



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Relación Entre Variables Psicosociales y la Adherencia al Tratamiento
Antirretroviral en Pacientes con VIH de la Clínica de Enfermedades Infecciosas
del Hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, entre los años 2022 y 2024**

Tesis Doctoral para optar por el título de Doctor en Psicología Clínica.

PRESENTADO POR:

CARLOS GUZMÁN
8-803-27

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Sarah Sasso

CO-ASESORA DE TESIS: Dra. Diana Oviedo

CO-ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO: Dr. Adam Tratner

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMA, 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Relación Entre Variables Psicosociales y la Adherencia al Tratamiento
Antirretroviral en Pacientes con VIH de la Clínica de Enfermedades Infecciosas
del Hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, entre los años 2022 y 2024**

Tesis Doctoral para optar por el título de Doctor en Psicología Clínica.

PRESENTADO POR:

CARLOS GUZMÁN
8-803-27

JURADO EVALUADOR

DR. JOSÉ IVAN GUERRERO

Presidente

Firma: _____

DRA. LARISSA FAUNDES

Secretario

Firma: _____

DRA. SARAH SASSO

Ponente

Firma: _____

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMA, 2025

Este trabajo que representa mi tesis doctoral va dedicado a mi mamá que, aunque no está conmigo en estos momentos, me enseñó a ser una buena persona. También quiero agradecerle a mi papá por enseñarme a trabajar duro.

Gracias a mi novia, por aguantar mis momentos difíciles en la realización de esta.

Gracias a los doctores Mon, por no solo ser fuentes de ejemplo, sino también haber permitido entrar a este doctorado. A la Dra. Diana Oviedo, que además de poder

considerarla mi amiga, fue parte esencial en la culminación de esta tesis. A la Dra.

Sasso por su apoyo en la revisión de esta. También al Dr. David Sanjur por guiarme en este proceso

Gracias a mis estudiantes y a todas las personas que a lo largo de mi vida me han enseñado.

Resumen

Introducción: El VIH/SIDA es una de las infecciones más letales a nivel mundial, afectando en el 2023 a 39.9 millones de personas, de las cuales 2.7 millones se encuentran en Latinoamérica y el Caribe. La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) sigue siendo el factor crítico para controlar esta enfermedad. En América y el Caribe la epidemia afecta desproporcionadamente a ciertas poblaciones, incluyendo a personas que sufren de enfermedades mentales, con carencias sociales y bajo estigma, lo que dificulta la buena adherencia de los pacientes. **Objetivo:** Establecer la relación entre estigmatización, calidad de vida y variables psicosociales con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, entre los años 2022 y 2024.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional, en donde se incluyó a 100 participantes adultos con más de 6 meses dentro del programa de TAR de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás; en dos grupos, un grupo de pacientes adherentes al tratamiento (n=50) y un grupo de no adherentes (n=50). Para medir las diferentes variables se utilizaron distintas escalas. Para medir estigma se usó la Escala de Estigma en pacientes con VIH de Berger. Calidad de vida se midió con la escala SF-36 de Vilagut. La adherencia a la Terapia Antirretroviral se obtuvo con la escala Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) y finalmente se usaron la escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para medir depresión, y la escala de General Anxiety Disorder (GAD-7) para medir ansiedad. Además, los participantes llenaron una encuesta para conocer las variables sociodemográficas. **Resultados:** Los participantes que no se adherían al tratamiento eran significativamente más jóvenes y reportaron una significativa mayor estigmatización interna, así como más síntomas de depresión y ansiedad. Los participantes que no se adherían al tratamiento reportaron una función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental

significativamente más bajos en comparación con los participantes que se adherían al tratamiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al comparar adherentes y no adherentes en cuanto a distancia de vivienda a la clínica, tiempo con VIH, grado académico completo, ingreso mensual y estigmatización externa percibida.

Conclusiones: Los resultados obtenidos apuntan a la necesidad de evaluar la estigmatización y los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes nuevos para darle seguimiento al paciente. Igualmente, se ofrecen guías para la creación de intervenciones que mejoren estas dos variables, lo que debería aumentar la adherencia de estos pacientes. Este estudio puede servir como base para la creación y evaluación de la efectividad de dichas intervenciones.

Palabras claves:

VIH, estigma, enfermedades mentales, adherencia, variables sociodemográficas.

Abstract

Introduction: HIV/AIDS remains one of the deadliest infections globally, impacting 39.9 million people in 2023, with 2.7 million cases in Latin America and the Caribbean. Adherence to antiretroviral treatment (ART) is crucial for effectively controlling the disease. In the Americas and the Caribbean, the epidemic disproportionately affects certain groups, including individuals with mental health conditions, social vulnerabilities, and those facing stigma—factors that complicate adherence to treatment.

Objective: Establish the relationship between stigma, quality of life and psychosocial variables with adherence to antiretroviral treatment in patients with VIH the Infection Disease Clinic of the Hospital Santo Tomás in the City of Panama, between the years 2022 and 2024.

Methods: A descriptive, cross-sectional, correlational study was conducted, involving 100 adult patients who had been on the ART program at the Infectious Diseases Clinic of the Santo Tomás Hospital for over 6 months. The patients were divided into two groups: a group of participants adherent to treatment (n=50) and a non-adherent group (n=50).

Different scales were used to measure the different variables. The Berger Stigma Scale in HIV patients was used to measure stigma. Quality of life was measured with Vilagut's SF-36 scale. Adherence to antiretroviral therapy was obtained with the Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) scale and finally the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) scale was used to measure depression, and the General Anxiety Disorder Scale (GAD-7) to measure anxiety. Additionally, participants filled out a survey to assess sociodemographic variables.

Results: Participants not adhering to treatment were significantly younger and reported significantly greater internal stigmatization, as well as more symptoms of depression and anxiety. Non-adherent participants reported significantly lower physical function, physical role, bodily pain, general health, vitality, vitality, social function, emotional role, and mental health compared to adherent participants. However, no significant

differences were found when comparing adherers and non-adherers in terms of distance from housing to clinic, time with HIV, completed academic degree, monthly income, and perceived external stigmatization. **Conclusions:** The results highlight the importance of assessing stigma, depression, and anxiety levels in new patients to ensure better follow-up care. Additionally, these findings provide valuable insights for developing interventions that target these factors, which could enhance treatment adherence. This study lays the groundwork for designing and evaluating the effectiveness of such interventions.

Keywords

HIV, stigma, depression, anxiety, adherence, sociodemographic variables

Índice

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
<i>1.1.1 Antecedentes y Situación Actual de la Investigación</i>	1
<i>1.1.2 Objetivos de la investigación</i>	11
<i>1.1.3 Hipótesis y Pregunta de Investigación</i>	12
<i>1.1.4 Justificación</i>	13
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	2
2.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):	2
<i>2.1.1 Definición</i>	2
<i>2.1.2 Formas de Contagio</i>	19
<i>2.1.3 Métodos de Diagnóstico de la Infección por VIH</i>	20
<i>2.1.4 Tratamiento para el VIH</i>	21
2.2 Adherencia	26
<i>2.2.1 Definición</i>	26
<i>2.2.2 Relación médico-paciente y apego</i>	27
<i>2.2.3 Características Observables de la Adherencia</i>	28
2.3 Estigmatización	33
<i>2.3.1 Consecuencias de la Estigmatización</i>	35

