discriminación general	51
Tabla 14	Alpha de Cronbach para la dimensión por mi condición de vivir con VIH/SIDA	52
Tabla 15	Alpha de Cronbach para la dimensión al saber que soy una persona que vive con el VIH/SIDA	52
Tabla 16	Alpha de Cronbach para la dimensión Experiencias de estigmatización y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA	52
Tabla 17	Descripción de la escala auto-aplicada de depresión de Zung(Self Rating Depression SDS)	52
Tabla 18	Descripción de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)	55
Tabla 19	Resumen de los factores “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y depresión	65
Tabla 20	Resumen del ANOVA para las variables depresión en relación con la “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”.	65
Tabla 21	Coeficiente de la regresión para las variables depresión” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”	66
Tabla 22	Resumen del modelo para las variables estado de la	67

	ansiedad en relación con la “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”.	
Tabla 23	Resumen del ANOVA para las variables estado de la ansiedad en relación con la “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”.	67
Tabla 24	Coeficiente de la regresión para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad-estado.	68
Tabla 25	Resumen del modelo para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo	69
Tabla 26	Resumen del ANOVA entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo	69
Tabla 27	Coeficiente de la regresión para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo	70
Tabla 28	Correlación entre la dimensión por mi condición de vivir con VIH/SIDA y la depresión.	71
Tabla 29	Correlación entre la dimensión al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y la depresión.	71
Tabla 30	Correlación entre la dimensión las experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA y la depresión.	72
Tabla 31	Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.	73
Tabla 32	Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-estado.	73
Tabla 33	Correlación entre el factor experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.	74
Tabla 36	Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.	76
Tabla 37	Correlación entre el factor experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo	77

## Índice de Figuras

Figura 1	El estigma y la discriminación relacionada con el VIH/SIDA	20
Figura 2	Estigmatización y discriminación general en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España	61
Figura 3	Discriminación por mi condición de vivir con VIH/SIDA en personas diagnosticadas con esta enfermedad de Catalunya, Barcelona-España	61
Figura 4	Discriminación al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA en personas diagnosticadas con esta enfermedad de Catalunya, Barcelona-España	62
Figura 5	Experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA en personas diagnosticadas con esta enfermedad de Catalunya, Barcelona-España.	62
Figura 6	Depresión en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España.	63
Figura 7	Ansiedad Estado en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España.	63
Figura 8	Ansiedad Rasgo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España.	64

## Introducción

Desde la aparición hace 30 años del VIH/SIDA se han logrado diferentes avances científicos y médicos para disminuir esta enfermedad con el tratamiento de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), Esto con el fin de intentar ofrecerles una mejor calidad de vida a los seropositivos. Sin embargo, existen otros factores como son el estigma y discriminación que de manera indirecta inciden en el desarrollo de esta epidemia y refuerzan las desigualdades sociales existentes, en especial las relacionadas con el género, la sexualidad y la etnia. Esta investigación pretende hacer un aporte teórico en relación con el estudio del estigma y la discriminación en pacientes con VIH/SIDA, con el fin de servir como referente para futuras investigaciones en el campo de la psicología. La importancia del estudio de la estigmatización relacionada con el VIH/SIDA ha sido ampliamente documentada desde el momento inicial de la aparición de la enfermedad por autores como Schávelzon (1992); Pinel (1999); Hult, Maurer y Moskowitz (2009); o Aggleton y Parker (2003). Estos autores definen el estigma y la discriminación no como acontecimientos aislados, sino procesos sociales conectados con fuerzas profundamente poderosas enclavadas dentro de las estructuras sociales. A pesar de la sensación, más o menos extendida entre el público en general, de que el VIH/SIDA es algo superado, los datos que presentaremos en esta investigación delinean un panorama muy distinto de la enfermedad en el contexto de un país europeo.

Diversos autores como Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal (2000) consideran que el estigma y la discriminación pueden tener consecuencias adversas importantes en la salud física y psicológica de las personas y la comunidad. La prevalencia de alteraciones de los estados emocionales es bastante elevada en los pacientes con VIH/SIDA. La infección con VIH/SIDA supone deterioros en las capacidades adaptativa, interpersonal y emocional, lo que conduce sin duda a padecer problemas emocionales que afectan seriamente su calidad de vida. Según Avelar, Cornejo y Torres (2011) el diagnóstico de VIH/SIDA produce sobre los enfermos, idénticos trastornos psicológicos que cualquier otra enfermedad que lleva indefectiblemente a la

muerte. Entre los problemas emocionales más comunes hallados en pacientes con VIH/SIDA está la ansiedad, depresión, distimia, estrés, la manía, el trastorno bipolar, pensamientos suicidas etc.

El contenido de la presente investigación está estructurado en cuatro capítulos:

En el primer capítulo, se presenta el planteamiento del problema, en la cual se describe la realidad problemática, la delimitación, formulación del problema, los objetivos, hipótesis y la justificación brindando al lector lo que se quiere contrastar en la investigación.

En el segundo capítulo, se hace un detalle minucioso del marco teórico de las dos variables de estudio, estigmatización-discriminación y estados emocionales, iniciando con los antecedentes de la investigación y una breve descripción del contexto social de las personas con VIH/SIDA en Barcelona España, para luego presentar de manera amplia la literatura desde diversos enfoques y criterios de las variables a estudiar.

En el tercer capítulo, se plantea los aspectos relacionados a la metodología de la investigación, en la cual se expone el tipo y diseño utilizado, incluyendo la población y muestra, la operacionalización de la variable y la descripción de los instrumentos utilizados durante la investigación.

En el cuarto capítulo, se analiza y explica los resultados obtenidos de la recolección de datos de las variables, brindando su interpretación, para luego presentar las conclusiones y recomendaciones del estudio.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1 Descripción de la realidad problemática.

Actualmente, según el informe de ONUSIDA 2016-2020, en España, hay entre 150.000 y 200.000 personas que viven con el VIH, de ellas, unas 50.000 han desarrollado SIDA. En España se diagnostican 10 nuevos casos cada día (más de 3.000 nuevos diagnósticos anuales) de VIH. En concreto, en 2014 según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se notificaron 3.366 nuevos diagnósticos de infección por VIH, esto presume un pequeño repunte respecto al año 2013. El 82% de ellos considera que su principal problema es la estigmatización y discriminación, por encima de los problemas de salud y el acceso a la medicación. El VIH/SIDA es una enfermedad que se ha propagado en el mundo, llegando a considerarse una pandemia. Sin embargo, mucha gente sigue desconociendo las normas básicas que podrían disminuir su contagio. Junto a la propagación de la enfermedad VIH/SIDA se han generado muchos falsos mitos, que deben ser reinterpretados para no causar una exclusión social de los infectados VIH/SIDA. En el mundo hay alrededor de 36 millones de personas que viven con el VIH y 19 millones aún no saben que la tienen. Según el Plan Nacional sobre el Sida (2013) es especialmente preocupante que el 48% de los nuevos diagnósticos se den de manera tardía.

Por su parte Apocada (2011) afirma: “30 años más tarde de ese primer diagnóstico, nos encontramos en un contexto social, en el que las personas con VIH todavía viven en un escenario donde el estigma y la discriminación siguen siendo una realidad. Esto está teniendo consecuencias importantes en sus vidas, tanto en el plano individual como en el grupal” (p 15). Asimismo indica que ser miembro de un grupo social estigmatizado puede converger en el plano psicológico en que las personas experimenten tres tipos de eventos vitales traumáticos; siendo el primero los *traumas directos*; que son aquellos que le ocurren directamente a la persona estigmatizada, tales como las experiencias de violencia interpersonal. El segundo son los *traumas indirectos*; son aquellos eventos o lesiones que les ocurren a otras personas de las redes sociales de la persona estigmatizada y de la que ella es testigo. Y

el tercero los *traumas insidiosos*; son eventos crónicos ligados a la estructura social, institucionalizados, que ocasionan diversas formas de opresión en la vida diaria.

Según el informe de ONUSIDA 2012-2030 el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA representan grandes obstáculos, en las sociedades actuales, desde su aparición hasta la actualidad, esta epidemia sigue siendo un problema que frena el proceso para poder alcanzar las metas y objetivos que se plantearon en su momento la Organización de la Naciones Unidas en la lucha contra el SIDA. Autores como Alzate, Pinilla y Simbaqueba, (2012), Arévalo y Ávila (2012) señalan que existe una clara vinculación entre prejuicio, estigma y discriminación. En España, una investigación llevada a cabo con una muestra representativa de la población en el año 2013 (Fuster, Molero, Gil de Montes, Vitoria, y Agirrezabal) enfatizó en la existencia de actitudes de rechazo y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA que fueron expresadas en diferentes maneras.

Avena (2012) señala que la complejidad del VIH/SIDA, el prolongado tiempo de evolución y las distintas circunstancias clínicas hacen que se produzcan con frecuencia alteraciones en la vida anímica de los pacientes que implican que, en muchas ocasiones, sea necesaria la intervención psicológica. En el documento de *Consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH/SIDA* realizado por GeSIDA en el año (2015) se estipula que los trastornos del estado de ánimo en los pacientes VIH/SIDA suele ser más elevado que el observado en la población general. Ante la notificación del diagnóstico de la infección, puede aparecer una reacción emocional en el recién diagnosticado, que usualmente suele estar relacionada con la depresión y la ansiedad.

Son diversos los estudios desde el campo de la psicología que han demostrado que el VIH/SIDA causa una serie de problemas psicológicos sobre las personas que tienen el diagnóstico de la enfermedad (Rodríguez y Fernández 2012, Apocada, 2011, Avena 2012, Gatell et al., 2010, Flowers, et al., 2011) destacan dentro de los trastornos más frecuentes la depresión, la ansiedad, el estrés, la ira al conocer el paciente el diagnóstico.



En razón de lo expuesto, la presente investigación parte del supuesto que el estigma-discriminación influye en los estados emocionales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

## **1.2 Delimitación de la investigación**

Esta investigación se realizó en la asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña (ACASC) Ubicada en el barrio del Raval de Barcelona-España, durante los periodos del 2015 al 2016.

### **1.2.1 Delimitación temporal**

El periodo que se determinó para realizar la investigación estuvo comprendido entre Noviembre del año 2015 a Junio del 2016. La investigación estuvo dividida en dos grandes partes, por un lado se realizaron las prácticas directas en la asociación ACASAC, durante los años 2013-2014 en donde tuve la oportunidad de trabajar directamente con personas diagnosticadas con el VIH/SIDA y fue desde entonces que se recopiló información seleccionada. Por el otro, durante el periodo 2014-2016 seguí colaborando con ACASC y se realizó el proceso de análisis de toda la información compilada para la presente investigación.

### **1.2.2 Delimitación geográfica.**

La investigación se realizó en España, en la ciudad de Barcelona, en el barrio del Raval, ubicado en la calle de la Lluna Nro.11 bajo, se escogió este barrio y en esta ciudad, ya que después de Madrid es la ciudad que cuenta con más personas infectadas con el VIH/SIDA.

### **1.2.3 Delimitación social:**

Nuestro trabajo de investigación se llevó a cabo con personas diagnosticadas con VIH/SIDA entre 18 a 70 años de edad, de diversos niveles socioeconómicos, de ambos géneros, residentes en la ciudad de Barcelona-España en la Asociación Ciudadana Anti Sida de Cataluña ACASC.

### 1.3. Formulación del problema

#### 1.3.1 Problema principal:

¿Qué factores de estigmatización - discriminación determinan estados emocionales (depresión-ansiedad) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?

#### 1.3.2 Problemas secundarios

1. ¿Qué relación existe entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
2. ¿Qué relación existe entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
3. ¿Qué relación existe entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
4. ¿Qué relación existe entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y el estado ansioso (ansiedad estado) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
5. ¿Qué relación existe entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y el estado ansioso (ansiedad estado) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
6. ¿Qué relación existe entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y el estado ansioso (ansiedad estado) en personas diagnosticadas con

VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?

7. ¿Qué relación existe entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y el estado ansioso (ansiedad rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
8. ¿Qué relación existe entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y el estado ansioso (ansiedad rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?
9. ¿Qué relación existe entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y el estado ansioso (ansiedad rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?

#### **1.4 Objetivos de la investigación**

##### 1.4.1 Objetivo general

Determinar que factores de estigmatización - discriminación se relacionan con los estados emocionales (depresión Ansiedad) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC

##### 1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar si el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
2. Determinar si el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA se relaciona con el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC

3. Determinar si el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
4. Determinar si el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso (ansiedad estado) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
5. Determinar si el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso (ansiedad estado) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
6. Determinar si el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso (ansiedad estado) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
7. Determinar si el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso (ansiedad rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
8. Determinar si el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso (ansiedad rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
9. Determinar si el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso (ansiedad rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC

### **1.5 Hipótesis de la investigación**

### 1.5.1 Hipótesis general

Los factores de estigmatización - discriminación se relacionan con los estados emocionales (Depresión y Ansiedad) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC

### 1.5.2 Hipótesis secundarias

1. El factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA determina el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
2. El factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA determina el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
3. El factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA determina el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
4. El factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA determina el estado ansioso (Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
5. El factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA determina el estado ansioso (Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC
6. El factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA determina el estado ansioso (Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC

## **1.6 Justificación de la investigación**

Esta investigación intenta hacer un aporte a los grandes esfuerzos que se han realizado a lo largo de más de 30 años desde la aparición del VIH/SIDA, por eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas diagnosticadas del VIH en el mundo. Asimismo aportar información práctica en relación con los principales cuadros y síntomas psicológicos que se producen con la infección por el VIH/SIDA con el fin de servir de herramienta de consulta para todas las personas o profesionales interesados en esta temática. Así como exponer como el VIH/SIDA es una enfermedad que tiene un amplio alcance independiente del género de las personas, edad, nacionalidad o grupo social. El interés y empeño por combatir la discriminación que sufren los pacientes de VIH/SIDA implican no sólo la transformación de las condiciones estructurales de desigualdad sino también una responsabilidad con la modificación de las pautas culturales y sociales basadas en los prejuicios y la intolerancia.

También se pretende hacer un aporte teórico en relación con el estudio del estigma y la discriminación en pacientes con VIH/SIDA, con el fin de servir como referente para futuras investigaciones, para contribuir en mejorar y dirigir más adecuadamente y fácil esta problemática a nivel mundial, fortalecer los esfuerzos de sensibilización y las políticas orientadas y desarrolladas a las personas con VIH, esta iniciativa motiva a una mayor participación de las personas con el VIH, permitiendo además documentar las experiencias de las de las mismas en relación al estigma y discriminación y que estos de alguna manera alteran los estados emocionales de las personas que las padecen en relación al diagnóstico de ser una persona con VIH.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-PRÁCTICO**

## 2. Antecedentes de la investigación

En cuanto a los antecedentes relacionados con nuestra investigación se han encontrado los siguientes:

Fuster, Molero y Ubillos (2016) en la investigación realizada en España sobre *Evaluación de una intervención dirigida a reducir el estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo* encontraron correlaciones entre los niveles altos de estigma y baja autoestima, bajo apoyo social y depresión, así mismo refieren que las personas con VIH viven en contexto social donde los prejuicios y la discriminación hacia ellas es una realidad, expresados en diferentes formas desde los más íntimos a los más institucionales, lo cual conlleva que estas personas presenten dificultades psicosociales como aislamiento, ansiedad, depresión, carga emocional.

Según resultados indicados por MINSA (2013) para el 2020 la depresión ocupará el segundo lugar de las enfermedades más frecuentes, constituyendo un problema de salud pública.

Moral y Segovia (2011) en su estudio sobre “discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA” en población mexicana, n=30, el análisis de resultados arrojó que entre el 57 y 77% de las participantes eran discriminadas, siendo las mujeres más jóvenes que tienen una mayor percepción y temores de discriminación que las mujeres adultas, indicando que son discriminadas con mayor frecuencia en los servicios de salud donde se revela o está registrada su condición de seropositivas; siendo las amas de casa las que reportan menor discriminación

Gatti, et al (2011) sobre la prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África, aproximadamente 800 pacientes, se obtuvieron los siguiente resultados: el 79% de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA tenían depresión, el 23% con depresión severa, el 16,5% depresión extrema y en menor porcentajes depresión leve y moderada, siendo los varones en un 82% quienes tenían una nivel mayor de depresión a diferencia de las mujeres, teniendo los varones un 23% de depresión extrema.



Talavera (2010) en la investigación realizada sobre *Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH* menciona que siendo el VIH una enfermedad crónica; a pesar que la mortalidad y morbilidad se han reducido de manera importante, las repercusiones psicológicas de la enfermedad generan dolorosas consecuencias psicosociales tanto en el paciente y su entorno. Es por ello se debe tener muy presente que la estigmatización y discriminación relacionadas a esta temática, producen efectos colaterales peligrosos en los estados de ánimo de las personas diagnosticadas con el VIH/SIDA y que no hay mejor manera de llevar una calidad de vida apropiada para hacer frente a esta situación, que permitan tomar decisiones favorables de salud que fomenten factores protectores y de bienestar.

Fuster et al., (2010) en su estudio realizado para la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida arroja datos importantes relacionados con los prejuicios y la discriminación que actualmente existe en España, en una muestra representativa de la población española de 1607 personas, en la cual se ha encontrado un porcentaje importante de la población siente incomodidad ante la presencia de una persona con VIH y también que, dado el caso, intentarían sortear el contacto con la persona contagiada; más de la mitad de la población se sentiría incómoda si algún compañero de colegio de su hijo tuviera el VIH. De los que manifiestan sentir incomodidad, el 40.1% cambiaría a su hijo de colegio si pudiera. Asimismo, cerca del 31% de la población se sentiría incómoda si alguno de sus compañeros de trabajo tuviera esta infección. De ellos, el 31.1% pediría que esa persona fuera cambiada a otro sitio o ella misma debería cambiarse a otro trabajo. Finalmente, algo más del 44% de la población se sentiría incómoda si un empleado de la tienda donde compra habitualmente tuviera el VIH; de ellos, más de la mitad iría a comprar a otra tienda si pudiera.

Logie y Gadalla (2009) en su investigación titulada *Meta-Analysis of Health and Demographic Correlates of Stigma Towards People Living with HIV* han utilizado diferentes muestras y una multitud de instrumentos de medición para examinar correlatos demográficos y de salud del estigma relacionado con el VIH/SIDA, destacando la importancia de la síntesis de los hallazgos de los diferentes estudios para obtener una mejor comprensión de estas

asociaciones. En este estudio de meta-análisis se utilizó para evaluar la resistencia global y la dirección de estas relaciones. Se integraron veinticuatro estudios de personas con VIH/SIDA, que se llevaron a cabo en los Estados Unidos entre enero de 2000 y noviembre de 2007. El meta-análisis reveló una variabilidad sustancial en las formas en que los investigadores midieron el estigma relacionado con el VIH/SIDA de los participantes, así como su salud física, emocional y mental. A pesar de esta variabilidad, el estigma dio un alto nivel y estuvo significativamente asociado con el bajo apoyo social. La asociación entre el estigma relacionado con el VIH/SIDA y la salud física tiene implicaciones potenciales para el tratamiento, cuidado y apoyo a las personas en diferentes etapas de la infección. El estigma y la discriminación en muchos casos afecta a las personas con VIH/SIDA hasta el punto tal, que pierden la confianza en los tratamientos y en sus capacidades para llevar una vida cotidiana normal. Se suma el miedo de la sociedad a una enfermedad que es transmisible, incurable y potencialmente mortal, estas ideas sin duda afectan directamente a las personas que lo padecen en sus estados anímicos.

Edo y Ballester (2006) en el artículo *Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos* analiza el estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos, indican en sus resultados que los pacientes seropositivos muestran un perfil psicológico con mayor grado de ansiedad estado y rasgo y niveles de depresión significativamente más altos que los enfermos oncológicos, asimismo refieren que los enfermos con VIH entienden que revelar su condición de portadores pueden producirles consecuencias negativas por la estigmatización, al percibir menos apoyo que los otros enfermos.

Bermúdez y Teva Álvarez (2003) en su estudio titulado *Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países* afirman que etiquetar a una persona como VIH positivo le produce un deterioro, así como en su familia y en su comunidad. La infección supone deterioro en las capacidades adaptativa, interpersonal y emocional, lo que conduce a un descenso en el bienestar y en la calidad de vida de la persona infectada.

## 2.1. Bases teóricas.

En la actualidad el VIH/SIDA es una enfermedad que se puede controlar y los avances alcanzados permiten que las personas tengan una mejor calidad de vida. No obstante, aún predomina en la sociedad una serie de creencias que estigmatizan o discriminan a las personas contagiadas. El VIH/SIDA es una enfermedad que abarca un sinnúmero de personas independiente de su género, nacionalidad, estrato social, o edad. Se han documentado ampliamente en diferentes investigaciones que los portadores del VIH/SIDA han sufrido experiencias como la pérdida trabajo, la familia, los vínculos afectivos, la vivienda, y además han sufrido maltrato verbal y físico, en diferentes contextos sociales y políticos.

