



Nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital Enrique Garcés

Level of stigma, adherence to treatment, and resilience in HIV patients

Nível de estigma, adesão ao tratamento e resiliência em pacientes com VIH



Kelvin Molina Paz

kelvincharmed@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1269-0494>

Psicología Online Ecuador, Quito, Ecuador

Recibido el 29 de marzo 2022

Aceptado el 14 de abril 2022

Publicado el 29 de abril 2022

RESUMEN

Esta investigación se basó en la teoría cognitivo-conductual de Aaron Beck, como un enfoque para entender el proceso del estigma, adherencia y resiliencia en pacientes con VIH. El objetivo fue determinar el nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital General Enrique Garcés. Se realizó un estudio cuantitativo no experimental con alcance descriptivo de corte transversal, se utilizó: una encuesta sociodemográfica, Escala de Berger para estigma relacionado a VIH, Escala Morisky de Adherencia a la Medicación adaptada para VIH y la Escala de Resiliencia de Wagnild. La investigación incluyó a 80 pacientes adultos con VIH, los resultados demostraron que el 46,25% posee un nivel de estigma bajo, el 42,50% tienen baja adherencia al tratamiento y el 52,50% tienen muy alto nivel de resiliencia. Se concluyó que existe un bajo nivel de estigma, la baja adherencia al tratamiento se relaciona con altos niveles de estigma.

Palabras clave: VIH; SIDA; Estigma; Adherencia al tratamiento; Resiliencia

ABSTRACT

This research was based on the cognitive-behavioral theory of Aaron Beck, as an approach to understand the process of stigma, adherence and resilience in patients with HIV. The objective was to determine the level of stigma, adherence to treatment and resilience in patients with HIV at the Enrique Garcés General Hospital. A non-experimental quantitative study with a descriptive cross-sectional scope was carried out, using: a sociodemographic survey, the Berger Scale for HIV-related stigma, the Morisky Medication Adherence Scale adapted for HIV, and the Wagnild Resilience Scale. The research included 80 adult patients with HIV, the results showed that 46.25% have a low level of stigma, 42.50% have low adherence to treatment and 52.50% have a very high level of resilience. It was concluded that there is a low level of stigma, low adherence to treatment is related to high levels of stigma.

Key words: HIV; AIDS; Stigma; Adherence to treatment; Resilience

RESUMO

Esta pesquisa baseia-se na teoria cognitivo-comportamental de Aaron Beck, como abordagem para compreender o processo de estigma, adesão e resiliência em pacientes com HIV. O objetivo é determinar o nível de estigma, adesão ao tratamento e resiliência em pacientes com HIV no Hospital Geral Enrique Garcés. Realizou-se um estudo quantitativo não experimental, de abrangência transversal descritiva, utilizando-se: levantamento sociodemográfico, Escala de Berger para estigma relacionado ao HIV, Escala de Adesão à Medicação de Morisky adaptada para HIV e Escala de Resiliência de Wagnild. A pesquisa incluiu 80 pacientes adultos com HIV, os resultados mostraram que 46,25% apresentam baixo nível de estigma, 42,50% têm baixa adesão ao tratamento e 52,50% têm um nível muito alto de resiliência. Concluiu-se que existe um baixo nível de estigma, a baixa adesão ao tratamento está relacionada com altos níveis de estigma.

Palavras-chave: VIH; SIDA; Estigma; Adesão ao tratamento; Resiliência

INTRODUCCIÓN

Desde la teoría cognitiva-conductual de Aaron Beck, se entiende al VIH como un proceso donde es pertinente generar herramientas y habilidades para que exista un tratamiento efectivo tanto en la promoción y prevención de la salud mental individual, familiar y de pareja. Fomentando recursos cognitivos, emocionales y conductuales con efectos positivos en la vida de la persona que vive con VIH. El principal principio de la teoría cognitiva hace mención a la triada cognitiva, donde mediante la identificación de los pensamientos irracionales de los pacientes, se pueden reformularlos y desarrollar conductas que orienten respuestas positivas y adaptativas. Desde este enfoque el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/Sida (ONUSIDA, 2017).

Earnshaw y Chaudoir (2009) desarrollaron el Marco Teórico del Estigma hacia el VIH que menciona que las personas responden a ciertos atributos negativos de tener VIH (pensamientos), dichos atributos impactan a las personas de manera psíquica, física y social, generando malestar (emociones). De esta manera las personas en general pueden presentar tres tipos de respuestas frente al estigma; una respuesta emocional con los prejuicios, una respuesta cognitiva traducida en estereotipos y una respuesta comportamental con la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Estos mecanismos de estigma se influyen unos a otros.

A su vez, la teoría de Beck ayuda a explicar el mecanismo de adherencia al tratamiento, identificando algunas variables que influyen en la adherencia al tratamiento, Torres et al.