2.4 Depresión.....	37
2.4.1 Definición	37
2.5 Ansiedad.....	40
2.5.1 Definición	40
2.6 Calidad de vida	43
2.6.1 Definición	43
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	45
3.1. Metodología.....	45
3.1.1 Tipo de Estudio	45
3.1.2 Población y Muestra	45
3.1.3 Criterios de Inclusión	46
3.1.4 Criterios de Exclusión.....	46
3.2 Descripción de los Instrumentos	53
3.2.1 Variables Sociodemográficas	53
3.2.2 Adherencia	53
3.2.3 Estigmatización	54
3.2.4 Calidad de Vida	54
3.2.5 Depresión.....	56

3.2.6 Ansiedad	58
3.3 Procedimientos	58
3.5 Consideraciones Éticas	59
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
4.1 Análisis Estadísticos	45
4.2 Descripción de los Resultados	62
4.3 Análisis de los Resultados	94
4.4 Limitaciones y Fortalezas	103
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
APÉNDICES - ANEXOS	126

Índice de Tablas

Tabla 1. Tipo de Exposición y Probabilidad de Infección	19
Tabla 2. Variables que influyen en la adherencia	29
Tabla 3. Variables del Estudio	46
Tabla 4. Valores de puntuaciones SF-36.....	55
Tabla 5. Características de los participantes	63
Tabla 6. Resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	67
Tabla 7. Comparaciones entre Adherentes y No Adherentes.....	86
Tabla 8. Correlaciones.....	91
Tabla 9. Regresiones logísticas binarias que predicen la adherencia al tratamiento..	93

Índice de Figuras

Figura 1. Valores de Estigmatización Externa Percibida.....	69
Figura 2. Valores de Estigmatización Interna.....	70
Figura 3. Comparación de los promedios de Estigmatización entre Grupos.....	71
Figura 4. Puntajes de los participantes en la variable de Función Física.....	72
Figura 5. Puntajes de los participantes en la variable Rol Físico.....	74
Figura 6. Puntajes de los participantes en la variable Dolor Corporal.....	75
Figura 7. Puntajes de los participantes en la variable Salud General	76
Figura 8. Puntajes de los participantes en la variable Vitalidad	77
Figura 9. Puntajes de los participantes en la variable Función Social	78
Figura 10. Puntajes de los participantes en la variable Rol Emocional	79
Figura 11. Puntajes de los participantes en la variable Salud Mental.....	80
Figura 12. Comparación de los promedios de Calidad de Vida entre Grupos.....	81
Figura 13. Puntajes de los participantes en la escala PHQ-9.....	82
Figura 14. Comparación de los promedios de Depresión entre Grupos	83
Figura 15. Puntajes de los participantes en la escala GAD-7	84
Figura 16. Comparación de los promedios de Ansiedad entre Grupos.....	85

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Antecedentes y Situación Actual de la Investigación

La pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un flagelo que afecta a 39.9 millones de personas a nivel mundial, con 1.3 millones de infecciones nuevas sólo en el año 2023 (ONUSIDA & Comunicaciones y Promoción Mundial 2023). El 2023, 630,000 fallecieron por esta enfermedad; evidenciando que es uno de los problemas médicos más importantes a nivel mundial (ONUSIDA & Comunicaciones y Promoción Mundial 2023).

Durante 2023, en Latinoamérica vivían 2.1 millones de personas con (VIH). Se dieron un total de 140,000 nuevas infecciones y hubo 44,000 muertes asociadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (ONUSIDA & Comunicaciones y Promoción Mundial 2023). Entre 2010 y 2019, se ha registrado un aumento en los casos de VIH del 21 % en países latinoamericanos, con aproximadamente 120,000 nuevas infecciones en el 2019 (Andagoya Murillo et al., 2019). Esto ha convertido los esfuerzos por entender y controlar esta infección en un tema de salud pública (Para et al., 2021).

Al revisar la información que existe de la República de Panamá, desde que se detectó el primer caso de VIH en 1984 hasta el 2017, se han registrado 24,000 casos de VIH; sin embargo, en el país puede existir entre 16,000 y 18,000 personas con VIH que lo desconocen (Caja de Seguro Social., 2021). De acuerdo con el Programa Conjunto

de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, (UNAIDS, 2023) hasta el año 2023 vivían 30,000 personas con VIH en Panamá. Ese mismo año, se reportaron 1,500 nuevas infecciones y las muertes por VIH ese año representaron menos de 500. Como estrategia para afrontar el VIH, Panamá cuenta con el programa de Clínicas de Terapia Antirretroviral (TAR), donde se brinda de forma gratuita tratamiento a los pacientes con diagnóstico positivo de VIH. UNAIDS informa que el 67 % de los pacientes que viven con VIH en Panamá están bajo algún tipo de esquema de TAR (UNAIDS, 2023).

La TAR es invaluable en la supervivencia del paciente ya que disminuye la replicación del VIH en el cuerpo, permitiéndole al paciente aumentar su tiempo de vida (Schulze-Gahmen & Hurley, 2018; Trickey et al., 2017). Para esto, el paciente debe seguir las instrucciones a las que acordó junto a su doctor, no sólo en la toma del medicamento, sino en sus hábitos de vida saludable; seguimiento que conocemos como “adherencia” (Martín & Grau, 2004). La adherencia tiene un papel esencial en las estrategias de control de la infección en cada país, ya que se ha demostrado que, si es pobre, aumentan los ingresos hospitalarios, la evolución a fase SIDA y la tasa de infección (Laredo et al., 2005).

Diversas investigaciones han señalado que la adherencia al tratamiento no solo implica la toma constante del medicamento, sino que está permeada por otros factores como edad, género, estrato social, nivel educativo, situación laboral, orientación sexual, consumo de sustancias, relaciones con familiares y con personal de salud, síntomas depresivos y de ansiedad, la percepción de la calidad de vida y la estigmatización, entre otros (Gutierrez-Gabriel et al., 2019; Salgado et al., 2018; Been

et al., 2019; Kalichman et al., 2019). Por ejemplo, los pacientes con VIH pueden ser excluidos por miembros de su comunidad o familiares, ya sea por los efectos asociados a la enfermedad o su estado físico, siendo así estigmatizados (Castillo & Valencia, 2018). Esta estigmatización, puede volver a las personas con VIH más proclives a negar la realidad de su enfermedad (Carrobbles, J.A., Remor, E. y Rodríguez L. 2003). La negación es utilizada para afrontar conflictos emocionales, tanto internos como externos, al rechazar reconocer aspectos de la realidad aparente para otros, lo cual los lleva a ser más proclives a sufrir mayor malestar psicológico y físico, al no acudir a buscar la ayuda necesaria, afectando la adherencia a su tratamiento (Di Giuseppe & Perry 2021 & Awadalla et al., 2007).

Otro factor que influye en la adherencia al tratamiento es la salud mental del paciente. Por ejemplo, la depresión impacta la experiencia de vivir con VIH, haciendo más difícil la adherencia al medicamento y afectando las conductas de autocuidado (bañarse, comer, ir a las citas de control), así como incrementado el riesgo a la morbilidad y mortalidad (Asch et al., 2004). La prevalencia de pacientes con VIH y depresión es de alrededor del 31 % a nivel global; siendo el continente con mayor prevalencia Suramérica, con un 44 % de pacientes con VIH y padeciendo depresión (Rezaei et al., 2019).

Se ha estudiado cómo la estigmatización, que es la valoración negativa sobre la condición que se padece, influye en la adherencia al tratamiento; encontrando que, a mayor estigma, menos adherencia al tratamiento (Suna et al., 2024). Se conoce la importancia de entender los aspectos psicológicos, sociodemográficos y de calidad de

vida en pacientes con VIH, ya que con esta información se pueden aplicar intervenciones psicosociales que permitan aumentar la adherencia y por ende, mejorar la salud de estos pacientes (Spaan et al., 2018).