Los cambios fisiológicos y psicológicos generados por el virus y el tratamiento del VIH/SIDA afecta directamente la vida de las personas portadoras y todo su entorno familiar y social cercano, ya que el VIH/SIDA es una enfermedad que hasta la actualidad no tiene cura. Durante el tratamiento psicológico es posible que detectemos en los pacientes con VIH/SIDA miedo o temor relacionados con el rechazo social, el estigma y la discriminación social. Algunos estudios Hult, Maurer y Moskowitz (2009); Dávila y Carmona (2014) con pacientes de VIH/SIDA han identificado diversos procesos de vulnerabilidad cuando las personas reciben su diagnóstico. El estigma tiene un carácter que desvaloriza – visiblemente o implícitamente - y rebaja a la persona que lo posee. Así, el estigma está estrechamente relacionado a conceptos como prejuicio y discriminación. Destacaremos para nuestro estudio los siguientes:

**-Por mi condición de vivir con VIH/SIDA:** Las relaciones del enfermo con la familia, amigos y compañeros de trabajo, serán redes fuertes o débiles, que sostendrán al paciente o lo dejarán caer; ya sea para los asuntos prácticos relacionados con el cuidado del enfermo o para los aspectos como el apoyo emocional; las personas allegadas al enfermo, contribuyen el contexto donde actuará el paciente. Muchos de los pacientes experimentaran una serie de temores relacionados con; temor por la falta de amor, el rechazo en el ámbito familiar, el temor al rechazo laboral y el aislamiento

**-Al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA:** Es muy importante la reorganización de las funciones cognitivas, puesto que son primordiales para que la persona se reincorpore al ámbito productivo (si es que por la enfermedad dejó de laborar); además el paciente en esta etapa debe haber construido una serie de protecciones emocionales, previendo el generalizado estigma y rechazo de que son víctimas los enfermos de VIH/SIDA, relacionado a la discriminación social, discriminación laboral y discriminación familiar.

**-Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA:** el estigma en relación con el VIH/SIDA suele estar erigido en mitos y estereotipos heredados por la incomprensión o falta de información de la enfermedad y de su contagio. Sin embargo, la reincidencia de esos estereotipos crea en la sociedad prejuicios muy sólidos, que se ven reflejados en actitudes intolerantes y excluyentes con las personas que padecen el VIH/SIDA. Dentro de las cuales se encuentra la exclusión de actividades familiares, exclusión de actividades sociales, exclusión de actividades religiosas, incluyendo dentro de ella la violencia psicológica, violencia física, discriminación Sexual y la discriminación por terceras personas.

El autor Rengel (2005) explica como en el subconsciente social coexiste un armazón complejo de significaciones y patrones previos que operan en un nivel preconsciente y que se encargan de filtrar la realidad, la cual es compartida implícitamente y explícitamente por el conjunto de la sociedad. Efectivamente la realidad surge como una distorsión del propio fenómeno y todo esto queda ilustrado en un colectivo muy concreto, como son los enfermos del VIH/SIDA. Según el Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021 (2015) la actual cobertura de servicios es inadecuada, y el ritmo de su expansión es demasiado lento para alcanzar las metas mundiales. No se logra concretar la totalidad de los beneficios de las medidas y los servicios eficaces de lucha contra el VIH. Según el Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021A fines de 2014, de los 37 millones de personas que vivían con VIH en todo el mundo, 17 millones no conocían su estado serológico, y 22 millones de personas no tenían acceso a los tratamientos antirretrovirales.

### 2.1.1. Estigma y Discriminación

Ventura y González (2014) refieren que el perjuicio de tener ideas anticipadas y hacer juicios sin tener ningún tipo de fundamento se convierte en una primera posibilidad de estigma hacia las personas, entendiéndose al estigma como el proceso social que invalida, anula y subvalora a quien sea dueño de una característica específica no común a los demás. Haciendo que el estigma sea una característica de marca negativa con efectos en la persona, relacionando su identidad como alguien indeseable, conllevando no solo a que se pueda dar dentro de la sociedad, sino de manera interna en la persona, debido a que después de percepciones sociales negativas, estas se transforman en ansiedad, miedo, reacciones de vergüenza, culpa o acusación, temor a ser sujeto de murmuraciones, exclusión social de participar en reuniones y entablar una relación sexual íntima, lo cual da paso a la discriminación, haciendo que estos prejuicios conduzcan a etiquetar al individuo distinguiéndolo de los demás, brindándole un trato diferenciado, en el caso de las personas infectadas se considera la discriminación como sinónimo de sida social, por temor de contagiarse al estrechar la mano, abrazar, besar, compartir cubiertos, ropa, utilizar el mismo baño, compartir cigarrillos entre otras prácticas cotidianas.

De acuerdo al Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (2012) el término estigma es un atributo indeseable, profundamente desacreditador que vuelve a una persona diferente de los demás, la transforma en una persona corrompida y menospreciada, lo que implica un signo de desgracias o vergüenza y cuando este estigma se instala en las personas el resultado es la discriminación.

Fernández (2011) refiere que el estigma es un proceso de desacreditar a las personas ante los ojos de los demás y la discriminación son las acciones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados, haciendo una distinción, exclusión o restricción arbitraria a estos.

Según la OIT (2010) definen al estigma como la marca social que, cuando se asocia a una persona, suele causar marginación o constituir un obstáculo para el pleno disfrute de la vida social de la persona infectada o

afectada por el VIH, en el caso de la discriminación refieren que es toda distinción, exclusión o preferencia que tenga por efecto anular o menoscabar la igualdad de oportunidades o de trato a las personas infectadas o que tengan alguna relación con ellas.

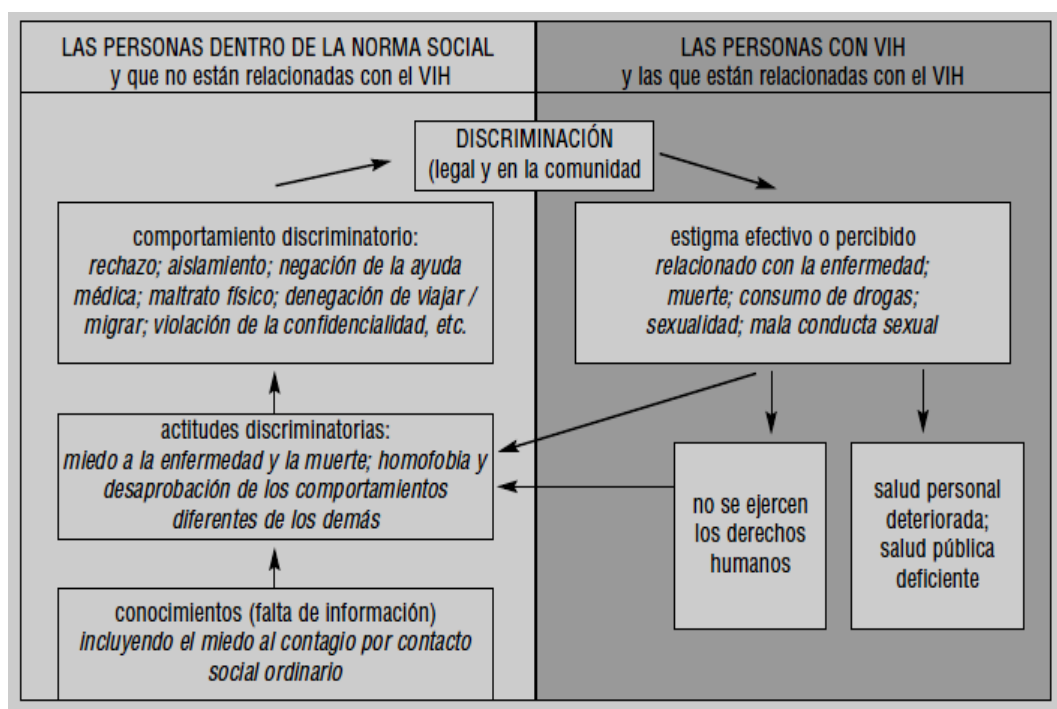
### **2.1.2. Estigma y discriminación en pacientes con VIH/SIDA**

El estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA representan grandes obstáculos, en las sociedades actuales, desde su aparición hasta la actualidad, esta epidemia sigue siendo un problema impidiendo de esta manera lograr las metas y objetivos que se plantearon en su momento. La Organización de la Naciones Unidas en la lucha contra el SIDA (ONUSIDA 2012-2030), tiene como objetivo eliminar el estigma, la violencia y la discriminación, contra las personas afectadas por el VIH y que viven con el VIH. Autores como Alzate, Pinilla y Simbaqueba, (2012), Arévalo y Ávila (2012) afirman que existe una clara vinculación entre prejuicio, estigma y discriminación.

Fuster, Molero y Ubillos (2016) mencionan que las personas con VIH viven en un contexto social donde los prejuicios y la discriminación hacia ella es una realidad, actitudes que se muestran de diferentes formas que están vinculadas desde los ámbitos más íntimos hasta los más institucionales, haciendo que estas personas infectadas acepten el rechazo existente hacia ellos, conllevando a que tengan sentimientos de auto-desprecio, culpa, ser mala persona por tener VIH depresión, ansiedad o desesperanza, que contribuyen al deterioro de su bienestar.

Ventura y González (2014) Según estos mismos autores reafirman que la discriminación y estigma a personas con VIH se da a nivel mundial desde un ámbito individual, familiar, comunidades, instituciones y los medios de comunicación así como en las políticas y prácticas del gobierno a través de una diversidad de actitudes, desde un gesto inconsciente, rechazo directo, ser desvalorizadas, negarse a brindarles los servicios de salud, planificación familiar, una serie de factores personales negativos.

Figura 1 El estigma y la discriminación relacionada con el VIH/SIDA



Fuente: OPS (2003)

Aggleton, Parker y Maluwa (s.f) refieren que el estigma asociado al VIH y al SIDA ha llevado a desarrollar temores, tales como temor a los gérmenes, a la enfermedad, a la muerte y a la multiplicidad de ansiedades vinculadas con la sexualidad, sumado a ello reacciones sociales negativas, por la escasa comprensión de la infección, los mitos sobre la transmisión y la interrelación que se da al estigma asociado al VIH/SIDA, resultando el estigma perjudicial en sí mismo, debido a que lleva a sentimientos de vergüenza, culpa, aislamiento, expresión de ideas prejuiciadas, lo cual ocasiona un deterioro a nivel personal con el aumento de ansiedad, estrés, depresión y calidad de vida no adecuada, no favoreciendo el estado de salud de la persona que padece la enfermedad.

En el informe de ONUSIDA (2005) la discriminación y el estigma relacionados con el VIH/SIDA son un obstáculo para los esfuerzos que se realiza para la prevención, porque hacen que las personas tengan miedo de averiguar si están o no infectadas, pedir información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro, por el temor que tienen de levantar sospechas

sobre su estado vinculándolo al VIH/SIDA. Por tanto, el estigma y la discriminación debilitan la capacidad de las personas y sociedades de auto-protegerse.

Según autores como Major y Eccleston (2005) en su artículo *Stigma and Social Exclusion* exponen como uno de los efectos importantes a nivel social del estigma y el prejuicio es la exclusión social. La exclusión social es un concepto complicado, ya que gira en torno a principios de justicia y reconocimiento de los derechos humanos fundamentales de las personas - derechos fundamentales como son el acceso a una vivienda digna o al empleo-, o en términos más generales, a la imposibilidad de un pleno desarrollo personal. Si bien la exclusión y la discriminación están seriamente relacionadas no significan lo mismo. De un lado, la exclusión consistiría en que el Estado no reconoce los derechos humanos de determinado grupo social y los pone en una evidente situación de desigualdad social. Por el otro, la discriminación puede ser realizada tanto por el Estado como por el conjunto de la sociedad.

Los estudios de Angermeyer y Schulze (2001) destacan la discriminación como uno de los elementos que hacen parte del estigma, y consiste en la devaluación o exclusión de las personas señaladas. Estos autores señalan la existencia de diferentes tipos de discriminación: (i) Directa: Se da en el área interpersonal y así mismo en el área de la salud. (ii) Estructural: se refiere a las consecuencias negativas que tienen para las personas con VIH/SIDA las relaciones sociales y el impacto personal y familiar. (iii) Auto-discriminación o auto-estigmatización: Los pacientes son conscientes de lo que supone tener VIH/SIDA y esperan un rechazo social. Para disminuir discriminaciones potenciales pueden realizar una evitación social activa, que ocasiona aislamiento, desmoralización y baja autoestima

Para autores como Ballester, Campos, García y Reinoso (2001) es vital la adhesión al tratamiento del VIH/SIDA para la vida de las personas afectadas y para la salud pública en general, puesto que se necesita que los pacientes se integren a los programas de intervención para mejorar su situación de exclusión y discriminación. Sin duda, es la familia la principal fuente de atención y apoyo para las personas contagiadas de VIH/SIDA en la



mayoría de los países en desarrollo (Aggleton y Parker 2002; Banco Mundial, 1997). Sin embargo, la familia también puede presentar respuestas negativas. A menudo, si las personas infectadas son mujeres, estas suelen tener experiencias de maltrato, rechazo y la pérdida de los hijos y el hogar. Su contagio suele estar relacionado con la promiscuidad, en el caso de los hombres se liga con la homosexualidad y el consumo de drogas. Todos estos tipos de asociaciones refuerzan el aislamiento social de las personas afectadas.

El sufrir una enfermedad como el VIH/SIDA que no tiene cura, supone para sus portadores un gran desgaste psicológico, puesto que se ven obligados a asumir un cambio en sus vidas (tratamientos, controles, exámenes, aprender nuevas pautas de comportamiento, etc.). lo cual puede generar la existencia de problemas emocionales, los cuales deben ser considerados como factores de riesgo para que se dé una baja adhesión terapéutica.

En la revisión bibliográfica realizada durante la investigación hemos encontrado los siguientes aspectos psicológicos adicionales a depresión y ansiedad manifestados por los pacientes con VIH/SIDA:

**Tabla 1. Aspectos psicológicos en pacientes con VIH/SIDA diversos autores.**

<b>Baja autoestima y miedo</b>	Nhamba, L., Hernández, M. E., y Bayarre, V. H. (2014)
<b>Negación, ira, aceptación, resignación y preparación para la muerte</b>	Avelar, Cornejo y Torres (2011)
<b>Expresando una evolución similar a la que se produce en los enfermos terminales</b>	Caro, M. A., Castilla, J., y Del Amo, J. (2010). Cutcliffe, JR. y Zinck, K. (2011)
<b>Somatización, síntomas obsesivo-compulsivos</b>	Arriaga, González, Castro, Pérez y Alerm (2013)
<b>Abuso de alcohol</b>	D. Fuster, M. Torrens, J. Tor, R.

---

Muga (2009)
**Consumo de drogas**
Antón Ruiz (2013) Castrucci, B.C. y  
Fernández, Puertas y Minaberriet (2012-  
2013)

**Fuente:** Elaboración propia. 2013-2015

Sánchez y Alvares (2003) Fuster (2011) mencionan que sobre el estigma que viven las personas portadoras del VIH/SIDA en Europa han señalado que la gran mayoría de los portadores de la enfermedad han vivido alguna situación, sentimiento o actitud de estigmatización. De los resultados de estos estudios se desprende que aún existen cuestiones culturales, políticas y sociales en muchos países desarrollados o subdesarrollados, que se traducen en estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA. En los años 2002 y 2003, la UNESCO impulsó la campaña “Vive y deja vivir” la cual se centraba en combatir todas las formas de estigma y discriminación. La discriminación y estigmatización contra las personas que viven con el VIH/SIDA y quienes las rodean es una de las dramáticas consecuencias del VIH/SIDA y un obstáculo importante para la prevención y asistencia.

En España, un estudio llevado a cabo con una muestra representativa de la población en 2013 (Fuster, Molero, Gil de Montes, Vitoria, y Agirrezabal) revelaron la existencia de actitudes de rechazo y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA que fueron expresadas en maneras diferentes. Así mismo se ha comprobado con investigaciones realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008 que la discriminación y el estigma pueden tener consecuencias adversas importantes sobre las personas portadoras de la enfermedad en diversos ámbitos como: (i) **Ámbito Social:** el maltrato físico y verbal, la pérdida de la vivienda, el trabajo, rechazo familiar, amigos y la violación de los derechos humanos básicos y de las libertades fundamentales. (ii) **Ámbito de la salud:** en la sanidad existen actos discriminatorios, varían de observaciones impropias a violación de la confidencialidad del paciente, pasado por tardanzas en el tratamiento y la negación de atención e higiene básica. A menudo las personas no solicitan

pruebas o tratamiento por miedo a ser discriminados. A nivel de salud provoca más ansiedad y estrés, depresión, aislamiento social y empeoramiento de la enfermedad. (iii) **Ámbito familiar:** sobrecarga de las personas cuidadoras, menos participación en la comunidad. (iv) **Ámbito personal:** aislamiento, vergüenza, sentimiento de culpa.

Investigadores como Cuevas (2003); Cartabia (2010); Maluwa, Aggleton y Parker (2002) han verificado un importante progreso en la identificación de las causas y los factores del estigma y la discriminación y han elaborado herramientas prácticas para programas con múltiples destinatarios y medidas estándar para evaluar los programas, enumerando una serie de principios generales como: (i) enfrentar las causas directas e indirectas del estigma y la discriminación como las principales preocupaciones de las poblaciones afectadas. (ii) usar un enfoque polifacético donde intervenga diversas disciplinas como son la psicología, sociología, antropología, medicina, para reducir el estigma y la discriminación. (iii) evaluar las iniciativas propuestas por los programas nacionales del VIH/SIDA con el fin de aminorar el impacto social y psicológico del estigma y la discriminación.

Es determinante reconocer no solo el tratamiento médico como prioridad, sino la necesidad de abordar los aspectos psicológicos de la enfermedad e incorporar la asistencia psicológica a los tratamientos para los pacientes con el VIH/SIDA. En el caso de la infección por el VIH/SIDA, cambios y alteraciones que se producen en el sistema nervioso y endocrino, asociado con la depresión, ansiedad o estrés que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad y la evolución de la misma (Thompson, Nanni y Levine 1996). De ahí la importancia de identificar los factores psicológicos relacionados con el proceso de la evolución de la infección por VIH y desarrollar modelos de intervención psicológica.

### **2.1.3 El contexto del VIH/SIDA España-Barcelona**

En Cataluña, la ciudad de Barcelona ha sido una de las zonas que han concentrado la mayor parte de portadores del VIH/SIDA, el alto consumo de heroína por vía de inyección sigue siendo una de las principales causa de contagio. Según Brugal i Puig (2005) en Cataluña, las tasas de mortalidad

entre los consumidores de heroína pasaron de 13,8 por 1.000 personas-año en 1985 a 34,8 por 1.000 personas-año en 1991, siendo las causas principales el VIH/SIDA y las intoxicaciones agudas (sobredosis y suicidio).

Desde que el primer caso de Sida en usuarios de drogas inyectadas (UDIs) se diagnosticara en Barcelona en 1984, se pasó rápidamente en un quinquenio a 268, representando ya el 55% de los casos de Sida declarados hasta el momento. La mortalidad por Sida también ascendió velozmente, pasando de 4 defunciones en 1985 a 100 en 1989. Esta tendencia se mantuvo hasta 1997, año en que se generalizaron las terapias antirretrovirales de alta actividad (TARGA) (Brugal i Puig, 2005, p. 25).

Durante los años 90 en Cataluña los profesionales que trataban las personas con VIH/SIDA aún estaban solamente centrados en el tratamiento de la adicción para conseguir la abstinencia, dejando de lado la salud integral del paciente. Las personas infectadas por el virus, muchos recibieron un trato discriminatorio en el ámbito sanitario, pero que también estaba reflejado en el plano legislativo, de la vida cotidiana, laboral y de la comunidad. Autores como Bermúdez, Sánchez, A. y Buela-Casal, (2000) consideran que el estigma y la discriminación pueden tener consecuencias adversas importantes en la salud física y psicológica de las personas y la comunidad.

Los datos del Programa de la Naciones Unidas ONUSIDA reportaron que en el año 2009 se notificaron en España un total de 77953 casos de VIH/SIDA. Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, y se estima que actualmente viven entre 125,000 y 150,000 personas infectadas por VIH. Cada año, hay entre 2500 y 3500 nuevas infecciones, la prevalencia estimada se sitúa en torno a las tres infecciones por mil habitantes, pero las tasas son mayores entre los hombres y los residentes en el medio urbano. El 30% de las personas infectadas aún ignora que lo está. En Cataluña, en el año 2009, se diagnosticaron 560 nuevos casos de VIH/SIDA, de los cuales el 78.9% son hombres. Desde el año 2001 al mes de junio del 2010, se han reportado 6134 casos de VIH.