(2017) identificaron algunas variables que se relacionan con las ideas que la persona tiene acerca del tratamiento y cómo el vínculo y relación con el personal de salud influye en la adherencia. De igual forma, el enfoque cognitivo conductual permite comprender sobre la resiliencia, ya que la persona mediante las ideas y conductas que tiene puede tener una alta eficacia al desarrollar habilidades de solución de problemas, al organizar el tiempo y realizar actividades gratificantes (Macías et al. 2013). Este tipo de enfoque busca que la persona con VIH tenga la mejor adaptación posible a la situación de carga emocional con la que se enfrenta, por medio de la modificación de conductas, pensamientos y emociones desadaptativas (Aristegui, 2012).

El VIH/SIDA ha sido un problema de salud pública que, desde los primeros casos, ha afectado y continúa afectando a millones de personas a nivel mundial causando graves consecuencias sociales y económicas (ONUSIDA, 2020). En Ecuador, los primeros casos de VIH fueron detectados en 1984, el Ministerio de Salud Pública, y ONUSIDA, mencionan que para finales del 2020 existirán 45.561 personas viviendo con VIH, siendo el grupo etario entre 15 a 49 años el más afectado, con un mayor número de casos en hombres. De estos datos, el 80% de personas que viven con VIH reciben el tratamiento antirretroviral -TARV, y de este porcentaje, 27.264 personas que toman el tratamiento tienen carga viral suprimida (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2021).

El nivel de estigma percibido por la persona con VIH, según la Organización de Naciones Unidas es una de las principales

barreras que limita el acceso a los servicios de salud y búsqueda de apoyo social (Campillay y Monárdez, 2019) y que afectan la calidad de vida de las personas con VIH (Zafra-Tanaka y Ticona-Chavez, 2016). La adherencia al tratamiento definida como un repertorio de conductas que llevan a la persona a; aceptar y participar en un programa de tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar un estilo de vida saludable (Belmar y Stuardo, 2017).

Algunos estudios mencionan que el estigma afecta al nivel de adherencia al tratamiento, por lo que es vital que las personas que viven con VIH tengan buena adherencia al tratamiento antirretroviral para tener una buena calidad de vida. Otra variable de peso en las personas con VIH, es la resiliencia, definida como la capacidad de superar los eventos adversos, y desarrollar herramientas para afrontar de manera exitosa las circunstancias adversas (Sánchez y Robles, 2015), ya que le permite a la persona con VIH empoderarse y aceptar su diagnóstico, por lo que estas tres variables pueden ser factores protectores para su salud física y mental.

Considerando los antecedentes recabados, se ha encontrado que existen estudios acerca de las variables de estigma, adherencia y resiliencia, sin embargo, en Ecuador existe una carencia investigativa a la que se pretende contribuir, empezando con tener una base de datos del nivel de estigma relacionado con el VIH/SIDA considerándolo como una problemática que ocasiona mayor vulnerabilidad en las personas que viven con VIH. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar el nivel de estigma, adherencia al

tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital General Enrique Garcés el 2021. Es necesario mencionar que como objetivos específicos se plantean: identificar los factores sociodemográficos de los pacientes, evaluar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA, el nivel de adherencia al tratamiento y determinar el nivel de resiliencia.

La justificación teórica de la presente investigación se enfoca en analizar las distintas variables: estigma, resiliencia y adherencia al tratamiento en personas con VIH ya que se ha demostrado una falta de estos datos en el contexto ecuatoriano y su importancia de evaluarlo radica en que el estigma es un fenómeno de relevancia ya que afecta tanto a la adherencia como al mantenimiento del tratamiento (Zafra y Ticona, 2016). La justificación práctica responde a la necesidad de cuantificar la magnitud de esta problemática en los pacientes con VIH, lo cual servirá para tener una línea base del nivel de dichas variables para establecer y orientar intervenciones dirigidas a reducir el estigma con el fin de mejorar la capacidad de resiliencia y el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento.

El control de estas variables podría mejorar las condiciones de vida de las personas que viven con VIH dentro de la toma de su tratamiento antirretroviral. Además, permitirá futuras investigaciones sobre el rol tanto del estigma, como de la adherencia y la resiliencia desde el ámbito psicológico, no solo médico y reconocer en las personas con VIH, el rol del estigma y su repercusión sobre la adherencia al tratamiento y su capacidad de resiliencia.

MÉTODO

Para llevar a cabo la investigación, se utilizó un enfoque cuantitativo, ya que fue necesario seguir determinados pasos específicos como la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para determinar el nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia. El diseño es no experimental, pues no existe manipulación de las variables, además tiene un alcance descriptivo, que para Hernández et al. (2014) este tipo de investigación permite describir fenómenos, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Además, es de corte transversal, ya que los datos se alzaron en un solo momento.

