

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



**Tesis**

**Estigmatización en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho,  
2018**

**Presentado por:**

Bach. Milagritos Del Rosario CAMACHO ALDEA

Bach. Jhesuy Jhaysel HUAPAYA ALIAGA

**Asesora:**

Dra. Maritza Isabel MARTÍNEZ LOLI

Para optar el título profesional de Licenciada(s) en Trabajo Social

HUACHO – PERÚ

2018

Estigmatización en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018

**ASESORA DE TESIS**

---

Dra. Maritza Isabel Martínez Loli

Asesora de Tesis

## **JURADO DE TESIS**

---

Dra. Milagro Rosario Henríquez Suarez  
Presidente de Jurado Evaluador

---

Ma. Eudosia Adela Camarena Lino  
Secretaría

---

Dr. Hugo Teodoro Rojas Carranza  
Vocal de Jurado Evaluador

## DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y hermanos que desde que inicie mi etapa universitaria me han apoyado siempre y a todas las personas que hicieron posible que esta investigación se haga realidad.

*Milagritos*

A Dios y a mis padres por brindarme el apoyo necesario para poder culminar el proceso de formación académica universitaria y poder ejercer mi profesión como Trabajadora Social.

*Jhesuy*

## AGRADECIMIENTO

A Dios, quien nos dio la vida, la felicidad y nos ha permitido disfrutar día a día nuestro pasó por la universidad y ha sido nuestra fortaleza para salir de cualquier adversidad que se nos ha presentado.

A nuestros padres que han sido nuestros principales motores de nuestros sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en nosotras, gracias por cada palabra y por cada uno de sus consejos que nos guiaron en este duro y a la vez hermoso camino de nuestra vida.

A nuestra asesora que nos guío, oriento aconsejó y gracias por todas las correcciones para la elaboración de esta investigación.

A la Licenciada Luz Soto Salas, que sin su apoyo no hubiera sido posible poder lograr esta investigación, igualmente agradecemos de todo corazón a la población encuestada, que aunque no fue nada fácil trabajar con ellos, pudimos lograr nuestro objetivo y gracias al Hospital Regional de Huacho por hacer posible nuestra intervención.

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
INDICE DE CONTENIDO.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS .....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
ABSTRAC .....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
Capítulo I.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2 Formulación del problema.....	8
1.2.1 Problema General .....	8
1.2.2 Problemas Específicos .....	8
1.3 Objetivos de la Investigación.....	8
1.3.1 Objetivo General .....	8
1.3.2 Objetivos Específicos .....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.1.1. A Nivel Internacional .....	9
2.1.2. A nivel Nacional.....	12
2.2. Bases teóricas .....	14
2.2.1. Definición de la variable según autores .....	14
2.2.2. Teorías.....	15
2.2.3. Realidad actual del VIH/SIDA en el Perú.....	35
2.2.4. Leyes que protegen a la personas con VIH .....	36
2.2.5. Políticas y programas sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo en el Perú .....	37
2.2.6. Intervención del/la Trabajadora Social .....	38
2.3. Definiciones Conceptuales .....	39
Autoimagen negativa.....	41
Los efectos del estigma .....	42
Capítulo III.....	43
METODOLOGÍA .....	43
3.1. Diseño Metodológico .....	43
3.1.1. Tipo .....	43
3.1.2. Nivel.....	43
3.1.3. Diseño .....	44

3.1.4. Enfoque .....	45
3.2. Población y muestra .....	45
3.2.1. Población.....	45
3.2.2. Muestra.....	45
3.3. Operacionalización de la variable.....	46
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	47
3.4.1. Técnicas a emplear .....	47
3.4.2. Instrumento.....	47
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información .....	51
Capítulo IV.....	52
RESULTADOS.....	52
4.1. Características de la población .....	52
4.1.2. Sexo de la población de estudio.....	53
4.2. Comparación de indicadores según dimensiones.....	54
4.3. Resultados por los objetivos planteados .....	58
Objetivo general .....	58
Objetivo específico 1.....	59
Objetivo específico 2.....	61
Capítulo V.....	64
DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
5.1. Discusión.....	64
5.2. Conclusiones .....	66
5.3. Recomendaciones.....	67
Capítulo VI.....	69
FUENTES INFORMACIÓN .....	69
1.1. Fuentes bibliográficas.....	69
1.2. Fuentes electrónicas.....	71
1.3. Fuentes documentales.....	73
ANEXOS .....	74
01. MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	75
02. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .....	76
03. HOJA DE CLACULO.....	78



## NDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estadística descriptiva de la edad de la población de estudio .....	53
Tabla 2: Distribución de frecuencias y porcentajes según el sexo de la población de estudio .....	54
Tabla 3: Distribución de frecuencias y porcentajes según indicadores de las dimensiones .....	57
Tabla 4: Distribución de las frecuencias y porcentajes según la variable Estigmatización .....	58
Tabla 5: Distribución de frecuencias según la dimensión Estigma Declarado .....	60
Tabla 6: Distribución de frecuencias y porcentajes según la dimensión Estigma Internalizado .....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de porcentajes según el sexo de la población de estudio.....	54
<i>Figura 2:</i> Distribución de indicadores según dimensiones. ....	57
Figura 3 Distribución de porcentajes agrupados de la variable Estigma.....	59
Figura 4: Distribución de porcentajes de la dimensión Estigma Declarado .....	61
Figura 5: Distribución de porcentajes de la dimensión Estigma Internalizado .....	63

## RESUMEN

El **Objetivo** fue determinar la estigmatización que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018. **Métodos:** La investigación fue de **tipo** básica, **nivel** descriptivo, **diseño** no experimental y corte transversal, con un **enfoque** cuantitativo; la **población** estuvo conformada por 50 pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho de ambos sexos, cuyas edades se encuentran entre 18 a 50 años de edad. El **instrumento** aplicado fue la Escala de Estigma de VIH/SIDA de Berger (2001) la cual consta de 32 preguntas que miden las **dimensiones** Estigma Declarado y Estigma Internalizado. **Resultado:** el 90% de la población respondió que casi siempre perciben el estigma tanto el declarado como el internalizado; el 88% de la población encuestada respondieron que casi siempre perciben en la dimensión Estigma Declarado el rechazo de otras personas que no tienen la misma condición. En la Dimensión Estigma Internalizado se obtuvo que el 90% de la población encuestada han manifestado que casi siempre tienen sentimientos de culpa por la enfermedad, y su autoestima va decayendo día a día. **Conclusión:** Se llegó a determinar la estigmatización que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018, quienes perciben el estigma a nivel declarado e internalizado.

**Palabras claves:** Estigmatización, estigma declarado, estigma internalizado, pacientes, VIH/SIDA

## ABSTRAC

The **objective** was to determine the stigmatization that occurs in patients with HIV / AIDS at the Hospital Huacho Regional, 2018. **Methods:** The research was of a basic **type**, descriptive level, non-experimental **design** and cross-section, with a quantitative approach; the **population** consisted of 50 patients with HIV / AIDS from the Huacho Regional Hospital of both sexes, ages between 18 and 50 years of age. The applied **instrument** was the Berger HIV / AIDS Stigma Scale (2001) which consists of 32 questions that measure the Declared Stigma and Internalized Stigma **dimensions**. **Result:** 90% of the population responded that they almost always perceived the stigma of both the declared and the internalized; 88% of the surveyed population answered that it was almost always perceived in the dimension Stigma declared the rejection of other people who do not have the same condition. In the Internalized Stigma Dimension it was found that 90% of the surveyed population have said that almost everyone has guilt feelings for the disease, and their self-esteem is going down day by day. **Conclusion:** The stigma that occurs in patients with HIV / AIDS at the Hospital Huacho Regional, 2018, who perceived the stigma at the declared and internalized level, was determined.

**Keywords:** Stigmatization, stigma declared, internalized stigma, patients, HIV / AIDS

## INTRODUCCIÓN

La Tesis denominada Estigmatización en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018 con la finalidad de obtener el título profesional de Licenciada en Trabajo Social en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, donde se describe la realidad problemática que se presenta en el Hospital Regional de Huacho, con los pacientes de VIH/SIDA.

Así mismo presentamos como tema a la estigmatización en pacientes con VIH/SIDA, que viene a ser el proceso en el cual la reacción de los demás estropea la “identidad normal”, así mismo es un atributo profundamente desacreditante de la persona que lo posee (Goffman, 1963). El estigma que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, comprobando que hay un alto índice de percepción de rechazo, de discriminación por parte de las personas estigmatizadoras, que hacen que el autoestima de estos pacientes vaya decayendo día a día, y que tengan poco acceso al trabajo y también poca acogida.

Para una mejor comprensión la investigación se ha organizado en seis capítulos donde en el Capítulo I denominado Planteamiento Del Problema se encuentra la descripción de la realidad problemática, a nivel mundial, nacional y local y el planteamiento del problema y los objetivos de la investigación. Seguidamente del Capítulo II denominado Marco Teórico en el cual se señalan los antecedentes de la investigación, mencionamos las teorías que nos ayudaran en el proceso de análisis de la investigación. En este capítulo también encontramos los conceptos básicos que se utilizaran para un mayor entendimiento de lo que se ha estudiado, seguidamente los indicadores. Mencionando también que el Capítulo III denominado Metodología se halla el método de la investigación, donde se presentara el tipo, nivel, diseño y el enfoque, así también se presentara la población y el instrumento utilizado. También presentamos el IV Capítulo denominado Resultados donde se muestran los resultados de la investigación, las tablas y los gráficos con sus respectivos datos estadísticos y su análisis interpretativo. Encontraremos el V Capítulo denominado Discusión, Conclusiones y Recomendaciones. En el Capítulo VI denominado Fuentes de Información.

## Capítulo I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática

Las personas que sufren el estigma y la discriminación por motivos de su estado serológico con respecto al VIH, manifiestan distintos efectos negativos entre ellos: la pérdida de ingresos, el aislamiento de las comunidades y la incapacidad de participar como miembro productivo de la sociedad. Es así como se observa en las estadísticas a nivel nacional e internacional la propagación la enfermedad del VIH/SIDA, a pesar de los avances científicos que aún no ha descubierto la cura, así mismo inadecuados estereotipos que profundizan la discriminación en este siglo XXI. Lo señalado se fundamenta en la precisión que hace Mann (1993) quien manifiesta que el VIH/Sida se propaga y entra en la historia en 1981. Tras un “periodo de duración desconocida denominado de silencio o propagación”. Agrega a esto Mann que los investigadores Gallo y Montagnier, co-descubridores del virus, manifestaron; “que en ese año se inicia una nueva página en la historia de las enfermedades, de la medicina y probablemente de la humanidad”. (p. 10).

En 1981 se crea la primera organización de lucha contra el sida, “Gay Men’s Health Crisis”, dando origen a la primera asociación específica VIH—ACT (Fipse, 2013).

También tenemos a Ambrosio et al (2018) quien publicó en la revista *El Espectador* un artículo denominado: Estigmatización e ignorancia, los retos pendientes en el VIH/SIDA, donde nos explica que hace 35 años, contraer el virus de la inmunodeficiencia humana era una sentencia de muerte. Hoy, los mayores obstáculos para los portadores no son médicos, sino los estigmas que la sociedad todavía no supera. Pues el VIH en sus tres letras significaban una sentencia de muerte hace 35 años, cuando Star Wars era solo una trilogía, cuando la primera computadora personal estaba revolucionando la sociedad tal como la conocíamos y cuando el virus se vinculó por primera vez al Sida.

Así mismo se muestra el informe titulado “Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care setting and beyond”, presentado por el Sr. Michel Sidibé. Director ejecutivo de Onusida, durante el Foro Social del Consejo de Derechos Humanos publicado por ONUSIDA en Ginebra, el 3 de Octubre del 2017, señalando que las personas que viven con VIH son objeto de una gran estigmatización y a causa de él tienen el doble de probabilidades de solicitar asistencia más tarde que aquellas personas que no se sienten estigmatizadas como consecuencia del VIH. Cuando las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida o en riesgo de contraerlo, sufren discriminación en un entorno sanitario, deciden ocultarse. Es así como Sidibé afirma que el estigma y la discriminación constituyen una afrenta a los derechos humanos y ponen en peligro la

vida de las personas que viven con esta condición y de los principales grupos poblacionales en riesgo de contraerlo.

Se debe precisar: “El estigma entendido como un proceso en el cual la relación de los demás estropea la identidad normal es un atributo que desacredita profundamente a la persona que la posee y la convierte en alguien manchada”. (Goffman, 1963, p.10), el mismo autor profundiza su análisis agregando:

Que cuando una enfermedad es estigmatizada, las personas afectadas por la misma son también estigmatizadas, volviéndose por tanto presas de una identidad ambivalente, avergonzándose en ocasiones de su propia identidad y produciéndose por lo tanto una identidad deteriorada. Mostrando así la alteración que sufren las personas estigmatizadas por parte de los estigmatizadores, que son las personas que no tienen la misma condición, mostrando discriminación a los pacientes por medio de los insultos de los calificativos negativos y des acreditantes. (p.10).

Además, el mismo autor hace una explicación sobre las dimensiones que integra el problema de la estigmatización, manifestando que el “estigma internalizado en los individuos infectados o en riesgo tienen una autoimagen negativa, sufren sentimientos de vergüenza y preocupaciones por la revelación del diagnóstico de VIH y de su orientación sexual”. Además argumento la otra dimensión sobre el estigma declarado, se refiere a experiencias reales de discriminación. Puede haber manifestaciones simbólicas de rechazo y condena hacia las personas y grupos asociados con la infección por VIH y el sida o medidas instrumentales de protección donde el estigmatizado siente las ofensas”

A nivel internacional tenemos que el ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) en el 2012, 61% de los países informaron la existencia de casos reportados de personas con VIH, de igual manera se reportó la creación de leyes que protegen a las personas que viven con el VIH. Asimismo países como Angola, Congo, Bolivia, Colombia, Haití, México, señalan la existencia de servicios jurídicos relacionados con el VIH que aumentó del 45% en 2008 al 55% en 2012; sin embargo, la falta frecuente de servicios jurídicos accesibles significa que muchas instancias de discriminación relacionada con el VIH nunca se abordan. A partir de 2013, 63 países disponen, al menos en una jurisdicción de disposiciones específicas que permiten el procesamiento de la no divulgación, la exposición o la transmisión relacionadas con el VIH. La penalización de poblaciones clave también permanece generalizada y el 60 % de los países informan que disponen de leyes, disposiciones o políticas que constituyen obstáculos para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo eficaces relacionados con el VIH para poblaciones clave y grupos vulnerables.