En el año 2012 el informe bienal del Sistema integrado de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDAVIH de Cataluña (SIVES) presentado por el

Secretario de Salud Pública, Antoni Mateu, señaló que de los 33.000 casos registrados, el 25% desconoce que ha contraído el virus. Además, el 78% de los casos son hombres y alrededor de un 50% del total tienen entre 35 y 50 años. No obstante, se estima que casi la mitad de las nuevas infecciones (48%) ocurren entre los 15 y los 30 años. El informe también indica que en los jóvenes, el VIH/SIDA ha aumentado atribuido a la iniciación temprana de las relaciones sexuales y a que en este colectivo aumenta el número de contactos hasta tener una pareja estable. Cada año se diagnostican alrededor de 700 nuevos casos de sida en Cataluña, según los datos aportados por el informe epidemiológico SIVES, que indica que existe una tendencia al alza en el número de homosexuales diagnosticados de VIH/SIDA así como en el número de inmigrantes afectados (39% y 46% respectivamente), siendo en Cataluña donde estos últimos contraen la enfermedad.

Tabla 2. *Sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica*

CCAA de notificación	Año de diagnóstico														Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
BALEARES	135	136	146	185	146	204	185	184	154	172	168	133	1948		
CANARIAS	183	219	241	295	309	351	265	267	242	202	249	295	3118		
CATALUÑA	734	768	720	755	762	763	726	830	812	826	808	524	9028		
CEUTA	1	2	2	3	1	2	0	1	1	1	3	7	24		
EXTREMADURA	39	34	25	38	45	53	44	44	59	68	48	38	535		
NAVARRA	35	37	32	34	33	27	39	36	28	32	44	49	426		
PAIS VASCO	183	148	157	153	177	200	207	194	175	162	142	152	2050		
LA RIOJA	41	29	33	29	28	20	23	29	19	14	26	13	304		
ASTURIAS	96	112	87	80	82	122	101	107	87	78	59	72	1083		
GALICIA	.	211	211	212	215	213	220	173	188	224	187	177	2231		
MADRID	.	.	.	.	1007	1308	1286	1336	1217	1065	855	570	8644		
ARAGÓN	.	.	.	.	.	106	112	119	98	105	104	103	747		
MELILLA	.	.	.	.	.	3	2	1	4	5	6	0	21		
CASTILLA LA MANCHA	.	.	.	.	.	99	97	110	83	79	74	70	612		
CASTILLA Y LEON	.	.	.	.	.	.	156	137	164	131	126	111	825		
CANTABRIA	.	.	.	.	.	.	52	55	43	38	45	33	266		
MURCIA	.	.	.	.	.	.	113	125	119	97	88	93	635		
COM. VALENCIANA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	433	350	349	1132		
ANDALUCÍA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	484	577	1061		
TOTAL	1447	1696	1654	1784	2805	3471	3628	3748	3493	3732	3866	3366	34690		
Población CCAA participantes	14.489.101	17.417.278	17.668.855	17.906.093	24.302.431	28.026.013	32.732.970	32.843.416	32.853.439	37.863.951	46.591.857	46.452.801			
Tasa por 100.000 habitantes	10,00	9,74	9,36	9,96	11,54	12,38	11,08	11,41	10,63	9,86	8,30	7,25			

**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiología. España-2015.

En Cataluña se estima según el SIVES que en 2013, han aumentado el número de casos a 33.600 personas de las cuales, aproximadamente, 8.000

no saben que están infectadas. La mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA son hombres (79%) y la vía de transmisión más común es la sexual (95%). De igual forma el número de nuevos casos de VIH/SIDA entre los hombres que tienen sexo con hombres sigue aumentando, siendo especialmente alto en el grupo de inmigrantes 3,7/100 personas-año. En Cataluña el número de nuevos casos de VIH declarados por habitante es superior a la media europea (11,1 y 5,7, respectivamente) y un 42% se diagnostican tarde. Según el informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España realizado en el año 2015 por la Dirección General de Salud Pública, Los Casos de VIH/SIDA por categorías de transmisión y año de diagnóstico hasta el año 2015 son los siguientes:

Aprender a vivir con una enfermedad que hasta el día de hoy no tiene cura es un cambio de vida importante. Las personas contagiadas saben que esto les traerá cambios sustanciales en todos los aspectos de sus vidas. La comunicación diagnóstica de una enfermedad como el SIDA produce lo que Schávelzon (1992) denomina un Impacto Emocional Agudo, una disrupción del psiquismo. Es por esto que la mediación psicológica ocupa un lugar destacado a la hora de aprender a convivir con la nueva realidad de los pacientes con VIH/SIDA. La adaptación psicológica y social se muestra complicada por la dificultad que enfrenta las personas contagiadas fuera del ámbito de la salud e incluso dentro del mismo sistema de salud.

#### **2.1.4 Estados emocionales relacionados con el VIH/SIDA**

Los estados emocionales o también llamados estados del ánimo dentro de los cuales están enmarcados la depresión y ansiedad, los mismos que cuando generan un cambio en la vida cotidiana de las personas pasan a ser trastornos del estado de ánimo (García-Rivera, et al, 2014), desde un ámbito psicológico y por ser parte de este estudio el análisis documental se realizará, desde esta perspectiva.

Los trastornos del estado de ánimo incluyen la depresión y la distimia (diferenciándose básicamente en la intensidad y duración de la sintomatología), la manía (exaltación del ánimo) y el trastorno bipolar (cuando ha aparecido un episodio maníaco con o sin episodio depresivo previo). El

síndrome depresivo puede incluir tristeza, dificultades de concentración, dificultad o incapacidad de disfrutar (anhedonia), falta de energía, falta de motivación (apatía), ideas de inutilidad, de culpa, de desesperanza y de muerte, disminución del hambre, con la consiguiente pérdida de peso, insomnio, ansiedad, inhibición o inquietud psicomotora (GeSIDA,2015, p.26)

Según García-Rivera, et al, (2014) la ansiedad es un estado emocional, definido como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta.

## **2.2. El estado depresivo**

Montiel et al (2015) mencionan que la depresión es un trastorno clínico frecuente en la población general, haciendo que quien la padece muestre una tendencia al llanto, a la pérdida de interés y del placer a realizar las actividades habituales, con una percepción de pérdida de energía y de disminución del rendimiento para realizar cualquier actividad física, laboral o escolar, acompañada de inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Para Nhamba, Hernández y Bayarre (2014) la depresión es considerada como un estado psíquico en que la persona tiene vivencias de tristeza, desagrado, lentitud psíquica y lentitud motora, pocos deseos de alimentarse, ideas pesimistas y hasta llegar a tener ideas suicidas dependiendo su grado de depresión.

García, Maldonado y Ramírez (2014) refiere que el estado depresivo se caracteriza por una diversidad de síntomas como alteraciones del humor (irritabilidad, falta de capacidad de sentir placer, apatía), cognitivas, psicomotoras y vegetativas (sueño y apetito); así como también la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico. Para Reis, et al (2011) describen a la depresión como una condición común experimentada por personas viviendo en condiciones crónicas, causando incapacidad, afectando la evolución de la enfermedad e interfiriendo en la recuperación.



García y Barreto (2008) sugieren algunos síntomas para hacer un diagnóstico de la depresión, considerando cuatro aspectos, el primero de ellos es los síntomas psicológicos como disforia, tristeza, estado de ánimo depresivo, desesperanza, culpabilidad, ideas suicidas, llanto intenso, anhedonia y aislamiento social; lo segundo es los indicadores de la historia familiar de abuso de sustancias, trastorno bipolar, depresión. El tercer aspecto son otros indicadores como discapacidad desproporcionada, tratamiento con cortico esteroides, preocupación somática excesiva y el cuarto aspecto la reacción que generan en los demás como la irradiación del afecto de aburrimiento, aversión, desesperanza y poco interés en los demás.

Por su parte Lara, Acevedo y López (1998) indican que la depresión es uno de los estados psicológicos más recurrentes que afecta a la mayoría de las personas en el mundo y suele estar presente en diferentes épocas de la vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse en el tiempo llegando a durar meses o años. Sanz, Izquierdo y García (2012) estiman que, a lo largo de su vida, el 10,55% de la población española mayor de 18 años ha sufrido un episodio depresivo mayor y el 3,65% un trastorno distímico, mientras que, durante el último año, aproximadamente un 3,96% de los españoles mayores de 18 años han padecido un episodio depresivo mayor y un 1,49% un trastorno distímico (Haro et al., 2006).

Casullo (1998), indica que la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas entre los que encontramos:

- (i) anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia). En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.
- (ii) motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).
- (iii) cognitivos: valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.
- (iv) físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad sexual que en los hombres puede

acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.

(v) vinculares: se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva que se aíslen más.

### **2.2.1 Criterios diagnósticos de depresión**

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5)

#### **2.2.2 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).**

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión.

#### **2.2.3 Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5)**

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos

depresivos” y “trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

#### 2.2.4 Diagnóstico diferencial

**Tabla 3 Diagnóstico diferencial de la depresión**

Diagnóstico diferencial de la depresión	
Patologías médicas	Trastornos mentales
<p><b>Endocrino/Metabólicas:</b> Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria.</p> <p><b>Infecciosas:</b> Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias</p> <p><b>Neurológicas:</b> Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.</p> <p><b>Neoplasias:</b> Carcinomatosis, cáncer páncreas.</p> <p><b>Otros:</b> Lúes, dolor crónico</p>	<p>Trastorno angustia/ansiedad</p> <p>Trastorno obsesivo compulsivo</p> <p>Trastorno bipolar</p> <p>Distimia.</p> <p>Trastornos adaptativos</p> <p>Síntomas negativos de la esquizofrenia</p> <p>Consumo de tóxicos.</p>

Fuente: elaboración propia. 2016

Según la Guía de Práctica Clínica publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) el diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o

puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita. Se presentan las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva. Es importante tener en cuenta su posible presencia con el fin de realizar las pruebas pertinentes que orienten a estas patologías.

Además, existen drogas y fármacos que pueden causar sintomatología depresiva, por lo que también deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

**Tabla 4. Fármacos que generan depresión**

<b>efavirenz (Sustiva)</b>	Es un fármaco inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo a los nucleósidos
<b>anfotericina B</b>	Es un antibiótico antifúngico de uso parenteral y oral
<b>Cotrimoxazol</b>	Es un medicamento del grupo de los antibióticos
<b>Foscarnet</b>	Es la base conjugada del ácido fosfonoformico HOOC-PO <sub>3</sub> H <sub>2</sub> , es un antiviral utilizado para las infecciones por citomegalovirus
<b>Norfloxacin</b>	Es un antibiótico sintético del grupo de las quinolonas de amplio espectro, indicado casi exclusivamente en el tratamiento de las infecciones urinarias
<b>Vinblastina</b>	Es un fármaco de quimioterapia anticanceroso

**Fuente:** Elaboración propia.

Eje I Trastornos Clínicos.

F34.1 Trastorno distímico [300.4]

F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos [296.23]

Eje II Trastornos de la Personalidad.

Eje III Enfermedades Médicas.

Enfermedades infecciosas [001-139]

Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales.

Eje V Escala de Evaluación de la actividad Global, Puntuación.

### **2.3. El estado ansioso**

#### **Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo**

Siabato, Forero y Paguay (2013) al referirse a la ansiedad desde la propuesta de Spielberger (1971), quien desarrollo la teoría Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, mencionan que es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es estimado por la persona como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto. Por su parte Arrivillaga, López y Ossa (2006) mencionan que la ansiedad involucra una serie de sentimientos de tensión y anticipación que van acompañados de activación fisiológica vinculados con los estímulos internos y externos de cada personal.

Poves, Romero y Vucinovich, (2010) indican que la ansiedad se manifiesta en tres planos que son el psicológico, fisiológico-emocional y motor, siendo sus síntomas de hiperactividad vegetativa como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, nauseas, problemas para tragar, diarreas, tensión muscular, con respuestas de sobresalto exageradas y síntomas depresivos.

Baeza, et al (2008) refieren que la ansiedad tiene una diversidad de síntomas, en el aspecto físico está relacionado con la taquicardia, opresión de pecho, palpitaciones, falta de aire, sudoración, molestias digestivas, vómitos, nauseas, tensión y rigidez muscular, cansancio, en el aspecto psicológico con inquietud, sensación de amenaza, ganas de huir o atacar, agobio, inseguridad, despersonalización, celos, temor a perder el control, incertidumbre, problemas para tomar decisiones. En el aspecto conductual inhibición, estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza, impulsividad, dificultad para actuar, inquietud motora, y cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal como posturas rigidez, dificultad en los movimientos de las manos y brazos, cambios en la voz. Además cambios en lo intelectual o cognitivo como dificultad en la atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados,

entre otros. En el aspecto social, irritabilidad, dificultad para iniciar una plática, verborrea, bloquearse al momento de preguntas o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer sus derechos

Para nuestra investigación se ha considerado la ansiedad desde dos perspectivas: la ansiedad como rasgo (AR) y la ansiedad como estado (AE). Aunque ambos conceptos están relacionados presentan algunas diferenciaciones.

Como Siabato, Forero y Paguay (2013) entenderían la AR como una predisposición a percibir las situaciones ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de ansiedad. La AR señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a las personas con predisposición a percibir las situaciones como amenazadoras. De igual forma Guillamón (2004) expone que La AR es una característica de personalidad relativamente constante a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Las personas ansiosas tienen un evidente rasgo de ansiedad y responden a las situaciones amenazantes con estados de ansiedad de gran intensidad.

En el caso de la AE Endler y Kocovski (2001) exponen que la ansiedad la ansiedad estado es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo y la ansiedad estado son las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Según Guillamón (2004) la AE hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante.

Para autores como Siabato, Forero y Paguay (2013) Guillamón (2004) la AR es la característica de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad. Es decir, muchas personas que padecen un trastorno de

ansiedad podrían tener un nivel elevado de AR. Se trata de una característica de personalidad con una importante carga genética y se considera que podría estar implicada en la mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad y de depresión que tienen estas personas. Para algunos autores, la manifestación más pura de un nivel elevado de ansiedad rasgo es el *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)*.

### **2.3.1 Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad.**

#### **Manual Diagnóstico DSM-V**

#### **Trastorno de ansiedad (129)**

309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación.

300.23 (F40.10). Trastorno de ansiedad social (fobia social) (132)

300.01 (F41.0). Trastorno de pánico (133)

300.02 (F41.1). Trastorno de ansiedad generalizada (137)

293.84 (F06.4) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (142)

Según la American Psychiatric Association estas clasificaciones, tienen criterios muy similares para diagnosticar un trastorno de ansiedad. Los criterios del Manual Diagnóstico DSM-V para el diagnóstico del trastorno de Ansiedad Generalizada identifican algunos de los síntomas como son:

- Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño
- La preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico)
- fobia social
- trastorno obsesivo-compulsivo
- trastorno delirante.

Según la Organización Mundial de la Salud los criterios del CIE-10 para el diagnóstico del trastorno de Ansiedad Generalizada son:

- La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente.
- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).
- preocupaciones y presentimientos muy diversos.

Los trastornos de ansiedad en pacientes VIH/SIDA según diversos estudios Clucas et al. (2011) son más prevalentes que en la población general. La ansiedad es una reacción de tensión desproporcionada que se manifiesta mediante diversos síntomas:

A nivel cognitivo: como son la preocupación, inseguridad, temor, anticipación del peligro, falta de concentración, indecisión.

A nivel motor: como pueden ser la hiperactividad, movimientos desorganizados, tartamudeo.



A nivel fisiológico: como las palpitaciones, accesos de calor, sensación de ahogo, náuseas, temblores, hormigueos, cefalea tensional, sequedad en la boca, sudoración excesiva.

Existen factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad que una persona desarrolle trastorno de Ansiedad Generalizada entre los que encontramos:

**Tabla 5. Factores de riesgo para el trastorno de Ansiedad Generalizada**

<b>Factor genético</b>	aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados
<b>Historial familiar</b>	Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobreprotectores, abuso, y violencia.
<b>Abuso de sustancias</b>	El abuso de nicotina, alcohol, marihuana, y cocaína puede incrementar el riesgo de trastorno de ansiedad general.
<b>Condiciones médicas</b>	Los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña, o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general.
<b>Factores socioeconómicos y Étnicos</b>	Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación, y pérdida de fuertes lazos familiares
<b>Factores culturales</b>	Dos estudios en el año 2000 encontraron que los índices de ansiedad entre niños y adolescentes habían incrementado significativamente desde la década de 1950. Ambos estudios sugirieron que la ansiedad estaba relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado

de amenaza en el entorno.

**Eventos estresantes en personas susceptibles** La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen.

**Fuente:** Hettema, Prescott, Myers, et al (2012)

Según diversos autores Correa, Varela y Tovar (2006) Morrison, Petitto, Have, Gettes, et al. (2002) la adaptación psicológica a los cambios fisiológicos propios de la evolución del VIH/SIDA, presenta múltiples alteraciones en los estados emocionales por la percepción de amenaza constante y la sensación de impotencia; un nuevo síntoma, considerado como un nuevo signo del avance y desarrollo de la enfermedad, puede fomentar la aparición del estado depresivo y la ansiedad. Para los autores Ballester y Edo (2006) las reacciones emocionales que experimentan las personas afectadas por el VIH/SIDA pueden calificarse como alteraciones universales, generales, lógicas y variables universales en cuanto pueden ser experimentadas, en mayor o menor cantidad o intensidad, por los seropositivos o enfermos de VIH/SIDA de todas las partes del mundo.

**Tabla 6. Comportamientos en pacientes con VIH/SIDA**

<b>Autoestima baja</b>	Sentimientos de culpabilidad, sensación de rechazo, marginación, etc.
<b>Rechazo familiar y social</b>	Pérdida de redes personales necesarias para el afectado en este momento de gran estrés.
<b>Dificultades para mantener relaciones personales</b>	Provoca un sentimiento de aislamiento, iniciando, un proceso de auto-marginación que perjudica enormemente a la persona y recae en la familia y personas que conviven con la persona.

<b>Problemas de pareja</b>	Adaptación a las nuevas relaciones sexuales, sentimientos de culpabilidad, miedo de la pareja al contagio, aparición de nuevos datos de la pareja ocultos hasta este momento (consumo de drogas, relaciones extramatrimoniales, relaciones homosexuales, etc.), que favorecen la desestabilización familiar.
----------------------------	--

<b>Dificultades en la inserción laboral</b>	El evitar buscar trabajo por temor a suscitar el rechazo o el estigma social.
---	---

La baja capacitación profesional de una parte de la población infectada de VIH-SIDA, por lo que las alternativas laborales se reducen considerablemente.

La oferta laboral en estos casos de menor capacitación está mayoritariamente concentrada en labores manuales, donde el esfuerzo físico es fundamental. Por lo que nos encontramos con otra dificultad añadida para poder alargar la vida profesional de estos pacientes.

---

Fuente: Elaboración propia.2014

Cuevas (2003) afirma que los trastornos psiquiátricos pueden preceder a la infección por el VIH/SIDA o desarrollarse como consecuencia directa de ésta (efectos del virus sobre el SNC) o indirecta (reacción ante la noticia de ser seropositivo, por ejemplo). Los sujetos infectados por el VIH pueden presentar manifestaciones psiquiátricas en todas las fases de la enfermedad. Frecuentemente los pacientes presentan más de un trastorno al mismo tiempo. Esto hace que el diagnóstico se tenga que realizar de manera cuidadosa a través de una observación clínica detallada. Una clasificación de algunos de los trastornos psiquiátricos o mentales más comunes que presentan los pacientes con VIH/SIDA son:

**Tabla 7. Trastornos mentales en pacientes con VIH/SIDA.**

<b>Trastornos mentales aparentemente de etiología orgánica</b>	Trastornos mentales aparentemente de etiología No orgánica
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delirium.</li> <li>-Trastorno orgánico de la personalidad.</li> <li>-Psicosis orgánica</li> <li>-Trastornos orgánicos por drogas, alcohol.</li> <li>-Síndrome de abstinencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ansiedad</li> <li>-Depresión</li> <li>-Psicosis reactiva breve</li> <li>-Suicidio</li> <li>-Insomnio</li> <li>-Reacciones de duelo patológico</li> </ul>

Fuente: Cuevas (2003)

En el año 2014 la Revista Española de Salud Pública publicó un artículo de Hernando, Ortiz, y Galán *HIV and other Sexually Transmitted Infections among Migrant Population in Spain* el cual nos muestra un incremento de la proporción de inmigrantes en los nuevos diagnósticos de infección VIH/SIDA, junto con elevadas cifras globales de retraso diagnóstico en la población general. Inmigrantes con más barreras idiomáticas y menos conocimiento de la infección, y otras poblaciones vulnerables como son poblaciones de difícil acceso con un menor patrón de uso de servicios públicos de salud y en cambio más próximos a las fundaciones o ONGs.