Se trabajó con 80 pacientes que tienen VIH del Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito, que tienen más de un año con el diagnóstico de VIH y se encuentran tomando el TARGA por más de un año. Al ser una población de difícil acceso, la muestra se conformó por aquellas personas que cumplieron con los criterios de inclusión, aplicando un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que este tipo de muestreo responde a limitaciones de acceso a la población por lo que los sujetos son seleccionados en función de su accesibilidad y disponibilidad de participación (Hernández et al., 2014). Al ser una muestra no probabilística por conveniencia no es necesario el cálculo del tamaño de muestra. Los criterios de inclusión fueron: tener VIH por más de 1 año, tener entre 18 y 49 años, tomar tratamiento antirretroviral por más de 1 año y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: personas que asistan a tratamiento

psiquiátrico, personas con deterioro cognitivo grave, personas privadas de la libertad o que se encuentren en la etapa SIDA de la infección.

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica

Para la recolección de datos se utilizó una ficha sociodemográfica de propia elaboración, con la finalidad de recolectar la siguiente información: edad, sexo, orientación sexual, nivel de estudios alcanzados, estado laboral y tiempo de diagnóstico debido a que estas variables pueden influir en el nivel de resiliencia de una persona. El tiempo de aplicación es de 3 minutos aproximadamente.

Escala de Estigma de Berger

Esta escala es utilizada para medir el estigma relacionado al VIH/SIDA, Franke et al., (2010) validaron y abreviaron la escala Berger para pacientes de Lima. Este test consta de 21 ítems con respuestas en escala de Likert (casi nunca, rara vez, a veces y casi siempre), y otorgan de uno a cuatro puntos por ítem, las 21 preguntas representan 4 dimensiones: estigma establecido, preocupaciones de divulgación de estatus, autoimagen negativa y preocupaciones con actitudes públicas. Para el resultado se suman los puntajes obtenidos, dando como resultado niveles de estigma: mínimo, bajo, moderado y alto.

El tiempo de aplicación del instrumento va de 20 a 30 minutos. Esta escala ha sido adaptada y utilizada para personas con VIH con altas evidencias de validez de constructo (Fuster et al., 2016). El instrumento abreviado de 21 ítems fue validado en Perú y cuenta con

una validez interna con el alfa de Cronbach de 0.89 (Zafra y Ticona, 2016). Este instrumento no ha sido validado en Ecuador y tampoco existen estudios en el que se haya aplicado este instrumento, salvo por estudios aplicados en Colombia y Perú.

Escala Morisky de Adherencia a la Medicación (MMAS-8)

Este test es una versión aumentada del MMAS-4 (MAQ) con 4 ítems adicionales que evalúan la adherencia en la toma de medicación en pacientes hipertensos. Creado por Morisky en el 2008, es un test breve y muy fácil de aplicar, formado por 8 ítems que miden un comportamiento específico de toma de medicamentos, su tiempo de aplicación va de 10 a 15 minutos (Rodríguez et al., 2020). El test facilita identificar algunas barreras y comportamientos que dificultan la adherencia a los medicamentos en personas con hipertensión arterial. Consta de 7 ítems con respuesta dicotómica de SI/NO y una pregunta en escala Likert de cinco puntos. Los 7 ítems con respuesta dicotómica se formulan para evitar el sesgo de afirmación, ya que los pacientes tienen la tendencia de dar respuestas positivas a sus médicos.

La escala MMAS-8 está disponible en 33 idiomas y ha sido validado para diversas patologías (De las Cuevas y Peñate, 2015). Este test de 8 ítems tiene una validez interna medida con el alfa de Cronbach de 0.83, presentando así una buena validez concurrente y predictiva (Rodríguez et al., 2020). Para el resultado, se suman los puntajes obtenidos y la escala arroja 3 niveles de adherencia: alta adherencia, adherencia media y baja adherencia. Este

instrumento no ha sido validado en Ecuador y no existen estudios en donde se hayan aplicado este instrumento, ha sido validado para España y Colombia mediante valoración de expertos (Chaves et al., 2016).

Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítems de Wagnild

Esta escala es una versión reducida de la Escala de Resiliencia de 25 ítems de Wagnild y Young (1993), elaborada en el 2009 por el propio autor. Permite medir los niveles de adaptación psicosocial frente a los eventos adversos. Puede aplicarse tanto a adolescentes como a adultos y está constituida por 14 ítems con una escala de respuesta tipo Likert, comprendida entre 1 (no estoy de acuerdo en absoluto) y 7 (estoy de acuerdo totalmente) (Wagnild, 2009). Este test se puede aplicar de forma individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos.