En relación con la situación en Panamá, no se cuenta con ningún estudio enfocado en esta problemática, a diferencia de en otros países en las cuales se han desarrollado investigaciones que intentan explicar el fenómeno de la pobre adherencia.

A lo largo de los años, se han investigado distintas variables asociadas con la respuesta del paciente ante su diagnóstico y la adherencia al tratamiento, con la finalidad de poder reconocer y entender su impacto. A nivel mundial, para el 2024, el 72 % de mujeres y el 67 % de los hombres viviendo con VIH se mantuvieron adherentes al tratamiento (Nursalam et al., 2024). En Estados Unidos, encontramos tasas de adherencia de 86.2 % (Komandt et al., 2023). La realidad en América Latina es otra. Estudios realizados en Colombia, Perú, Ecuador, Cuba y México mostraron que más del 50 % de pacientes eran adherentes a su tratamiento (Diaz et al., 2024). En Ecuador, se logró observar 57.7 % de adherencia en pacientes con VIH y se halló una correlación positiva moderada entre adherencia y redes de apoyo (Bermeo et al., 2023). Otros estudios han mostrado un mayor porcentaje de adherencia. Por ejemplo, un estudio realizado con 138 hombres que tienen sexo con hombres en Brasil en el 2024 obtuvo un 80% de adherencia al tratamiento (Alckmin-Carvalho et al., 2024).

Diferentes factores psicosociales pueden influir en el curso del VIH en los pacientes. Los factores psicosociales pueden tener mayor impacto en la pobre adherencia que los factores relacionados con la toma de medicamentos, como pueden

ser: náuseas, el vómito, la diarrea, el cansancio, la erupción en la piel y otros (Langebeek et al., 2014). Además los pacientes pueden dejar de tomar sus medicamentos porque no ven mejorías inmediatas al tomarlos (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Se identificaron varias razones que contribuyen a la baja adherencia, como la necesidad de viajar frecuentemente por trabajo o actividades sociales, el estigma, el consumo de alcohol y la utilización de tratamientos "alternativos" para el VIH (Bukonya et al., 2019). Los eventos vitales, como la pérdida de un ser querido (Brinkley-Rubinstein et al., 2013) y el abuso de sustancias (Lucas, 2011) pueden ser otros factores que afecten la adherencia. Estos factores pueden afectar con mayor intensidad si el paciente tiene sus defensas inmunológicas disminuidas (Patterson et al., 1996). Estos factores psicosociales pueden inducir a los pacientes a adoptar conductas de alto riesgo, como el sexo sin protección y tener relaciones sexuales con múltiples parejas en períodos cortos (Gerbi et al., 2012). Dichas conductas pueden agravar la condición del paciente al exponerlo a nuevas infecciones de transmisión sexual y complicar su estado de salud.

Se reconoce que las personas que viven con VIH presentan necesidades emocionales intensas derivadas del impacto psicológico de la enfermedad (L. Wang et al., 2024). Por ello, no es sorprendente que presenten una mayor prevalencia de trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad. El riesgo de padecer depresión en pacientes con VIH es el doble en comparación con sujetos no infectados, independientemente de su orientación sexual o del estado de la infección (Ciesla & Roberts, 2001). En una revisión sistemática realizada (Fragueiro, 2021) que incluyó 34

estudios con un total de 18,267 participantes, se encontró que, en 9 de estos, la población reportó la presencia de síntomas depresivos. En un estudio que evaluó las características sociodemográficas y síntomas de 209 pacientes con VIH, se encontró que el 46 % de la muestra padecía de depresión (Araya et al., 2013). La presencia de síntomas depresivos puede influir negativamente en la adherencia a la TAR, ya que los síntomas secundarios pueden generar sentimientos negativos relacionados con la enfermedad, provocando que el paciente se sienta triste (Andini et al., 2019). Los pacientes que presentan mayor autoeficacia en la toma de medicamentos tienen más probabilidades de presentar mejor adherencia a la TAR (Andini et al., 2019). También se ha encontrado asociación entre la depresión y recuento de linfocitos CD4 <500 células/, así como un apoyo social total percibido insuficiente (Secundino-Rebolledo et al., 2023).

Las investigaciones revelan que, en pacientes con síntomas depresivos severos, se observa mayor tiempo de espera entre el diagnóstico de VIH y la primera visita en búsqueda de atención médica, además de una mayor demora en realizarse la prueba de VIH, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío y a un mayor avance de la infección (Rane et al., 2018). Además, la depresión afecta negativamente la adherencia al tratamiento, duplicando la probabilidad de no seguir un tratamiento en comparación con aquellos pacientes no deprimidos (Spaan et al. 2018). La comorbilidad entre la depresión y el VIH dificulta el manejo de la infección, ya que la depresión puede tener efectos adversos sobre la evolución de la enfermedad, esto se refleja en un peor estado inmunológico, con una menor cantidad de células CD4, una mayor carga viral y una

reducción en la calidad de vida, factores que pueden aumentar el riesgo de hospitalización (Varela & Galdames, 2014).

Por otro lado, la ideación suicida, un síntoma depresivo que requiere intervención urgente, es especialmente relevante en pacientes con VIH. Se ha encontrado que el riesgo de ideación suicida en pacientes con condiciones físicas graves (como VIH y trauma cerebral), es más del doble (Ahmedani et al., 2017). En un estudio, se observó que el 22 % de los pacientes con VIH intentaron suicidarse, siendo este riesgo más elevado en aquellos que experimentaban mayor discriminación (Préau et al. 2008). De manera similar, otro estudio indicó que un 28 % de los pacientes presentaban un alto riesgo de intentos suicidas (Rodríguez-de Dios et al., 2024). Adicionalmente, se ha señalado que el 14.3 % de los pacientes presentaban ideación suicida, la cual se asocia con factores como la religión cristiana, el estado civil (separados, divorciados o nunca casados) y una mala condición física (Egbe et al., 2017). Por otra parte, los pacientes con VIH que tienen al menos dos problemas psicológicos presentan un riesgo de ideación suicida aproximadamente cinco veces mayor que aquellos sin dichos problemas (Wang et al. 2018).

El momento del diagnóstico de VIH es crítico para el paciente, ya que recibir un resultado positivo de VIH es una experiencia traumática capaz de desencadenar reacciones de depresión y ansiedad en las personas afectadas (Clucas et al., 2011). Además, la ansiedad puede surgir a lo largo del curso de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, debido a la percepción de los efectos secundarios, el miedo a los cambios físicos, el estigma y el temor a que su diagnóstico sea revelado.

Diversos estudios han identificado la ansiedad como un factor psicosocial que influye en el comportamiento de los pacientes durante su enfermedad (Araya et al., 2013; Been et al., 2019). Un estudio de prevalencia evidenció que el 32.6 % de las personas que viven con VIH presentan síntomas de ansiedad (Olatayo Adeoti et al., 2018). La presencia de síntomas de ansiedad incrementa en un 45 % la probabilidad de asistir tardíamente (más de tres meses) a buscar atención médica después de un diagnóstico positivo (Rane et al., 2018). Diferentes factores de riesgo se han asociado con una mayor presencia de síntomas ansiosos. Entre estos se encuentran el género femenino, la presencia de insomnio, el bajo ingreso económico y un conteo reducido de células CD4 (Olatayo Adeoti et al., 2018). Por otro lado, otros estudios han revelado que uno de los principales estresores para las personas que viven con VIH es la revelación su condición, siendo el miedo a la discriminación y al rechazo uno de los temores más comunes (Evangeli & Wroe, 2017).