En el Perú, existen 59,276 casos de VIH y 33,535 casos de SIDA notificados al 30 de setiembre del 2015 en el Ministerio de Salud. Así mismo este mismo organismo nacional agrega que: La epidemia del VIH/SIDA en el Perú se encuentra en el nivel “concentrada”, porque la prevalencia estimada de VIH en gestantes es de 0.23% y en la población de hombres que tiene sexo con otros hombres y mujeres transgénero es de 12.4%. La principal vía de transmisión es sexual 97%, madre a hijo 2% y parental 1%; el 77% de casos notificados de SIDA son varones y el 23% de casos notificados de SIDA son mujeres. La población de hombres que tiene sexo con otros hombres es la más afectada y representa al 56% de las nuevas infecciones. La



población heterosexual corresponde al 42%, e incluye a población heterosexual de bajo riesgo (15%); a las personas que tienen sexo casual heterosexual (6%) y a sus parejas estables; a las trabajadoras sexuales y sus clientes (2%); y a las parejas femeninas de los clientes de trabajadoras sexuales, de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y de los usuarios de drogas inyectables (18%).

El 73% de casos de SIDA pertenecen a la ciudad de Lima y Callao y el 27% corresponde al resto del país. Las ciudades más afectadas se encuentran en la región de la Costa y la Selva; en la Sierra la prevalencia del VIH es baja. (MINSA, 2015, parr.11)

En base a la información obtenida a nivel nacional e internacional se observa la existencia de distintos prejuicios sociales, pues las personas que viven con el VIH suelen ser a menudo objeto de discriminación en el lugar de trabajo y en toda la sociedad, por ello es importante para contrarrestar el estigma hacia las personas que viven con esta enfermedad en el Perú, lanzar más campaña, tales como la campaña que fueron realizadas por los organismos ONUSIDA Y PNUD denominada “Una imagen contra el estigma y la discriminación causados por el VIH/Sida”, que tuvo crear un entorno de apoyo a las personas que viven con el VIH en el que no haya cabida para la discriminación y el miedo.

A nivel local de acuerdo a la población de estudio el tema de investigación que es la estigmatización, se ve preocupante, ya que de acuerdo al programa TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) que funciona en el Hospital Regional de Huacho, quien como Institución a nivel local atiende aproximadamente 31151643 pacientes, en su mayoría varones con una cantidad de 123336. A pesar que los

pacientes portados del VIH acuden a consejería en distintos consultorios, como la Oficina de Servicio Social, Psicología, Obstetricia y entre otros del mismo nosocomio, que son el soporte para que estos pacientes puedan asumir la enfermedad y lo más antes posible iniciar con el tratamiento, pese a los servicios que se le brinda al paciente, se observa que hay un alejamiento de estos, porque en nuestra sociedad se vive de estigmas y uno de ellos es hacia las personas que tienen VIH, las portadoras aún sienten que las demás personas que no son portadoras los observan y murmuran sobre ellos cada vez que se acercan al consultorio de Infectología. Pese a los intentos de todo el grupo TARGA por unir a los pacientes y poder formar un grupo consolidado con todos los pacientes portadores de VIH este esfuerzo ha sido en vano, dado que no se ha obtenido resultados positivos, ya que en las reuniones organizadas el número de asistentes de 1 o 2 personas con VIH, aún el Hospital sigue trabajando junto a todo el equipo interdisciplinario que vela por estos pacientes puedan acudir a las reuniones organizadas para una mejor adherencia al tratamiento y así poder llevar una vida más saludable.

Como sabemos, esta investigación se centra mucho en la inserción que deben de tener los pacientes con VIH/SIDA, tanto a nivel local, nacional y mundial, puesto que como trabajadores sociales estamos siempre trabajando en diferentes campos de intervención social. Por ello nuestro trabajo profesional está basado en que estos pacientes mantengan en orden su vida, de acuerdo a los estilos de vida que deben llevar por indicaciones del médico y equipo multidisciplinario que los atiende en el programa TARGA. Por ende es necesario que se haga uso de las políticas sociales de salud y de las leyes que protegen a estas personas, que de muchas formas son discriminadas por los estigmatizadores.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿De qué manera se presenta la estigmatización en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

¿De qué manera se presenta el estigma declarado en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018?

¿De qué manera se presenta el estigma internalizado en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la estigmatización que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Identificar el estigma declarado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018.

Identificar el estigma internalizado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018.

## Capítulo II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. A Nivel Internacional

Guardia, A.; Lenis, P.; Toro, D.; Marín, K. y Higueta, L. (2015) *Estigma y discriminación por VIH/SIDA: perspectiva de los trabajadores del sector salud y un grupo de personas que vive con la infección, Medellín, Colombia, Universidad de Antioquia* El objetivo fue describir el estigma y la discriminación por VIH desde las perspectivas de los trabajadores de la salud y la de un grupo de personas que viven con VIH. La metodología de estudio mixto con un componente de teoría fundada y un componente descriptivo transversal La población de estudio fue de 101 trabajadores de salud. La recolección de datos se hizo a través de entrevistas y encuestas realizadas por los investigadores. Resultados: desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, se evidencia que el 37,6% usa doble guante en la atención de Personas que viven con VIH (PVVIH), el 31,7% ha identificado pobre calidad de la

atención hacia estos pacientes y el 34% considera a las estas personas como responsables de haberse infectado. Conclusión desde la perspectiva de las personas que viven con la infección, el estigma y la discriminación, se confunden con características estructurales del sistema de salud; sin embargo, la perspectiva de los trabajadores de la salud puso al descubierto la persistencia de temores irracionales al contagio, y de estereotipos y prejuicios frente a la población de PVVIH.

Tamayo, B.; Macias, Y.; Cabrera, R.; Henao, J. & Cardona, J. (2014) *Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de salud, Medellín, Colombia, Universidad del Rosario*. El objetivo fue describir el estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA según condiciones socioeconómicas, demográficas y académicas. El tipo de estudio fue descriptivo transversal. La población de estudio 1253 estudiantes y profesionales del área de salud de Medellín, matriculados o egresados de algunas de las seis universidades que ofrecen pregrados en estas áreas en la ciudad, de ambos sexos, mayores de quince años. Se aplicó la escala de estigma en la atención de personas con VIH/ Sida validada con los criterios de apariencia, contenido, constructo, consistencia interna, fiabilidad y utilidad, se utilizó el SPSS 21.0 para tabular los datos. Resultados: Las mayores frecuencias de estigma correspondieron al trato diferencial que brindarían a personas con VIH/SIDA (57,2 %), el considerar necesario crear hospitales exclusivos para este grupo (52,5%), el que la atención de estos pacientes incrementa el riesgo de infección (49,7%) y la necesidad de aislar a los seropositivos (43,3%). Conclusión el estigma social

fue mayor en los primeros ciclos de formación, quienes no se han realizado la tamización e individuos de medicina; se corrobora la necesidad de mejorar las estrategias de comunicación, información y educación en salud para combatir el estigma.

Infante, C., et. al. (2013) *El estigma asociado al VIH/SIDA: en el caso de los prestadores de servicio de salud en México*. El objetivo de la investigación fue analizar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA por parte de los prestadores de servicios de salud en tres estados de la República mexicana, con base en las percepciones que tienen sobre la infección y las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Metodología descriptiva, cualitativa y cuantitativa. Población fue de 373 a proveedores de servicios de salud. El instrumento que se utilizó fue la entrevista y observación elaborada por los investigadores, la población fueron nueve instituciones, donde se tuvieron 14 entrevistas a profundidad y 373 encuestas a proveedores de servicios de salud. Resultados: El 75% de los proveedores recibió capacitación relacionada con el VIH/SIDA, pese a lo cual persiste la discriminación debida a clasificaciones en grupos de riesgo; la identificación de vivir con el virus, padecer el síndrome y morir; y el desconocimiento de las vías de transmisión. El 23% no compraría comida a una PVVS y 16% sugiere prohibir su ingreso a servicios públicos. Respecto a la confidencialidad, 89% opina que debe guardarse y 38% cree que los patrones tienen derecho a conocer la condición de sus empleados. El aislamiento, registro del VIH en expedientes, pruebas obligatorias y demora en procedimientos quirúrgicos de las PVVS fueron prácticas constantes. La percepción de que los hombres que tienen sexo

con otros hombres y las personas que realizan trabajo sexual deciden sus prácticas sexuales establece la división entre víctimas inocentes y culpables e influye en la estigmatización y discriminación en los servicios. Conclusión: el diseño de medidas para disminuir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA exige la inclusión del debate ético sobre los derechos humanos y un enfoque estructural de las condiciones sociales que rebase la noción de comportamientos de riesgo.

### **2.1.2. A nivel Nacional**

Zafra J. (2015) “*Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo, Lima, Perú*”. El objetivo fue determinar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA e identificar qué factores se asocian a este en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional Dos de Mayo. El diseño de la investigación fue analítico, observacional sin grupo control de tiró transversal. La población fueron los pacientes dentro del programa TARGA, mayores a 18 años con más de 6 meses dentro del programa y que aceptaron participar. Encuesta autoadministrada el en Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2014, se utilizó la Escala de estigma de Berger (2001) y cuestionario SMAQ. Los datos fueron confidenciales y el estudio fue aprobado por el Instituto de ética de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Resultados: se halló un estigma alto en 25% y moderado en 48% Las personas sin adherencia al tratamiento tienen 4 veces el riesgo de presentar estigma alto en comparación del mínimo (OR: 4.02 IC95%: 1.34 – 12.14), así como aquellas que han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (OR: 38.4 IC95%: 3.2 – 461.41). Se

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

Cruz, M. & Carita, J. (2014) *Estigma y discriminación según la adherencia al TARGA en portadores de VIH – SIDA Hospital Goyeneche Arequipa*. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. El objetivo fue identificar los condicionantes del estigma y la discriminación en la familia, en el centro laboral y en el personal de salud según la adherencia al TARGA en portadores de VIH – SIDA en el Hospital Goyeneche Arequipa. El estudio fue con diseño cuantitativo de tipo descriptivo, analítico y transversal. Se consideró como población a los 198 portadores de VIH y como muestra 59 pacientes con un muestreo probabilístico que de forma voluntaria y previo consentimiento informado desearon participar del estudio a través del cuestionario y la revista documental, se utilizó el cuestionario sobre las condiciones que favorecen el estigma y la discriminación de las personas portadoras del VIH SIDA validado por juicio de expertos y la guía de revisión documental para evidenciar el porcentaje de adherencia al tratamiento. Resultados: el 98% de afectados no conocen sobre su enfermedad; en la adherencia al TARGA en el personal de salud el 98% discrimina y estigmatiza, no así en la estrategia del ESNITS y VIH donde la actitud es de apoyo y aceptación. La adherencia al TARGA en el 42% fue buena (85 a 94%), el 36% muy buena (95 a 100%), el 10% regular (65 a 84%), el 7% mala (30 a 64%) y el 5% muy mala (<30%) la adherencia al tratamiento anti retro viral de gran actividad. Conclusión: la familia,



compañeros del centro laboral y el personal de salud estigmatizan y discrimina al paciente portados de VIH – SIDA.

### **2.1.3. A nivel local**

Actualmente no se han realizado investigaciones con la variable que se está utilizando, esta sería la primera investigación.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Definición de la variable según autores**

Goffman (1963), define como “Un atributo que desacredita profundamente a la persona, que la “contamina” y la convierte en alguien “manchada”, prescindible, alguien a quien hay que evitar y apartar”. (p.10)

Crocker et al. (1998) señala que la “estigmatización se produce cuando una persona posee de forma real, o a los ojos de los demás, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa y devaluada en un determinado contexto”. (p. 2)

Crandall y Coleman (1992) definen el estigma como “una marca que legitima un trato discriminatorio hacia la persona portadora de la misma en comparación con aquellas otras que no poseen dicha marca”. (p. 6)

Stafford y Scott (1986) equiparan el estigma con desviación. Esto es, lo consideran “una característica, situación o conducta que contradice o viola la

norma social. Esta violación de la norma puede ser permanente, como es el caso de la homosexualidad, o temporal, como es el caso de la obesidad”. (p. 12).

Link y Phelan (2001) Afirman: “El estigma existe cuando los elementos de etiquetaje (asignación de categorías sociales a los individuos), estereotipia (las diferentes etiquetas son relacionadas a estereotipos), pérdida de status y discriminación, ocurren conjuntamente en una situación de poder que lo permite”. (p.3)

El estigma es una marca que implica que en el momento que una persona tiene esa marca o señal, automáticamente la relacionamos con una serie de disposiciones personales negativas: una persona con SIDA es una persona que ha llevado una mala vida. Pues la mayoría de personas solo etiqueta negativamente a otra por circunstancias en las que se encuentra dicha persona, ya sea por lo económico, salud, o alguna posición.

Esto empieza cuando las mismas personas afectadas también empiezan a tomar en cuenta los calificativos para sentir asco, o algún otro malestar que implique que ellos mismos se denigren por si solos.

### **2.2.2. Teorías**

#### **Los efectos del estigma en el plano societal: la exclusión social**

Uno de los efectos importantes a nivel societal del estigma y el prejuicio es la exclusión social (Major y Eccleston 2005; Morales, 2003). Bierbrauer (2000) explica que la exclusión social tiene que ver con el trazado de una frontera

moral, una línea que sirve para agrupar a los que tienen reconocidos todos sus derechos y para separarlos de quienes no los tienen. La exclusión social es un concepto complejo y gira en torno a principios de justicia y reconocimiento de derechos. Además puede abarcar diferentes niveles de gravedad. En este sentido, los diversos grupos estigmatizados, dependiendo de sus características, son víctimas de diferentes niveles y síntomas de exclusión social. Desde sufrir molestias cotidianas, como prejuicios sutiles, hasta ser víctimas de expresiones más graves, como la hostilidad manifiesta o la violencia (Stangor et al., 2003). En definitiva, no solo las personas estigmatizadas sufren sus efectos en términos de malestar psicológico o deterioro en la salud como se ha expuesto en párrafos anteriores, sino que pueden ser víctimas de violaciones importantes en 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.