La versión final de la escala en español se llevó a cabo en el 2012 en España, la confiabilidad fue calculada con el coeficiente alfa el cual fue de 0,70 en la versión en español (Sánchez y Robles, 2015) mientras que en la versión original se sitúa en 0,87 (Wagnild, 2009). Para el resultado se suman los puntajes dando el nivel de resiliencia de la persona siendo: muy alta resiliencia, alta resiliencia, normal resiliencia, baja resiliencia y muy baja resiliencia. Este instrumento no ha sido validado en Ecuador, sin embargo, existen estudios en el que se aplicó este instrumento, sobre todo trabajo de tesis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontró que las características de los 80 pacientes con VIH del H.G.E.G son que la mayoría son hombres, oscilan entre los 18 a

29 años, la mayoría son homosexuales, con un nivel de instrucción de bachillerato y que la mitad se encuentran trabajando. Además, que la mayoría viven con VIH de 3 a 10 años (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Tabla general de variables sociodemográficas de los pacientes del HGEG (n=80).

| Variable | Subcategoría | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------|------------------------|------------|---------------|
| Sexo | Mujer | 16 | 20% |
| | Hombre | 64 | 80% |
| Edad | De 18 a 29 años | 39 | 48,75% |
| | De 30 a 45 años | 30 | 37,50% |
| | Más de 45 años | 11 | 13,75% |
| Orientación Sexual | Heterosexual | 32 | 40,00% |
| | Homosexual | 33 | 41,25% |
| | Bisexual | 14 | 17,50% |
| | Pansexual | 1 | 1,25% |
| | Asexual | 0 | 0,00% |
| Nivel de Instrucción | Primaria | 4 | 5,00% |
| | Secundaria | 7 | 8,75% |
| | Bachillerato | 40 | 50,00% |
| | Universidad | 28 | 35,00% |
| | Masterado o doctorado | 1 | 1,25% |
| | Solo Estudio | 6 | 7,50% |
| Situación Laboral | Solo Estudio | 6 | 7,50% |
| | Solo trabajo | 48 | 60,00% |
| | Estudio y Trabajo | 15 | 18,75% |
| | Ninguno | 11 | 13,75% |
| Tiempo de diagnóstico con VIH | De 1 a 2 años | 31 | 38,75% |
| | De 3 a 10 años | 33 | 41,25% |
| | Más de 10 años | 16 | 20,00% |

En cuanto al nivel de estigma, mediante la aplicación de la Escala de Berger acerca del estigma relacionado a VIH/SIDA, de los 80 pacientes con VIH, el 46,25% (n=37) presenta un bajo nivel de estigma, el 28,75% (n=23) tiene un nivel de estigma moderado, y un 12,50% (n=10) tienen un nivel mínimo y alto de estigma respectivamente, las características sociodemográficas de las personas con estigma bajo son: ser hombres de 18 a 29

años, homosexuales, con estudios hasta el bachillerato que trabajan y tienen de 1 a 2 años de diagnóstico de VIH, mientras que los pacientes con niveles de estigma mínimo, en su mayoría son: ser hombres de 18 a 29 años, homosexuales que culminaron el bachillerato, con trabajo y de 3 a 10 años de diagnóstico de VIH. Infiriendo que a mayor edad mayor nivel de estigma (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas por nivel de Estigma.

| Nivel de Estigma | Características Sociodemográficas | Sexo | Edad | Orientación Sexual | Nivel de Instrucción | Situación Laboral | Tiempo de diagnóstico | Total | Total |
|------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|-------------|-------|
| Mínimo | Hombre (90%) | 18-29 años (60%) | Homosexual (40%) | Bachillerato (80%) | Trabaja (50%) | 3-10 años (50%) | 10 | 12,50% | |
| Bajo | Hombre (89,19%) | 18-29 años (51,35%) | Homosexual (43,24%) | Bachillerato (51,35%) | Trabaja (64,86%) | 1-2 años (43,24%) | 37 | 46,25% | |
| Moderado | Hombre (69,57%) | 18-29 años (52,17%) | Heterosexual (47,83%) | Bachillerato (56,52%) | Trabaja (52,17%) | 1-2 años (43,48%) | 23 | 28,75% | |
| Alto | Hombre (60 %) | 30-45 años (50%) | Heterosexual (50 %) | Universidad (50%) | Trabaja (80%) | 3-10 años (50%) | 10 | 12,50% | |
| Total | | | | | | | 80 | 100% | |

Para medir la adherencia al tratamiento se aplicó la escala MMAS-8 adaptado para pacientes con VIH, de los 80 pacientes entrevistados, el 42,50% (n=34) presenta una baja adherencia al tratamiento, el 38,75% (n=31) tiene una adherencia media y el 18,75% (n=15) tienen una alta adherencia al tratamiento. De los pacientes con baja adherencia al tratamiento; siendo la mayoría hombres, de 18 a 29 años, heterosexuales que

han culminado el bachillerato, con trabajo y de 3 a 10 años de diagnóstico de VIH, un menor porcentaje (18,75%) tienen una alta adherencia al tratamiento, cuyas características predominantes son: ser hombres de 18 a 29 años, homosexuales y heterosexuales que culminaron el bachillerato, con trabajo y de 1 a 10 años de diagnóstico de VIH. Se evidencia que a mayor tiempo de diagnóstico existe una baja adherencia al tratamiento (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas por nivel de Adherencia.