Por este motivo se debe integrar el cuidado de la salud mental en estos pacientes. El VIH no es una enfermedad que impacta únicamente la esfera física del paciente, sino también la emocional. Es crucial que el tamizaje por depresión y enfermedades mentales sea parte del proceso estándar de la primera cita del paciente a su clínica TAR (Obeagu & Akinleye, 2024).

Otro factor psicológico estudiado es la estigmatización. Se ha establecido una relación significativa entre el estigma en pacientes con VIH y el abandono de la asistencia sanitaria (Rodriguez Alvarez Riobamba & Joel Santana, 2024). Se observó

un aumento en la atención psiquiátrica, niveles educativos bajos y un peor recuento de linfocitos CD4 en pacientes con mayor estigmatización (Relf & Rollins, 2015). En esta misma línea, se halló que la discriminación del día a día, la desconfianza en el equipo médico y el estigma internalizado afecta los síntomas depresivos. Lo que a su vez afecta negativamente la adherencia a la TAR, las conductas de autocuidado y la calidad de vida en una muestra de mujeres que viven con VIH (Relf et al. 2019). Se sostiene que el estigma internalizado o la percepción negativa que el paciente tiene de sí mismo, es el más frecuente y está estrechamente correlacionado con síntomas físicos, baja resiliencia y autoestima (Fragueiro 2021)

Además, después de informar a conocidos sobre el diagnóstico de VIH, las personas pueden aislarse, sentir exclusión, rechazo y experimentar una reducción de la red de apoyo (Nevin et al., 2018). Se encontró que estas repercusiones se pueden agravar a menor nivel educativo, debido a la desinformación y el desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento (Lifson et al., 2015).

En lo relacionado con las variables sociodemográficas, se ha encontrado que entre las variables que pronostican mayor tendencia a la adherencia de la TAR están: mayor tiempo de tener VIH, ser varón, mayor conocimiento de la enfermedad, mayor nivel educativo y contar con un empleo estable (Haider et al. 2021). La falta de empleo y el acceso limitado a fuentes de apoyo pueden impactar negativamente en la adherencia, ya que la movilización para acudir a las consultas médicas se ve disminuida. Además, los pacientes que no tienen trabajo pueden mudarse a otras provincias sin notificar al equipo tratante, lo que conduce a la exclusión del programa

de tratamiento. Un estudio en Perú arrojó que los factores sociodemográficos de riesgo asociados a la pobre adherencia al tratamiento retroviral son: sexo masculino, estado civil soltero, ser desempleado, falta de soporte familiar y consumo de alcohol (Dony Rousseau & Rivera Pizarro, 2023).

En un estudio realizado en la provincia de Guangdong, China, se evidenció que el desempleo, carecer de recordatorios para tomar la medicación, la pobre autoeficacia en la toma del medicamento (es decir, la confianza de la persona en que pueda administrar y llevar control del medicamento), la pobre cohesión social y los efectos secundarios de los medicamentos se asocian con una baja adherencia al tratamiento (Liu et al., 2024).

Los pacientes de áreas urbanas presentaban cinco veces mayor probabilidad de ser adherentes al tratamiento que los pacientes de áreas rurales. Aquellos que eran incapaces de leer y escribir, o que podían hacerlo, pero no contaban con educación formal, tenían 90 % menos probabilidad de ser adherentes que los que poseen niveles de educación formal más altos. Los pacientes con comorbilidades como asma bronquial, falla cardíaca congestiva, hipertensión, enfermedad de obstrucción pulmonar crónica, artritis, diabetes mellitus, neumonía e infección urinaria eran 96 % menos adherentes al tratamiento. Los pacientes que habían divulgado su diagnóstico seropositivo a familiares y otros tenían cuatro veces más probabilidades de ser adherentes que aquellos que no lo hicieron. Además, los pacientes con un conteo de CD4 ≥ 500 células/ m^3 fueron seis veces más adherentes que aquellos con un conteo de CD4 menor a 200 células/ m^3 (Angelo & Alemayehu, 2021).

El VIH se puede transmitir a través de la sangre, lo que ocasiona que uno de los grupos más vulnerables sean los pacientes con abuso de sustancia, especialmente los que comparten jeringas intravenosas. Se ha hallado que ser adicto a drogas intravenosas, ser joven (32-35 años), percibir una pobre red de apoyo y sufrir de depresión se asocia a una baja adherencia al tratamiento antirretroviral (Gordillo et al., 1999). Los pacientes con mayor edad (≥ 50 años) mostraron tres veces mayor adherencia, que los pacientes de menor edad. Los pacientes mayores de 50 años que presentaron deterioro cognitivo tenían 2.5 veces mayor riesgo de tener mala adherencia al tratamiento (Hinkin et al., 2004).

1.1.2 Objetivos de la investigación

Objetivo General

Establecer la relación entre estigmatización, calidad de vida y variables psicosociales con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás.

Objetivos Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas de los pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento antirretroviral, de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás.

2. Estimar y comparar los niveles de estigmatización en pacientes con VIH, adherentes y no adherentes, de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás.
3. Comparar los niveles de Calidad de Vida, Depresión y Ansiedad en pacientes con VIH, adherentes y no adherentes, de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás.
4. Asociar los niveles de estigmatización, las variables psicosociales y sociodemográficas con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

1.1.3 Hipótesis y Pregunta de Investigación

Ho: Los niveles de estigmatización no están asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH.

Hi: Los niveles de estigmatización están asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH.

Ho: Los niveles de calidad de vida, depresión y ansiedad no están asociados a la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH.

Hi: Los niveles de calidad de vida, depresión y ansiedad están asociados a la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH.

Ho: Las variables sociodemográficas no están asociadas a la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH

Hi: Las variables sociodemográficas están asociadas a la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH

La pregunta de investigación manejada es la siguiente:

¿Cuál es la relación que puede existir entre estigmatización, calidad de vida, variables psicosociales y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás?

1.1.4 Justificación

Según el Ministerio de Salud (2021) en Panamá viven alrededor de 26,000 personas con VIH, de las cuales aproximadamente 17,000 conocen su diagnóstico y 13,000 están en tratamiento. Antes de existir la TAR, era muy difícil para los nuevos pacientes sobrevivir. ya que no se contaban con herramientas para detener la reproducción acelerada del virus. Con la llegada de la terapia antirretroviral, se ha conseguido un impacto significativo en la vida de los pacientes con VIH, logrando ganar aproximadamente 14.4 millones de años de vida en total entre los pacientes de VIH de 1995 hasta 2009 (Dutra et al., 2019). Sin embargo, en el año 2018 se reportaron al Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) 553 muertes a nivel nacional relacionadas con el VIH, lo que plantea la pregunta sobre qué pudo haber llevado a que estas

personas murieran teniendo la disponibilidad de tomar TAR y suprimir el virus (INEC, 2019).

ONUSIDA (2021) estima que para el 2025 se necesitarán 29,000 millones de dólares para dar fin al VIH en países de ingresos bajos y medianos. Los estudios han indicado que la prevención y el control del VIH dependen mayormente de la adherencia a un tratamiento recomendado (McNabb et al., 2001; Sweileh, 2018). Se estima que, en países desarrollados, menos de la mitad de los pacientes que viven con VIH presentan 100 % de adherencia al tratamiento (Nachege et al., 2011).