### **2.3.2 Estados emocionales relacionados con el VIH/SIDA**

Los trastornos psicológicos asociados a la infección por VIH/SIDA se caracterizan principalmente por una variedad de complicaciones que surgen cuando a las personas que se realizan la prueba son detectados como seropositivos. Entre las más significativas encontramos: la ansiedad, depresión, ira, culpa, obsesiones compulsivas, la hipocondría. Según Arrivillaga et al. (2006); Morrison et al. (2002); Noguera, Pérez y García (2013) en sus estudios afirman que los diferentes estados de ánimo, los factores psicológicos, las alteraciones mentales, los hábitos de salud intervienen en el contagio por VIH/SIDA y marcan el proceso de salud-

enfermedad que determina la calidad de vida. De igual forma Arrivillaga et al. (2006) detectó la presencia de problemas clínicos de ansiedad y depresión en portadores del VIH/SIDA. Algunas investigaciones muestran una fuerte relación entre la progresión de la infección y la ansiedad en pacientes con VIH/SIDA. Desde diversos estudios Hult, Maurer y Moskowitz (2009); Dávila y Carmona (2014) con pacientes de VIH/SIDA han identificado diversas reacciones cuando las personas reciben un diagnóstico; entre las cuales encontramos las siguientes:

**Tabla 8. Reacciones emocionales más comunes en pacientes con VIH.**

<b>Emoción</b>	<b>Reacción</b>
<b>Catastrofismo</b>	El paciente percibe la noticia como una sentencia de muerte.
<b>Depresión</b>	En el paciente surgen pensamientos de tipo pesimista. En algunos pueden aparecer ideas suicidas.
<b>Enfado</b>	El paciente cree que no tiene la culpa de lo que le está sucediendo y en varias ocasiones culpa a otras personas.
<b>Agresividad</b>	El paciente puede mostrar reacciones en contra de sí mismo o en contra de los demás.
<b>Miedo</b>	El paciente presenta un sentimiento de miedo al rechazo de sus familias, en otros casos miedo al abandono de sus parejas o seres queridos.
<b>Confusión</b>	El paciente no quiere aceptar lo que está ocurriendo.
<b>Negación</b>	El paciente se niega a aceptar que debe iniciar un tratamiento (terapia, análisis, pruebas)
<b>Preocupación</b>	El estado de salud del paciente puede llevar a ideación hipocondriaca

**Fuente:** Elaboración propia.2014

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### 3. Metodología

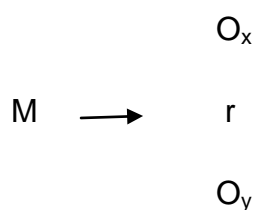
#### 3.1 Tipo de la investigación

El tipo de investigación es básica, ya que tiene por finalidad ampliar y profundizar los aspectos teóricos relacionados al contexto de la realidad, caracterizándose por un marco teórico y tiene como finalidad incrementar conocimientos científicos, (Muntané, 2010).

#### 3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación que utilizamos es el que corresponde a una investigación no experimental, de tipo transversal o transeccional, correlacional. Según Hernández, et al (2010) es no experimental, porque son diseños que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solamente se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, (p. 149). Asimismo es transversal porque los datos se han recogido en un tiempo único, su propósito es describir dos o más variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado y es correlacional porque se quiere ver la relación entre ambas variables. (p. 104).

El diseño se representa con el diagrama siguiente:



Dónde:

M : Muestra en estudio

$O_x, O_y$  : Observación a cada una de las variables

r : Posible relación entre las variables.

### 3.3 Población y muestra de la investigación

#### 3.3.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por un grupo de 250 personas diagnosticadas con VIH/SIDA, residentes en la ciudad de Barcelona-España, que asisten de manera activa a la ONG ACASC (Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña).

#### 3.3.2 Muestra

La muestra es obtenida por el método no probabilístico por conveniencia, teniendo como criterios de inclusión, pacientes que no tenían medicación que les generará ansiedad o depresión y que habían sido contagiados por relaciones sexuales en riesgo y no por otros medios, considerando estas características, resulto la muestra un total de 50 pacientes entre hombres y mujeres con una edad comprendida entre 18 a 70 años, de diversos niveles socioeconómicos y de diferente estado civil.

**Tabla 9. Descripción de la muestra**

PACIENTES (ACASC)	SEXO			TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	TRANSGÉNERO	
VIH/SIDA	31	17	2	
<b>TOTAL DE MUESTRA</b>				<b>50</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.4 Variables, factores e indicadores

**Tabla. 10 Operacionalización de las variables estigmatización-discriminación y estados emocionales**

Variables	Factores	Indicadores
-----------	----------	-------------



estigmatización discriminación	por mi condición de vivir con VIH/SIDA	Temor por falta de amor
		Temor al rechazo de sus familiares
		Temor a no ser aceptado en el ámbito laboral
		Sentimiento de minusvalía
		Aislamiento
	Al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA	Discriminación social
		Discriminación laboral
		Discriminación familiar
	Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA	Exclusión de actividades familiares
		Exclusión de actividades sociales
Exclusión de actividades religiosas		
Violencia psicológica		
Violencia física		
Discriminación Sexual		
Discriminación por terceras personas		
Estados emocionales	Depresión	Síntomas afectivos
		Síntomas físicos
		Síntomas Cognoscitivos

		Síntomas psicológicos
	Ansiedad	Ansiedad como estado
		Ansiedad como rasgo

**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.5.1 Técnicas

Durante la realización de la investigación se utilizó la técnica de la encuesta, que es un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, mediante el cual se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, (Casas, Repullo y Campos, 2003) mediante la aplicación de cuestionarios.

#### 3.5.2 Instrumentos

Para la recolección de datos se aplicaron tres instrumentos dos de los cuales se encuentran estandarizados en población Española: *la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* y *la Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)*, los cuales corresponden a la segunda variable referida a los estados emocionales, y debido a que el diseño de estudio demandaba objetividad en los resultados y al no contar con un instrumento idóneo para recopilar información cuantificable de la primera variable sobre estigmatización-discriminación, este fue elaborado por el autor. A continuación se detalla cada uno de los instrumentos aplicados.

#### Instrumento 1:

**Tabla 11. Descripción de cuestionario de Estigmatización-Discriminación de VIH/SIDA**

<b>Nombre del Test</b>	Cuestionario de Estigmatización y Discriminación de VIH/SIDA
<b>Autor</b>	Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani

<b>Procedencia</b>	Universidad Alas Peruanas
<b>Aparición</b>	2016
<b>Objetivos</b>	Busca evaluar de manera directa las percepciones de estigma y discriminación por personas diagnosticadas con VIH/SIDA
<b>Características</b>	<p>Cuestionario escrito, respuestas en escala de Likert, con una valoración de 1 a 5, consta de 40 ítems.</p> <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por mi condición de vivir con VIH/SIDA.</li> <li>- Al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA.</li> <li>- Experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA.</li> </ul>
<b>Administración</b>	Es aplicable a partir de los 11 años de edad, siendo su forma individual o colectiva, el tiempo de aplicación no es definido, siendo este de aproximadamente de 10 a 20 minutos.
<b>Calificación</b>	Cada protocolo se evalúa de acuerdo a una clave de calificación única para ambos sexos, en los diferentes factores. La sumatoria se hace escala por escala.
<b>Rol que cumplen</b>	Es utilizado para predecir la forma en que los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA reaccionaran en ciertas situaciones de estigma y discriminación.

**Fuente:** elaboración propia

### **Descripción del cuestionario estigmatización-discriminación de VIH/SIDA**

El cuestionario estigmatización y discriminación es una adaptación de diversos cuestionarios que evalúan estos dos aspectos, habiéndose considerado preguntas de la investigación titulada Índice de estigma y discriminación en personas con VIH realizada por Fernández (2011) en Guatemala y del Estudio índice de estigma y discriminación en personas con VIH – Nicaragua elaborado por Larios (2013).

El cuestionario se utiliza para medir la percepción de estigmatización y discriminación en personas con diagnóstico de VIH/SIDA, consta de 40 ítems. Solicitando a los encuestados que indiquen desde un nivel de 1 (nada) a 5 (siempre) lo que están pasando o viviendo en los últimos tres meses con relación a su diagnóstico de seropositivo y el estigma-discriminación.

Descripción de las factores del cuestionario estigmatización-discriminación de VIH/SIDA

- Dimensión por mi condición de vivir con VIH/SIDA, esta dimensión evalúa el temor que tiene el paciente a la falta de amor, al rechazo en el ámbito familiar y a no ser aceptado en el ámbito laboral, sentimientos de minusvalía y aislamiento, los cuales están incluidos del ítem 1 al 18.
- Al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA, esta dimensión evalúa la discriminación social, laboral y familiar, estando incluidos del ítem 19 al 31.
- Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA, se evalúa la exclusión de actividades familiares, sociales, religiosas, la violencia psicológica, física y discriminación sexual y por terceras personas, incluidas en los ítems del 32 al 40.

### **La Validez del cuestionario por juicio de expertos**

El cuestionario estigmatización-discriminación de VIH/SIDA fue evaluado por tres especialistas, de los cuales uno verificó el aspecto metodológico y los tres la validez del contenido, comprobaron si los instrumentos en cuestión medían o no la variable independiente, Hernández et al., (2010, p. 204). El Licenciado en psicología Jaime Antonio Quezadas, profesional especialista en psicoterapia en personas diagnosticadas con VIH/SIDA, la trabajadora social especialista en pacientes con VIH/SIDA Jennifer Navarro Alcaide y el Sociólogo Lucio Sanpietro Ferrer, experto en personas en Exclusión y riesgo social y VIH/SIDA, quienes indicaron que el cuestionario tenía una validez promedio de 89%, el cual se podía aplicar a la muestra de estudio.

**Tabla 12. Descripción de valoración por juicio de expertos**

INDICADORES	CRITERIOS	Jaime Antonio Quezadas Bolaños	Jennifer Navarro Alcaide	Lucio Sampietro	Promedio del % de puntuación asignada por expertos
<b>1. CLARIDAD</b>	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible	90%	90%	60%	80%
<b>2. OBJETIVIDAD</b>	Permite medir hechos observables	95%	92%	80%	89%
<b>3. ACTUALIDAD</b>	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología	92%	80%	90%	87%
<b>4. ORGANIZACIÓN</b>	Presentación Ordenada y secuencial	78%	93%	80%	84%
<b>5. SUFICIENCIA</b>	Comprende los aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente	98%	88%	80%	87%
<b>6. PERTINENCIA</b>	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados	96%	95%	80%	90%
<b>7. INTENCIONALIDAD</b>	Adecuado para valorar aspectos de las variables	95%	90%	90%	92%
<b>8. CONSISTENCIA</b>	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.	99%	96%	90%	95%
<b>9. COHERENCIA</b>	Entre los índices, indicadores y los factores	96%	94%	90%	93%

<b>10. ESTRATEGIA</b>	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.	95%	96%	98%	96%
<b>11. APLICACIÓN</b>	Existencia de condiciones para aplicarse.	80%	89%	78%	82%
<b>PROMEDIO DE PORCENTAJES</b>		92%	91%	83%	89%

Fuente: Elaboración Propia 2016

### La prueba de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach

Para la determinación de la confiabilidad del cuestionario se utilizó el estadístico Alpha de Cronbach que es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida como es el caso de este cuestionario.

En primer lugar se realizó una prueba piloto con 50 pacientes de la Asociación ACASC que no formaban parte del estudio, pero que tenían características similares a la muestra de la investigación. Luego de la aplicación del cuestionario los resultados finales fueron analizados por el coeficiente de correlación Alfa de Cronbach, obteniéndose una excelente confiabilidad del Discriminación de 0.937. De igual manera cada uno de los factores fueron medidas obteniéndose; Por mi condición de vivir con VIH/SIDA de 0.904, Al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA de 821 y Experiencias de estigma y discriminación a manos de terceras personas por vivir con VIH/SIDA de 0.851. Las tablas sobre los resultados del Alpha de Conbrach se presentan a continuación.

**Tabla 13.** Alpha de cronbach para el cuestionario de estigmatización y discriminación general.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,937	,942	40

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 14.** Alpha de cronbach para la dimensión por mi condición de vivir con VIH/SIDA

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,904	,904	18

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 15.** Alpha de cronbach para la dimensión al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,821	,851	13

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 16.** Alpha de cronbach para la dimensión Experiencias de Estigma y Discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,851	,845	9

Fuente: Elaboración Propia

## **Instrumento 2**

**Tabla 17.** Descripción de la Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)

<b>Nombre del Test</b>	La Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)
------------------------	--

<b>Autor</b>	W.W.Zung
<b>Aparición</b>	1965
<b>Objetivos</b>	Busca evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.
<b>Características</b>	<p>Cuestionario escrito, respuestas en escala de Likert, con una valoración de 1 a 4, consta de 20 ítems.</p> <p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas afectivos</li> <li>- Síntomas físicos</li> <li>- Síntomas cognoscitivos</li> <li>- Síntomas psicológicos</li> </ul>
<b>Administración</b>	Es aplicable a partir de los 15 años de edad, siendo su forma individual o colectiva, el tiempo de aplicación no es definido, siendo este de aproximadamente de 20 a 30 minutos.
<b>Calificación</b>	Cada protocolo se evalúa de acuerdo a una clave de calificación única para ambos sexos, en los diferentes factores. El rango de puntuación es de 20 a 80 puntos.
<b>Rol que cumplen</b>	Es utilizado para determinar los niveles de depresión en una persona en cuatro rangos, normal o sin patología, leve, moderado y severa.

---

**Fuente:** elaboración propia

## **Instrumento 2:**

### **Descripción de la escala de depresión de zung**

La Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala auto-aplicada que consta de 20 ítems relacionados con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los



síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Conde, Escribá, e Izquierdo (1970) afirmaron que el paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”<sup>1</sup>, en otras se hace referencia a “su situación actual”<sup>2</sup>, o a la semana previa<sup>3</sup>.

### **Interpretación**

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones. Habiéndose considerado en nuestra investigación la siguiente baremación:

Normal: 0-50 puntos

Depresión leve 51-59 puntos

Depresión moderada 60-69 puntos

Depresión severa o alta 69 a más puntos

### **Confiabilidad y validez de la escala**

Conde, Escribá, e Izquierdo (1970) refieren que los índices de confiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,92) y Rivera et al (2007) indicó una confiabilidad general del alfa de Cronbach de 0.88. En cuanto a la validez estos mismos autores refieren que los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80, con una buena validez de

constructo e informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, adicionalmente se puede mencionar que la escala esta estandarizada a nivel internacional.

**Tabla 18 Descripción de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)**

<b>Nombre del Test</b>	Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
<b>Autor</b>	Spielberger, C, Gorsuch, R y Lushene, R.
<b>Aparición</b>	1982
<b>Procedencia</b>	California, Estados Unidos
<b>Objetivos</b>	Busca evaluar el nivel de ansiedad, en dos Factores: Como ansiedad estado y como rasgo.
<b>Características</b>	Cuestionario escrito, respuestas en escala de Likert, con una valoración de 1 a 4, consta de 40 ítems.  Factores: - Ansiedad Rasgo  - Ansiedad Estado
<b>Administración</b>	Es aplicable para adolescentes y adultos, de manera individual o colectiva, el tiempo de aplicación no es definido, siendo este de aproximadamente de 15 a 25 minutos.
<b>Calificación</b>	Cada protocolo se evalúa de acuerdo a una clave de calificación única para las dos factores. El rango de puntuación es de 20 a 80 puntos.
<b>Rol que cumplen</b>	Es utilizado para determinar los estados de ansiedad en una persona en tres rangos, bajo, medio y alto.

**Fuente:** elaboración propia

### **Instrumento 3**

#### **Inventario de Ansiedad: Estado - Rasgo (IDARE).**

El inventario de Ansiedad fue creado en 1966 por Spielberger, Gorsuch, y Lushene, estos lo hicieron con el propósito de disponer de una escala,

relativamente breve y confiable, para medir dos factores básicos de la ansiedad: como rasgo y como estado.

Desde su aparición, el IDARE había sido traducido y adaptado a 48 idiomas y dialectos (Spielberger, 1989). El IDARE ha sido sometido a numerosos procesos de validación y es una de las pruebas que más se utiliza para la evaluación de la ansiedad, tanto en personas sanas, como en pacientes psiquiátricos y personas con problemas de enfermedades crónicas o dolor (Spielberger, 2002), el cual se encuentra estandarizado a nivel internacional. El inventario de Ansiedad (IDARE) es un inventario auto-evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), la cual es auto-aplicada. Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 1 a 4 en ambas sub-escalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

### **Corrección e Interpretación**

Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Grau, Castellanos y Martin (1986) se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej. Estoy nervioso) y otras de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta. Suministra una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos.

Grau, Castellanos y Martin (1986) la baremación del IDARE consta de la Ansiedad Estado, reactivos positivos, evaluados en los ítems:

3,4,6,7,9,12,13,14,17,18= A y los negativos e invertidos son: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20= B, se procede a realizar la siguiente valoración  $(A-B)+50=$ ; de las cuales se obtiene los tres tipos de niveles de ansiedad Estado que son: Alto ( $> = 45$ ): Medio (30-44); Bajo ( $< = 30$ ); y del caso de Ansiedad Rasgo, evaluados en los ítems positivos y directos son: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40 =A y los negativos e invertidos son: 21,26,27,30,33,35,39 =B, se procede a realizar la siguiente valoración  $(A-B)+35=$ ; de las cuales se obtiene los tres tipos de niveles de ansiedad que son: Alto ( $> = 45$ ), Medio (30-44), Bajo ( $< = 30$ ). Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

#### **Nivel de ansiedad:**

- Baja menos de 30 puntos
- Media 30-44 puntos
- Alta más de 44 puntos

#### **Análisis Estadístico**

Para el análisis descriptivo de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2010, el cual sirvió para representar la información en graficas en porcentajes respecto a la variable independiente “estigmatización - discriminación en pacientes con VIH/SIDA” y la variable dependiente “estados emocionales en pacientes con VIH/SIDA de la asociación ACASC”.

Para el análisis inferencial de los datos, el cual sirve para contrastar las hipótesis planteadas se utilizaron dos tipos de análisis aplicándose dos estadígrafos.

En un primer momento para la hipótesis general, “Los factores de estigmatización - discriminación se relacionan con los estados emocionales en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC” al tener tres factores la variable independiente

(predictoras):  $f_1$  “condición de vivir con VIH/SIDA”,  $f_2$  “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y  $f_3$  “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”, y conocer su relación con la variable dependiente (explicativas), se utilizó la técnica multivariante de **Regresión lineal múltiple**, que se sirve para demostrar las relaciones causales entre varias variables o factores independientes (predictoras posibles causas) y una variable dependiente (explicativa, posible efecto o resultado), así como predecir de una forma aproximada un comportamiento. Siendo este el caso del presente estudio se optó por esta técnica. (Closas, et al 2013 p. 70, Baron y Tellez, s.f. p. 35, Ruiz, 2014, septiembre 25). Considerando que en una regresión lineal múltiple se debe realizar el análisis de varianza de la regresión, esta se hace a través del **Anova**, que es un estimador para realizar este tipo de análisis, y siendo requisito que si las variables explicativas (estados emocionales) son categóricas se utiliza el Anova, como es el caso del presente estudio. (Cayuela, 2010, Hospital Universitario Ramón y Cajal, s.f.).

En el segundo momento, para contrastar las hipótesis secundarias se utilizó el estadígrafo **La Tau-b de Kendall** para medir la correlación en variables categóricas como es nuestro caso, siendo los datos ordinales al tener más de tres niveles (Minitab, s.f., y Badii et al 2014 p.33). Los análisis mencionados se pueden apreciar en el capítulo de los resultados.

### 3.6 Procedimiento.

Para llevar a cabo la presente investigación, se solicitó el permiso correspondiente a la Coordinación General de la Asociación Ciudadana Anti.Sida de Cataluña ACASC y a los profesionales encargados, quienes desde un principio mostraron interés en el tema dado que esta problemática es muy importante para que ellos sigan mejorando el servicio que brindan.

Una vez obtenido el permiso correspondiente y previo a ello firme un documento donde me comprometía a guardar confidencialidad de la información de la asociación y de los usuarios.

Después de tener la autorización y compromiso asumido, se procedió a seleccionar la población y obtener la muestra de estudio, una vez seleccionada la misma se les entrego el consentimiento informado y el aseguramiento de la confidencialidad del manejo de la información recolectada, para poder dar inicio a la recolección de datos.