| Nivel de Adherencia | Sexo | Edad | Orientación Sexual | Nivel de Instrucción | Situación Laboral | Tiempo de diagnóstico | Total | |
|---------------------|-----------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------------|---|-----------|-------------|
| Alta adherencia | Hombre (80 %) | 18-29 años (46,67%) | Homosexual y heterosexual (40%) (40%) | Bachillerato (40%) | Trabaja (73,33%) | 1-2 años (40%) 3-10 años (40%) | 15 | 18,75% |
| Adherencia Media | Hombre (80,65%) | 18-29 años (48,39%) | Homosexual (41,94%) | Bachillerato (58,09%) | Trabaja (60,52%) | 1-2 años (37,71%) 3-10 años (37,71%) | 31 | 38,75% |
| Baja Adherencia | Hombre (79,41%) | 18-29 años (50%) | Heterosexual (47,06%) | Bachillerato (47,06%) | Trabaja (50%) | 3-10 años (44,12%) | 34 | 42,50% |
| Total | | | | | | | 80 | 100% |

Mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild se evidenció que, de los 80 pacientes con VIH, el 52,50% (n=42) tienen muy alto nivel de resiliencia, el 23,75% (n=19) tienen alta resiliencia, un 17,50% (n=42) presentan un nivel normal de resiliencia, en menores proporciones el 3,75% (n=3) tienen muy baja resiliencia y el 2,50% (n=2) baja resiliencia. Las características

sociodemográficas de los pacientes con muy alto nivel de resiliencia son; ser hombres de 30 a 45 años, heterosexuales que han culminado el bachillerato, trabajan y tienen de 3 a 10 años de diagnóstico de VIH. Se puede evidenciar que, a mayor tiempo de diagnóstico, mayor nivel de resiliencia se presenta, la edad parece no tener impacto.

Tabla 4. Características sociodemográficas por nivel de Resiliencia.

| Nivel de Resiliencia | Sexo | Edad | Orientación Sexual | Nivel de Instrucción | Situación Laboral | Tiempo de diagnóstico | Total | |
|----------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|-------|--------|
| Muy alta Resiliencia | Hombre (76,19%) | 30-45 años (42,86%) | Heterosexual (42,86%) | Bachillerato (52,38%) | Trabaja (71,43%) | 3-10 años (40,48%) | 42 | 52,50% |
| Alta Resiliencia | Hombre 77,78% | 18-29 años 66,67% | Homosexual 50,00% | Bachillerato 50,00% | Trabaja 55,56% | 3-10 años 50,00% | 19 | 23,75% |
| Normal Resiliencia | Hombre 85,71% | 30-45 años 57,14% | Homosexual 42,86% | Bachillerato 42,86% | Trabaja 50,00% | 1-2 años 35,71% 3-10 años 35,71% | 14 | 17,50% |

| Nivel de Resiliencia | Características Sociodemográficas | | | | | | | Total |
|----------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|-----------|-------------|
| | Sexo | Edad | Orientación Sexual | Nivel de Instrucción | Situación Laboral | Tiempo de diagnóstico | | |
| Baja Resiliencia | Hombre 100% | 18-29 años 50,00% | Heterosexual 100,00% | Bachillerato 100,00% | Ninguno 50,00% | 1-2 años 100,00% | 2 | 2,50% |
| Muy baja Resiliencia | Hombre 100% | 18-29 años 66,67% | Homosexual 66,67% | Secundaria 33,33% | Ambos 66,67% | 1-2 años 33,33% | 3 | 3,75% |
| Total | | | | | | | 80 | 100% |

Discusión

Se evidencia mediante la aplicación de la Escala de Berger que la mayoría de los pacientes poseen un nivel de estigma relacionado al VIH/SIDA bajo. De igual manera, las dimensiones más afectadas son la preocupación de divulgación de estatus y las preocupaciones con actitudes públicas, mientras que existe un nulo estigma en las dimensiones del estigma establecido y la autoimagen negativa. En contraste al estudio de Zafra y Ticona (2016) que la mayoría de pacientes con VIH demostró un nivel de estigma moderado, sin embargo, se mantienen las mismas dimensiones afectadas. al igual que el estudio de Valenzuela et al., (2015) en el cual estas dimensiones se asociaron a falta de atención y empatía del personal de salud.

En cuanto al estigma relacionado con el sexo, el estudio de Muñoz (2018) demostró que los hombres pueden tener un nivel de estigma alto en torno a la autopercepción negativa lo que conlleva a una negación de su diagnóstico y falta de revelación de su estatus a su círculo cercano, lo mismo que se evidenció con los

resultados de esta investigación ya que la mayoría de personas con nivel de estigma alto eran hombres. Contrario al estudio de Campillay y Monárdez (2019) donde muestran mayor estigma en mujer que en hombres con VIH/SIDA, esto se explica a una vulnerabilidad biológica y social que tienen las mujeres frente a la infección.