### **El estigma como identidad deteriorada según Goffman (1963)**

El sociólogo (Goffman, 1963, p, 16) es considerado una autoridad en el tema del estigma. Lo definió como la construcción social de atributos capaces de producir una identidad deteriorada, de desacreditar, descalificar o devaluar a personas o grupos y que puede llegar al extremo de condenarlos a una condición inhumana. Identificó tres tipos de estigma: abominaciones del cuerpo (deformidades físicas), marcas del carácter individual (identidades, modos de ser, comportamientos) y estigmas tribales (asociados con grupos raciales, étnicos, religiosos). Goffman destaca también la importancia de la visibilidad del estigma: cuando la marca es visible el individuo ya está desacreditado, mientras

que si es invisible, es desacreditable. Los individuos pueden tener varias reacciones frente a su propio estigma: sentirse avergonzados y odiarse ellos mismos, intentar corregir u ocultar el atributo desacreditador o, incluso, intentar conseguir beneficios secundarios de su condición. En sus relaciones con otros, los individuos estigmatizados pueden sufrir efectos negativos, pero también pueden encontrarse con gente sensible, bien informada, capaces de entenderlos (los llamados “sabios” por Goffman) y con otros sujetos que comparten el estigma y en quienes pueden encontrar apoyo, ayuda e incluso con quienes pueden luchar por la “normalización”. Aunque Goffman insistió en la importancia de analizar el estigma en términos de relaciones de poder, enmarcadas en determinadas ideologías, muchas interpretaciones posteriores se han enfocado en los rasgos o atributos individuales.

### **Dimensiones de la estigmatización según el Autor Goffman**

Según el autor el estigma se presenta de dos formas, estigma declarado y estigma internalizado, lo cual lo explica de la siguiente manera.

#### **1. Estigma Declarado**

Se refiere a la conciencia de las PVS o que se consideran en riesgo sobre su identidad social negativa y al temor real o imaginado de que se les nieguen oportunidades.

El estigma declarado, actuado o representado se refiere a experiencias reales de discriminación. Puede haber manifestaciones simbólicas de rechazo y condena hacia las personas y grupos asociados con la infección por VIH y el sida o medidas instrumentales de protección o de evitación al interactuar con personas infectadas debido al temor al contagio; también

se han descrito violencia, exclusión social y pérdida de derechos, de trabajo o de beneficios de salud.

## **2. Estigma Internalizado**

Este estigma internalizado o auto-estigma se caracteriza por creencias y sentimientos negativos hacia las personas con VIH/SIDA y hacia sí mismos; los individuos infectados o en riesgo tienen una autoimagen negativa, sufren sentimientos de vergüenza y preocupaciones por la revelación del diagnóstico de VIH y de su orientación sexual. Los individuos aprenden desde niños los estereotipos de sexo y género y los significados negativos asociados con la transgresión de estos estereotipos y los aplican a ellos mismos como reflejo de homofobia internalizada. Al integrar los prejuicios de la sociedad en la que viven, los individuos pueden incluso aceptar y considerar justificados el estigma y la discriminación ejercidos por otros individuos o por las instituciones.

### **Diferencias del rol entre el estigmatizador y el estigmatizado según Goffman**

El manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce donde existen normas de identidad. El rol de normal y el rol de estigmatizado son partes del mismo complejo. Las personas que poseen estigmas diferentes se encuentran en situaciones similares y responden de forma parecida. También se puede considerar que el normal y el estigmatizado tienen las mismas características mentales. Hay pues una unidad entre el estigmatizado y el normal. Las personas podemos pasar de un rol al otro y nuestras capacidades y el entrenamiento nos habilitan para manejar las dos

posibilidades. Se trata de una reubicación dentro de un antiguo marco de referencia en el que se asume para sí lo que antes se pensaba que residía en los demás. Lo doloroso de la estigmatización no surge así por confusión respecto a la identidad sino del conocimiento exacto de la nueva situación. Una persona estigmatizada conoce el punto de vista que los otros tienen de personas como ella. El individuo puede desempeñar ambas funciones que plantean semejanzas notables: ambos pueden evitar el contacto con los otros y relacionarse solo con iguales o sentir que no son aceptados por los otros y que su conducta es observada de cerca. El estigma implica no tanto conjuntos de individuos concretos separables en dos grupos, normales y estigmatizados, sino un penetrante proceso social de dos roles en los que el individuo participa, al menos en algunos contextos y en algunas fases de la vida. El normal y el estigmatizado no son personas, son perspectivas. Los atributos duraderos de un individuo particular lo pueden convertir en un estereotipo y representar el papel de estigmatizado en casi todas las situaciones sociales que le toque vivir y será normal referirse a él como estigmatizado. Sin embargo, esos atributos no determinan la naturaleza de los roles normal o estigmatizado sino la frecuencia con que desempeña uno u otro. Parece que el estigma tiene una función social general que es la de conseguir ayuda para la sociedad entre aquellos que no son ayudados por ella y esto implica cierta resistencia al cambio; pero hay otras funciones según el tipo de estigma: control social, eliminación de minorías en la competencia, etc.

**Enfoque Cognitivo – social del estigma, Link & Phelan (2001)**

Varios psicólogos sociales han propuesto un enfoque cognitivo social del estigma que va más allá de considerarlo como una marca, característica o atributo que posee un individuo y que se ocupe, más bien, de comprender cómo los individuos construyen las categorías, las incorporan en estereotipos en una sociedad y las utilizan para discriminar y excluir a otros (Oliver 1992; Fiske 1998; Sayce, 1998): el estigma es una relación entre un atributo y un estereotipo social (Jones et al., 1984) o una construcción social contextualizada, asociada con el reconocimiento de una característica que se usa para devaluar a la persona que la posee (Crocker, Major y Steel, 1998).

En este sentido, Link y Phelan (2001) hacen un aporte importante al interrelacionar varios componentes en el proceso de estigma:

1. Distinción y rotulación de diferencias humanas: existe una selección social de las diferencias humanas para crear grupos. Si bien la mayoría de las diferencias humanas son ignoradas y consideradas irrelevantes socialmente, otras adquieren importancia, con frecuencia arbitraria y binaria, como el color de la piel, el sexo, la capacidad física o la orientación sexual. De esta selección surgen etiquetas, rótulos construidos socialmente que se asignan a otros (estigmatizados). Con argumentos de psicología evolutiva (Kurzban y Leary, 2001) se plantea la estigmatización como un fenómeno transcultural ya que representa, como se señaló anteriormente, una de las adaptaciones cognitivas para lograr el éxito en la selección y por eso se origina en los valores y preferencias compartidos por un grupo social particular.

2. Asociación de diferencias humanas con atributos negativos: el rótulo relaciona a un individuo determinado con características indeseables para el grupo y forma los estereotipos. Según los psicólogos, estos estereotipos se encuentran a nivel preconsciente y, con frecuencia, determinan decisiones automáticas, aunque pueden ser moldeadas por los procesos cognitivos y los contextos donde se insertan los individuos (Crocker, 1998).
3. Separación entre “nosotros” y “ellos”: se establecen límites arbitrarios con base en las diferencias estereotipadas.
4. Pérdida de estatus y discriminación: a partir de las etiquetas y los estereotipos, se construye una racionalidad que permite devaluar, rechazar y excluir a individuos y grupos colocándolos en situación social desventajosa en cuanto a oportunidades y posibilidades de vida como ingresos, educación, vivienda y atención en salud (Druss et al., 2000). Si bien la discriminación puede ocurrir en las interacciones individuales, en realidad se trata de una discriminación estructural, con base en prácticas institucionales acumuladas que exponen a los individuos y grupos a circunstancias de desventaja que les niega oportunidades. Algunos científicos sociales identifican a los grupos estigmatizados como víctimas sin esperanza; pero también, al introducir nociones de poder y resistencia relativos se brindan posibilidades de cambio en esta dinámica, cuando los recursos disponibles se usan en forma activa para resistir a las tendencias y prácticas que estigmatizan y discriminan (Link y Phelan, 2001). La convergencia de estos cuatro componentes interrelacionados en el proceso del estigma está moldeada por cuestiones de grado, por relaciones de poder



social, económico y político, por resistencias y el poder relativo entre estigmatizados y estigmatizadores.

### **Modelo de la preocupación y los secretos de Smart & Wegner (The preoccupation model of secrecy)**

Este modelo proporciona un marco teórico para explicar las consecuencias cognitivas del secreto en pacientes estigmatizados. De acuerdo con estos autores el secretismo es una forma de engaño intencional que es peculiar por dos razones: primero, mientras que el engaño incluye inducir a otra persona una creencia falsa, el secreto es evitar que otra persona conozca lo que uno sabe que es verdadero; segundo, el secreto puede considerarse un acto social ya que está destinado a una audiencia al cual lo verdadero está denegado, aunque también tiene un componente personal importante. De manera adicional, el modelo de preocupación y los secretos es considerado un proceso cognitivo que resulta de una obsesiva preocupación con el secreto pensado. Está compuesto por tres fases fundamentales, a continuación se explicara cada una de las fases fundamentales.

1. El secretismo causa supresión en los pensamientos. Esta es una de las estrategias utilizadas en los esfuerzos de las personas para mantener un secreto. La supresión del secreto regresa cada vez que sea necesario mantener en secreto lo que se pretende ocultar en presencia de una audiencia determinada. Esta supresión es necesaria para mantener el secreto y regresa a la mente cuando el tema de conversación está relacionado con lo que no se debe decir. Esta supresión del secreto requiere de una preparación para evitar revelar

el secreto, en este sentido la persona reprime cualquier pensamiento relacionado con el secreto para no despertar sospechas en la audiencia.

2. La supresión de los pensamientos causa pensamientos intrusivos. Cuando la persona deja de suprimir los pensamientos sobre lo que se desea mantener en secreto, los pensamientos regresan una vez más. Algunas investigaciones sobre la supresión de pensamientos indican que, cuando los pensamientos se suprimen, estos se vuelven hiper-accesible en la conciencia, sobre todo bajo condiciones de carga cognitiva y más aún cuando la persona trata de concentrarse. Aunque la supresión del secreto resuelve este problema aparentemente, desafortunadamente la supresión hace que el secreto sea cognitivamente accesible.
3. Los pensamientos intrusivos provocan que se renueven la supresión de los pensamientos y así sucesivamente se renuevan en forma cíclica. La supresión de los pensamientos y la intrusión de los pensamientos ocurren de forma cíclica, uno ocurre en respuesta al otro. Este proceso puede traer obsesiva preocupación para mantener el secreto.

### **Teoría social cognitiva de Albert Bandura (1977)**

Esta teoría es tomada con el fin de poder dar explicación a los comportamientos que presentan las personas de acuerdo al aprendizaje que han tenido desde su nacimiento, de acuerdo a su pensamiento, haciendo de este un constructo de la realidad individual de cada ser humano, pues esto demuestra que las personas se

forman de acuerdo a una idea que tienen del problema. Por ello se manifiesta mediante creencias o realidades observables, en este caso acerca del problema de la estigmatización del VIH. Por ello tenemos a los estigmatizados, centrados en su mundo cohibido y los estigmatizadores, quienes tienen un pensamiento erróneo acerca de la realidad.

Es así como esta Teoría social cognitiva, la conducta, el esfuerzo y la persistencia son reguladas por las creencias en la auto-eficacia. La auto-eficacia tiene que ver con los juicios en la capacidad personal, ejercer una influencia específica en determinado dominio de la conducta a través de la valoración de la capacidad personal respecto a una tarea en la cual la persona puede producir una conducta necesaria.

### **La auto-eficacia**

Entre los tipos de pensamientos autorreferente que afectan la acción y el funcionamiento humano ninguno ocupa un lugar tan central como la autoeficacia. Esta se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinador de rendimiento” (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee

(Valiente, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre si relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia. De acuerdo con la teoría social cognitiva, las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano.

Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes: a) logros de ejecución, b) experiencia vicaria, c) persuasión verbal, d) estado fisiológico.

### **Teoría de la amenaza integrada (Stephan y Renfro, 2002)**

Señala que el prejuicio surge cuando un grupo se siente amenazado por otro. Las amenazas pueden ser diversas y desde este enfoque teórico se distinguen cuatro. En primer lugar, la amenaza puede ser realista cuando se percibe que el exogrupo amenaza el bienestar y los recursos del propio grupo. En segundo lugar, puede ser simbólica si se percibe que el exogrupo posee unos valores y costumbres contrarios o muy diferentes a los del endogrupo. Otro tipo de amenaza tiene que ver con la ansiedad intergrupala que se produce cuando la persona se siente incómoda y no sabe cómo comportarse en las interacciones con los miembros del exogrupo. Finalmente, los rasgos que componen el estereotipo negativo de un grupo vienen a constituir una amenaza para el endogrupo. Desde este punto

de vista, los grupos estigmatizados supondrían algún tipo de amenaza para el grupo mayoritario.

El miedo y las percepciones de amenaza juegan un papel esencial en las actitudes negativas y la hostilidad hacia diferentes exogrupos y han sido objeto de estudio desde numerosas teorías, tanto sociológicas (por ejemplo, Blumer, 1958-1998; Bobo, 1999) como psicosociales (por ejemplo, Esses, Jackson y Armstrong, 1998; Riek, Mania y Gaertner, 2006; Stephan, Renfro, Esses, Stephan y Martin, 2005).

Desde un punto de vista estrictamente psicosocial, la teoría integrada de la amenaza (Stephan, Ybarra, Martínez, Schwarzwald y Tur-Kaspa, 1998; Stephan et al., 2002, 2005) une numerosas perspectivas teóricas que han intentado explicar el papel que desempeñan las percepciones de amenaza en las actitudes intergrupales.

Esta teoría se centró inicialmente en cuatro tipos de amenaza: realista, simbólica, ansiedad intergrupar y estereotipos negativos (Stephan y Stephan, 2000). Posteriormente, en una reformulación de la misma (la teoría de la amenaza integrada revisada, Stephan y Renfro, 2002) se distingue solo entre amenaza realista y simbólica, diferenciándose éstas a su vez en grupales e individuales, ya que se puede percibir amenaza como miembro de un grupo o como individuo.