### **Consentimiento informado**

El consentimiento informado significa que se debe solicitar a cada persona entrevistada su consentimiento para la recolección y proceso de sus datos personales, ulteriormente se procede a informarle considerablemente sobre la naturaleza del estudio, quiénes participan en él, cómo serán procesados y almacenados los datos y para qué serán utilizados. El/la entrevistador/a se asegurará de explicar a la persona entrevistada, que tiene la libertad de rehusar ser entrevistada, retirarse de la entrevista en cualquier momento, o rehusar contestar una pregunta o conjunto de preguntas en particular. Con el propósito de apoyar este aspecto, el estudio utilizó una hoja informativa y un formulario de consentimiento informado con cada persona de la muestra. La persona colaboradora debe firmar el formulario registrando que se ha otorgado explícitamente el consentimiento. Es especialmente importante hacer esto en este estudio debido a que los datos a ser recolectados son de naturaleza personal y también se centran en aspectos sensibles (como las relaciones sexuales y casos de discriminación). Si la persona entrevistada no otorga libremente su consentimiento, el/la entrevistador/a dará por terminado el procedimiento. (ONUSIDA Guatemala, 2011)

### **Confidencialidad**

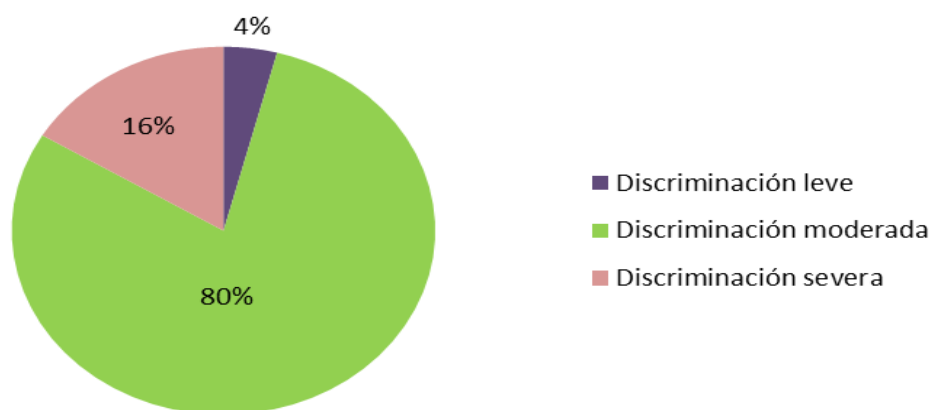
La confidencialidad se refiere a quién tiene el derecho de acceso a los datos provistos por las personas participantes en el estudio. Durante el proceso de la investigación y después con la información recolectada, se establecieron las medidas apropiadas de tal forma que se tenga la absoluta seguridad de que la información recogida por los participantes, así como su identidad, se mantienen confidenciales; cualquier violación de la confidencialidad podría conducir a estigmatización, pérdida del empleo o de acceso a servicios, exposición en los medios, violencia física, entre otros. Posteriormente, una vez concluida la aplicación de los instrumentos, se agradeció a cada uno de los participantes y a la asociación ACASC, por habernos permitido realizar la investigación y recopilar los datos requeridos. (ACASC 2014)

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

## 4. Resultados.

### 4.1 Resultados analizados en Estadística descriptiva

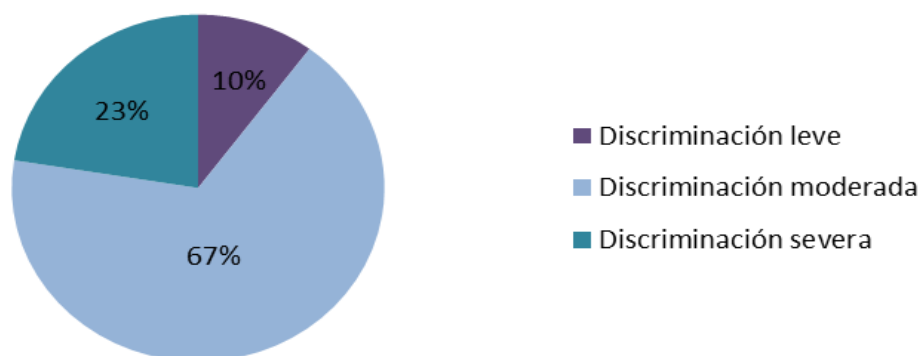
#### 4.1.1 Variable independiente Estigmatización-Discriminación



**Figura 2. Estigmatización-discriminación general en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España**

La figura 3 muestra que un 80% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA sufren de estigmatización y discriminación general a un nivel de discriminación moderada y un 16% discriminación severa.

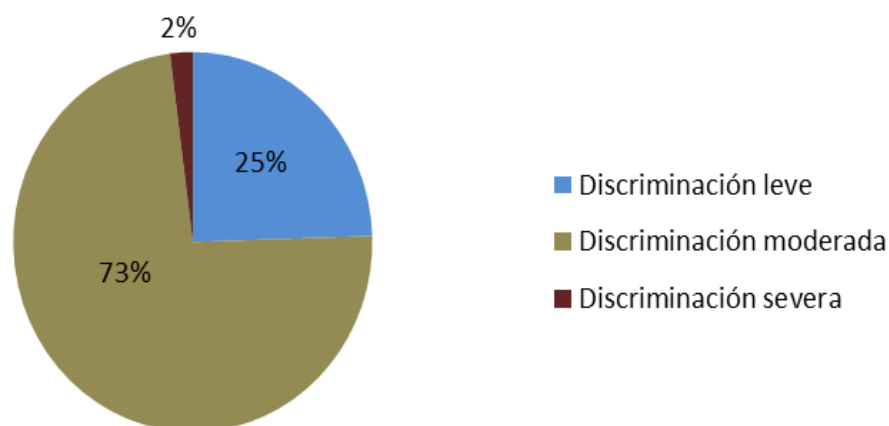
#### 4.1.1.1 Factores de la variable independiente Estigmatización-Discriminación



**Figura 3. Discriminación por mi condición de vivir con VIH/SIDA en personas diagnosticadas con esta enfermedad de Catalunya, Barcelona-España.**

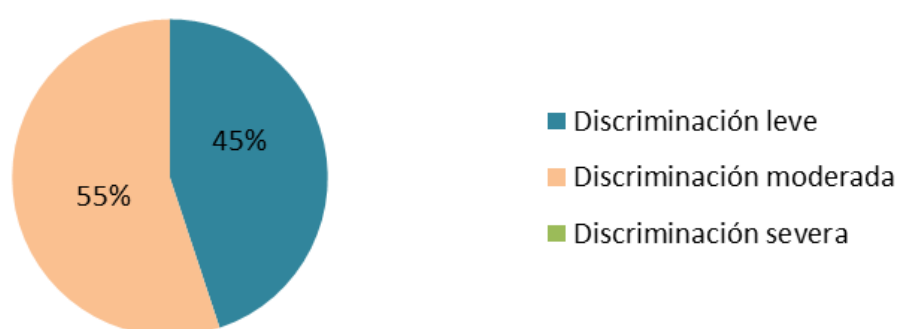


La figura 4 muestra que un 67% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA por su condición por vivir con esta enfermedad sufren de discriminación moderada, siendo este grupo la gran mayoría. Y un 23% sufre de discriminación severa.



**Figura 4. Discriminación al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA en personas diagnosticadas con esta enfermedad de Catalunya, Barcelona-España.**

La figura 5 muestra que un 73% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA al saber que son personas que vive con esta enfermedad sufren de discriminación moderada, siendo este grupo la gran mayoría y solo un 2% sufre de discriminación severa.



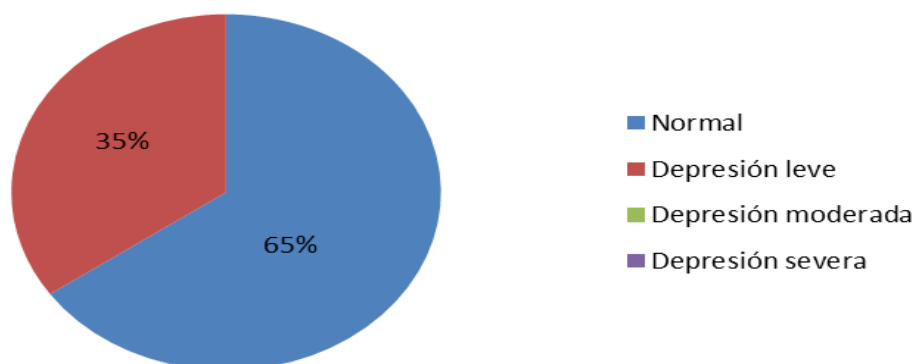
**Figura 5. Experiencias de estigmatización-discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA en personas diagnosticadas con esta enfermedad de Catalunya, Barcelona-España.**

La figura 6 muestra que un 55% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA presentan experiencias de estigma y discriminación a manos de

otras personas por vivir con esta enfermedad sufriendo una discriminación moderada.

#### 4.1.2 Variable dependiente Estados emocionales

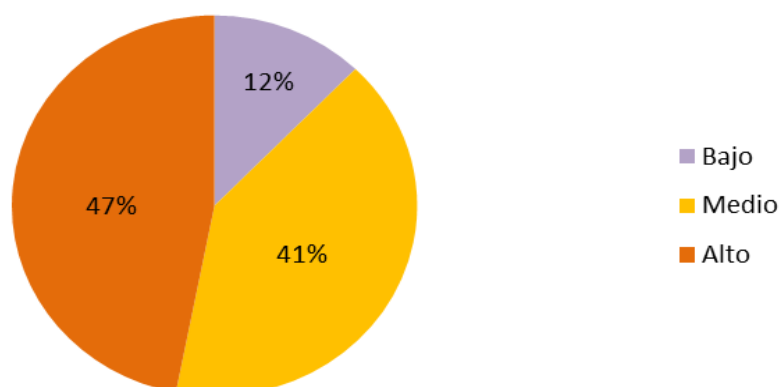
##### 4.1.2.1 Factor depresión



**Figura 6. Depresión en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España.**

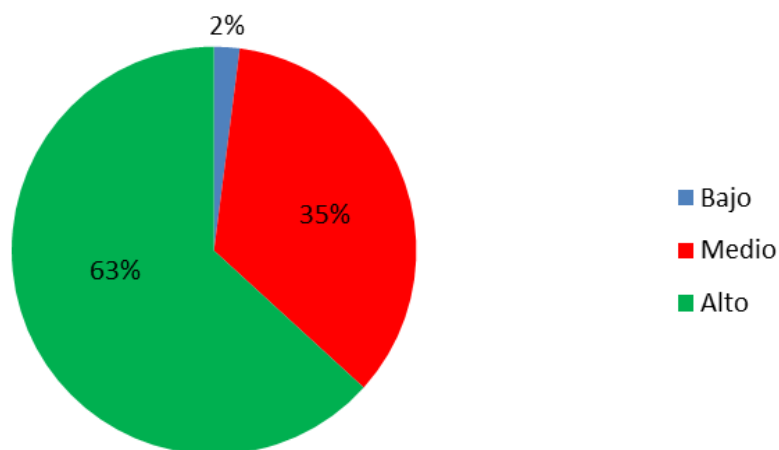
De acuerdo a lo mostrado en la figura 7 un 65% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA tienen un estado normal de depresión, siendo esta la mayoría. Solo el 35% sufre de depresión leve.

##### 4.1.2.2 Factor Ansiedad



**Figura 7. Ansiedad Estado en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España.**

La figura 8 muestra que un 47% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA tienen un estado de ansiedad alta, siendo este la mayoría. Y el 41% sufre un estado de ansiedad media, solo un 12% tiene ansiedad baja.



**Figura 8. Ansiedad Rasgo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Catalunya, Barcelona-España.**

La figura 8 muestra que su mayoría un 63% de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA tienen una tendencia alta de ansiedad rasgo, y el 35% sufre un estado de ansiedad rasgo de nivel medio.

## 4.2 Resultados analizados en estadística inferencial

### 4.2.1. Regresión lineal entre los factores de Estigmatización-Discriminación y Depresión.

$H_0$  = No existe relación lineal entre los factores de estigmatización-discriminación “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y depresión.

$H_1$  = Existe relación lineal entre los factores de estigmatización-discriminación la “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con

VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y depresión.

**Tabla 19. Resumen de los factores “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y depresión.**

#### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,194 <sup>a</sup>	,038	-,025	,491

a. Predictors: (Constant), EXPERIENCIA\_DE\_ESTIGMA, CONDICIONES\_DE\_VIVIR, SABER\_QUE\_SOY

**Fuente:** Elaboración propia

Los factores de Estigmatización- Discriminación por mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” explican en 2.5% (0.025) la variación de los niveles de depresión.

**Tabla 20. Resumen del ANOVA para las factores “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”) y Depresión.**

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,434	3	,145	,601	,618 <sup>b</sup>
	Residual	11,086	46	,241		
	Total	11,520	49			

a. Dependent Variable: DEPRESION

b. Predictors: (Constant), EXPERIENCIA\_DE\_ESTIGMA, CONDICIONES\_DE\_VVIR, SABER\_QUE\_SOY

**Fuente:** Elaboración propia

Si sig<0.05 quiere decir que existe relación lineal significativa; en este caso se obtuvo que p= 0.618, mayor a lo indicado, por lo tanto no se rechaza

la hipótesis nula, lo cual indica que **no existe relación** entre los factores la “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” con la variable dependiente depresión.

**Tabla 21. Coeficiente de la regresión para los factores “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA”) y Depresión**

		Coefficients <sup>a</sup>				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,230	,328		3,754	,000
	CONDICIONES_DE_VIVIR	-,103	,138	-,122	-,749	,458
	SABER_QUE_SOY	,041	,188	,040	,220	,827
	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA	,178	,169	,184	1,054	,297

a. Dependent Variable: DEPRESION

**Fuente:** Elaboración propia

Las pruebas t y sus niveles críticos sirven para contrastar la hipótesis nula de que un coeficiente de regresión vale cero en la población. Niveles críticos (Sig.) muy pequeños (generalmente menores que 0,05) indican que debemos rechazar la hipótesis nula, con lo cual permitirá explicar lo que ocurre con la variable dependiente.

Observando el nivel crítico asociado a cada prueba t, vemos que los factores utilizados poseen coeficientes significativamente mucho mayores a  $p < 0.05$  ( $p = 0.458$ ,  $0.827$  y  $0.297$ ) todas ellas, por tanto, no contribuyen de forma significativa a explicar lo que ocurre con la variable depresión.

#### **4.2.2. Regresión lineal entre los factores Estigmatización-discriminación y Ansiedad- Estado**

$H_0$  = No existe relación lineal entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y

“experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad estado.

$H_1$  = Existe relación lineal entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad estado

**Tabla 22. Resumen del modelo entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad estado**

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,473 <sup>a</sup>	,224	,173	,630

a. Predictors: (Constant), EXPERIENCIA\_DE\_ESTIGMA, CONDICIONES\_DE\_VIVIR, SABER\_QUE\_SOY

**Fuente:** Elaboración propia

Los factores de Estigmatización-Discriminación en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” explican en 17.3% (0.173) la variación de los niveles de Ansiedad – Estado.

**Tabla 23. Resumen del ANOVA para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad-estado**

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,262	3	1,754	4,420	,008 <sup>b</sup>
	Residual	18,258	46	,397		
	Total	23,520	49			

a. Dependent Variable: ANSIEDAD\_ESTADO

b. Predictors: (Constant), EXPERIENCIA\_DE\_ESTIGMA, CONDICIONES\_DE\_VIVIR, SABER\_QUE\_SOY

**Fuente:** Elaboración propia

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación lineal significativa, en este caso es  $p = 0.008$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula, y **si existe relación lineal significativa**. Concluyéndose que entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-estado están relacionados.

**Tabla 24. Coeficiente de la regresión para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad-estado.**

		Coefficients <sup>a</sup>				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,924	,420		2,198	,033
	CONDICIONES_DE_VIVIR	,206	,177	,170	1,169	,249
	SABER_QUE_SOY	,251	,241	,168	1,042	,303
	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA	,351	,216	,254	1,622	,112

a. Dependent Variable: ANSIEDAD\_ESTADO

**Fuente:** Elaboración propia

Observando el nivel crítico asociado a cada prueba t, vemos que las variables utilizadas poseen coeficientes significativamente mucho mayores a  $p < 0.05$  ( $p = 0.249$ ,  $0.343$  y  $0.112$ ), todas ellas individualmente, por tanto, no contribuyen de forma significativa a explicar lo que ocurre con la variable ansiedad-estado.

#### **4.2.3. Regresión lineal entre los factores Discriminación-estigmatización y Ansiedad-Rasgo**

$H_0$  = No existe relación lineal entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo

$H_1$  = Existe relación lineal entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo.

**Tabla 25. Resumen del modelo para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,319 <sup>a</sup>	,102	,043	,519

a. Predictors: (Constant), EXPERIENCIA\_DE\_ESTIGMA, CONDICIONES\_DE\_VIVIR, SABER\_QUE\_SOY

**Fuente:** Elaboración propia.

Los factores de estigmatización-discriminación en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” explican en 4.3% (0.043) la variación de los niveles de ansiedad-rasgo.

**Tabla 26. Resumen del ANOVA entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,400	3	,467	1,734	,173 <sup>b</sup>
	Residual	12,380	46	,269		
	Total	13,780	49			

a. Dependent Variable: ANSIEDAD\_RASGO

b. Predictors: (Constant), EXPERIENCIA\_DE\_ESTIGMA, CONDICIONES\_DE\_VIVIR, SABER\_QUE\_SOY

**Fuente:** Elaboración propia.



Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación lineal significativa, en este caso es  $p = 0.173$ , por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y **no existe relación** entre los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y ansiedad-rasgo.

**Tabla 27. Coeficiente de la regresión para los factores en mi “condición de vivir con VIH/SIDA”, “saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA” y “experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA” y Ansiedad-rasgo**

		Coefficients <sup>a</sup>				
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,158	,346		6,233	,000
	CONDICIONES_DE_VIVIR	,123	,145	,132	,842	,404
	SABER_QUE_SOY	-,182	,198	-,160	-,920	,362
	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA	,336	,178	,318	1,886	,066

a. Dependent Variable: ANSIEDAD\_RASGO

**Fuente:** Elaboración propia

Observando el nivel crítico asociado a cada prueba t, vemos que las variables utilizadas poseen coeficientes significativamente mayores a  $p < 0.05$  ( $p = 0.404$ ,  $0.362$  y  $0.066$ ), todas ellas individualmente, por tanto, no contribuyen de forma significativa a explicar lo que ocurre con la variable denominada ansiedad-rasgo.

#### **4.2.4. Correlaciones entre factores de las variables independientes y dependientes.**

##### **4.2.4.1 Correlación entre el factor en mi condición de vivir con VIH/SIDA y Depresión.**

$H_0$  = No existe correlación entre el factor en mi condición de vivir con VIH/SIDA y la depresión.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor en mi condición de vivir con VIH/SIDA y la depresión.

**Tabla 28. Correlación entre la dimensión por mi condición de vivir con VIH/SIDA y la depresión.**

			Correlations	
			DEPRESION	CONDICIONES_DE_VIVIR
Kendall's tau_b	DEPRESION	Correlation Coefficient	1,000	-,037
		Sig. (2-tailed)	.	,790
		N	50	50
	CONDICIONES_DE_VIVIR	Correlation Coefficient	-,037	1,000
		Sig. (2-tailed)	,790	.
		N	50	50

**Fuente:** Elaboración propia

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación significativa, en este caso es  $p = 0.790$  por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **no existe correlación** entre la discriminación por la condición de vivir con VIH/SIDA y la depresión.

#### 4.2.4.2 Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y Depresión.

$H_0$  = No existe correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y la depresión.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y la depresión..

**Tabla 29. Correlación entre la dimensión al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y la depresión.**

			Correlations	
			DEPRESION	SABER_QUE_SOY
Kendall's tau_b	DEPRESION	Correlation Coefficient	1,000	,096
		Sig. (2-tailed)	.	,499
		N	50	50
	SABER_QUE_SOY	Correlation Coefficient	,096	1,000
		Sig. (2-tailed)	,499	.
		N	50	50

**Fuente:** Elaboración propia

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación significativa, en este caso es  $p = 0.499$  por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **no existe correlación** entre la discriminación al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y la depresión.

#### 4.2.4.3 Correlación entre el factor de experiencia de Discriminación-estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Depresión.

$H_0$  = No existe correlación entre el factor experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y la depresión.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y la depresión.

**Tabla 30. Correlación entre la dimensión las experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA y la depresión.**

			Correlations	
			DEPRESION	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA
Kendall's tau_b	DEPRESION	Correlation Coefficient	1,000	,161
		Sig. (2-tailed)	.	,259
		N	50	50
	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA	Correlation Coefficient	,161	1,000
		Sig. (2-tailed)	,259	.
		N	50	50

**Fuente:** Elaboración propia

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación significativa, en este caso es  $p = 0.259$  por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **no existe correlación** entre las experiencias de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con VIH/SIDA y la depresión.

#### 4.2.4.4 Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Estado.

$H_0$  = No existe correlación entre el factor por la condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor por la condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

**Tabla 31. Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.**

			ANSIEDAD_E STADO	CONDICIONE S_DE_VIVIR
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_ESTADO	Correlation Coefficient	1,000	,306*
		Sig. (2-tailed)	.	,021
		N	50	50
R	CONDICIONES_DE_VIVI	Correlation Coefficient	,306*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,021	.
		N	50	50

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia.