Dada la gran relevancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral, existen diversos métodos para medirlo, como el cuestionario SMAQ desarrollado específicamente para pacientes con VIH/SIDA que evalúa diferentes conductas relacionadas con la adherencia como los olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones (Rodríguez et al., 2020). Sin embargo, algunas preguntas pierden valor por el tiempo en el que fue desarrollado a pesar de ser un test específico para VIH. En esta investigación se utilizó la escala MMAS-8 adaptado para pacientes con VIH, ya que este test proporciona información sobre el uso de medicamentos y conductas relacionadas que pueden ser involuntarias; como la falla de memoria, o conductas intencionales como el

no querer tomar la medicación debido a sus efectos adversos (De las Cuevas y Peñate, 2015) y tiene ventajas respecto a otros cuestionarios, por lo que es muy utilizada en investigación (Pagès y Valverde, 2018).

Uno de los criterios para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral era estar diagnosticado más de un año y haber iniciado ya el tratamiento casi al mismo tiempo, ya que es un tiempo establecido para que una persona pueda superar el impacto del diagnóstico (Santamaría y Uribe, 2017) y que no implique un sesgo al momento de medir la adherencia. Además, que el tiempo que una persona lleva con el diagnóstico y el tratamiento es una de las principales causas de la falta de adherencia. Cabascango et al. (2017) hallaron que la baja adherencia terapéutica es más frecuente en personas que llevan varios años con el tratamiento que en aquellas que recién lo iniciaron. Lo que se comprueba en la investigación ya que las personas con 1 a 2 años de diagnóstico tienen mayor adherencia que las personas que viven más años con VIH. Contrario a los resultados de Pérez (2020) acerca de que existe una débil relación directa con el mayor tiempo bajo tratamiento con la adherencia.

En cuanto a la edad, algunos estudios mencionan que existe una relación con la adherencia al tratamiento, ya que la edad puede ser un factor que potencia la adherencia como el estudio de Betancourt (2018) que a menor edad existe una baja adherencia existiendo una tasa más alta de adherencia en personas que se encuentran en la adultez tardía. De igual manera, Pacífico y Gutiérrez

(2015) evidenciaron que la adherencia está relacionada con la edad, donde a menor edad es menor la adherencia. Este planteamiento coincide con la investigación realizada donde se obtuvo que los pacientes que tenían una adherencia baja tenían entre 18 a 29 años.

Similar a los hallazgos de Pérez (2020) acerca de que existe una relación directa y una asociación estadística moderada entre una alta adherencia y los pacientes de menor edad. En cuanto al sexo y la adherencia. el estudio de Belmar y Stuardo (2017) concluyó que el sexo femenino es el sexo menos adherente relacionado con una mayor presencia de efectos adversos a la medicación y el estigma social que aun rodea a la mujer en relación a la infección por VIH. Contrario al estudio de Vargas et al., (2017) que concluyó que no existe relación entre el sexo y la adherencia al TARGA. Debido a que la población se conformó mayormente de hombres, no se puede comparar dicho resultado.

En relación a la aplicación de la Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild se evidenció que los pacientes con VIH tienen muy alto nivel de resiliencia, similar al estudio de Plascencia y Castellanos (2019) donde se encontró niveles normales a muy altos de resiliencia. De igual manera se muestra que los pacientes con VIH tienen una alta capacidad de adaptación y resiliencia a pesar de las adversidades (Torre y Gutiérrez, 2019). Similar a ellos, Mestanza y Tantaléan (2017) identificaron niveles de resiliencia altos y adecuados en las personas con VIH. Este resultado puede deberse a la información que reciben los pacientes constantemente de las instituciones

y profesionales de salud, lo cual permite erradicar los mitos y el estigma acerca de vivir con VIH.

Con relación al sexo, la edad, el nivel de estudios y la situación laboral, no hay diferencias significativas, sin embargo, el estudio de Dale et al., (2014) ha demostrado que las personas con VIH de bajo nivel educativo y desempleadas tienen bajos niveles de resiliencia. En relación a la orientación sexual, los pacientes heterosexuales presentaron mayores niveles de resiliencia en comparación con los homosexuales, similar al estudio de (Novales, 2015) que evidenció que las personas homosexuales tienen niveles bajos de resiliencia debido a que enfrenta factores adversos como la homofobia. El tiempo de diagnóstico no presentaba mayores puntuaciones de resiliencia respecto a las personas cuyos diagnósticos fueron recientes. Similar a los hallazgos de Garrido et al. (2018) ya que los pacientes que recibieron el diagnóstico de VIH recientemente, como los que ya llevan algunos años con el diagnóstico presentan similares niveles de resiliencia debido a que cuentan con el apoyo y a la información brindada por parte del personal médico.