La amenaza realista, que tiene su origen en la teoría del conflicto realista (Campbell, 1965; Sherif, 1966), implica la percepción de competición entre

endogrupo y exogrupo por recursos escasos, como el empleo, los servicios sociales, la educación o la sanidad (Ybarra y Stephan, 1994). Esta competición percibida provoca una sensación de amenaza sobre el poder económico y político del endogrupo y sobre el bienestar físico o material de sus miembros (Stephan et al., 2005). Independientemente de que la escasez de recursos sea percibida o real, cabe esperar que cualquier elemento que incremente la percepción de competición intergrupal aumentará también la percepción de amenaza exogrupal. Recientemente, y como un tipo específico de amenaza realista, la teoría de la amenaza integrada revisada (Stephan y Renfro, 2002; Stephan, Ybarra y Morrison, 2009) ha considerado la amenaza a la seguridad (personal o grupal). Este concepto hace referencia a la percepción de daño físico o material a un miembro del grupo (por ejemplo, percepción de dolor o amenazas a la seguridad personal).

La amenaza simbólica, por su parte, se produce porque los miembros del endogrupo perciben que el exogrupo posee diferentes valores, creencias o actitudes que no están en consonancia con los propios y, por tanto, éstos corren el peligro de ser alterados por los del exogrupo. Se trata de una amenaza abstracta a la forma de ver el mundo o la cultura del endogrupo (Stephan et al., 2002, 2005). Cabe esperar, por tanto, que la exageración de las diferencias (o falta de similitudes) percibidas entre el endogrupo y el exogrupo constituyan un elemento fundamental en la percepción de amenaza exogrupal y, por tanto, en la actitud negativa hacia grupos sociales (Zárate, García, Garza y Hitlan, 2004).

Los estudios centrados en la teoría de la amenaza integrada también han investigado los posibles antecedentes de la percepción de amenaza. En algunos

de ellos, Stephan et al. (2002) encontraron que el antecedente más poderoso de la amenaza era el contacto negativo con el exogrupo. Además, sus resultados “sugieren que las experiencias negativas con miembros de otro grupo racial tienen un fuerte efecto indirecto sobre las actitudes raciales negativas, que está mediado por los sentimientos de amenaza” (Stephan et al., 2002, p. 1.250). Por ello, cabe esperar que las personas que han tenido un contacto positivo o agradable con miembros del exogrupo experimenten menor percepción de amenaza (vs. los que han tenido un contacto desagradable).

Las numerosas investigaciones llevadas a cabo con objeto de poner a prueba la teoría de la amenaza integrada y sus reformulaciones (véase una revisión en Rodríguez, 2005; Stephan et al., 2009) constituyen una evidencia consistente de que la percepción de amenaza sobre el endogrupo (realista o simbólica) desencadenará actitudes negativas hacia el exogrupo (Riek et al., 2006).

Así pues, el estudio de la amenaza exogrupal percibida parece estar suficientemente justificado dada su probada intervención (junto con otras variables psicosociales) en el desarrollo de relaciones intergrupales potencialmente conflictivas.

### **Teoría de la Atribución de Heider y Weiner (1958)**

La teoría de la atribución nos aporta un análisis conceptual de la causalidad, interesándose por la asignación de la responsabilidad de un hecho. Frinz Heider es uno de los más importantes teóricos y principal responsable del interés actual por esta área. En su obra “The Psychology of Interpersonal Relations” (1958) se

parte del supuesto de que el hombre está motivado para entrar en las causas de los hechos y para comprender su ambiente.

Para Weiner (1974), en esta teoría el hombre conceptualizado como un organismo racional, que actúa como científico, formulando y descartando hipótesis acerca del mundo, intentando hallar las causas de los hechos y por comprender su entorno. También acerca de su conceptualización Amau (1979), nos señala, como la teoría de la atribución en Heider utiliza un lenguaje corriente, poco sofisticado, casi vulgar, a través del cual se propone canalizar la psicología común al intentar descubrir como el “hombre de la calle” piensa acerca de la causalidad.

Según recoge Todt (198), en su libro sobre las relaciones interpersonales, Heider, expone su teoría ingenua sobre la conducta, e intenta presentar los criterios en base a los cuales las personas, previniendo y orientando su propia conducta según tales interpretaciones, para esta teoría, el resultado de alguna acción (X) es debido a factores de influencia (ff) que se encuentran tanto en la persona como en el entorno.

$$\mathbf{X = f (ff \text{ persona, ff entorno})}$$

Si tenemos en cuenta que como factores personales de influencia cabe citar la capacidad y el esfuerzo, la función anterior quedara representada del siguiente modo.

$$\mathbf{X = f (esfuerzo, capacidad, entorno)}$$

Siguiendo esta teoría nos encontramos, que Heider hipotetiza que el factor entorno puede subdividirse en.

- a) Factores **relativamente estables** (por ejemplo, dificultad de un problema)



b) Factores **variables** (por ejemplo, ocasión, causalidad feliz)

Estas precisiones de los factores personales y del entorno, nos permiten abordar el concepto de “**poder**” como una relación que según Heider se establece en la percepción diaria entre los factores de capacidad y entorno. Ello implica, cuando se habla de poder, el establecer juicios sobre peculiaridades externas y su relación con las capacidades correspondientes.

Respecto a las atribuciones personales, Heider señala que en muchas situaciones de la vida, el análisis de las causas del efecto de una acción se concentra sobre los componentes personales, es decir, un efecto se atribuye a la persona que lo causa. El criterio decisivo aquí es la **intención**.

Junto a la atribución de la intencionalidad, destaca de la **equifinalidad**, como una serie de medios y caminos para alcanzar un único objetivo.

*“La atribución personal reduce las condiciones necesarias esencialmente a una sola la persona con una intención que tiene control de la multiplicidad de factores de influencia dentro de una amplia esfera de posibilidades...”Heider (1958).*

A modo de resumen podríamos decir que la teoría ingenua de la conducta, vincula a una persona con una acción o con el efecto de una acción, analizando en qué medida esta depende de intenciones, esfuerzos capacidades y condiciones externas.

### **“Locus of control” de Rotter (1954)**

Fue Rotter (1954) quien primeramente introdujo el concepto “Locus of Control” (Lugar de Control), que ha cobrado una gran importancia en los enfoques teóricos y prácticos de la motivación. Con este término se alude a la causalidad percibida por el individuo de los resultados de la conducta. Si tomamos en consideración las situaciones de rendimiento, en la percepción de alcanzar unos objetivos fijados puede influir el proceso de la atribución causal. Por una parte el individuo puede concebirse a sí mismo como responsable de su propio rendimiento (**control interno**); por otra el individuo puede ver como responsable de su rendimiento a otros, a la suerte o a circunstancias que se escapan de su control (**control externo**).

El concepto de lugar de control, al que nos estamos refiriendo, procede de la “**teoría del aprendizaje social**” que Rotter (1954) “Social Learning and clinical psychology” ha formulado compartiendo mucho de los aspectos teóricos propuestos por Lewin, Bandura y Atkinson. A ellas nos vamos a referir a continuación contrastando diversas opiniones sobre el tema.

Según recoge Amau (1979), la teoría del aprendizaje social se halla justificada por el hecho de que muchas formas de conducta son aprendidas en contextos sociales, integradas por necesidades que requiere para su satisfacción de la decisión de otras personas. Por su parte Fanelli (1988) señala que la teoría del aprendizaje social indica que una persona penetra en una situación con unas expectativas en la relación con los resultados probables de sus posibles conductas. Por último veamos la opinión de Weiner (1974) al respecto, cuando

dice que la teoría del aprendizaje social, tal como la formuló Rotter, especifica que la fuerza de la tendencia a implicarse en alguna conducta es en parte una función de la expectativa de que un refuerzo seguirá la conducta. Se supone que tales expectativas se basan en las experiencias anteriores de la persona. Experiencias que se pueden dividir en dos categorías una general, que es una creencia superior acerca de la probabilidad de un refuerzo para una clase de conductas relacionadas; y otra específica basada sobre la contingencia del refuerzo entre la respuesta bajo consideración en una situación de estímulo específico.

Retomando el discurso de Rotter (1954) la probabilidad de una conducta variara justamente con la experiencia de esa persona con relación al resultado de la misma. Esta regla puede ser expresada con la fórmula.

$$pB = f(E) + r.v.$$

Donde  $pB$  es la probabilidad de conducta,  $f(E)$  es la función de la expectativa y  $r.v.$  es el valor del reforzamiento. Según esta formulación se predice que la frecuencia de una determinada conducta aumentara si las experiencias pasadas y actuales indican que ella se obtendrá un resultado gratificante; y la frecuencia disminuirá si no es gráficamente el resultado anticipado.

Pero volvamos al concepto de “locus of control” que nos ocupa Rotter et al. (1966) “Internal versus external control of reinforcement”, incorporaron a la teoría del aprendizaje social el constructo del lugar de control, como modificación de esta y debido a las discrepancias encontradas en las

investigaciones correspondientes. En una de estas investigaciones Phares (1957) se encontró que los cambios previstos en la probabilidad ocurren solo cuando el resultado es percibido por la persona como constituyente de su propia conducta. En un experimento se informó a un determinado grupo que su experimento dependía exclusivamente de la capacidad personal (grupo I). A otro grupo de control se le dijo, por el contrario, que el rendimiento dependía exclusivamente de la casualidad (grupo II). Tras un éxito inicial, el grupo I elevó mucho más que el grupo II su nivel de exigencia en las tareas siguientes. En la fijación del objetivo influyó, por lo tanto, el que la atribución se hiciese en base a la capacidad (Internal locus of control) o en base a la casualidad (external of control).

Una segunda discrepancia a su anterior exposición la realizó el propio Rotter et al. (1966). En una amplia revisión vio que en tareas ambiguas, donde es dudosa la causalidad respecto a los resultados la conducta de algunas personas seguía la formulación de expectativas, mientras que otro grupo de personas atribuía con mayor frecuencia casualidad al azar. La dimensión del “locus of control” por él postulada, según recoge Todt (1982), coloca en un extremo a las personas que tienden a pensar que las situaciones están bajo su control y en el otro a quienes se sienten importantes porque tienden a atribuir todo lo que les sucede a causas externa fuera de su control.

*“Por lo que respecta al ámbito de la conducta normal cabe suponer que las personas que piensan que las vivencias del éxito dependen de controles externos se comportarán pasivamente frente al entorno...forman parte de las personas con un fuerte convencimiento del control interno, por el contrario, las que creen*

*en sus propias capacidades para cambiar su entorno” Rotter et al., 1966 (p., 475)*

### **Atribuciones causales y motivación de rendimiento, Weiner (1974)**

#### **Sobre las atribuciones causales**

Actualmente está claro, afirma Weiner (1974), que las manifestaciones de la motivación para el rendimiento también están influenciadas por los procesos inferenciales y cognitivos. Entre los hechos mentales que afectan a las conductas relacionadas con el logro, las principales son las atribuciones causales.

La teoría de la atribución proporciona un marco cognitivo para el análisis conceptual de la conducta del logro. En esta situación **las atribuciones causales en contextos relacionados con el logro hacen referencia a las causas percibidas del fracaso y del éxito**. Por otra parte podemos decir, continuando con Weiner, que las necesidades del logro pueden ser consideradas como disposiciones cognitivo causales, desvelándose así otro correlato importante de las personalidades de los individuos con niveles altos y bajos con las necesidades del logro.

Ya hemos tenido ocasión de referirnos con anterioridad, a las teorías de la atribución, expuestas por Heider, Rotter y las aportaciones de Phares entre otros. Revisaremos brevemente alguno de estos conceptos, con el fin de establecer las relaciones entre la atribución causal y la motivación del rendimiento.

El concepto de “locus of control” de Rotter y las investigaciones de Phares demostraron que en una situación de rendimiento, la fijación del nivel de fijación varía según se atribuyen los éxitos vividos anteriormente a factores de influencia internos o externos. Los factores “capacidad” y “suerte” de Heider, fueron presentados por Phares como las alternativas correspondientes.

Weiner (1974) vinculó los factores de influencia internos y externos de la teoría ingenua de la conducta de Heider con el concepto de “locus of control” de Rotter resultante el siguiente esquema clasificatorio de los determinantes percibidos de la conducta del rendimiento.

Cuatro son pues, según Weiner, las atribuciones causales de los éxitos o de los fracasos ante el rendimiento. ¿A cuál de los cuatro factores de influencia se les atribuye el resultado de una acción? A juicio de Weiner (1974), ello depende determinados **estímulos claves** (“cues”) percibidos en la situación; por lo que respectan las situaciones de rendimiento, menciona los siguientes.

**Capacidad.** Numero de éxitos, porcentaje de éxitos, dificultad de la tarea, etc.

**Dificultad.** Características objetivas de la tarea, normas sociales, etc.

**Suerte.** Casualidad o unicidad del resultado, características objetivas de la tarea, etc.

**Esfuerzo.** Resultado, tensión muscular, sudor, etc.

### 2.2.3. Realidad actual del VIH/SIDA en el Perú

Según estudios realizados por ONUSIDA, actualmente existen aproximadamente 76,000 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú, la mitad de las cuales no sabe que es portadora del virus. De éstas, un 10,8% son

casos de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Asimismo, existe una prevalencia de 0,21% de casos en mujeres embarazadas. De otro lado, la población trans es de las más afectadas (aproximadamente 32% de los casos de prevalencia estimada). Asimismo, las trabajadoras sexuales son también un grupo afectado por la epidemia. (Pun.201)

#### **2.2.4. Leyes que protegen a la personas con VIH**

El virus dejó de ser una limitación para trabajar, estudiar y relacionarse libremente desde el punto de vista económico social y cultural en el país.

Promulgada en 40.571 el 30 de Diciembre del 2014, Ley de la Promoción y Protección del Derecho a la igualdad de las personas con VIH/SIDA y sus Familiares.

Consta de 7 capítulos y 41 artículos y en casi toda su extensión veta todo acto o conducta de discriminación cometida por cualquier persona o por cualquier centro de salud, lugar de trabajo, educativo, deportivo, recreativo, cultural o jurídico, de naturaleza pública o privada, contra las personas con VIH/SIDA y de sus familiares.