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación significativa, en este caso es  $p = 0.021$  por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que **existe relación** entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

#### 4.2.4.5 Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y Ansiedad- Estado

$H_0$  = No existe correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

**Tabla 32. Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-estado.**

			ANSIEDAD_E STADO	SABER_QUE _SOY
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_ESTADO	Correlation Coefficient	1,000	,380**
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	50	50
R	SABER_QUE_SOY	Correlation Coefficient	,380**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	50	50

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: Elaboración propia.

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación lineal significativa, en este caso es  $p = 0.005$  por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, y concluye que **existe relación** entre la dimensión al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

#### 4.2.4.6 Correlación entre el factor experiencias de Discriminación – estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Estado

$H_0$  = No existe correlación entre el factor experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

**Tabla 33. Correlación entre el factor experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.**

Correlations			ANSIEDAD_E STADO	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_ESTADO	Correlation Coefficient	1,000	,414**
		Sig. (2-tailed)	.	,003
		N	50	50
	EXPERIENCIA_DE_ESTIGMA	Correlation Coefficient	,414**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	.
		N	50	50

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Fuente:** Elaboración propia.

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación lineal significativa, en este caso es  $p = 0.003$  por lo que se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **existe correlación** entre las experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado.

#### 4.2.4.7 Correlación entre el factor experiencias de Discriminación-estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Rasgo

$H_0$  = No existe correlación entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

**Tabla 34. Correlación entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.**

			Correlations	
			ANSIEDAD_RASGO	DISCRIMINACION_GENERAL
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_RASGO	Correlation Coefficient	1,000	,016
		Sig. (2-tailed)	.	,911
		N	50	50
	DISCRIMINACION_GENERAL	Correlation Coefficient	,016	1,000
		Sig. (2-tailed)	,911	.
		N	50	50

**Fuente:** Elaboración propia

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación significativa, en este caso es  $p = 0.911$  por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **no existe relación** entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

#### 4.2.4.8 Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y Ansiedad- Rasgo

$H_0$  = No existe correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

**Tabla 35. Correlación entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.**

			Correlations	
			ANSIEDAD_RASGO	CONDICIONES_DE_VIVIR
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_RASGO	Correlation Coefficient	1,000	,173
		Sig. (2-tailed)	.	,206
		N	50	50
	CONDICIONES_DE_VIVIR	Correlation Coefficient	,173	1,000
		Sig. (2-tailed)	,206	.
		N	50	50

**Fuente:** Elaboración propia.

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación lineal significativa, en este caso es  $p = 0.206$  por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **no existe relación** entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

#### 4.2.4.9 Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y Ansiedad-Rasgo

$H_0$  = No existe correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

**Tabla 36. Correlación entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.**

Correlations			ANSIEDAD_R ASGO	SABER_QUE _SOY
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_RASGO	Correlation Coefficient	1,000	,098
		Sig. (2-tailed)	.	,485
		N	50	50
	SABER_QUE_SOY	Correlation Coefficient	,098	1,000
		Sig. (2-tailed)	,485	.
		N	50	50

**Fuente:** Elaboración propia.

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación significativa, en este caso es  $p = 0.485$  por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **no existe relación** entre el factor al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

#### 4.2.4.10. Correlación el factor experiencia de Discriminación-estigma por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y Ansiedad-Rasgo

$H_0$  = No existe correlación entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

$H_1$  = Existe correlación entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

**Tabla 37. Correlación entre el factor experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.**

Correlations			ANSIEDAD_R ASGO	EXPERIENCIA A_DE_ESTIG MA
Kendall's tau_b	ANSIEDAD_RASGO	Correlation Coefficient	1,000	,318*
		Sig. (2-tailed)	.	,025
		N	50	50
	EXPERIENCIA_DE_ESTI GMA	Correlation Coefficient	,318*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,025	.
		N	50	50

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Fuente:** Elaboración propia.

Si  $\text{sig} < 0.05$  quiere decir que existe relación lineal significativa, en este caso es  $p = 0.025$  por lo que se rechaza la hipótesis nula, y por lo tanto **existe relación** entre el factor experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo.

#### 4.3. Discusión de los resultados.

Respecto a nuestro objetivo general y objetivos específicos que se pretendía comprobar; qué factores de estigmatización y discriminación determinan los estados emocionales de los pacientes con VIH/SIDA de ACASC, Barcelona-España; podemos concluir que de acuerdo al análisis correlacional que se realizó por medio de un análisis de regresión lineal múltiple entre las variables y un análisis de correlación entre los factores de estas variables. Habiéndose contrastado las hipótesis, se ha comprobado que existe una relación significativa ( $p = 0.008$ ) entre los factores de estigmatización-discriminación y ansiedad-estado, así como entre el factor entre las experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado ( $p = 0.003$ ) lo mismo con el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y ansiedad estado ( $p = 0.021$ ), además se encontró una relación entre experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-rasgo ( $p = 0.025$ ). Esto nos muestra que hay una relación directa de la variable independiente con la variable dependiente. A pesar de todos los avances científicos y tecnológicos



desarrollados en cuanto a los tratamientos en personas diagnosticadas con VIH/SIDA, para que estos lleven una mejor calidad de vida, hemos podido observar en esta investigación que aun en pleno siglo XXI persiste una estigmatización y por ende una discriminación con personas que les aqueja esta enfermedad, como hemos podido concluir al haber encontrado resultados generales referidos a la estigmatización-discriminación, los participantes manifiestan un 80% de sufrir de una discriminación moderada, un 16% de discriminación severa, lo cual coincide con lo investigado por Moral y Segovia (2011) al referirse que entre el 57% y 77% de las participantes diagnosticados con VIH/SIDA en Nuevo León México sufrían de discriminación, de igual manera Ventura y González (2014) indican que en los últimos años se siguen reportando casos de discriminación hacia las personas que están diagnosticadas con esta enfermedad en los países de Argentina, Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, México, Jamaica, Guatemala, El Salvador y Paraguay, afectando el no poder relacionarse con sus pares en su vida social, amical y laboral.

Desde el momento que un paciente es diagnosticado con VIH/SIDA debe lidiar con una serie de dificultades que merman su calidad de vida, porque se conjuga una integración de todo su ser, desde el ámbito fisiológico, sociocultural, psicológico, económico y cultural, resultados que se puede observar en esta investigación, ya que un 67% de estos pacientes sufren de discriminación por su condición de vivir con este diagnóstico de manera moderada, pero más aún hay una mayor incidencia en un 23% que sufre de discriminación severa, pues esto es más restrictivo, considerando que esta dimensión se enfoca a los temores del paciente a su ámbito familiar, laboral y a él mismo; lo cual está relacionado con lo mencionado por Fuster, Molero y Ubillos (2016) al indicar que la percepción que estas personas tienen después de su diagnóstico incide en la aceptación de rechazo que tienen hacia ellos, lo cual conlleva a que tengan sentimientos de auto-desprecio, culpa, depresión, ansiedad o desesperanza, lo cual contribuye a su deterioro y bienestar de su salud.

El estigma y la discriminación afectan a la personas con VIH/SIDA provocando una importante pérdida de la confianza en los tratamientos y en

sus capacidades para llevar una vida cotidiana normal, debido a que viven de manera real la discriminación, social, laboral y familiar, al conocer estos entes su diagnóstico de saber que son personas que tienen la enfermedad, como también lo hemos podido observar en esta investigación al haber encontrado que un 73% de los pacientes sufren de discriminación moderada, un 2% de discriminación severa, al respecto Nhamba, Hernández y Bayarre (2014) refieren que el paciente diagnosticado de positivo para VIH, requiere estar preparado ante la posibilidad de ser discriminado en los ámbitos familiar, laboral, la comunidad, la escuela y los servicios de salud, considerando que la discriminación son procesos sociales.

La sociedad en su conjunto determina los estereotipos o una cultura hacia la discriminación en el caso de personas diagnosticadas con VIH/SIDA haciendo que estos individuos experimenten el estigma y discriminación por terceras personas, como se demuestra en los resultados de esta investigación al manifestar los participantes que un 55% de ellos presentan experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con esta enfermedad sufriendo una discriminación moderada, al ser excluidos en actividades familiares, sociales, religiosas y ser violentados psicológica y físicamente, resultados similares a lo indicado por Fernández (2011) al mencionar que el 65% de las personas encuestadas han sido víctimas de discriminación por terceros experimentó la exclusión debido a su condición de VIH/SIDA, de igual manera Larios (2013) refiere que los pacientes diagnosticados con esta enfermedad fueron excluidos en actividades religiosas en un 84.8%, por su entorno familiar un 57.1%, con relación al aspecto psicológico un 11.2%, fueron agredidos físicamente y verbalmente 44.7%, todos ellos por su condición de padecer el VIH/SIDA.

La depresión de acuerdo a los diversos estudios que se están realizando, desde la OMS y OPS está tendiendo a tener una mayor prevalencia dentro de las enfermedades de salud mental relacionada con otras enfermedades crónicas, como es el caso de VIH/SIDA lo cual también lo asevera Gatti et al (2011) al mencionar que las enfermedades más prevalentes para el año 2020 son las enfermedades mentales como la depresión junto con el VIH/SIDA, aunque en esta investigación se ha

encontrado que solo un 35% de estos pacientes sufren de depresión leve, no están exentos de que puedan sufrir un nivel más severo; resultados que también tiene una similitud con lo encontrado por Lamban et al (2015) en pacientes con esta enfermedad al sufrir un nivel leve de depresión en un 15.20%, en el caso de Teva et al (2005) indica haber encontrado una sintomatología depresiva que oscila entre depresión leve, moderada a severa, como también lo ha contrastado García et al (2011) al presentar una depresión en un 20% estos pacientes manifestando la misma como aplanamiento afectivo, desinterés por su entorno y por si mismos, pesimismo y pensamientos de muerte.

La ansiedad como un estado anímico que se desencadena como una respuesta del organismo en una situación de amenaza o peligro, con la finalidad de brindar al organismo energías para contrarrestar o anular el peligro, que en el caso de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA perciben como amenazante su enfermedad como lo hemos podido contrastar en esta investigación debido a que los pacientes encuestados puntúan niveles de ansiedad alto, considerando que en esta investigación se ha evaluado la ansiedad desde dos criterios como ansiedad rasgo habiéndose encontrado un nivel de ansiedad alto en el 47% y de ansiedad estado de 63%, y como lo aseveró Spielberger a explicar lo que implica la ansiedad-estado que es una combinación de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos molestos, preocupaciones, los cuales están unidos a cambios fisiológicos, llevando además a que se inicie un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante (Ries, et al 2012, p.9), por su parte Edo y Ballester (2006) al referirse que hay una mayor incidencia de ansiedad rasgo y estado en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad, de igual manera Teva et al (2005) indica que la ansiedad es un manera de reaccionar frecuente de estos pacientes, sus niveles van a cambiar según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre y que esta depende de la percepción de control que el paciente tenga sobre los acontecimientos estresantes vinculados a su enfermedad

## Conclusiones

La depresión y la ansiedad de acuerdo a los diversos estudios que se están realizando, desde la OMS y OPS está tendiendo a tener una mayor prevalencia dentro de las enfermedades de salud mental relacionada con otras enfermedades crónicas, como es el caso de VIH/SIDA la que fue motivo de nuestra investigación.

El estigma y la discriminación en personas diagnosticadas con el VIH/SIDA influyen negativamente en la salud y en los estados emocionales de las que los padecen y su entorno. Debido al estigma y la discriminación asociados al VIH, las personas con frecuencia experimentan sentimientos negativos con relación a su diagnóstico, condición que dificulta su forma de vida y relación con las demás personas.

El estigma y la discriminación afectan a la personas con VIH/SIDA provocando una importante pérdida de la confianza en los tratamientos y en sus capacidades para llevar una vida cotidiana normal.

En la actualidad a nivel mundial el VIH/SIDA sigue cobrando muchas vidas, a pesar de haber tratamiento y contar con fármacos que ayudan a estos pacientes a que la enfermedad no avance y puedan llevar una mejor calidad de vida y continuar desenvolviéndose en la sociedad, pero justamente la sociedad es quien los juzga y los estigmatiza y discrimina, llevando a que esto repercutan en su salud mental, como hemos podido observar en esta investigación al haber concluido que si existe una relación significativa ( $p=0.008$ ) entre los factores de estigmatización-discriminación y Ansiedad-estado están relacionados, la cual explica la incidencia que tienen estos factores en la ansiedad-estado, con la cual se contrasta una parte de la hipótesis general; debido a que no se encontró relación con depresión, al respecto de la relación encontrada con los factores mi "condición de vivir con VIH/SIDA", "saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA" y "experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA" se concluye que esta tiene una relación directa con el estado emocional de estos pacientes.

Además se ha podido contrastar que hay una relación directa entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y la ansiedad estado ( $p=0.021$ ), podemos concluir que este se deba a que en este factor el temor que experimentan estos pacientes en cuanto al rechazo por parte sus familiares, en no ser aceptado en su ámbito laboral, el sentir la falta de amor, tener sentimientos de minusvalía y el aislamiento a que son sometidos los lleva a que les genere ansiedad, considerando que esta puede ser determinante cuando el individuo tiene que enfrentarse a estas diferentes experiencias que impliquen una nueva acomodación en su entorno y su vida en general.

Desde el momento que una persona es diagnosticada con VIH/SIDA su vida tiene un cambio abismal, lo cual hace que sufra una serie de experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con la enfermedad, como es el ser excluido de actividades familiares, sociales, religiosas, el sufrir violencia psicológica, física, sumado a ello discriminación sexual y de terceras personas, lo cual implica que haya cambios en su comportamiento que influye en su personalidad como se ha podido contrastar en esta investigación al tener una relación con la ansiedad-rasgo ( $p=0.025$ ) haciendo esta, que los pacientes con esta enfermedad perciban un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente y con mayor intensidad, como también se ha podido aseverar en esta investigación.

Es determinante reconocer que no solamente el tratamiento médico para personas con VIH/SIDA es prioritario, sino que se presenta la necesidad de aproximarse a los aspectos psicológicos de la enfermedad e incorporar la asistencia psicológica a los tratamientos para los pacientes con VIH/SIDA. La mediación psicológica es muy importante, puesto que es necesario detectar y tratar tempranamente los trastornos psicológicos que podrían estar interfiriendo en la calidad de vida de estos pacientes, como se ha podido contrastar en esta investigación al haber tenido como resultados que existe una relación entre las experiencias de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y ansiedad-estado ( $p=0.003$ ), esta relación asevera lo mencionado por quien refiere que una marcada ansiedad rasgo, el individuo tiende a valorar un gran número de situaciones como amenazantes.

Es importante resaltar de acuerdo a lo que se ha contrastado en esta investigación, que el paciente con VIH/SIDA debe ser informado en lo posible con relación a las manifestaciones de la progresión y los efectos que se desarrollarán en la evolución de la enfermedad en su cuerpo, mente y conducta, más aun como esto afectará su salud mental y calidad de vida para que encuentre estrategias adecuadas para enfrentar su seropositividad; aunque en nuestro estudio no se ha encontrado una relación directa entre estigmatización-discriminación y depresión sería relevante considerar otros factores que están interviniendo.

El estigma-discriminación relacionado con el VIH/SIDA como se puede observar en este estudio puede influir negativamente en la salud mental, calidad de vida, apoyo social y el bienestar de las personas que son portadoras de la enfermedad. Asimismo provoca entre quienes la padecen y sus familiares un sentimiento de vergüenza, el cual los lleva a sentirse discriminados y esto los afecta no solo físicamente, sino también psicológicamente mostrándose renuentes a solicitar pruebas o tratamiento.

### **Recomendaciones**

En aras de enfrentar exitosamente la estigmatización y la discriminación por VIH/SIDA, debemos primero comprender en qué consisten estos fenómenos, y cuál es su origen. Contrario a la creencia popular, el estigma y la discriminación no son “cosas” o “eventos aislados”, sino procesos sociales conectados con fuerzas profundamente poderosas enclavadas dentro de las estructuras de la sociedad. Abordarlas exitosamente, por lo tanto, requiere (I) de esfuerzos para reducir sus diversas formas de expresión junto con (II) la acción para encarar sus causas fundamentales. ¿Pero dónde debemos actuar, y qué debemos hacer?

Se requiere de acciones en cada uno de los campos identificados como claves en la Declaración ONUSIDA de las Comisión sobre VIH/SIDA. Éstos incluyen la educación, el área laboral, los aspectos legales relacionados con la herencia, los servicios sociales y sanitarios, la prevención, el tratamiento y el apoyo, la información y la protección legal.

Acciones concretas que se pueden desarrollar a nivel individual incluyen: la difusión pública de información para ayudar a las personas a entender el carácter injusto del estigma y de la discriminación; educación de calidad dentro y fuera de los espacios escolares para difundir evidencias y para modificar actitudes individuales; y entrenamiento para trabajadores de la salud y otros, en contextos donde la estigmatización y la discriminación se han identificado como existentes.

La protección legal para las personas que viven con VIH y SIDA constituye una forma esencial de enfrentar y, de tal modo, atenuar las inequidades y la exclusión sociales que se encuentran en el núcleo de la estigmatización y de la discriminación por VIH/SIDA. Esta protección debe ser promovida conjuntamente con aquellos mecanismos apropiados de divulgación y fortalecimiento. Resulta central para la efectividad de esta labor, el apoyo de los centros de ayuda legal y/o de los servicios jurídicos de la comunidad que abordan casos de discriminación y violación de derechos humanos.

Es clave plantear proyectos que promuevan las habilidades para comunicar la seropositividad a las personas contagiadas con el VIH/SIDA. Toda persona que se le haya detectado el VIH/SIDA debe tener un proceso de aceptación y la forma en que lo vivirá será muy particular y diferente dependiendo de la edad, el origen, el nivel educativo, la orientación sexual, el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, entre otros aspectos.

Consolidar estos servicios dentro de las organizaciones de servicio para SIDA existentes, o en las organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA, puede ser una forma de promover la confianza entre aquellos que han experimentado la discriminación, especialmente allí donde tales organizaciones son ya valoradas y respetadas por la comunidad. Como en el caso de la ONG, ACASC. Estos propios servicios legales pueden también ayudar a desarrollar la capacidad de estas y otras organizaciones sanitarias para trabajar dentro de un marco de derechos humanos.

Para futuras investigaciones sería relevante que se considerara otros factores externos que no se han incluido en esta investigación relacionados a

depresión y/o utilizar otros instrumentos que no solo midan los niveles de depresión y ansiedad en general, sino desde diversos criterios diagnósticos.

Finalmente, se necesita tomar medidas concretas para asegurar una amplia accesibilidad a los servicios del tratamiento antirretroviral TARGA. Ayudar a las personas a comprender que es posible vivir de manera satisfactoria con VIH/SIDA, y reconocer que los avances en términos de tratamiento prometen esperanzas reales para el futuro, constituye un paso importante en la reducción de los temores y ansiedades existentes alrededor de la epidemia. Ampliar la accesibilidad a tratamiento con medicamentos también puede ayudar a reducir la estigmatización y la discriminación a medida que el temor de la comunidad disminuye.

Es fundamental reconocer que no solamente el tratamiento médico para personas con VIH/SIDA es prioritario, sino que se presenta la necesidad de aproximarse a los aspectos psicológicos de la enfermedad e incorporar la asistencia psicológica a los tratamientos para las personas con VIH/SIDA. La mediación psicológica es muy importante, puesto que es necesario detectar y tratar tempranamente los trastornos psicológicos que podrían estar interfiriendo en la calidad de vida de estos pacientes, como se ha podido contrastar en esta investigación al haber tenido como resultados que existe una relación entre las experiencias de estigma-discriminación y los estados emocionales en personas diagnosticadas con el VIH.

### Referencias bibliográficas

- Aggleton, P., y Parker, R. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action *Social science & medicine*. Pergamon, 57(1), 13-24.
- Aggleton, P., Parker, R. y Maluwa, M. (s.f) Estigma y discriminación por VIH y SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción. Recuperado de: [http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1180630508\\_Estigma%20y%20Discriminacion%20por%20VIH.pdf](http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1180630508_Estigma%20y%20Discriminacion%20por%20VIH.pdf)
- Alzate, M., Pinilla, M., Simbaqueba, J. Gonzales, M., Estrada, J. y Correa, J. (2012) Treinta años de pandemia de VIH: ¿Dónde estamos? , ¿Hacia



dónde vamos? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

Alaminos, Ch. y Castejón, C. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Universidad de Alicante, España.

Arévalo, I. y Ávila, S. (2012) Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/sida. *Rev. Med*, Vol.20 (1), 52-61

Angermeyer M. y Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence on public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 1-19.

Anolli, L. (2012). *Iniciación a la psicología de la comunicación. Significado y función de los procesos comunicativos*. Barcelona: Publicaciones y ediciones de la Universidad de Barcelona.