A pesar de que en Panamá la TAR está disponible, es universal (accesible para cualquier persona con un diagnóstico positivo por VIH) y gratuita los pacientes no inician o abandonan el tratamiento; lo que ha motivado investigaciones para estudiar este fenómeno (Mate et al., 2023). En la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás de Panamá, lugar en donde se realizará la presente investigación, se atienden en consultas de seguimiento alrededor de 60 pacientes diarios, de los cuales aproximadamente 5 % no son adherentes al mismo; lo que se traduce en nuevos contagios y muertes. La importancia de la adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH se ha convertido en un factor tan significativo que se han realizado numerosas investigaciones para identificar las variables vinculadas a la no adherencia y estrategias para mejorar las mismas en pacientes con VIH (Kim et al., 2014; Mey et al., 2017; Uthman et al., 2017).

La presente investigación fue viable, ya que se contó con recursos económicos, humanos y de información necesarios para llevarla a cabo. Se contó además con la población cautiva. Asimismo, al llevar a cabo esta investigación, se logró encontrar respuestas a las interrogantes sobre la adherencia en pacientes con VIH, lo que permitirá mejorar las condiciones de vida de los mismos. En el aspecto psicológico, se tiene evidencia de la relación entre los aspectos emocionales y la adherencia al tratamiento, lo que permite elaborar estrategias psicoterapéuticas para afrontar dificultades emocionales de los pacientes.

El trabajo presenta utilidad metodológica, debido a que el problema actual no ha sido estudiado lo suficiente en el país. En Panamá, solo existe una investigación relacionada al tema de la adherencia y pacientes con VIH, por lo que se considera que contar con más información acerca de esta variable, permitirá comprender y mejorar la vida de los pacientes con VIH de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás. Adicionalmente, esta tesis establece una base para futuras investigaciones similares, permitiendo el análisis de otras variables en poblaciones de distintas clínicas de TAR. La adherencia no es una variable exclusiva de pacientes con VIH, por lo que puede generar estudios en otras poblaciones de pacientes en los que la adherencia sea un componente importante.

La presente Tesis Doctoral incluye un primer capítulo en el que se aborda el planteamiento del problema, el cual incluye los antecedentes, la pregunta de investigación, los objetivos, las hipótesis y la justificación. El segundo capítulo desarrolla la revisión bibliográfica (marco teórico). El tercer capítulo expone el marco metodológico de la investigación. En el cuarto capítulo se presentaron los análisis estadísticos, resultados y su respectivo análisis. Por último, el quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones. Posteriormente, se incluye la bibliografía y, finalmente los diferentes anexos.

CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):

2.1.1 Definición

El VIH es un virus que utiliza las células CD4 del sistema inmunológico para crear más copias y en el proceso termina destruyéndolas. Las células CD4 son una parte de las células T de linfocitos humanos que se producen en la médula ósea y maduran en el timo; luchan contra bacterias, virus y otros organismos. Las células, que el VIH utiliza para replicarse, mueren y liberan más copias del virus, lo que termina infectando más células de CD4 y la progresión de la enfermedad (Battistini Garcia, S. A., & Guzman, N., 2023).

La destrucción de estas células dificulta la lucha del cuerpo contra ciertas infecciones y algunos tipos de cáncer. Sin tratamiento, el paciente puede contraer alguna infección oportunista y desarrollar lo que se conoce como SIDA.

Existen dos tipos de virus (Haynes et al., 2023; Berzow et al., 2021)

- **Virus Tipo 1 (VIH-1):** Contribuye a causar la enfermedad del SIDA impidiendo las funciones naturales de las células. Dentro de este tipo se pueden identificar 12 subtipos que se consideran los responsables de la propagación mundial.
- **Virus Tipo 2 (VIH-2):** Contribuye a causar la enfermedad del SIDA, pero tiene un curso clínico más lento y con menos gravedad que el tipo 1. Se han encontrado alrededor de 5 subtipos de VIH-2, el tiempo de incubación es más

largo y su evolución es más lenta, es menos agresivo y la posibilidad de transmisión es menor. Se encuentra frecuentemente en África Oriental en países como: Madagascar, Kenia, Somalia, Etiopía, Tanzania, entre otros.

El VIH pudo originarse, según algunos estudios, hace aproximadamente 100 años en una población de chimpancés africanos que pudieron infectarse con un retrovirus. El análisis filogenético sugiere que los dos tipos de VIH se transmitieron a la especie humana a partir de otros primates. Se sugiere que el VIH tuvo su origen de VIS (Virus de Inmunodeficiencia Símica) (Sharp & Hahn, 2011). A partir de lo anterior, las preguntas de investigación asociadas al virus indagan sobre cómo el VIH pasó de los monos a la especie humana. Existen diferentes hipótesis, algunas llegando a caer en teorías conspirativas (Soto, 2004). Una de las hipótesis, que alcanzó cierta importancia en el pasado, aunque ahora se considera improbable, proponía que el VIH-1 pasó a los seres humanos como resultado de la aplicación de vacunas orales para el estudio de la poliomielitis realizado en África durante los años 50. Otra teoría, toma como origen las vacunas contra la Hepatitis B (HB) que fueron desarrolladas parcialmente en chimpancés y utilizadas preventivamente en poblaciones humanas. Por otro lado, existe la teoría de la “Transmisión Temprana”, que sostiene que el virus pudo transmitirse a los seres humanos a principios del Siglo XX o finales del XIX, a través de la caza de chimpancés como fuente de alimento (Miranda M, 2008).

2.1.2 Formas de Contagio

El VIH se transmite por el contacto de ciertos líquidos corporales de una persona que porta el virus con otra que no lo tiene. Entre los líquidos se encuentran (ONUSIDA, 2023):

- Sangre
- Semen
- Líquido preseminal
- Secreciones vaginales
- Secreciones rectales
- Leche materna

En la siguiente tabla se muestra la probabilidad estimada de infección según el tipo de exposición (Fondo De Población De Las Naciones Unidas - UNFPA y Ministerio de la Protección Social, 2011).

Tabla 1

Tipo de Exposición y Probabilidad de Infección

Tipo de exposición	Probabilidad estimada de infección
Transfusión de sangre infectada	90 % - 100 %
Transmisión materno-infantil (sin profilaxis)	24 % - 45 %
Transmisión materno-infantil (con profilaxis)	2 % o menos
Coito anal receptivo (quien es penetrado)	1 % - 2 %

Compartir material de inyección o corto punzante	0.67 %
Coito vaginal (mujer)	0.1 % - 0.2 %
Exposición percutánea a sangre	0.30 %
Exposición mucocutánea a sangre	0.09 %
Coito anal (quien penetra)	0.06 %
Practicar sexo oral a hombre	0.06 %
Practicar sexo oral a mujer	0.05 %
Coito vaginal (hombre)	0.03 % - 0.14 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

2.1.3 Métodos de Diagnóstico de la Infección por VIH

Para conocer si un paciente posee el virus del VIH se realizan pruebas de laboratorio que identifican la presencia del mismo en el cuerpo. Este diagnóstico se puede llevar a cabo a través de dos métodos: los directos e indirectos (OMS, 2019).

Los métodos indirectos son las pruebas de tamizaje y confirmatorias (OMS, 2019):

- **Pruebas de tamizaje:**

Incluyen la prueba ELISA (Prueba de Inmuno-absorbencia ligada a enzimas) y las pruebas rápidas de detección. Estas pruebas tienen alrededor de un 99 % de sensibilidad a detectar el virus del VIH.