**Artículo 66.-** A las personas infectadas por VIH o enfermas de SIDA, a los hijos e hijas o cualquier otro familiar de personas infectadas independientemente de su condición serológica, no podrá negársele su ingreso o permanencia en centros educativos o de capacitación, públicos o privados, ni serán discriminados por algún motivo.

Basándonos en el problema de investigación, nos centramos en el tema de la discriminación que las demás personas cometen hacia otras que están vulnerables por alguna circunstancia en la que se encuentran, además de que no son solo ellas las que sufren las consecuencias de este mal social que se presenta día a día, sino que también sus familiares se ven afectadas. En este caso tenemos a las personas que están infectadas con el VIH, quienes se sienten totalmente denigradas por las demás personas que no tienen este problema. Pues como lo menciona en el artículo 66 de la ley que los protege; nos dice que tanto ellos como sus familiares tienen el derecho de inserción a nivel educativo para la prevención y protección de la misma, puesto que la estigmatización que hay en la sociedad hace que muchas personas sean vulneradas por sus derechos, tanto a nivel declarado, donde son otros los que atacan con burlas, estereotipos y discriminación, y a nivel internalizado, donde la desacreditación empieza desde la persona índice.

#### **2.2.5. Políticas y programas sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo en el Perú**

El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, a través de la Dirección Nacional de Relaciones de Trabajo coordina conjuntamente con la Oficina Internacional del Trabajo – OIT, la realización de actividades relacionadas al VIH/SIDA en el mundo laboral desde el 2007, en cumplimiento del Proyecto “Políticas y Programas sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo en el Perú, acciones encaminadas a sensibilizar y capacitar al sector laboral, respecto al impacto negativo del VIH/SIDA en el ámbito laboral y la necesidad de realizar acciones desde el lugar de trabajo a efectos de dar respuesta a esta problemática. Al respecto se han realizado las siguientes acciones:



## **Nueve talleres de sensibilización y capacitación sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo en el Perú**

- Seis talleres denominados “VIH/SIDA y el mundo del trabajo”
- Un taller denominado “Formulación de Políticas y Programas sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo”.
- Dos talleres denominados “Formador de formadores sobre VIH/SIDA en el lugar de trabajo.

### **2.2.6. Intervención del/la Trabajadora Social**

Es muy importante el rol que cumple el Trabajador Social con los pacientes con VIH, esta forma parte de todo un equipo multidisciplinario que trabajan en coordinación para brindar el bienestar de los pacientes infectados con el VIH, las funciones que cumple el Trabajador Social son las siguientes:

1. Garantizar la atención social del paciente con VIH.
2. Ofrecer, y coordinar con la persona responsable, la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) en los establecimientos de salud de MINSA.
3. Realizar el estudio socioeconómico y tratamiento social del paciente con VIH con respecto a su entorno familiar y social
4. Realizar entrevistas y visitas domiciliarias.
5. Realizar atención personalizada a través de la consejería manteniendo el principio de confidencialidad.
6. Identificar al agente de soporte personal.
7. Movilizar redes de soporte social para el paciente con VIH.
8. Asesorar los grupos de ayuda mutua donde existan.
9. Realizar el informe de visitas domiciliarias y referencia social.

## **2.3. Definiciones Conceptuales**

### **Estigmatización**

Proceso en el cual la reacción de los demás estropea la “identidad normal”. Es un atributo profundamente desacreditante de la persona que lo posee. Y lo convierte en alguien manchado, prescindible, alguien a quien hay que evitar o apartar”. (Goffman 1993, 10).

### **Estigma Declarado**

Se refiere a la conciencia de las PVS o que se consideran en riesgo sobre su identidad social negativa y al temor real o imaginado de que se les nieguen oportunidades.

El estigma declarado, actuado o representado se refiere a experiencias reales de discriminación. Puede haber manifestaciones simbólicas de rechazo y condena hacia las personas y grupos asociados con la infección por VIH y el sida o medidas instrumentales de protección o de evitación al interactuar con personas infectadas debido al temor al contagio; también se han descrito violencia, exclusión social y pérdida de derechos, de trabajo o de beneficios de salud (Brown et al., 2001; Herek et al., 2002; Nyblade, 2006; Logie, 2009).

El VIH y el sida en los pacientes, encontradas en diversos estudios, incluyen reacciones emocionales negativas como sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y aislamiento; dificultades y deterioro en las relaciones interpersonales y en las dinámicas familiares, e incluso con los profesionales de la salud, y efectos adversos sobre la salud como consecuencia de la negación del posible diagnóstico, reticencia a practicarse las pruebas diagnósticas, a seguir los controles clínicos, a adoptar medidas preventivas, a problemas con la adherencia al tratamiento y menor satisfacción con la vida y los servicios de salud (Zukoski y Thorburn, 2009; Arrivillaga-Quintero, 2010).

**Estigma personal percibido**

El estigma personal percibido, es el temor ante las posibles reacciones de los demás frente a su situación de infectado y a las posibles discriminaciones, pero en otros casos si se debe a estigma representado o actuado por otros, es decir a situaciones discriminatorias (Ruiz-Torres, 2007; Amuzu, 2008; Chung, 2009; Logie y Gadalla 2009).

**Estigma Internalizado**

Este estigma internalizado o auto-estigma se caracteriza por creencias y sentimientos negativos hacia las personas con VIH/SIDA y hacia sí mismos; los individuos infectados o en riesgo tienen una autoimagen negativa, sufren sentimientos de vergüenza y preocupaciones por la revelación del diagnóstico de VIH y de su orientación sexual. Los individuos aprenden desde niños los estereotipos de sexo y género y los significados negativos asociados con la transgresión de estos estereotipos y los aplican a ellos mismos como reflejo de homofobia internalizada. Al integrar los prejuicios de la sociedad en la que viven, los individuos pueden incluso aceptar y considerar justificados el estigma y la discriminación ejercidos por otros individuos o por las instituciones (Ortiz-Hernández et al., 2005, Clum et al., 2009, Logie et al., 2009, Block, 2009).

El estigma internalizado se asocia con barreras en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la enfermedad por VIH, lo cual constituye un problema de salud pública: los individuos temen consultar, le huyen a las pruebas diagnósticas, niegan su propia vulnerabilidad y una vez diagnosticados, hacen esfuerzos por ocultar el diagnóstico, no siguen las medidas de prevención, tienen mala adherencia al tratamiento y al seguimiento en la atención en salud (Ginsburg, 2010).

### **Preocupación por la ocultación de la serología**

En el caso del VIH el estigma puede ser invisible a los demás. La invisibilidad del estigma permite a las personas decidir si se desea revelar o no su estado a los demás, y si se decide revelar, en qué circunstancias. Aunque existen estudios en España que arrojan el dato de que aproximadamente el 80% de las personas con VIH oculta su estado serológico (Agirrezabal, Fuster y Valencia, 2009), es muy difícil hablar de personas con VIH visibles y no-visibles. Tampoco es fácil hablar de un continuo entre ocultar y revelar la serología. Revelar o no la serología a otros depende de muchos factores. A veces se revela a una persona porque pertenece al círculo familiar, pero otras veces se le oculta por esta misma razón. A veces se oculta a alguien con quien desea tenerse una relación íntima, mientras que otras veces se revela por esta misma razón. Podría seguirse así indefinidamente (Gil de Montes, Fuster, Molero, Ubillos y Agirrezabal, 2009). La decisión sobre cuando revelar el estatus, o a quien revelarlo tiene algunos beneficios. Por ejemplo, el hecho de poder escoger las situaciones en las que se sienta mayor seguridad y comodidad para desvelarlo (Quinn, 2006). Esto puede ayudar a mantener los límites personales y ofrece control sobre los niveles de intimidad con otras personas (Derlega y Chaiken, 1977). Además, revelar información sobre uno mismo a otros es una parte importante de las relaciones con los demás, y sobre todo con otros significativos. De hecho, las relaciones interpersonales tienden a desarrollarse y estrecharse como consecuencia de la revelación de aspectos personales e íntimos.

### **Autoimagen negativa**

Los sentimientos negativos van siempre de la mano de la tensión y el agotamiento. No le quepa duda de que si no tiene confianza en sí mismo los demás también se darán cuenta de ello, por más que intente esconderlo. Ya sea a través de sus palabras, del

tono de voz o de su lenguaje corporal, estará irradiando su falta de seguridad con la misma claridad que si estuviera anunciándolo en una valla publicitaria. Si los demás le perciben como alguien que no confía en sí mismo le tratarán del mismo modo. Esto a su vez intensificará esos sentimientos negativos y se creará un círculo vicioso del que le será difícil escapar.

### **Los efectos del estigma**

El estigma tiene importantes consecuencias en las víctimas y estas repercuten en numerosos ámbitos de sus vidas. Además no ocurren a un solo nivel, sino que sus efectos impactan tanto en el plano individual como en el grupal y también el societal (Molero, 2007).

### **Pacientes con VIH/SIDA**

#### **VIH**

Virus de inmunodeficiencia humana, que se puede transmitir por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas jeringuillas u otros instrumentos punzantes. (OMS, 2018).

#### **SIDA**

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que son los estadios más avanzados de la infección por VIH. (OMS, 2018).

## **Capítulo III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño Metodológico**

##### **3.1.1. Tipo**

Esta investigación es de tipo Básica, ya que busca identificar hechos de la realidad para ver en qué estado se encuentra la población de acuerdo a la problemática que se está estudiando.

Carrasco, S (2006) Sostiene que la investigación básica es la que se realiza con la finalidad de producir nuevos conocimientos para ampliar y profundizar las teorías sociales, no está dirigida al tratamiento inmediato de un hecho concreto, ni a resolver una interrogante fáctica, sino, que únicamente es una investigación para profundizar la información sobre las relaciones sociales que se producen en el seno de la sociedad. (p.49).

##### **3.1.2. Nivel**

El nivel de investigación es descriptiva porque se describe las características y el comportamiento natural de la variable.

Carrasco, S (2006). Sostiene que se conoce como investigación descriptiva cuando se, identifica y describe las características esenciales del fenómeno social en estudio respondiendo las preguntas ¿Cómo es?, ¿Cuáles son?, ¿Dónde están?, ¿Cuántos son? (p. 50).

### **3.1.3. Diseño**

El diseño de la investigación es no experimental porque no se realiza ninguna modificación o manipulación internacional de variable.

Hernández, Fernández y Baptista (2003). Nos dice que este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular o en ocasiones solo de analizar la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables (p. 93).

La investigación es Transversal; Hernández, Fernández y Baptista nos dice que la investigación transversal son estudios observacionales, analíticos, que estudian la causa y el efecto al mismo tiempo, sirven para probar hipótesis epidemiológicas. Los elementos de un protocolo o diseño transversal analítico, con la diferencia que en el transversal se estudia la causa y el efecto al mismo tiempo (p.93).

### **3.1.4. Enfoque**

La investigación tiene un enfoque cuantitativo porque el recojo de datos y procesamiento de la información, análisis y los resultados serán representados en tablas, figuras.

Galeano (2004). Sostiene que los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable (p.24).

## **3.2. Población y muestra**

### **3.2.1. Población**

La población seleccionada para esta investigación está conformada por 50 pacientes de VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018, comprendidas entre las edades de 18 a 50 años de edad entre mujeres y varones.

Tamayo y Tamayo (1997). La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (p.114).

### **3.2.2. Muestra**

Por la naturaleza del estudio que se aplicó a todos los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, por lo que no se ha planteado una muestra.



### 3.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	ESCALA	NIVEL	CUESTIONARIO
<b>ESTIGMATIZACIÓN</b> Proceso en el cual la reacción de los demás estropea la "identidad normal" Es un atributo profundamente desacreditante de la persona que lo posee. Goffman (1963)	Estigma Declarado	Estigma personal percibido	EPP (17, 22, 24, 25,26,27,28,29)	1	Nunca	Escala de Estigma de VIH/SID (Berger 2001)
		Preocupación por las actitudes públicas de rechazo	PAPR (4, 8, 10, 15, 19)	2	Casi nunca	
	Estigma Internalizado	Preocupación por la ocultación de la serología	PO (1,5,7,9,16,20,21,23,30)	3	A veces	
		Auto imagen negativa	AN (2,3,6,12,13,14,28)	4	Casi Siempre	

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

#### 3.4.1. Técnicas a emplear

**La encuesta:** Es una encuesta que permitirá recolectar datos del cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida Tamayo y Tamayo (2008). Nos dice que la encuesta es aquella que permite dar respuestas a los problemas en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida sistemática de información (p.124).

**La Observación:** Mediante esta técnica podemos ver y escuchar los problemas de los pacientes pertenecientes al programa de VIH/SIDA, TARGA, observando el comportamiento que tiene la familia sobre la enfermedad de su familiar.

#### 3.4.2. Instrumento

Escala de Estigma de VIH/SIDA de Berger, B. (2001), para evaluar la estigmatización mediante el grado de rechazo en relación a su entorno y sobre sí mismos, mediante la recolección de datos de manera personal.

Hurtado (2000). Un cuestionario es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información (p. 469).

**FICHA TÉCNICA**

<b>Nombre</b>	: Escala de Estigma de VIH/SIDA
<b>Autor y Año</b>	: Berger, B. (2001)
<b>Objetivo</b>	: Evaluar la estigmatización mediante el grado de rechazo que perciben los pacientes en relación a su entorno y sobre sí mismos.
<b>Administración</b>	: Individual
<b>Tiempo de Aplicación</b>	: Promedio de 20 minutos
<b>Sujetos de Aplicación</b>	: La Escala de Estigma de VIH/SIDA aplicable a personas con serología VIH/SIDA de 18 a 50 años de edad dentro del área de Infectología del Hospital Regional de Huacho.
<b>Descripción</b>	: La Escala de Estigma de VIH/SIDA tiene 30 ítems, basado en el estudio de percepción que tienen los pacientes de VIH/SIDA, tomando como principales dimensiones: el Estigma Declarado y al Estigma Internalizado, destacando los indicadores de cada dimensión, en conjunto con los ítems.