Entre las diferencias de niveles entre estigma, adherencia y resiliencia, se pudo observar que, aunque los pacientes tengan un buen nivel de resiliencia, y bajos niveles de estigma, presentan una baja adherencia al tratamiento, provocando una excesiva preocupación en sus niveles de carga viral y CD4 infiriendo que su tratamiento

antirretroviral no está funcionando. Sería importante comprender lo que contribuye a la formación de la resiliencia en pacientes con VIH a profundidad con otros estudios. Este estudio ha comparado el resultado de las 3 escalas aplicadas y se puede inferir que cuando el nivel de estigma aumenta, existe una disminución del nivel de adherencia al tratamiento, y que en ambos casos el nivel de resiliencia se mantiene constante.

CONCLUSIONES

En relación a los objetivos planteados, se pudo identificar los siguientes factores sociodemográficos con mayor porcentaje de los pacientes con VIH del Hospital General Enrique Garcés: ser hombres, la edad oscila entre los 18 a 29 años, la mayoría son homosexuales y llevan de 3 a 10 años viviendo con VIH. Se identificó que el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA mediante la aplicación de la Escala Berger fue bajo, el nivel de adherencia al tratamiento mediante la aplicación de la Escala Morisky de Adherencia a la Medicación fue baja. En cuanto al nivel de resiliencia, mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild, fue de muy alto nivel de resiliencia.

Con estos resultados se concluye que la falta de adherencia al tratamiento es la mayor barrera en la práctica clínica y afecta directamente a los pacientes independientemente de su edad y su situación clínica. La adherencia terapéutica es un proceso complejo que integra varias conductas, la mayoría de los pacientes tenían dificultades

a la hora de recordar tomar el medicamento, específicamente en las preguntas 1 y 8. Esta práctica de olvidar tomar el medicamento dificulta su adherencia a largo plazo y aumentando la probabilidad de resistencia y cambios de esquemas de tratamiento. Al ser un estudio descriptivo, se pueden plantear afirmaciones o hipótesis descriptivas de un dato o valor que se pronostica, infiriendo así que los pacientes que tenían niveles altos de estigma, presentaban menores niveles de adherencia ya que el estigma frente al propio diagnóstico puede influir en la adherencia al tratamiento ya que afecta de manera negativa a la percepción de tomar el medicamento, relacionado con la preocupación de divulgación de estatus, ya que temen que sus familiares o conocidos los vean tomar el TARGA.

Dado que el cuestionario de estigma fue construido y validado para personas que se suponen que han divulgado su estatus seropositivo, se recomienda analizar los resultados, ya que pueden arrojar falsos niveles de estigma, ya que es diferente que una persona se preocupe por la divulgación si es que ha contado a alguien, comparado con alguien que no se va a preocupar porque nadie sabe su estatus serológico. El muestreo por conveniencia puede producir un sesgo en los resultados, ya que se infiere que las personas que aceptaron participar en el estudio podrían tener un menor nivel de estigma que aquellas que no aceptaron participar.

Cabe señalar que al ser este un estudio descriptivo, no permite ver asociaciones causales entre las variables evaluadas, de manera que estos resultados deben ser

utilizados e interpretados con cautela, que se traduce en la necesidad e importancia de realizar estudios correlacionales. Además, evidencia la importancia de dirigir intervenciones enfocadas en disminuir el estigma y sobre todo desarrollar una buena adherencia al tratamiento, no solo en las personas con VIH sino al público en general debido al impacto del entorno social en la discriminación y estigma que puede surgir por la falta de conocimiento e información adecuada.

REFERENCIAS

- Arístegui, I. (2012). *Abordaje psicológico de personas con VIH*. Argentina: Fundación Huésped. Obtenido de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD42282.pdf>
- Belmar, J., y Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Rev Chilena Infectol*, 34(4), 352-358. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v34n4/0716-1018-rci-34-04-0352.pdf>
- Betancourt, J. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 34(3), 82-93. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n3/mgi10318.pdf>
- Cabascango, K., Tapia, M., y Linto, P. (2017). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de la clínica del sida - hospital San Vicente de Paúl Ibarra-Ecuador. *Revista Digital Horizontes de Enfermería*(7), 17-30. Obtenido de <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/108>
- Campillay, M., y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Rev. Bioética y Derecho*,