Antón, R. (2013). *Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes. Desarrollo de un modelo predictivo*. Facultad de ciencias sociosanitarias departamento de psicología de la salud, Elche.

Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguin, L., y Tovar, J. (2006) *Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional*. *Universitas Psychologica*, S.I., 659-668.

Arrivillaga, M., López, J. y Ossa, A. (2006) Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento psicológico*, 2 (7), 55-71

Arriaga, G., González, P., Castro, P., Pérez, Á. y Alerm, G. (2013). Affective states, psychic self-regulation and behavioral response to the disease among patients with clinical onset of AIDS. *Rev Cubana Invest Bioméd*; 32 (4) 389-401.

Ayuso, J. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

- Avelar, R., Cornejo, G. y Torres, A. (2011) Efectos Psicológicos en Personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con el VIH en el periodo de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha con el SIDA "María Lorena" (CONTRASIDA) del municipio de San Salvador. Departamento de psicología. Universidad de El Salvador.
- Avena, G. y Agugliaro, R. (2012) Sida, salud mental y adherencia. *Actualizaciones en Sida*. 20 (75), 10-18
- Badii, M., Guillerme A., Lugo, O. y Aguilar, J. (2014) Correlación No paramétrica y su aplicación en la investigaciones científica. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 9 (2) 31-40. Recuperado de: [http://www.spentamexico.org/v9-n2/A5.9\(2\)31-40.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n2/A5.9(2)31-40.pdf)
- Baeza, J., Balaguer G., Belchi, I, Coronas, M. y Guillamón, N. (2008) Higiene y prevención de la ansiedad. España: Días de Santos. Recuperado de: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788506.pdf>
- Banús, LI. (2012). *Psicología Infantil y Juvenil*. Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/habilidadessocialesinfancia/index.php>.
- Ballester, R. (1999). *Prevención y tratamiento Psicológico del VIH/SIDA*. Madrid: UNED-Fundación Universidad Empresa.
- Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 151-175.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la Psicología al tratamiento de las personas con VIH. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69.
- Ballester, R., Campos, A., García, S., y Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con Infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 299-322.

- Battegay, M., Haerry, D., Fehr, J., Staehelin, C., Wandeler, G. y Elzi L. (2014). *Psychosocial aspects on the treatment of HIV-infection*. *Ther Umsch*, 71(8): 509-513
- Baron, F. y Tellez, F. (s.f) Apuntes de bioestadística. Recuperado de:  
<https://www.bioestadistica.uma.es/baron/apuntes/ficheros/cap06.pdf>
- Berrocal, M. y Pineda, L. (2011). *Salud sexual, derechos y placer. Apuntes en prevención del VIH para mujeres*. García L'Apòstrof.
- Boira, M.C., Guzmán, M. (2008). *El Servei de Mediació Comunitària a la Província de Barcelona. Bases teòriques i metodològiques. Anàlisi de casos*. *Diputació de Barcelona*. Colección Documents de Treball Social. Serie Bienestar psicosocial.
- Calvo, F. (1990). *Intervención psicológica y SIDA*. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Ed.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Caro, M., Castilla, J., y Del Amo, J. (2010). "Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias". *Gac Sanit*. 24(1), pp.81–88.
- Cartabia, S. (2010). SIDA: una enfermedad cuya principal causa y consecuencia es la discriminación. *Revista Electrónica*, 4(2). Buenos Aires.
- Campos, J. (2000) *Los factores terapéuticos: ¿Qué es lo que produce cambios en los grupos?* TEU del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de las Islas Baleares.
- Casas, J., Repullo, J. y Campos, J. (2003) La encuesta como técnica de investigación. *Aten Primaria*, 31 (8), 527- 538. Recuperado de:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion-elaboracion-cuestionarios-13047738>
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.

- Castellanos, B., Grau, J. y Martín, M. (1986). Caracterización de la ansiedad personal en pacientes neuróticos y con trastornos situacionales transitorios. Reporte de investigación. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana.
- Cayuela, L. (2010) Modelos lineales: Regresión, Anova y ancova. Recuperado de: [http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/2-Modelos-lineales\\_luis\\_cayuela.pdf](http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/2-Modelos-lineales_luis_cayuela.pdf)
- Conde, V., Escribá, J., Izquierdo, J. (1970) Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol* 33: 281-303.
- Closas, A., Arriola, E. Kuc, C. Amarilla, M. y Jovanovich, E. (2013) Analisis multivariante, conceptos y aplicaciones en psicología Educativa y Psicometria. *Enfoques* 25 (1), 65-92. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/enfoques/v25n1/v25n1a05.pdf>
- Cuevas, M. (2003). *Deterioro Neuropsicológico en la Infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) en una población penitenciara*. Universidad Complutense de Madrid.
- Cutcliffe, JR.; Zinck, K. (2011) Hope Maintenance in People Living Long-term with HIV/AIDS. *Qualitative Research Journal* 11 (1), 34-50.
- Clucas C., Sibley E., Harding R., Liu L., Catalan J., & Sherr L. (2011) Systematic review of interventions for anxiety in people with HIV. *Psychol Health Med*. 16, 528-47.
- Cruz, L. (2013) Estudio Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH- Nicaragua. ANICP+VIDA, Nicaragua.
- Dávila y Carmona (2014) Me olvidé que tenía el VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2, (2) 7-24. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5040940>.
- Edo, M. y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de*

- Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90. Recuperado de: [http://www.aepp.net/arc/02.2006\(2\).Edo%20y%20Ballester.pdf](http://www.aepp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf)
- Endler, N y Kocovsky, N. (2001) State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*. 15, 231-245 Recuperado de: <http://documents.tips/documents/endler-i-kocovski-2001.html>
- Fernández, D., y Morales, C. (2014). "No quiero que me rechacen": experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Escritos de Psicología*, 7(2), 44-55.
- Fernández, V. (2011) Índice de estigma y discriminación en personas con VIH. Fundación Fernando Iturbide. Recuperado de: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Guatemala%20%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%20%20%20Spanish%20FINAL200512.pdf>
- Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (2012) Estudio diagnóstico de estigma y discriminación hacia personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS). Recuperado de: <http://hivos.org.gt/wp-content/uploads/2015/03/Estudio-Estigma-y-Discriminacion.pdf>
- Fuster, R. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. Tesis Doctoral. Universidad UNED, Facultad de Psicología. Madrid.
- Fuster, M., Molero, F., Gil de Montes, L., Vitoria, A., y Agirrezabal, A. (2013). HIV and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-8.
- Fuster, M., Molero, F., Holgado, F. y Sansinenea, E. (2013). Desarrollo de un nuevo Cuestionario para Medir las Estrategias que las Personas con VIH Usan para Afrontar el Estigma y la Discriminación [Development of a New Questionnaire to Measure Coping Strategies to Stigma and Discrimination in People with HIV]. *Acción Psicológica*, 10(2), <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11826>

- Fuster, M., Molero, F., y Ubillos, S. (2016) Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *Anales de psicología*, 32 (1), 39-48.
- Flowers, P, Davis, M., Larkin, M., Church, S., y Marriott, C. (2011). Understanding the impact of HIV diagnosis amongst gay men in Scotland: an interpretative phenomenological analysis. *Psychology and Health*, 26(10), 1378-1391.
- García, R., Maldonado, R. y Ramírez, M. (2014) Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a06.pdf>
- García, G. y Barreto, P. (2008) Trastornos del estado del ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o Depresión? *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 13 (2), 123-133. Recuperado de [http://www.aeppc.net/arc/\(5\)%202008\(2\).Garc%C3%ADaSoriano%20y%20Barreto.pdf](http://www.aeppc.net/arc/(5)%202008(2).Garc%C3%ADaSoriano%20y%20Barreto.pdf)
- Gallego, D., y Gordillo, Á. (2001). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de Medicina Interna*, 18(11), 47-54. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S02171992001001100010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02171992001001100010&lng=es&tlng=es)
- Gatell J., Zulaica, D., Del Romero, J. y Robledo T., (2010) Cómo promover y facilitar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH-1. 28 (2) 101-104 Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213962609700320>
- Gatti, G., Díaz, A., Mulugueta, S. y Simi, M. (2011) Prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Borswana, África. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*, 17 (1) 48-56. Recuperado de: [http://www.alcmeon.com.ar/17/04\\_gatti\\_africa.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/17/04_gatti_africa.pdf)

- Gesida (2015) documento de *Consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH/SIDA*. Ministerio de Sanidad y servicios sociales e igualdad. España.
- Guillamón, N. (2004) *Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad*. Barcelona y Madrid.
- González M. (1995). *Orientaciones teóricas fundamentales en psicología de los Grupos*. EUB, Barcelona.
- González, J., y Sánchez, J. (2001) Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 519-528.
- Guerra, R. y Sánchez de Vega, T. (2001). *Prevención y asistencia de la infección por VIH en atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.
- Hernández, J. (2013). *¿Qué debo saber sobre el tratamiento del VIH?*. Conferencia GTT.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2003) *Metodología de la investigación*. México: editorial McGraw Hill Interamericana.
- Hernández, E., Bayarre, V., Demetrio, H., Nhamba, A. (2014) Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (4), 276-288. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=21432546004>
- Hernando, R., Ortiz, B. y Galán, M. (2014). *HIV and other Sexually Transmitted Infections among Migrant Population in Spain*. *Rev. Esp. Salud Pública*, 88(6)
- Herek, G. (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hettema J., Prescott C., Myers J., Neale, M., y Kendler, K. (2012) The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psych*. 62:182-189

- Hospital Universitario Ramón y Cajal, (s.f.) Análisis de la varianza de la regresión. Recuperado de: [http://www.hrc.es/bioest/Reglin\\_11.html](http://www.hrc.es/bioest/Reglin_11.html)
- Hult, J., Maurer S., y Moskowitz J. (2009). I'm sorry, you're positive: a qualitative study of individual experiences of testing positive for HIV. *AIDS Care*, 21(2), 185-188.
- Informe de incidencia epidemiológica del SIDA en la Comunidad de Madrid y en España (1998). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 30, 9-98.
- Informe SIVES (2012). *Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS Catalunya*. Recuperado de [http://www.cceiscat.cat/documents/SIVES\\_2012.pdf](http://www.cceiscat.cat/documents/SIVES_2012.pdf).
- Kennedy S., Lam R., Parikh, S., Patten S., y Ravindran, A. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. Recuperado de: <http://www.canmat.org/resources/canmat%20depression%20guidelines%202009.pdf>
- Kim, C. y Rickman, L. (1988). Psychological aspects of the acquired immunodeficiency síndrome: A case report and review of literatura. *Military Medicine*, 153, 638-641.
- Lambán, E., Martínez, E., López, C. Bolea, L., Moreno, J. y Artajona, E. (2015)
- Lara, M., Acevedo, M. y López, E. (1998). La investigación aplicada a la educación para la salud: el caso de la depresión en mujeres. *Psicología y Salud*, 12, 55-66
- Link, B, & Phelan, J. (2001) Conceptualizing Stigma Annual. *Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Logie, C., y Gadalla, T. (2009). Meta-Analysis of Health and Demographic Correlates of Stigma Towards People Living with HIV. *AIDS Care* 21(6), 742-53.
- Lozano, M., Padín, J., y Buzón, L. (1996). *Trastornos mentales en la infección por VIH-1*. *Rev Clín Española*. 1, 774-84.



- Maluwa, M., Aggleton, P., Parker, R. (2002). *HIV/AIDS Stigma, Discrimination and Human Rights – A Critical Overview. Health and Human Rights*, para una discusión integral de estas cuestiones.
- Major, B., y Eccleston, C. (2005). *Stigma and Social Exclusion*. En D. Abrams, M. A. Hogg y J. M. Marques (Eds.), *The Social Psychology of Inclusion and Exclusion* (pp. 63-87). Nueva York: Psychology Press.
- Miller, C. (2004). *Social psychological perspectives on coping with stressors related to stigma*. En S. Levin y C. van Laar (Ed.), *Stigma and group inequality* (pp. 21-44). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, C., y Kaiser, C. (2001) *Implications of mental models of self and others for the targets of stigmatization*. En M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 189-212). New York: Oxford University Press.
- Minitab (s.f) ¿Qué es la tau-b de Kendall? Recuperado de: <http://support.minitab.com/es-mx/minitab/17/topic-library/basic-statistics-and-graphs/tables/other-statistics-and-tests/what-is-kendall-s-tau-b/>
- Montiel, A., Torres, M., Herrera, G., Ahumada, O., Barragán, R., García, A., y Loria, J. (2015) Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educación Médica*, Elsevier España. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-estado-actual-depresion-ansiedad-residentes-S157518131500025X>
- Moral, J. y Segovia, M. (2011) Discriminación en Mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2): 185-206  
Recuperado de. [www.usc.es/suips](http://www.usc.es/suips)
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D. et al. (2002). Depressive and Anxiety Disorders in Women with HIV Infection. *The American Journal of Psychiatry* 159(5), 789-796.
- Muntane, J. (2010) Introducción a la investigación Básica. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*, 33 (3). Recuperado de [https://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol33\\_n3/03](https://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol33_n3/03)

- Najera, M. y González, L. (1996). *Atención integral al paciente con VIH*. Sociedad Española interdisciplinaria del sida. Madrid.
- Nichols, S. (1983). Psychiatric aspects of AIDS. *Psychosomatics*, 24, 1083-1089.
- Nhamba, L., Hernández, M. y Bayarre, V. (2014). Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4) 276-288. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400004&lng=es&tlng=es)
- OIT - Oficina Internacional del Trabajo (2010) Recomendación sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo. (Número 200) Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_142615.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_142615.pdf)
- ONUSIDA (2008). *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- ONUSIDA (2010). *Llegar a Cero: Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida* (ONUSIDA) para 2011-2016.
- OPS (2003) Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el Sector Salud. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: [http://www1.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/Stigma\\_report\\_spanish.pdf](http://www1.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/Stigma_report_spanish.pdf)
- Peixoto, C, (2009). *Estigma y Discriminación Laboral por VIH/SIDA: un problema de salud pública*. Universidad de Barcelona.
- Poves, S., Romero, R. y Vucinovich, N. (2010) Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un centro de salud mental. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.* 30 (107), 409-318. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019473004>
- Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021 (2015). Recuperado de: [http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/GHSS\\_HIV\\_SP\\_06012016.pdf](http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/GHSS_HIV_SP_06012016.pdf)

- Quezada, B, y Sampietro, L. (2013) *El VIH/SIDA y el uso de la técnica del counselling*. Ponencia formativa.
- Quinto, C. (2013) *Estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA* Encuesta de opinión pública, informe regional. Centroamérica, 2011.
- Reis, R., Haas, V., Dos Santos, C., Teles, S., Gimenez, M. y Gir, E. (2011) Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 19 (4), 1-8. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_04.pdf)
- Rengel, M. (2005). *La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida*. *Gazeta de Antropología*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/7197>
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. y Del Castillo, O. (2012) Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad estado en competencias deportivas. *Revista de psicología del deporte*, 12 (2), 9-16
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O., y Pina, J. (2007) Validación de la Escala de Depresión de Zung en personas con VIH. *Revista Terapia Psicológica*, 25 (2), 135-140.
- Rodríguez, A., y Fernández, O. (2012). *Estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen patología crónica*. Facultad de Psicología. Universidad Interamericana.
- Robles, G., Barrientos, C., Noguera, O., Sierra, M. y Pérez, T. (2013). *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH* *Psicología Iberoamericana*. Recuperado de: <http://uaemex.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525>
- Rojas-Carrasco, K. (2010) Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica Inst. Mex. Seguro Soc.*, 48 (5), 491-496.
- Rubio, J. (2014). *Enfoque biopsicosocial del dolor: propuestas para una buena praxis*. Recuperado de: <https://fisioterapiajesusrubio.com/2014/>

09/23/enfoque-biopsicosocial-del-dolor-propuestas-para-una-buena-praxis/

Ruiz, I. (2014, septiembre 25) Regresión múltiple (aspectos teóricos). Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=OqwJF4p3MLk>

Sánchez, B. y Álvarez, T. (2003). Situación actual del VIH/SIDA en Europa. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud/International journal of clinical and health psychology*, 3, 89-106.

Siabato M, Paguay, E., Forero, O. (2013) Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psicología avances de la disciplina*, 7 (2), 87-98. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297229855007>

Sida Estudio. (2011). 30 años de VIH/sida, 30 años de luchas. 1º diciembre día mundial de lucha contra el sida. Recuperado de [http://www.sidastudi.org/resources/doc/111122-30anos30luchas\\_completo-1564589582560396970.pdf](http://www.sidastudi.org/resources/doc/111122-30anos30luchas_completo-1564589582560396970.pdf)

Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas*. Editorial Taurus. Madrid-España.

Soler, C. y Ramos, M. (2006). *¿Cómo ves? VIH/SIDA*. Universidad Autónoma de México.

Schávelzon, J. (1992). *Psique: Cancerología, Psicología, Psicoterapia, Psicofármacos*. Editorial Científica Interamericana: Buenos Aires.

Thompson, S., Nanni, C. & Levine, A. (1996). The stressors and stress of being HIV-positive. *AIDS Care*, 8(1), 5-14.

Useche, B., y Cabezas, A. (2005). *El modelo neoliberal en los tiempos del SIDA*. Pueblos. Revista de información y debate. Recuperado de <http://www.revistapueblos.org/spip.php?article275>

Venereo, O., Saavedra, R. y Viñas, M. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿por qué un problema? *Rev habana cienc méd*, 8(5). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000500016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500016)

Ventura, C. y González, Y. (2014) Cuidado de enfermería en pacientes con VIH: estigma y discriminación. Enfoque, revista científica de enfermería, 16 (11), 24-36. Recuperado de: [http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio\\_Diciembre\\_2014/3\\_%20Estigma%20y%20%20discriminaci%C3%B3n\\_REVISTA%20ENFOQUE%20\\_N%C2%B011.pdf](http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio_Diciembre_2014/3_%20Estigma%20y%20%20discriminaci%C3%B3n_REVISTA%20ENFOQUE%20_N%C2%B011.pdf)

Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España (2014). Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida\\_Junio2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf)

World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; (2013) Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

## **Anexos**

1. Constancia de Prácticas del Centro de internado. (Centro de Investigación).
2. Hoja Informativa del proyecto de investigación.
3. Consentimiento Informado
4. Autorización de relación de centro de investigación e investigador
5. Ley orgánica de protección de datos- permiso de confidencialidad.
6. Solicitud de Validación de Instrumentos de Investigación
7. Validación de Instrumentos de Investigación (juicio de expertos).
8. Documento de confidencialidad y protección de datos de pacientes.
9. Instrumentos de investigación aplicada y otros.

1. Constancia de Prácticas del Centro de internado. (Centro de Investigación).



Barcelona, 24 de Octubre del 2014

**CONSTANCIA DE INTERNADO DE PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES**

El que suscribe, ASOCIACIÓN CIUDADANA ANTI-SIDA DE CATALUÑA, otorga la presente constancia de prácticas pre-profesionales al INTERNO:

**DANIEL ANDRÉS UCHUYPOMA CANCHUMANI**

Estudiante de la facultad de PSICOLOGÍA HUMANA de la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, identificado con DNI N° 09635647, y código de estudiante N° 2008139774, ha realizado sus prácticas pre-profesionales en nuestra institución durante un año bajo mi supervisión, desde el 21 de Octubre del 2013 hasta el 21 de Octubre del 2014.

La INSTITUCIÓN, deja en constancia que el señor Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani, realizó su INTERNADO de prácticas pre-profesionales de manera satisfactoria y mostró en todo momento eficiencia, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere necesario.

Y para que así conste



Psic. Jaime Antonio Quezadas Bolaños  
Psicólogo Clínico  
Col.23111

## 2. Hoja Informativa del proyecto de investigación.

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



### HOJA INFORMATIVA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN PARA TESIS DE PREGRADO EN PSICOLOGIA:  
ESTIGMATIZACIÓN - DISCRIMINACIÓN Y LOS ESTADOS EMOCIONALES EN PERSONAS  
DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA DE LA ASOCIACIÓN CIUDADANA ANTI-SIDA DE CATALUÑA ACASC,  
AÑO 2016

NOMBRE DEL TESISISTA: Bachiller en Psicología Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani.

ASESORA DE TESIS: Dra. Cleofé Genoveva AlvitesHuamani

El Tesisista pertenece a la Escuela Académico Profesional de Psicología Humana de la Universidad Alas Peruanas y tienen la autorización de la Coordinación Académica de Escuela de ejecutar el proyecto. El propósito de este estudio es de determinar la relación que existe entre la Estigmatización – Discriminación y los estados emocionales en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito, más que para el trabajo de grado, si bien los resultados serán publicados en la tesis y en una revista científica, se respetará en todo momento la confidencialidad del origen de los datos de la investigación. Si Usted accede participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de los cuestionarios que se le proporcionará.