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	N°
Estigma declarado	Estigma personal percibido (EPP)	17,22,24,25,26,27,28,29	8
	Preocupación por las actitudes públicas de rechazo. (PAPR)	4,8,10,15,19	5
Estigma Internalizado	Preocupación por la ocultación de la serología. (PO)	1,5,7,9,16,20,21,23,30	9
	Auto imagen negativa.	AN 2,3,6,12,13,14,28	8

**Calificación** : La escala de Lickert tiene rangos que va desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo con una puntuación de 1 a 4 puntos por cada reactivo, con una puntuación total de 120 puntos

Casi nunca	Rara vez	A veces	casi siempre
1	2	3	4

**Codificación e interpretación** : Se utilizara la técnica estadística por rangos, se debe señalar que a menor puntuación, mayor la percepción que tienen los pacientes sobre su estigma.

<b>ESTIGMATIZACIÓN TOTAL</b>			
<b>Casi nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi Siempre</b>
0 a 30	31 a 60	61 a 90	91 a 120
<b>ESTIGMA DECLARADO</b>			
<b>Casi nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi Siempre</b>
0 a 13	14 a 26	27 a 39	40 a 52
<b>ESTIGMA INTERNALIZADO</b>			
<b>Casi nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi Siempre</b>
0 a 17	18 a 34	35 a 51	52 a 68

INDICADORES	DIMENSIÓN DE ESTIGMA DECLARADO			
	Casi nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre
Estigma personal percibido	0 a 8	9 a 16	17 a 24	25 a 32
Preocupación por las actitudes públicas de rechazo	0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20

INDICADORES	DIMENSIÓN DE ESTIGMA INTERNALIZADO			
	Casi nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre
Preocupación por la ocultación de la serología	0 a 9	10 a 18	19 a 27	28 a 36
Auto imagen negativa	0 a 8	9 a 16	17 a 24	25 a 32

### Propiedades métricas

#### *Validez*

: Se encontró la validación del instrumento original de acuerdo con el Modelo1 y análisis factorial, el estadístico KMO es de **.919**, valor superior al punto de corte de .80. El estadístico de *chi-cuadrado* de la prueba de esfericidad de Bartlett es significativo,  $p < .001$ , ( $\chi^2 = 5206.4$ ;  $gl = 435$ ). El análisis extrajo 4 factores, los cuales explican el 49.29% de la varianza.

**Fiabilidad**

: La consistencia interna del instrumento original de la investigación fue 0,84 para el Estigma Declarado y 0,87 para el Estigma Internalizado según alfa de Cronbach con una muestra de 557 personas. Para nuestro estudio se realizó una prueba piloto del 25% de los pacientes con VIH/SIDA, arrojado 0.738 según el alfa de Cronbach, con una fiabilidad aceptable.

**3.5. Técnicas para el procesamiento de la información**

1° Se elaboró la base de datos consignando los datos del instrumento de medición.

2°, Se organizó las tablas y figuras haciendo uso de las técnicas estadísticas de la tabulación.

3° Se obtuvo los estadísticos descriptivos, y en correspondencia se realizó la interpretación y el análisis descriptivo que amerita este nivel de investigación.

## **Capítulo IV**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se presenta las tablas y las figuras que corresponden a las características de la población y los resultados de las dimensiones de la variable estudiada con una interpretación y análisis de los datos estadísticos que se obtuvo como resultado del estudio.

#### **4.1. Características de la población**

##### **4.1.1. Edad de la población de estudio**

Del total de la población encuestada se observa que la edad promedio de los pacientes es de 32 años y un 48% de acuerdo a la mediana están ubicados con mayor concentración entre los 18 a 32 años de edad aproximadamente, y la edad modal que se repite con más frecuencia es de 50 años. Finalmente observamos que la edad mínima es de 18 años de edad y la edad máxima es de 50 años de edad.

La mayoría de los pacientes se encuentra con mayor frecuencia en la edad de los 50 años, siendo esta a su vez la edad máxima dentro del estudio de investigación, lo cual según la OMS en esta etapa de la vida a la persona

se le considera como adulto maduro, ya que está comprendida entre los ( 35 años a los 59 años de edad), con una característica fija que es la de disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos, desarrollando un nuevo tipo de relación interpersonal haciendo que sus ideas sean respetadas.

También se observa que la edad mínima es de 18 años lo cual según la OMS en esta etapa de la vida a la persona se le considera como adulto joven, ya que está comprendida entre los (18 años a los 45 años de edad), considerando como una característica que se alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a optimo nivel.

*Tabla 1: Estadística descriptiva de la edad de la población de estudio*

N	Válido	50
	Perdidos	0
Media		33,66
Mediana		32,00
Moda		50
Rango		32
Mínimo		18
Máximo		50

Fuente: Escala de Estigma de VIH/SIDA, aplicada por las tesis en el H.R.H – Huacho, 2018

#### **4.1.2. Sexo de la población de estudio**

Del total de la población encuestada se observa de 50 pacientes, 32 son varones que representa el 64% y 18 mujeres que representan el 36%. Es decir que la mayoría de los pacientes encuestados son del sexo masculino, lo cual nos demuestra que hay más varones que padecen de la enfermedad del VIH/SIDA, mostrando una preocupación grande ya que sin duda esto viene de estereotipos machista que se tiene en nuestro país, reflejado en la



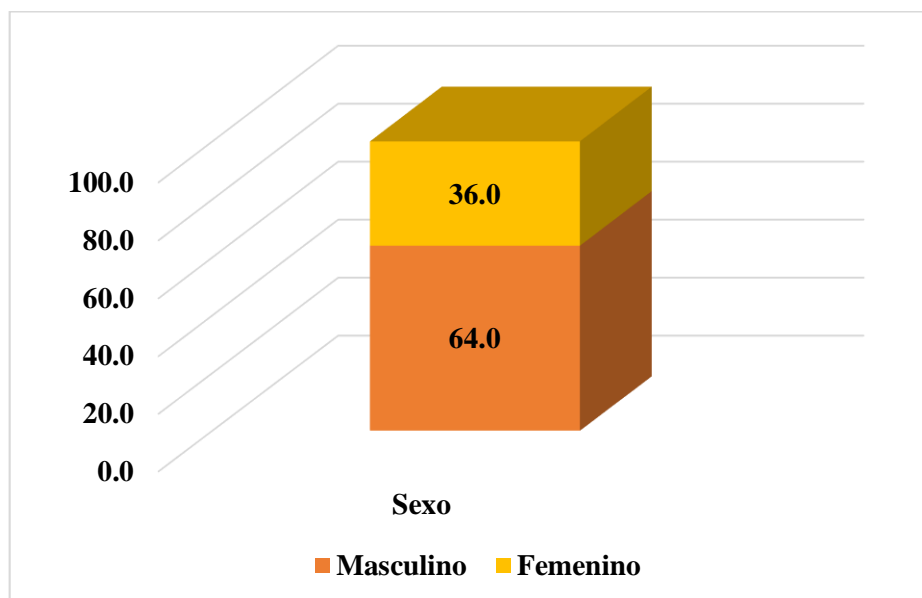
libertad que tienen los varones en el manejo de su sexualidad a diferencia de las mujeres, quienes buscan servicios sexuales sin preocuparse por la protección que deben tener.

*Tabla 2: Distribución de frecuencias y porcentajes según el sexo de la población de estudio*

<b>Sexo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Masculino	32	64.0
Femenino	18	36.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ídem

Para una mejor observación, a continuación se presenta la figura de distribución de porcentaje según el sexo de la población de estudio.



*Figura 1: Distribución de porcentajes según el sexo de la población de estudio.*

#### **4.2. Comparación de indicadores según dimensiones**

Del total de la población encuestada, se ha obtenido que hay una igualdad de datos en la dimensión estigma declarado donde el 84% de pacientes han manifestado que casi siempre se presentan el indicador de estigma personal percibido y preocupación por las actitudes públicas y una mínima diferencia entre los indicadores de la dimensión estigma internalizado donde los pacientes han manifestado que casi siempre se presenta la preocupación por la ocultación de la serología reflejado en un 80% y un 74% de pacientes han manifestado que casi siempre tienen una autoimagen negativa.

En esta tabla se presenta la agrupación de la dimensión Estigma Declarado, donde se puede observar sobre Estigma Personal Percibido las más altas puntuaciones con un 84% de pacientes quienes manifestaron que casi siempre perciben el rechazados por las demás personas, es decir distancia con ellos, heridos con la reacción que tienen las personas con ellos al enterar que tienen VIH, arrepentimiento de revelar su estado de salud y alejamiento de quienes no tienen la enfermedad del VIH.

Por otro lado, en el indicador Preocupación por las Actitudes Públicas, las mayores puntuaciones que equivale a un 84% pacientes precisaron que casi siempre muestran una percepción negativa fuerte en cuanto a cómo son tratadas en los distintos ámbitos como la marginación, el desprecio, el rechazo, incomodidad de las otras personas que no tienen la enfermedad y por ultimo discriminación en el trabajo por lo tanto no los contratan para el desempeño de funciones laborales.

En conclusión, ambos indicadores prevalecen que casi siempre perciben que son rechazados por los estigmatizadores y que son tratados con actitudes diferentes.

Por otro lado de acuerdo a la agrupación de la dimensión Estigma Internalizado, podemos observar que dentro del indicador Preocupación por la

ocultación de la serología hay una frecuencia alta con un 80% equivalente a 40 pacientes casi siempre tienen que ocultar a ciertas personas y en ciertos lugares su enfermedad, deben mantenerla en secreto ya que muchas veces los demás juzgan a estos pacientes con VIH solo porque los ven con esa condición y tienen un prejuicio totalmente denigrante hacia estos pacientes, por ello estos pacientes se sienten mejor ocultando su enfermedad para que no se sientan más discriminados de lo que ya son, teniendo en cuenta de que algunos les cuentan a miembros de su familia y otros prefieren callar. Así como lo menciona Goffman 1963, el problema en este caso no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien en manejar o gestionar la información que se posee acerca de la diferencia: “Exhibirla u Ocultarla”; expresarla o guardar silencio; revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad; y en cada caso, ante quien, como, donde y cuando (Goffman, 1963, pág. 56).

Así mismo en el indicador de Auto imagen negativa hay una frecuencia alta del 80% de pacientes dando como respuesta que casi siempre se sienten mal y se califican negativamente, haciendo que tengan una autoestima baja demostrado a través del menosprecio de las personas de su entorno, sintiéndose culpables por tener VIH, y creyendo que no son buenos realizando algún trabajo, como las demás personas que no tienen la condición, sintiéndose sucios por estar con la enfermedad y llegando a pensar que si en algún momento alguien no quiere tener su amistad es porque se lo merecen, ya que tienen una enfermedad que es repudiada.

Tabla 3: Distribución de frecuencias y porcentajes según indicadores de las dimensiones

	Dimensión Estigma Declarado				Dimensión Estigma Internalizado			
	Estigma personal percibido		Preocupación por actitudes públicas		Preocupación por la ocultación de la serología		Auto imagen negativa	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Casi nunca	0	0	0	0	0	0	0	0
Rara vez	3	6.0	1	2.0	1	2.0	2	4.0
A veces	5	10.0	7	14.0	9	18.0	11	22.0
Casi siempre	42	84.0	42	84.0	40	80.0	37	74.0
Total	50	100.0	50	100.0	50	100.0	50	100.0

Fuente: Ídem

Para una mejor observación a continuación se presenta la siguiente figura de distribución de indicadores por dimensiones.

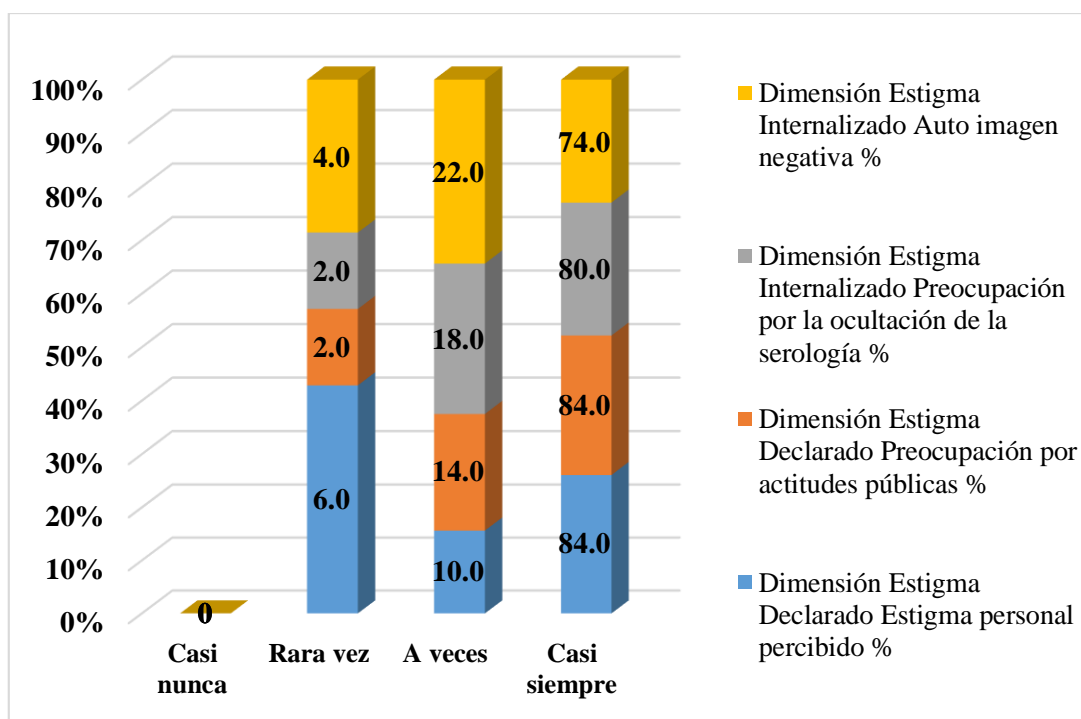


Figura 2: Distribución de indicadores según dimensiones.

### 4.3. Resultados por los objetivos planteados

#### Objetivo general

Determinar la estigmatización que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018, se encontró los siguientes resultados.

Del total de la población encuestada, se ha obtenido que 45 pacientes que representa el 90% del total de la población han manifestado que casi siempre perciben el estigma. También se ha encontrado que solo 1 paciente representado por el 2% ha señalado que rara vez percibe el estigma.