- 1(47), 93-107. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n47/1886-5887-bioetica-47-00093.pdf>
- Chaves, N., Echeverri, J., Ballesteros, D., Quijano, J., y Camacho, D. (2016). Validación de la Escala de Morisky de 8 ítems en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica. *REVISTA Med*, 24(2), 23-32. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v24n2/v24n2a03.pdf>
- Dale, S., Cohenb, M., Kelso, G., Cruise, R., Weber, K., Watson, C., . . . Brody, L. (2014). Resiliencia entre mujeres con VIH: impacto de silenciarse a sí mismas y factores socioeconómicos. *Sex Roles*, 70(6), 221–231. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051411/>
- De las Cuevas, C., y Peñate, W. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 121-129. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33738719005.pdf>
- Earnshaw, V. A., y Chaudoir, S. R. (2009). From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS Behav*, 13(6), 1160–1177. Obtenido de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10461-009-9593-3.pdf>
- Franke, M. F., Finnegan, K., Zeladita, J., Sebastian, J. L., Bayona, J. N., y Shin, S. (2010). Validation and Abbreviation of an HIV Stigma Scale in an Adult Spanish Speaking Population in Urban Peru. *AIDS Behav*, 14(1), 189-199. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18841460/>
- Fuster, M., Molero, F., y Ubillos, S. (2016). Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-49. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16743391005.pdf>
- Garrido, H., Vera, M., Ayerd, O., Puerta, T., Martin, J., Del Corral, S., y Del Romero, J. (2018). Importancia de la resiliencia en personas recién diagnosticadas del VIH en una clínica monográfica en infecciones de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid. *Centro Sanitario Sandoval*, 1(1), 1-2. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/326427003_Importancia_de_la_resiliencia_en_personas_recien_diagnosticadas_del_VIH_en_una_clinica_monografica_en_infecciones_de_transmision_sexual_de_la_Comunidad_de_Madrid
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw Hill. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Macías, M. A., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Mestanza, R., y Tantaleán, M. (2017). Capacidad de Resiliencia y Autoconcepto en Pacientes con VIH/SIDA de la Estrategia Sanitaria de ITSVIH-SIDA y Hepatitis B, Hospital Amazonico Yarinacocha-Pucallpa. (Tesis *Inédita*).
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Boletín Anual VIH/sida Ecuador -2020*. Quito. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
- Muñoz, R. (2018). El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional médico en Guayaquil (Ecuador). *Aposta*(78), 33-67. Obtenido de <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/rubmuma.pdf>

- Novales, J. (2015). Parejas de hoy, familias del mañana. Estudio de la resiliencia en parejas homosexuales masculinas de La Habana. *Revista Sexología y Sociedad*, 21(1), 68-85. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss-2015/rss151f.pdf>
- ONUSIDA. (2017). *Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health care settings and beyond*. Ginebra: UNAIDS. Obtenido de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf
- ONUSIDA. (2020). *ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH*. Obtenido de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Pacífico, J., y Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev Perú med exp salud pública*, 32(1), 66-72. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010&lng=es
- Pagès, N., y Valverde, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*, 59(3), 163-172. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
- Pérez, J. (2020). Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), 1-11. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n5/1729-519X-rhcm-19-05-e2962.pdf>
- Plascencia, J., y Castellanos, C. (2019). Evaluación de la resiliencia en mexicanos diagnosticados con VIH: Un estudio comparativo. *Salud & Sociedad*, 10(1), 52-64. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/333935081_Evaluacion_de_la_resiliencia_en_mexicanos_diagnosticados_con_VIH_Un_estudio_comparativo
- Rodríguez, M. A., García, E., Rodríguez, A., Batanero, C., y Pérez, E. M. (2020). Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharm Care Esp.*, 22(3), 148-172. Obtenido de <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572/460>
- Sánchez, D., y Robles, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(40), 103-113. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>
- Santamaría, C. L., y Uribe, A. F. (2017). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH+ y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Revista de Investigaciones*, 10(2), 102-115. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/321597661_Adherence_to_treatment_in_HIV_patients_and_acceptance_and_commitment_therapy_ACT
- Torre, J. C., y Gutiérrez, C. L. (2019). Evaluación de la resiliencia en mexicanos diagnosticados con VIH: Un estudio comparativo. *Salud y Sociedad*, 10(1), 52-64. Obtenido de <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00004>
- Torres, C. S., Vazquez, S., Jaimes, A. C., y Martín, M. I. (2017). Indicadores de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de una población mexicana VIH+. *Alternativas en Psicología*, 20(35), 88-106. Obtenido de <https://n9.cl/59r4x>
- Valenzuela, C., Ugarte, C., Paz, J., Echevarría, J., Gotuzzo, E., Vermund, S., y Kipp, A. (2015). HIV stigma as a barrier to retention in HIV care at a general hospital in Lima, Peru: a case-control study. *AIDS Behav*, 19(2), 235-245. doi:<https://doi.org/10.1007/s10461-014-0908-7>

- Vargas, A., Flores, W., Valdez, E., y Caballero, V. (2017). La adherencia a los antirretrovirales de las personas que viven con el VIH/SIDA en Bolivia. *Rev Bolivianas*, 18(28), 1-9. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092007002800011&lng=pt&nrm=iso
- Wagnild, G. (2009). A review of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 105-113.
- Wagnild, G., y Young, G. (1993). Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, 1(5), 1-22. Obtenido de <https://es.slideshare.net/ipsias>
- institutopsiquiatrico/39013071-escaladere-silienciadewagnildyyoung
- Zafra, J. H., y Ticona, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Peru Med Exp Salud Publica*, 33(4), 625-632. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n4/625-632/es>

Conflicto de intereses. Se declara que no existe ningún conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.