- **Pruebas rápidas:**

De aplicación fácil, no requieren equipo sofisticado y su aplicación toma entre 20 a 40 minutos. Se requiere el mismo tipo de asesoría tanto para las pruebas ELISA como para la prueba rápida.

Son de especial beneficio para personas con difícil acceso a laboratorios especializados para la realización de la prueba ELISA, mujeres embarazadas en condiciones especiales o exposiciones a VIH en ámbitos laborales que requieran atención rápida.

- **Pruebas confirmatorias:**

Se utilizan para ratificar los resultados de las pruebas de tamizaje. Las pruebas confirmatorias más utilizadas son los métodos de Western Blot o la inmunofluorescencia directa. El resultado de esta prueba determina la positividad o negatividad del VIH.

- **Pruebas de seguimiento:**

Evalúan la efectividad del tratamiento. Las pruebas que entran en esta categoría son el conteo de linfocitos CD4 y la cuantificación de carga viral.

- **Pruebas de monitoreo de tratamiento:**

Se utilizan para valorar la resistencia del virus al tratamiento. Incluyen pruebas genotípicas y fenotípicas.

2.1.4 Tratamiento para el VIH

A pesar de los avances médicos desde la aparición del VIH, no se ha logrado conseguir una cura que permita erradicar el virus. Actualmente, existen tratamientos

que permiten al paciente tener una vida más sana y larga (MINSA, 2007). El tratamiento para el VIH se denomina Terapia Antirretroviral (TAR) y consiste en usar medicamentos para tratar la infección por el VIH (Nursalam et al., 2024). El VIH ataca y destruye las células CD4 (linfocitos CD4 T), que tienen como objetivo defender al cuerpo de infecciones. Al ser destruidas por la infección de VIH, se vuelve más difícil para el cuerpo “pelear” contra infecciones y ciertos cánceres relacionados al VIH. La TAR evita la multiplicación del VIH y reduce la concentración del virus en el cuerpo (lo que se denomina como carga viral). La tarea principal de la TAR es lograr que la carga viral del paciente sea indetectable. Esto significa que la cantidad de virus en el cuerpo está lo suficientemente disminuida como para no ser detectada por una prueba de carga viral, por lo que el paciente deja de representar un riesgo de infección para sus parejas seronegativas durante el sexo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

En 1987 se logró crear el primer tratamiento antirretroviral, la azidotimidina. En las siguientes décadas comenzaron a aparecer diferentes familias de fármacos con mejoras en su eficacia. Desde 1996 se empezó a aconsejar la combinación de tres antirretrovirales de forma simultánea para lograr la supresión viral; sin embargo, los efectos secundarios ocasionaban que los pacientes tuvieran dificultades para mantenerse tomando los mismos. En la actualidad, se ha logrado reducir los efectos secundarios de los medicamentos y en la tasa de mortalidad de los pacientes (Suarez-Alfaro, 2021.).

Existen 7 tipos de familias de medicamentos contra el VIH, dependiendo de cómo cada fármaco interfiere con el ciclo de vida del virus.

Según Asensi (2002) estos tipos son:

- **Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN):**

Impiden la actividad de la transcriptasa inversa del VIH compitiendo con los nucleósidos. Entre los efectos secundarios están la toxicidad hematológica, pancreatitis, neuropatías periféricas, rash cutáneo y reacción de hipersensibilidad grave. Los ITIAN pueden producir toxicidad mitocondrial, una complicación que puede ser mortal y se asocia con dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, hepatomegalia por esteatosis hepática, elevación de las amilasas, pancreatitis, miopatías y elevación de CPK (Asensi, 2002.).

Dentro de este grupo se encuentra el abacavir, la emtricitabina, lamivudina, fumarato de disoproxilo de tenofovir y zidovudina.

- **Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN):** Son de reciente utilización práctica. Estos medicamentos se ligan a la transcriptasa

inversa y la alteran. Entre este grupo de medicamentos está el efavirenz, el cual se asocia con alteraciones en el sistema nervioso central desde sueños intensamente vívidos a trastornos psiquiátricos más graves. También se encuentran la doravirina, etravirina, nevirapina y rilpivirina.

- **Inhibidores de la proteasa (IP):**

Según Asensi (2002), los inhibidores de la proteasa han revolucionado el tratamiento del VIH. Estos medicamentos interfieren en la reproducción de copias de VIH al bloquear una enzima llamada proteasa, la cual descompone las proteínas del virus para utilizarlas luego en la propagación del mismo. Al bloquearse la enzima, se impide la descomposición de las proteínas del VIH, por lo que se logra controlar la propagación y multiplicación. Dentro de los medicamentos pertenecientes a este grupo se encuentran: atazanavir, darunavir, fosamprenavir, saquinavir y tipranavir. También se cuenta con el ritonavir, pero es más utilizado como potenciador farmacocinético de otros inhibidores de la proteasa. Se conoce que este tipo de medicamentos ocasiona efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea, mareos, erupción, leve aumento o disminución de la grasa corporal, niveles altos en azúcar y diabetes, además de cálculos renales.

Algunos efectos pueden ser graves incluyendo: daño hepático, problemas de la vesícula biliar, problemas cardíacos, erupción cutánea.

- **Inhibidores de la fusión:** En esta familia sólo existe un representante, que es el enfuvirtide (T-20), que impide la entrada del contenido viral en los linfocitos CD4 al inhibir la fusión de la cubierta del virus con la membrana celular (Fernando Bernal, 2016). Dentro de los efectos secundarios que pueden presentar los pacientes podemos observar picazón, dificultad para dormir, depresión, nerviosismo, cansancio, debilidad, dolor muscular, náuseas, pérdida

de apetito, ojos llorosos e inflamación de las glándulas. Este medicamento se recomienda para pacientes con virus multirresistente (Fernando Bernal, 2016).

- **Antagonista CCR5:** Solo existe un medicamento dentro de esta categoría: maraviroc. Su función es bloquear los correceptores de CCR5 en la superficie del linfocito CD4 que necesita el VIH para ingresar.
- **Inhibidor de la transferencia de cadenas de integrasa:** Estos medicamentos impiden la replicación del virus al evitar que el VIH inserte su ADN en la célula huésped a través de la enzima de integrasa. Dentro de esta familia de medicamentos se encuentran el raltegravir y el dolutegravir.

El uso de estos medicamentos ha aumentado la expectativa de vida de las personas que viven con VIH (Bhaskaran et al., 2008). Se ha reportado que los pacientes con diagnóstico de VIH desde los inicios del tratamiento han aumentado su expectativa de vida de 19.1 años a 54.5 años, si inician su tratamiento teniendo su conteo de CD4 mayor de 500 copias (Marcus et al., 2016). La expectativa de vida entre personas que viven con VIH y aquellos que no, son casi similares (Trickey et al., 2022).

Según el National Institutes of Health (NIH, 2021), el paciente llega a fase SIDA cuando ocurren cualquiera de las 2 condiciones (una o las dos al mismo tiempo):

- El sistema inmunitario de una persona está gravemente deteriorado. Según lo indique un recuento de células CD4 inferior a 200/mm³. Este recuento mide el número de esa clase de glóbulos blancos en una muestra de sangre. En una persona sana varía de 500 a 1.200/mm³.

- La persona presenta ciertas infecciones oportunistas, como, por ejemplo, salmonella, candidiasis, toxoplasmosis y tuberculosis.