Dentro de la variable de estudio se observa que los pacientes manifiestan que casi siempre, perciben y sienten que se está presentando una estigmatización en su entorno, demostrado en el rechazo familiar y social; es ahí donde los pacientes tratan de ocultar su enfermedad debido a la exclusión social que perciben en relación al juzgamiento y críticas que hacen que su autoestima decaiga día a día y tengan que esconderse y no mostrarse tal y como son, desenvolviéndose como una persona que no tiene la misma condición que ellos.

En conclusión la estigmatización se presenta con la misma intensidad en los distintos ámbitos de estudio, tanto a nivel individual como la percepción que se tiene del trato de los demás.

*Tabla 4: Distribución de las frecuencias y porcentajes según la variable Estigmatización*

<b>Estigma</b>	f	%
Casi nunca	0	0
Rara vez	1	2.0
A veces	4	8.0
Casi siempre	45	90.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ídem

Para una mejor observación a continuación se presenta la figura de distribución de porcentajes agrupados de la variable estigma.

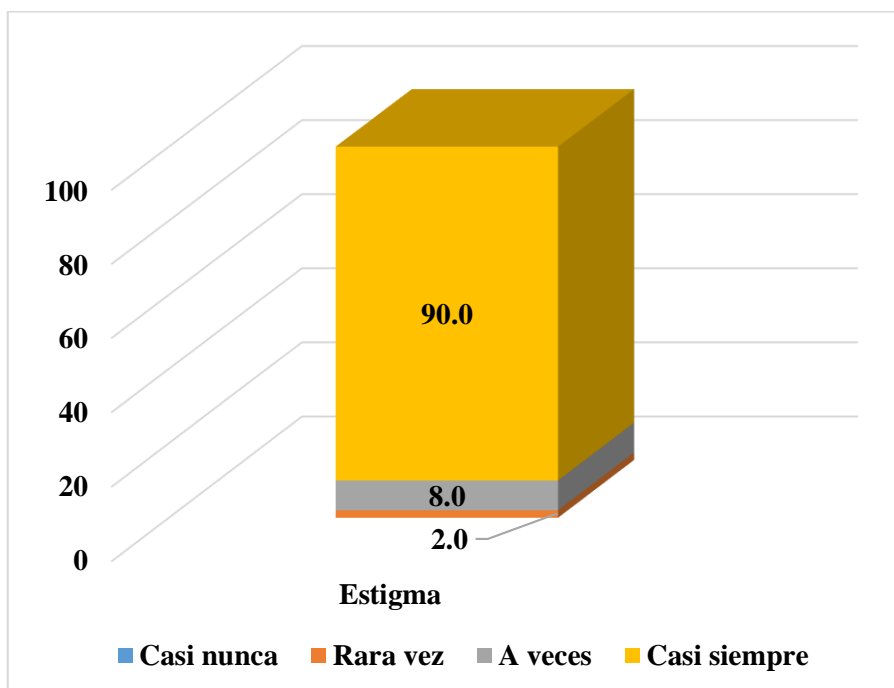


Figura 3 Distribución de porcentajes agrupados de la variable Estigma

### Objetivo específico 1

Identificar el estigma declarado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018.

Del total de la población estudiada se agrupado los dos indicadores para hallar la dimensión Estigma Declarado, encontrando que 44 pacientes que representan el 88% han manifestado que casi siempre perciben rechazo de las demás personas. También se observa que solo 1 paciente representado por el 2% ha precisado que rara vez percibe rechazo de las demás personas.

Se puede deducir que la gran mayoría de pacientes perciben que son rechazados por las demás personas que no tienen la enfermedad del VIH, viendo un alejamiento por parte de los demás con reacción negativa hacia ellos ya que son

pocas las personas que los aceptan con su condición. Así mismo observamos que también muestran una percepción negativa fuerte en cuanto a cómo son tratadas en los distintos ámbitos, como en el trabajo, cuando los discriminan y no los aceptan por el simple de hecho de ser pacientes con VIH, marginándolos y despreciándolos, ya que el Estigma declarado se enfoca más en torno a lo que perciben los pacientes de las demás personas.

Es así como identificamos que mediante las acciones mencionadas anteriormente se presenta el estigma declarado con un equivalente de 88% conformadas por 44 pacientes, que es la mayoría.

*Tabla 5: Distribución de frecuencias según la dimensión Estigma Declarado*

<b>Estigma Declarado</b>	f	%
Casi nunca	0	0
Rara vez	1	2.0
A veces	5	10.0
Casi siempre	44	88.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ídem

Para una mejor observación a continuación se presenta la figura de distribución de porcentajes de la dimensión estigma declarado.

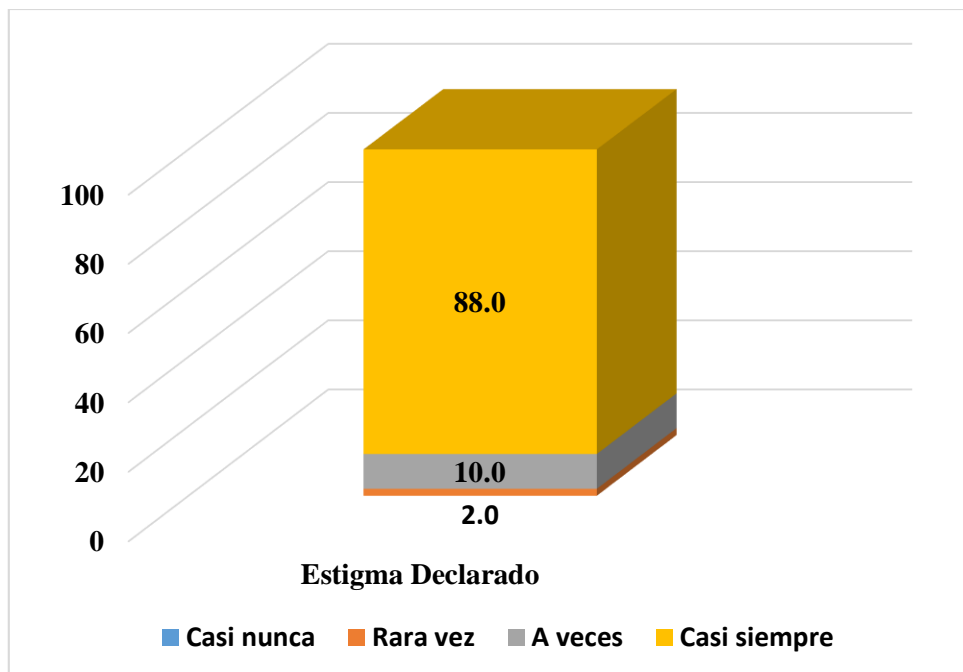


Figura 4: Distribución de porcentajes de la dimensión Estigma Declarado

### Objetivo específico 2

Identificar el estigma internalizado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018.

Del total de la población encuestada equivalente a 50 pacientes representados por el 100% se ha obtenido que 45 pacientes que representa el 90% del total de la población han manifestado que casi siempre tienen sentimientos de culpa por la enfermedad. También se observa que solo 1 paciente representado por el 2% del total de la población ha manifestado que rara vez tiene sentimientos de culpa por la enfermedad.

Se observa la mayoría de pacientes afirman que se sienten culpables por tener la enfermedad, ocultando su enfermedad, manteniéndola en secreto ya que muchas veces los demás juzgan a estas personas solo porque los ven con esa condición y tienen un prejuicio totalmente denigrante hacia ellos. Por ello según la (ONUDISA, 2002; Lee, Kochman. Bajo Apoyo Social) dice que el Estigma



Internalizado es cuando el paciente tiene sentimientos de culpa de auto desprecio, aislamiento, depresión, ansiedad y desesperanza, lo cual hace que los pacientes sientan en algún momento que ya no pueden seguir más debido a la importancia que le toman a lo que otras personas piensen de ellos, después de haberse enterado de su enfermedad

Por tanto llegamos a la conclusión de que mediante estos sentimientos de culpa y aislamiento se está identificando la manera en cómo se presentando el estigma internalizado en estos pacientes con VIH/SIDA.

*Tabla 6: Distribución de frecuencias y porcentajes según la dimensión Estigma Internalizado*

<b>Estigma Internalizado</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Casi nunca	0	0
Rara vez	1	2.0
A veces	4	8.0
Casi siempre	45	90.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ídem

Para una mejor observación a continuación se presenta la figura Distribución de porcentajes de la dimensión Estigma Internalizado

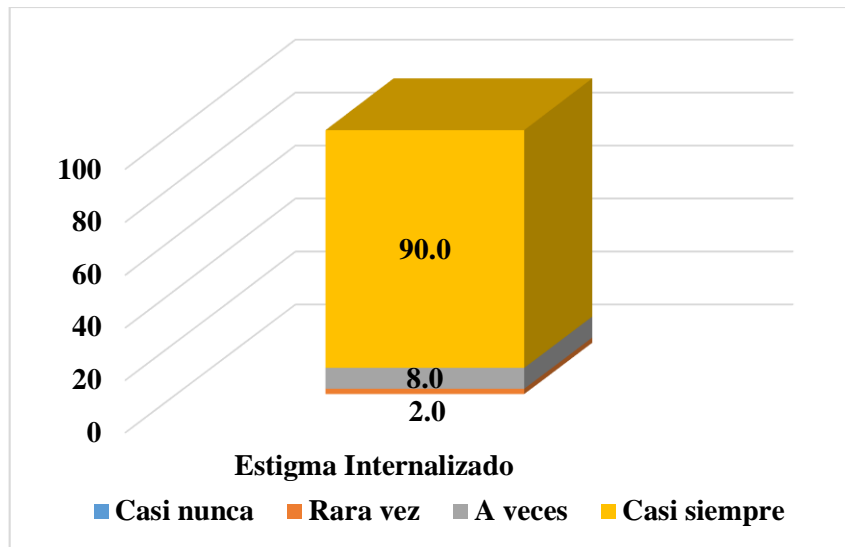


Figura 5: Distribución de porcentajes de la dimensión Estigma Internalizado

## Capítulo V

### DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Discusión

La Estigmatización es uno de los temas con mayor importancia dentro del grupo de personas con VIH/SIDA, ya que es un proceso de desvalorización que alteran y afectan el desarrollo personal y social de las personas que viven con esta enfermedad, ya que no solo se sienten mal personalmente, sino que también se sienten mal por el trato que reciben de otras personas, (Goffman, I.; 1963).

Es decir, el factor de la Estigmatización repercute en la vida del estigmatizado, pues hace que el mismo se minimice ante la sociedad, ante las personas que no presentan el estigma, pero que son los estigmatizadores, haciendo y manteniendo poder mediante la discriminación y aprovechándose de este grupo vulnerable. Es un tema que aún tiene mucho por investigar.

De acuerdo a la investigación de estudio tenemos al objetivo general que es “Determinar la estigmatización que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018”. Dando respuesta al objetivo se hallado que el

90% de la población presenta la Estigmatización. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Fuster, M. (2011) quien realizó una investigación con pacientes con VIH que también hay un 90% de pacientes los cuales manifiestan que están estigmatizados por ambas dimensiones. Así mismo Zafra, J. (2015) en su investigación con pacientes de VIH difiere de nuestra investigación, pues encontramos que un 25% de la población encuestada en el Hospital Nacional 2 de Mayo se siente estigmatizada, reflejándose como baja estigmatización.

En relación al objetivo específico 1 que es “Identificar el estigma declarado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018”, se encontró que hay una mayoría de personas equivalentes al 88% de la población total han manifestado que casi siempre perciben el rechazo de las demás personas, siendo manifestadas por el trato que se les da. Coincidentemente con nuestra investigación, Fuster, M. (2011) en su investigación con pacientes halló que el 96% de la población total manifestaron que casi siempre perciben el estigma declarado. A su vez en la investigación de Zafra, J. (2015) el 54 % de la población percibe una estigmatización a nivel declarado, mediante el rechazo de las demás personas, lo cual nos refleja que en ambas investigaciones se identifica que existe la percepción de los pacientes sobre su estigma declarado mediante las diversas situaciones que presentan los pacientes.

De acuerdo al Objetivo Específico 2 que es “Identificar el estigma internalizado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018”, se encontró que el 90% de la población total han manifestado que casi siempre tienen sentimientos de culpa por la enfermedad, ya que observan cierto aislamiento de las

demás personas. Mientras que en la investigación realizada por Fuster, M. (2011), semejante a nuestra investigación en la misma dimensión se halló que el 80% de la población han manifestado una percepción alta de estigmatización internalizada. Así también en la investigación de Zafra, J. (2015) el 56% de los pacientes manifiestan que el estigma internalizado se presenta de una manera elevada, lo cual hace referencia que en ambas investigaciones concordantes a la nuestra se presenta puntuaciones mayores de estigma internalizado.

Dentro de nuestra investigación y haciendo comparación con la investigación de Fuster, M.(2011) trabajamos con la teoría de la identidad deteriorada de Goffman, mencionando que cualquier persona con una condición distinta al otro se siente discriminada y estigmatizada, siendo reflejada en el rechazo, indiferencia, falta de criterio y estereotipos de las sociedades.

## **5.2. Conclusiones**

El 90% de la población total han manifestado que casi siempre se sienten estigmatizados ya que realmente se está presentando una estigmatización en su entorno tanto a nivel declarado como internalizado, reflejado en el rechazo que perciben de las demás personas que no tienen la condición y su estado emocional frente a estas reacciones.

El 88% de la población demuestran que hoy en día repercute mucho el que otras personas los rechacen como pacientes y que no les den las mismas oportunidades para poder realizarse como personas, haciendo que estos pacientes se desvaloren y se minimicen ante los demás miembros de la sociedad.

El 90% de la población total han manifestado que casi siempre se sienten culpables por tener la enfermedad, siendo así que tienen la necesidad de ocultar su diagnóstico, haciendo que su autoestima baya decayendo día con día, y que esto repercuta en su vida social.

Finalmente podemos decir que el estudio que realizamos a los pacientes con VIH/SIDA, arrojado como respuesta que hay una estigmatización que no los ayuda a desarrollarse plenamente como una persona que no tiene la enfermedad, y que esto hace que su autoestima decaiga y hasta lleguen a la depresión, ya que son víctimas de la discriminación, siendo uno de los principales factores, que hay una vulneración de los Derechos Humanos, haciendo que esto tenga una repercusión en el seguimiento de prevención tratamiento.