La participación en este estudio es anónimo y voluntario, así como la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin que lo perjudique en ninguna forma, sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación que garantizará el anonimato; y en caso sea necesario puede manejar la posibilidad de recibir ayuda psicológica gratuita.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar las preguntas que crea conveniente en cualquier momento durante su participación en él. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

Para cualquier consulta con respecto a los resultados del estudio cuando éste haya concluido puede contactarse al celular: 34-678369368 y/o correo electrónico: daniel5@hotmail.com

Barcelona, Marzo-Abril del 2016

Firma



### 3. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTIGMATIZACIÓN - DISCRIMINACIÓN Y LOS ESTADOS EMOCIONALES EN PERSONAS  
 DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA DE LA ASOCIACIÓN CIUDADANA ANTI-SIDA DE CATALUÑA ACASC,  
 AÑO 2016

Yo \_\_\_\_\_, he leído la hoja de información que me han entregado el Bachiller Daniel Andrés Uchuyupoma Canchumani, realizando las preguntas pertinentes y dudas sobre el estudio, las cuales fueron absueltas a satisfacción.

Me he informado sobre los riesgos y beneficios directos e indirectos de mi colaboración en la investigación, habiendo entendido que: la información brindada es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito, más que para la divulgación científica. Además comprendo que mi participación es anónima y voluntaria, por lo que acepto que el resultado de la investigación sea publicado en la tesis y/o en una revista científica, y que puedo retirarme del estudio sin tener que dar explicaciones, o sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Es que brindo libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

Firma del Participante: .....

DNI del participante: .....





## 4. Autorización de relación de centro de investigación e investigador



relación pertinente con la ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA, siendo necesaria esta cesión para el mantenimiento y cumplimiento de la relación, así como para llevar a cabo las gestiones de personal, contable y administrativa de la ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA.

La persona voluntaria podrá ejercer sus derechos de cancelación, oposición, rectificación y modificación, dirigiéndose por escrito al siguiente domicilio: C/ LLUNA ,11 BAIXOS 08001 BARCELONA

De acuerdo con el artículo 4 de la LOPD, en el caso de producirse alguna modificación de sus datos, la persona en prácticas se compromete a comunicarlo por escrito, con la finalidad de mantener los datos actualizados.

ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA, mediante la difusión de un Comunicado Interno a todos sus empleados, ha dejado patente la implantación en la ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA de todas las medidas de seguridad exigidas por la normativa en materia de protección de datos, con el objeto también de que el empleado tome consciencia de sus derechos y obligaciones de acuerdo al tratamiento de datos, de carácter personal que realiza en el ejercicio de sus funciones.

En Barcelona, a ..... de ..... de 20....

Firma persona voluntaria



## 5. Ley orgánica de protección de datos permiso de confidencialidad

**LEY ORGÁNICA 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, TRATAMIENTO DE IMAGEN. – USUARIOS/AS –**

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos de imagen serán incluidos en un fichero automatizado bajo la responsabilidad de Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya con la finalidad de ser utilizadas en la pagina WEB y resto de Redes Sociales para ilustrar las actividades de la Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya.

Pueden ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación i oposición, mediante escrito, a la dirección C/ LLUNA 11, BAIXOS 08001 BARCELONA.

Mientras no comuniquemos lo contrario, entendemos que sus datos no han sido modificados y que se compromete a notificar cualquier variación.

De acuerdo con lo que establece la Ley 1/1982, de 5 de Mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, salvo que notifique lo contrario entendemos que contamos con el consentimiento para utilizar sus imágenes en el ámbito de la Pagina Web y resto de Redes Sociales donde participe la Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya.

NOMBRE Y APELLIDOS.

RUSSE

DNI

FIRMA:

## 6. Solicitud de Validación de Instrumentos de Investigación

Barcelona, 08 de Marzo del 2016

**Señores:**

Lic. Jaime Antonio Quezadas Bolaños

T.S. Jennifer Navarro Alcaide

Lic. Lucio Sanpietro Ferrer

**Asunto:** Validación de Instrumento

Nombre del Instrumento: **CUESTIONARIO DE ESTIGMATIZACIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE VIH/SIDA.**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para hacer de su conocimiento que en la escuela de Postgrado de Universidad, estoy realizando la investigación científico-pedagógico sobre el tema: **ESTIGMATIZACIÓN - DISCRIMINACIÓN Y LOS ESTADOS EMOCIONALES EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA. ASOCIACIÓN CIUDADANA ANTI-SIDA DE CATALUÑA ACASC. BARCELONA-ESPAÑA. 2016.** Como especialistas en psicología, con amplia experiencia en asesorías educativas, y afines, solicito su colaboración y opinión de experto sobre los instrumentos de recolección de datos adjuntos, a fin de calcular indicadores subjetivos de validez, calificando elemento por elemento a partir de sus puntuaciones con la respectiva escala de respuesta.

Mucho agradeceré, pueda evaluar el referido documento, para ello adjunto lo siguiente:

- Ficha de validación del instrumento de investigación (juicio de expertos)
- La matriz del instrumento.
- El instrumento y
- La matriz de consistencia (cuyo comportamiento se busca medir),

Agradezco a Uds. la atención a la presente.

Atentamente



Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani

Bachiller: Universidad Alas Peruanas UAP

## 7. Validación de Instrumentos de Investigación (juicio de expertos).

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

### I. DATOS INFORMATIVOS

Apellido y Nombre del validador	Cargo o Institución donde Labora: ACASC	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor del Instrumento
Jaime Antonio Quezadas Bolaños	Psicólogo Especialista en Personas con VIH/SIDA.	Cuestionario de Estigmatización y Discriminación de VIH/SIDA	Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani
Título del validador: Licenciado en Psicología- Experto en Counselling. Col. 23111			

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0- 20%	Regular 21- 40%	Buena 41- 60 %	Muy buena 61-80%	Excelente 81- 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					90%
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					95%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					92%
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada y secuencial				78%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					98%
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					96%
7. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables					95%
8. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					99%
9. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					96%
10. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					95%
11. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				80%	

### III. OPINIÓN DE APLICACIÓN

El instrumento es apropiado para el tipo de población investigado. Sí se aplica.

IV. PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN: **Excelente: 94%**

Barcelona, 08 de Marzo del 2016	26614749T		933170505
Lugar y fecha	D N I	Firma del Experto - Nro. De Col. 23111	Teléfono

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

### III. DATOS INFORMATIVOS

Apellido y Nombre del validador	Cargo o Institución donde Labora: ACASC.	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor del Instrumento
Jennifer Navarro Alcaide	Trabajadora Social Especialista en RR.HH y Personas con VIH/SIDA	Cuestionario de Estigmatización y Discriminación de VIH/SIDA	Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani
Título del validador: Licenciado en Trabajo Social, Experto en RR.HH. Col. 8688			

### IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0- 20%	Regular 21- 40%	Buena 41- 60 %	Muy buena 61-80%	Excelente 81- 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					90%
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					92%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada y secuencial					93%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente				88%	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					95%
7. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables					90%
8. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					96%
9. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					94%
10. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					96%
11. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				89%	

### III. OPINION DE APLICACIÓN

Sí se aplica, y considero que este instrumento es adecuado para obtener datos sobre las variables investigadas.

IV. PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN:		Excelente: 91%	
Barcelona, 08 de Marzo del 2016	21361814C		933170505
Lugar y fecha	D N I	Firma del Experto - Nro. De Col. 8688	Teléfono

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

### III. DATOS INFORMATIVOS

Apellido y Nombre del validador	Cargo o Institución donde Labora: ACASC.	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor del Instrumento
Jennifer Navarro Alcaide	Trabajadora Social Especialista en RR.HH y Personas con VIH/SIDA	Cuestionario de Estigmatización y Discriminación de VIH/SIDA	Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani
Título del validador: Licenciado en Trabajo Social, Experto en RR.HH. Col. 8688			

### IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0- 20%	Regular 21- 40%	Buena 41- 60 %	Muy buena 61-80%	Excelente 81- 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					90%
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					92%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada y secuencial					93%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente				88%	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					95%
7. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables					90%
8. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					96%
9. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					94%
10. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					96%
11. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				89%	

### III. OPINION DE APLICACIÓN

Sí se aplica, y considero que este instrumento es adecuado para obtener datos sobre las variables investigadas.

IV. PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN:		Excelente: 91%	
Barcelona, 08 de Marzo del 2016	21361814C		933170505
Lugar y fecha	D N I	Firma del Experto - Nro. De Col. 8688	Teléfono

## 8. Documento de confidencialidad y protección de datos de pacientes



**LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL  
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD – ESTUDIANTE EN PRÁCTICA  
PROFESIONAL**

EI/LA ICHUYPOMA CANCHUMANI abajo DANIEL ANDRES firmante,

..... con DNI 7-1812859-J..... en el marco de la relación que le une a ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA, como alumno que va a realizar su práctica profesional durante algunos meses en la misma, se compromete a:

Tratar diligentemente y de acuerdo a las reglas de la buena fe toda aquella información de carácter corporativo a la que pueda tener acceso como estudiante en prácticas en ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA y a no revelar a ninguna persona ajena a ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA, sin el consentimiento debido dicha información, excepto en aquellos casos en los que sea necesario para dar el debido cumplimiento a sus obligaciones o por habersele requerido por mandato legal o de la autoridad competente. Estas obligaciones se desprenden del deber de confidencialidad y secreto que ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA transmite a todos sus trabajadores y que deberán ser adoptadas por el estudiante que realice su práctica profesional en la misma, de acuerdo con la regulación del artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (a partir de ahora LOPD), cuando se trate de datos de carácter personal. Estas obligaciones deberán ser observadas durante la vigencia de dicha relación profesional e incluso, cuando se extinga, por cualquier causa, la relación que le une a ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA.

Utilizar la información que se menciona en el apartado anterior únicamente para el exclusivo desarrollo de sus funciones como estudiante en prácticas en ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA y a no utilizarla de otra forma o con otra finalidad.

Cumplir, en el desarrollo de sus funciones, la normativa vigente, autonómica, nacional o comunitaria, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal, y en particular, la LOPD y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya o modifique en el futuro.

A los efectos de la LOPD, ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA informa que los datos personales incluidos en el convenio, en el *curriculum vitae* o en cualquier otro documento derivado de la relación profesional, serán incluidos en un fichero bajo la responsabilidad de ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI-SIDA DE CATALUNYA. El estudiante declara que facilita voluntariamente estos datos para establecer la relación profesional

Carrer Lluna 11, baixos · 08001 Barcelona · Tel.933170505 · [info@acasc.info](mailto:info@acasc.info) · [www.acasc.info](http://www.acasc.info)

## 9. Instrumentos de investigación aplicada y otros.

**CUESTIONARIO No. 1**

**Estimado Participante:** Agradecemos su colaboración para responder los siguientes cuestionarios, que a continuación se describen, solo le pedimos contestar de acuerdo a las instrucciones dadas en cada uno de ellos, el mismo que es anónimo.

Edad: .....  
 Lugar de Residencia: .....  
 Estado civil: .....  
 Nivel de educación: .....  
 Preferencia sexual:.....  
 Tiempo de infección:.....  
 Sexo:.....  
 Medicación:.....

Marque con una X de acuerdo a como se ha sentido las dos últimas semanas

Nunca = 1 A veces = 2 Con bastante frecuencia = 3 Siempre = 4

1. Me siento aburrido, desanimado y triste	1	2	3	4
2. Por las mañanas es cuando mejor me siento	1	2	3	4
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir durante la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes	1	2	3	4
6. Disfruto al mirar o conversar	1	2	3	4
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. Mi corazón late más de prisa que lo acostumbrado	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente está despejada siempre	1	2	3	4
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	1	2	3	4
13. Me encuentro intranquilo	1	2	3	4
14. Tengo esperanzas en el futuro	1	2	3	4
15. Estoy más irritable que de costumbre	1	2	3	4



16. Tomo las decisiones fácilmente	1	2	3	4
17. Siento que soy útil y necesario	1	2	3	4
18. Siento que mi vida está llena	1	2	3	4
19. Siento que los demás estarían mejor sin mi	1	2	3	4
20. Sigo disfrutando lo que hacía	1	2	3	4

### CUESTIONARIO No. 2

Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, es decir, en estos momentos.

No en lo absoluto = 1    Un poco = 2    Bastante = 3    Mucho = 4

1. Me siento calmado/a	1	2	3	4
2. Me siento seguro/a	1	2	3	4
3. Estoy tenso/a	1	2	3	4
4. Estoy contrariado/a	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado/a	1	2	3	4
7. Estoy alterado/a por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado/a	1	2	3	4
9. Me siento ansioso/a	1	2	3	4
10. Me siento cómodo/a	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo/a	1	2	3	4
12. Me siento nervioso/a	1	2	3	4
13. Estoy agitado/a	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento relajado/a	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho/a	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4

18.	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19.	Me siento alegre	1	2	3	4
20.	Me siento bien	1	2	3	4

Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen líneas abajo. Lea cada frase y marque con una X el número que indique *cómo se siente generalmente*.

Casi nunca = 1    Algunas veces = 2    Frecuentemente = 3    Casi siempre = 4

21.	Me siento bien	1	2	3	4
22.	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23.	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24.	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25.	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26.	Me siento descansado	1	2	3	4
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1	2	3	4
28.	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30.	Soy feliz	1	2	3	4
31.	Me inclino a tomar las cosas muy en serio	1	2	3	4
32.	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33.	Me siento seguro	1	2	3	4
34.	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35.	Me siento melancólico/a	1	2	3	4
36.	Estoy satisfecho/a	1	2	3	4
37.	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38.	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39.	Soy una persona estable	1	2	3	4
40.	Cuando pienso en los asuntos que tengo pendientes me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

### CUESTIONARIO No. 3

Marque con X la respuesta que considere que describe lo que estás pasando o viviendo, estos últimos tres meses.

Nada = 1   Un poco = 2   Bastante = 3   Mucho = 4   Siempre = 5

Por mi condición de vivir con VIH/SIDA					
1. Temo que me dejen de querer	1	2	3	4	5
2. Temo que se enteren	1	2	3	4	5
3. Temo que se lo cuenten a otras personas	1	2	3	4	5
4. Temo al rechazo de mi familia	1	2	3	4	5
5. Temo que me echen del trabajo	1	2	3	4	5
6. Temo que hablen de mi	1	2	3	4	5
7. Temo que rechacen a mis hijos o los que voy a tener	1	2	3	4	5
8. Temo que no me permitan seguir viviendo en mi casa	1	2	3	4	5
9. Temo que me deje mi pareja	1	2	3	4	5
10. Temo que se entere mi madre	1	2	3	4	5
11. Temo no encontrar trabajo	1	2	3	4	5
12. Me siento herido/a por la manera en la que la gente reacciona	1	2	3	4	5
13. Me siento avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Me siento culpable	1	2	3	4	5
15. Me culpo a mí mismo/a	1	2	3	4	5
16. Culpo a otros	1	2	3	4	5
17. He preferido no asistir a reuniones	1	2	3	4	5
18. Temo que alguien no quiera entablar una relación sexual íntima conmigo	1	2	3	4	5
Al saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA					
19. No compartan objetos conmigo, como cubiertos, platos, etc.	1	2	3	4	5
20. Me dejen de hablar	1	2	3	4	5
21. Me critiquen los vecinos	1	2	3	4	5

22. Me echaron del trabajo	1	2	3	4	5
23. No se quieren acercar a mi	1	2	3	4	5
24. Se apartan físicamente de mi	1	2	3	4	5
25. En casa separan todo lo mío	1	2	3	4	5
26. Ya no toman en cuenta mis opiniones y/o sugerencias	1	2	3	4	5
27. Me tratan mal cuando acudo a consultar	1	2	3	4	5
28. No me atienden	1	2	3	4	5
29. No atienden a mis familiares	1	2	3	4	5
30. Me miran feo mis compañeros	1	2	3	4	5
31. Me echaron de mi casa	1	2	3	4	5
<b>Experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas por vivir con HIV/SIDA</b>					
32. Ha sido excluido/a de reuniones o actividades sociales	1	2	3	4	5
33. Ha sido excluido/a de reuniones o actividades familiares	1	2	3	4	5
34. Ha sido excluido/a de reuniones o actividades religiosas o lugares de culto	1	2	3	4	5
35. Ha sido insultado/a verbalmente, acosado/a y/o amenazado	1	2	3	4	5
36. Ha sido agredido/a físicamente	1	2	3	4	5
37. Ha sido sujeto/a a presión psicológica o manipulación por parte de su esposo/a o pareja sexual	1	2	3	4	5
38. Ha sido excluido por su grupo de amigos	1	2	3	4	5
39. Ha experimentado rechazo sexual	1	2	3	4	5
40. Ha sido discriminado por otras personas con VIH/SIDA	1	2	3	4	5

**GRACIAS POR SU PARTICIPACION**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

**Autor: Daniel Andrés Uchuypoma Canchumani**

**Asesora: Cleofé Genoveva Alvites Huamaní**

<b>TITULO: Estigmatización, discriminación y los estados emocionales en personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Asociación Ciudadana Anti-Sida de Catalunya ACASC. Raval, Barcelona-España.</b>			
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>
¿Qué factores de estigmatización - discriminación determinan estados emocionales en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?	Determinar que factores de estigmatización - discriminación se relacionan con los estados emocionales en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	Los factores de estigmatización - discriminación se relacionan con los estados emocionales (Depresión-Ansiedad) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	Se describen las características de las personas participantes y las propiedades de las variables de investigación, y los instrumentos de medidas utilizadas en la investigación.
<b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b>	
¿Qué relación existe entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?	Determinar si el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	El factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA determina el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	Utilizaremos medidas estadísticas, resúmenes y gráficos de los auto-reportes, mediante el obtenido de las muestras de los instrumentos y cuestionarios utilizados.
¿Qué relación existe entre el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA y el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?	Determinar si el factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA se relaciona con el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	El factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA determina el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	Descripción precisa y sistemática, de las características del análisis de la investigación y la prueba de hipótesis utilizadas en dicha investigación.
¿Qué relación existe entre el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA y el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación ACASC?	Determinar si el factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	El factor Experiencia de estigma y discriminación por terceras personas por vivir con VIH/SIDA determina el estado depresivo en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación ACASC	Variables del estigma y discriminación y los efectos psicológicos que influyen en la calidad de vida en personas que viven con el VIH/SIDA en el contexto socio-familiar.
¿Qué relación existe entre el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA y el estado ansioso en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC?	Determinar si el factor por mi condición de vivir con VIH/SIDA se relaciona con el estado ansioso en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña ACASC	El factor saber que soy una persona que vive con VIH/SIDA determina el estado ansioso(Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA de la Asociación Ciudadana	Análisis de la realización de la investigación, las consecuencias, sus efectos y las aportaciones de dicha investigación.



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

<p><b>VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <p>VARIABLES DEL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA.</p> <p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Estados emocionales (Depresión y Ansiedad) en personas con el VIH/SIDA. Barcelona-España. Pacientes <b>Asociación ACASC</b></p> <p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Factores para medir el estado de depresión y ansiedad en personas con VIH/SIDA en la Asociación ACASC.</p>	<p><b>INSTRUMENTOS:</b></p> <p>Utilizaremos diferentes técnicas e instrumentos de medición como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG</li><li>- INVENTARIO DE ANSIEDAD: ESTADO - RASGO (IDARE).</li><li>- CUESTIONARIO DE ESTIGMATIZACIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE VIH/SIDA.</li></ul> <p>Análisis Estadísticos y de contenido. Bibliografía.</p> <p>Los instrumentos de la medición deben tener confiabilidad, validez y objetividad.</p> <p><b>POBLACION:</b></p> <p>La población de estudio estará conformada por un total de 250 personas, residentes en la ciudad de Barcelona-España que participaron en la investigación.</p> <p>La muestra la conforman 50 personas, se obtiene tomando en cuenta la participación activa en una Organización No Gubernamental (ONG), ACASC. Que trabaja en el ámbito del VIH/SIDA.</p> <p>Con respecto al género. Participaron en la investigación 31 varones, 17 mujeres y 2 transgéneros. De esta manera se completo el 100% de participantes.</p> <p><b>MUESTRA:</b></p> <p>La muestra se define en base de la población determinada, y las conclusiones que se obtengan de dicha muestra solo se refieren con la población estudiada durante el proceso de investigación.</p> <p>La muestra estará conformada por un total de 50 personas, con criterios de inclusión el 62% son varones y el 34% son mujeres y el 4% transgéneros</p> <p>Las edades están comprendidas entre 18 años de edad hasta los 70 años de edad.</p> <p><b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:</b> El tipo de investigación es básica, ya que tiene por finalidad ampliar y profundizar los aspectos teóricos relacionados al contexto de la realidad. El diseño de la investigación que utilizamos es el que corresponde a una investigación no experimental, de tipo transversal o transeccional, correlacional.</p> <p>Primera Variable: estigma y discriminación en pacientes con VIH/SIDA. ACASC</p> <p>Segunda Variable: estados emocionales Depresión y Ansiedad (Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo) en pacientes con VIH/SIDA. ACASC.</p>
---	---