2.2 Adherencia

2.2.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), la adherencia se puede definir como la medida en que la conducta de una persona – que incluye la toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y/o realizando cambios en la vida– corresponde a las recomendaciones acordadas entre el paciente y un proveedor de salud. Es importante notar que el paciente no es un ser pasivo, que recibe instrucciones; para lograr mantener la adherencia y, por ende, el control o mejoría de su condición; debe realizar cambios de forma activa (Lasmarías-Ugarte et al., 2023). La adhesión terapéutica es un concepto que se define como un comportamiento de mutuo acuerdo activo y voluntario del paciente con el fin de llegar a un resultado terapéutico deseado (Villa & Vinaccia, 2006). En el caso de los pacientes que presentan un manejo ideal del tratamiento, la adhesión terapéutica permite al paciente estar sano y evitar las recaídas, por lo que su calidad de vida mejora y es menor el riesgo de infecciones nuevas. Además, se ha reportado que el no tener una adecuada adherencia puede generar niveles de resistencia del virus, a los medicamentos pre-escritos y cambios en la resistencia genética a las terapias actuales (López-Jaramillo et al. 2015).

2.2.2 Relación médico-paciente y apego

Se ha observado que esta relación puede estar relacionada al tipo de apego del paciente. Las teorías del apego proveen de un marco de conocimiento para entender la relación entre los estilos de apego y las conductas relacionadas a cuidados de salud (Palmer Kelly et al., 2019). Los estilos de apego se pueden describir como dinámicas interpersonales que se categorizan en: estilos de apego seguro e inseguros (ansioso-ambivalente, evitativo y desorganizado).

Los pacientes con apego inseguro tienden a presentar una experiencia negativa en la relación médico-paciente (Schmalbach et al., 2024). Se ha observado que pacientes con estilos de apego ansioso tienden a sobreutilizar los servicios médicos (Thompson & Ciechanowski, 2003). Por otro lado, aquellos con estilos de apego evitativo tienen la tendencia a no acudir al médico y automedicarse (McWilliams, 2018).

Es por esto que la relación entre el paciente y el médico juega un rol fundamental en la adherencia; esta relación debe caracterizarse por una atmósfera en donde modos terapéuticos alternativos puedan discutirse, las indicaciones médicas pueden ser negociadas, la adherencia es discutida y exista un plan de seguimiento (Alibe Natanai Peña-Valenzuela et al., 2023). Esta relación debe tener como objetivo la inserción y mantenimiento del paciente dentro de la institución que le provee los cuidados. De esta forma, se puede mantener al paciente controlado y ante cualquier situación que requiera de atención médica, este pueda ser capaz de comprender que puede buscar ayuda y va a ser atendido. Cuando la relación no es buena, los pacientes

pueden sentir que no se les escucha o se les juzga, lo que impacta en sus deseos de atenderse, pese a que saben que necesitan la atención (Alibe Natanai Peña-Valenzuela et al., 2023). El paciente busca en el médico una persona que tenga los conocimientos sobre lo que le sucede y la capacidad como profesional para ayudarlo a superar las primeras fases del tratamiento (Aristegui et al. 2014). Se entiende que es la relación que establece con el médico, ya que en algunas instancias se han observado pacientes que han buscado información con amistades o en internet y el resultado de la obtención de esta información ha sido el incremento en temores sobre su diagnóstico debido a la desinformación que existe (Rodríguez Ortiz De Salazar, 2020).

2.2.3 Características Observables de la Adherencia

Para que exista adherencia, se deben observar los siguientes fenómenos (Alvarado, 2016):

1. Aceptación del paciente y del médico del tratamiento que se va a seguir.
2. Seguimiento de las instrucciones por parte del paciente, lo que incluye cambios de conducta y la toma del medicamento.
3. Participación en el cumplimiento, que se traduce como la búsqueda de destrezas para asegurar el cumplimiento del tratamiento.
4. Carácter voluntario de las acciones de cumplimiento, entendido como la participación de la persona en esfuerzos para seguir con las recomendaciones del médico.

A continuación, en el siguiente cuadro se explicarán las variables que influyen en la adherencia.

Tabla 2

Variables que influyen en la adherencia

Efectos negativos en la adherencia	Efectos Positivos en la adherencia	Efectos neutrales en la adherencia
SOPORTE FAMILIAR		
1. Falta de soporte familiar.	4. Soporte financiero familiar.	6. Soporte emocional familiar.
2. Supervisión irregular por miembros de la familia.	5. Soporte de la familia en la toma del medicamento.	7. Involucración de la familia durante la hospitalización.
3. Responsabilidad propia de la toma de medicamentos por un niño.		
FACTORES DE LA FAMILIA/CUIDADORES		
1. Familias biológicas desorganizadas.	8. Familia biparental	14. Conocimiento de los miembros de la
2. Familias en conflicto	9. Cohesividad de la familia.	

3. Tener responsabilidades en la casa (como conseguir ingresos o cuidar niños).	10. Tener un adulto además del cuidador biológico a cargo.	familia de la enfermedad.	15. Número de las personas en el hogar.
4. Niveles bajos de educación parental.	11. Mayor nivel educativo.		16. Estatus marital de los padres.
5. Creencias familiares sobre la naturaleza de la enfermedad.	12. Responsabilidades compartidas en la familia.		
6. Más gente en el hogar de residencia.	13. Percepción de la severidad de la condición por la madre.		
7. Tener muchos adultos.			

APOYO SOCIAL

1. Falta de apoyo social	1. Soporte emocional	Apoyo social.
2. Menor asimilación cultural	2. Ajusto social bueno.	
3. Bajo funcionamiento social	3. Incluir a las parejas en la alianza terapéutica.	
4. Bajo rango social de la enfermedad	4. Supervisión de la toma de	

5. Publicidad negativa medicamentos por
sobre la TAR los otros.

5. Apoyo de otros
pacientes.

ESTIGMA SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

1. Estigma de la 4. Abiertamente
enfermedad en la compartir el
escuela, lugar de diagnóstico con
trabajo, entre familiares y
familiares y amigos.
amigos.

2. Temor a revelar el
diagnóstico o tomar
los medicamentos
en lugares públicos.

3. Esconder el diagnóstico
de la enfermedad
por miedo que se
enteren en el
trabajo.

Fuente: Elaboración

propia (2025)

La adherencia toma mayor importancia cuando revisamos que los pacientes con enfermedades crónicas, entre estas el VIH, son los que tienen mayor dificultad adhiriéndose a sus programas recomendados (Hutahaeen et al., 2023). La pobre adherencia causa complicaciones médicas y psicosociales, reduce la calidad de vida del paciente y gasta recursos del sistema de salud pública (Kengne et al., 2024).

La pobre adherencia al tratamiento puede no sólo afectar al paciente, sino también a la comunidad, ya que su rendimiento puede verse afectado por complicaciones relacionadas al VIH, además de ser una fuente de nuevos contagios. Es posible también que pacientes seronegativos busquen parejas seropositivas para tener relaciones sexuales sin protección y así contagiarse; lo que complica ya el trabajo para detener los nuevos contagios de VIH; este fenómeno es conocido como “bug-chasing” (Airriel, 2021).

El conocimiento de los efectos secundarios de la TAR, cuánto tiempo le toma al cuerpo adecuarse a estos efectos y algunas estrategias para afrontarlos tiende a mejorar la adhesión terapéutica (Arístegui et al., 2014). Algunos pacientes tienden a dejar el tratamiento porque comienzan a presentar efectos secundarios como náuseas, vómitos, erupciones en el cuerpo y cansancio, por lo que prefieren abandonarlo en lugar de padecer estos efectos y tratar la enfermedad. Algunos efectos de los medicamentos contra el VIH aparecen meses o incluso años después de haber comenzado a tomarlos

y pueden continuar por largo tiempo, lo que puede alimentar las percepciones erróneas que los pacientes tienen sobre ellos.