### **5.3. Recomendaciones**

Se debe diseñar una política permanente de información para la prevención en el nivel educativo que ayude a tener una idea clara sobre el virus y la enfermedad que afectan a miles de personas, analizando los factores de riesgo que se presentan en cada uno de estos pacientes con serología. Además de poner en práctica todas las leyes que están dirigidas a mejorar la calidad de vida de esta población, fijando claramente los derechos de todas las personas y la no discriminación por alguna condición.

Se deben poner en práctica estrategias de afrontamiento personal a nivel intersectorial por medio de campañas de integración para pacientes con esta

condición, recibiendo atención psicológica que los ayude afrontar su realidad en todos los contextos. Además de participar en las reuniones de ayuda que brinda el programa TARGA dentro de los Hospitales, haciendo énfasis en temas proyectados a la convivencia y trato de personas con la condición y demás personas que no tienen la enfermedad.

Proponer a la universidad, en especial a la carrera de Trabajo Social que incluya en su Plan Curricular temas que eleven el conocimiento y la práctica de los futuros trabajadores sociales quienes van a integrarse en los equipos multidisciplinarios para el manejo de esta problemática compleja.

A la vista de los resultados arrojados por esta tesis se desprende que es necesario incrementar los esfuerzos tanto para reducir el estigma como para mitigar su impacto en la calidad de vida de las personas con VIH. Se necesita una importante transformación social y para lograrla son necesarias intervenciones múltiples y la movilización de muchos actores diferentes, entre ellos la de las personas con VIH. Estas intervenciones han de situarse al menos en tres niveles: las personas con VIH, el grupo mayoritario y las instituciones.

## Capítulo VI

### FUENTES INFORMACIÓN

#### 1.1. Fuentes bibliográficas

Altuna, G. (2011). *Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación*. Lima, Perú.

Berger, B. E.; Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). *Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale*. *Research in Nursing Health*, 24, 518-529.

Bandura, A. (1977) *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Cáceres, C. (1998). *SIDA en el Perú: Imágenes de diversidad, situación y perspectiva de la epidemia*. México: Redess Jóvenes

Carrasco, S. (2005). *Metodología para Investigación Científica*. Lima, Peru: San Marcos.

Compas, B.; Connor-Smith, J.; Saltzman, H.; Thompsen, A. & Wadsworth, M. (2001). *Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research*. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.



- Crocker, J. & Major, B. (1989). *Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 608-630.
- Cruz, J. (Lima, Julio 2005). *Estigma y Discriminación. La mirada de las personas viviendo con VIH/Sida en el Perú*
- Fuster, M. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y sus formas de afrontamiento*. (Tesis Doctoral) Psicología Madrid, España.
- Goffman, I. (1963/1968). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Guardia, A.; Lenis, P.; Toro, D.; Marín, K. & Higueta, L. (2015). *Estigma y discriminación por VIH/SIDA: perspectiva de los trabajadores del sector salud y un grupo de personas que vive con la infección, Medellín, Colombia, 2015*. Medellín, Colombia.
- Hernández, A. & López, M. (2011). *Bases teóricas del estigma*. Habana, Cuba.
- Major, B. & Eccleston, C. (2005) *Stigma and Social Exclusion*. En D. Abrams, M. Hogg y J. Marques (Eds.), *The Social Psychology of Inclusion and Exclusion*. Nueva York: Psychology Press.
- Martínez, N. (2015). *Evaluación del estigma hacia los adolescentes*. Murcia, España
- Muños, M.; Sanz, M. & Pérez, E. (2011). *Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio – cognitivo – comportamental*. Madrid, España.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of sociology*, 27, 363-385.
- Rojas, C. H. (2007). *ITS/Sida*. (1º Ed.)

- Root, M. (1992) *Reconstructing the impact of trauma on personality*. En L. Brown y M. Ballou (Eds.), *Personality and psychopathology: Feminist reappraisals*. Nueva York: Guilford.
- Silva, A. (2007). *Evaluación de la funcionalidad familiar a través del Apgar familiar en varones y mujeres de 18 a 45 años de edad de la unidad de medicina familiar No. 21 del Instituto de Seguridad Social (IMSS) del Perú*.
- Smart, L. & Wegner, D. (2000) *The hidden costs of hidden stigma*. En T.F. Heatherton, R.E. Helb y J. G Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma*. London: Guilford Press.
- Stangor, C.; Swim, J.; Sechrist, G.; DeCoster, J.; Van Allen, K. & Ottenbreit, A. (2003) *Ask, Answer, and Announce: Three stages in perceiving and responding discrimination*. *European Review of Social Psychology*, 14, 277-311.
- Uribe, A. & Orcasita, L. (2011). *Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad frente al VIH/SIDA en personales de salud*. Cali, Colombia.
- Weiner, B.; Perry, R. & Magnusson, J. (1988) *An attributional analysis of reactions to stigmas*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Zafra, J. (2015). *Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo*. (Tesis Pre Grado) Médico Cirujano Lima, Perú.

## 1.2. Fuentes electrónicas

- Ariztizábal, Ch. (2012). *Repercusiones y raíces estructurales del estigma y de la discriminación relacionados con la infección por VIH en la atención en salud de los pacientes*. Bogotá, Colombia. Obtenido en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/11346/1/chantalaristizabaltobler.2012.pdf>

- Fuster, M.; Molero, F.; Biel, D. & Barranco, C. (2013) *Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación*. Obtenido en:  
<http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/GuiaCapacitaciondelasPersonasconVIH.pdf>
- García, J. (2006). *Aportaciones de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación para el rendimiento escolar*. Obtenido en:  
[www.Dialnet-AportacionesDeLaTeoriaDeLasAtribucionesCausalesALa-2281059.pdf](http://www.Dialnet-AportacionesDeLaTeoriaDeLasAtribucionesCausalesALa-2281059.pdf)
- Nieves, M. (2010). *Estigmatización y marginación social de colectivos de jóvenes*. Recuperado de:  
<http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10692/CC%2042%20art%203.pdf?sequence=1>
- Pun, M. (2015). *Situación de la epidemia de VIH en el Perú*. Lima, Perú. Obtenido en:  
<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
- Rodríguez, E. & García, N. (2006). *Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA*. Venezuela. Obtenido en:  
<http://www.redalyc.org/html/310/31005001/>
- Varas, N. & Toro, J. (2005). *Estigmatización del VIH/SIDA y la vida Gregaria: Contradicciones en el desarrollo de redes de apoyo de personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico*. Puerto Rico. Obtenido de:  
<http://bookshelf.albizu.edu/newbookshelf/pdf/Ciencias%20de%20la%20Conducta%202005-Vol-20-Iss1.pdf#page=122>

### 1.3. Fuentes documentales

MINSA. *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*. Obtenido en:

[http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Normatividad/2014/RM\\_962-2014.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf).

ONUSIDA (2013). *Informe por epidemia mundial de sida*. Obtenido en:

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_es\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf).

ONUSIDA (2016). *Hoja informática – últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del sida*. Obtenido en: <http://www.unaids.org/es/resources/factsheet>.

**ANEXOS**

## 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	FORMULACION	OBJETIVOS	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p><b>Estigmatización en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho_2016</b></p>	<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿De qué manera se presenta la estigmatización en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018?</p> <p><b>PROBLEMA ESPECIFICO:</b> ¿De qué manera se presenta el estigma declarado en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018? ¿De qué manera se presenta el estigma internalizado en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la estigmatización que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018.</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO:</b> Identificar el estigma declarado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018. Identificar el estigma internalizado que se presenta en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho. 2018.</p>	<p><b>Estigma Declarado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estigma personal percibido</li> <li>- Preocupación por las actitudes públicas de rechazo</li> </ul> <p><b>Estigma Internalizado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación por la ocultación de la serología.</li> <li>- Auto imagen negativa</li> </ul>	<p><b>TIPO:</b> Básica <b>NIVEL:</b> Descriptiva <b>DISEÑO:</b> No experimental de corte transversal <b>ENFOQUE:</b> enfoque cuantitativo <b>POBLACION:</b> La población es de 60 pacientes de VIH/SIDA del Hospital Regional de Huacho, 2018, comprendidas entre las edades de 18 a 45 años de edad entre mujeres y varones. <b>INSTRUMENTO:</b> Escala de Estigma de VIH/SIDA (Berger. 2001)</p>

## 02. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



### Escala de Estigma de VIH/SIDA

Autor: Berger. B (2001)



Es grato dirigirnos a ustedes con un cordial saludo y agradecerles por su tiempo para poder realizar nuestra encuesta, que tiene como objetivo evaluar el grado de rechazo que perciben como pacientes en relación a su entorno y sobre sí mismos.

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presenta una serie de preguntas en relación a situaciones que podrían ocurrirle, sobre la perspectiva que tiene acerca de su entorno vivencial y personal. Teniendo en cuenta las indicaciones lea atentamente cada una de las preguntas y conteste escribiendo con un aspa “X” según la alternativa que usted crea correspondiente de acuerdo a su opinión.

Edad: \_\_\_\_ Sexo: F M

	Casi Nunca	Rara vez	A veces	Casi Siempre
1. Decirle a alguien que tienes el VIH es muy arriesgado.	1	2	3	4
2. Las actitudes de la gente hacia el VIH me hacen sentir mal conmigo mismo/a.	1	2	3	4
3. Me siento culpable por tener el VIH.	1	2	3	4
4. Las personas seropositivas pierden su trabajo cuando sus jefes se enteran de que tienen el VIH.	1	2	3	4
5. Me esfuerzo por tener en secreto que soy seropositivo/a.	1	2	3	4
6. Siento que no soy tan bueno/a como el resto de la gente porque tengo VIH.	1	2	3	4
7. Me da vergüenza contarle a otras personas que tengo el VIH.	1	2	3	4
8. Las personas con VIH son tratadas como marginadas.	1	2	3	4
9. En muchos ámbitos de mi vida nadie sabe que tengo el VIH.	1	2	3	4
10. Mucha gente cree que una persona con VIH es despreciable.	1	2	3	4
11. Me angustia transmitir a otras personas el VIH.	1	2	3	4
12. Siento como si mi cuerpo estuviera sucio por tener el VIH.	1	2	3	4
13. Entendería que alguien rechazara mi amistad porque tengo el VIH.	1	2	3	4
14. Tener el VIH es un castigo por algunos de mis comportamientos.	1	2	3	4

15. Muchas personas con VIH son rechazadas cuando los demás se enteran de que tiene el VIH.	1	2	3	4
16. Tengo mucho cuidado a quien le digo que tengo el VIH.	1	2	3	4
17. Alguna gente que conozco se ha vuelto más distante conmigo desde que saben que tengo el VIH.	1	2	3	4
18. Prefiero evitar tener relaciones sexuales porque temo transmitir el VIH a la persona.	1	2	3	4
19. La mayoría de la gente está incomoda si tiene cerca a alguien con VIH.	1	2	3	4
20. Nunca he sentido la necesidad de esconder que tengo el VIH.	1	2	3	4
21. Me preocupa que la gente me juzgue si se enteran de que tengo el VIH.	1	2	3	4
22. Me siento herido/a por la manera en la que la gente reacciona cuando sabe que tengo el VIH.	1	2	3	4
23. Me preocupa que la gente que sabe que tengo el VIH se lo cuente a otros.	1	2	3	4
24. Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo el VIH	1	2	3	4
25. Personas cercanas a mí han dejado de llamarme después de saber que tengo el VIH.	1	2	3	4
26. Hay gente que no me deja estar cerca a sus hijos después de saber que tengo VIH.	1	2	3	4
27. La gente se aparta físicamente de mí porque tengo el VIH.	1	2	3	4
28. He dejado de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones.	1	2	3	4
29. He perdido buenos amigos por decirles que tengo el VIH.	1	2	3	4
30. Le he pedido a la gente cercana a mí que guarde el secreto de que tengo el VIH.	1	2	3	4





Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
Codigo	Numérico	8	0	Codigo	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
Sexo	Numérico	8	0	Sexo	{1, Masculin...	Ninguna	3	Derecha	Nominal	Entrada
Edad	Numérico	8	0	Edad	Ninguna	Ninguna	3	Derecha	Escala	Entrada
X1	Numérico	8	0	Decirle a alguie...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X2	Numérico	8	0	Las actitudes d...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X3	Numérico	8	0	Me siento culp...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X4	Numérico	8	0	Las personas s...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X5	Numérico	8	0	Me esfuerzo po...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X6	Numérico	8	0	Siento que no s...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X7	Numérico	8	0	Me da vergüenz...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X8	Numérico	8	0	Las personas c...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X9	Numérico	8	0	En muchos ám...	{1, Casi nun...	Ninguna	1	Derecha	Nominal	Entrada
X10	Numérico	8	0	Mucha gente cr...	{1, Casi nun...	Ninguna	3	Derecha	Nominal	Entrada
X11	Numérico	8	0	Me angustia tra...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X12	Numérico	8	0	Siento como si ...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X13	Numérico	8	0	Entendería que ...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X14	Numérico	8	0	Tener el VIH es...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X15	Numérico	8	0	Muchas person...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X16	Numérico	8	0	Tengo mucho c...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X17	Numérico	8	0	Alguna gente q...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X18	Numérico	8	0	Prefiero evitar t...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X19	Numérico	8	0	La mayoría de l...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X20	Numérico	8	0	Nunca he senti...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X21	Numérico	8	0	Me preocupa q...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X22	Numérico	8	0	Me siento herid...	{1, Casi nun...	Ninguna	3	Derecha	Nominal	Entrada
X23	Numérico	8	0	Me preocupa q...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X24	Numérico	8	0	Me arrepiento d...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X25	Numérico	8	0	Personas cerca...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X26	Numérico	8	0	Hay gente que ...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X27	Numérico	8	0	La gente se ap...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X28	Numérico	8	0	He dejado de re...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X29	Numérico	8	0	He perdido bue...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada
X30	Numérico	8	0	Le he perdido a...	{1, Casi nun...	Ninguna	2	Derecha	Nominal	Entrada