2.3 Estigmatización

2.3.1 Definición

El estigma es un término griego que se refería a signos del cuerpo designados para demostrar algo inusual o malo acerca del estado moral de la persona (Goffman, 1963). Este autor refería que a las personas son marcadas como diferentes, se les tiende a reducir como a un ser manchado y sin valor; la estigmatización es “un atributo desacreditante de la persona que lo posee y lo lleva a ser considerado como algo menos que un ser humano e incluso peligroso”. Goffman (1963) identificó tres fuentes de estigma: a) las abominaciones corpóreas (basadas en las deformaciones físicas de la persona); b) aspectos relacionados con la manera de ser de un individuo, (puede incluir desórdenes mentales, abuso de alcohol o drogas) y, c) las asociaciones tribales (persona identificada como miembro inmediato de un grupo estigmatizado, ya sea por un grupo racial, étnico o religioso).

El estigma se asocia a los prejuicios y desigualdad en la sociedad, fundamentado mayormente en las diferencias de género, orientación sexual y raza (ONUSIDA, 2003). El estigma en pacientes con VIH/SIDA se puede describir como la desvalorización del paciente que tiene esta condición (ONUSIDA, 2003). Es un obstáculo adicional al proceso de tratamiento, especialmente en países sub-

desarrollados (Kharsany & Karim, 2016). La devaluación social y el temor a críticas o rechazo por el diagnóstico positivo o por circunstancias paralelas al VIH (consumo de narcóticos, orientación sexual, género, tipo de trabajo) llegan a crear en los pacientes preocupación por la búsqueda de ayuda, ya que espera encontrarse con malos tratos al iniciar su atención, hasta el punto de que muchas veces llegan a dejar de asistir a la clínica más cercana para comenzar su tratamiento (Sullivan et al., 2020).

Cada grupo poblacional afectado con VIH manifiesta el estigma de diferentes maneras (Schwartz et al., 2015). Por ejemplo, los hombres que tienen sexo con hombres pueden reportar mayor incidencia de altercados verbales o de acoso, por lo que pueden dejar de hacer reportes a los médicos que dejen en claro su orientación sexual (Schwartz et al., 2015). Existen casos en donde este estigma se percibe proveniente del mismo personal de salud, lo que agrava más la situación, ya que los pacientes esperan encontrar en el servicio de salud un lugar seguro en donde puedan buscar consuelo y ayuda. Uno de los factores que incrementa la adherencia en el paciente es la relación con su médico (Egbe et al., 2017). Si el médico es prejuicioso y lo discrimina por su condición (no sólo de VIH), orientación sexual o estilo de vida en donde ha tomado riesgos importantes, es muy probable que este paciente no regrese a atenderse. Este tipo de estigmatización amenaza una de las principales necesidades de los seres humanos, que es la de pertenecer (Ramovha et al., 2012). La investigación señala que el VIH/SIDA se relaciona con la estigmatización porque es una enfermedad crónica e incurable en la que se coloca la responsabilidad del contagio al paciente. Por otro lado, la interacción social se ve afectada cuando la persona llega a estadios más avanzados

de la enfermedad, resultando en estigma. Además, el VIH/SIDA se asocia a grupos minoritarios que reciben discriminación desde antes (Rodríguez & Díaz, 2006). El estigma, también, puede estar asociado a variables sociodemográficas. Se realizó un estudio en Perú en donde pudieron evidenciar que a falta de domicilio fijo y de educación secundaria, el estigma aumentaba. Es posible que al no contar con domicilio fijo estemos evaluando un problema a nivel económico (Zafra-Tanaka & Ticona-Chavez 2016).

2.3.2 Consecuencias de la Estigmatización

El paciente se identifica con lo que su cultura piensa sobre el VIH (Duffy, 2005).

El estigma impacta considerablemente la adherencia porque al paciente sentir vergüenza por su condición, tiende a guardar silencio, evitando recibir tratamiento para el VIH. Rodríguez & Díaz, (2006) expone que existen otros tipos de consecuencias, como:

1. El deterioro de las relaciones interpersonales, por el desconocimiento de los pares en las formas de contagio.
2. La manifestación de emociones negativas, que en algunos pacientes puede verse reflejada en dejar de tomar los tratamientos o alejarse de las personas que intentan ayudarlo.

3. No comunicar su diagnóstico a su pareja, lo que puede llevar a tener relaciones sexuales sin protección y que aparezcan nuevas infecciones.

Una revisión sistemática indicó que el estigma relacionado a padecer VIH tiene efectos sobre la adherencia al tratamiento (Sweeney & Venable 2016). Sin embargo, hay muy pocos estudios que han ofrecido respuesta sobre los mecanismos que entran en acción para que ocurra esto. Las hipótesis encontradas en los estudios revisados, que pueden contestar esta pregunta son que las personas con estigma alta podían presentar vulnerabilidades en cuanto a su salud mental, reducción en la autoeficacia, en la toma de sus medicamentos y preocupaciones sobre conocimiento del diagnóstico de su enfermedad (Sweeney & Venable 2016).

Otros estudios argumentan que altos niveles de estigmatización pueden reducir la capacidad de autoeficacia, lo que dificulta la toma de medicamentos y los lleva a que tengan períodos en donde dejan de tomar los mismos (DiIorio et al., 2009). Los pacientes que inician TAR deben realizar cambios en su rutina por la toma de medicamentos (no beber o fumar, llevar consigo la pastilla en caso de estar fuera de la casa, comer a cierta hora para que la pastilla no ocasione malestares estomacales) lo que puede ocasionar que personas cercanas a los pacientes puedan notar que algo ha cambiado en cuanto a su salud. Los pacientes refieren que optan por no tomarse el medicamento por temor a que descubran su diagnóstico (Ware et al., 2006).

Por otro lado, la evidencia señala que el estigma del VIH puede ocasionar efectos psicológicos adversos como ansiedad, depresión, culpa, falta de apoyo social y aislamiento Rodríguez & Díaz, (2006). Además, hay evidencia de que el estigma puede

aumentar la vulnerabilidad a problemas de salud mental en pacientes con VIH, lo que a su vez disminuye la capacidad de autocuidado de los pacientes, por lo que pueden presentar dificultades para la toma de medicamentos (Rao et al.,2012; Sayles et al., 2009). En un estudio se encontró que el 28.1 % de los participantes con VIH padecían de un episodio depresivo mayor (Egbe et al., 2017). Turan et al., (2019) evidenciando que el estigma internalizado (el que el paciente tiene sobre sí mismo) afecta la adherencia de los pacientes, a través de la depresión.

2.4 Depresión

2.4.1 Definición

Según la American Psychiatric Association (2014), la depresión se caracteriza por ser una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la cotidianidad. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Los siguientes síntomas están presentes en un cuadro de depresión (APA., 2014):

- Estado de ánimo deprimido (sentirse triste, vacío, sin esperanza) la mayor parte del día.
- Pérdida de interés o placer en las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida de energía o fatiga casi todos los días.

- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Sentimientos de culpa e inutilidad.
- Dificultad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos de autolesión o suicidio.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (2022), los trastornos depresivos están distinguidos por la presencia de ánimo depresivo (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío), pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales y neurovegetativos. El CIE menciona que la depresión se puede clasificar en:

1. Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona padece de un solo y único episodio.
2. Trastorno depresivo recurrente: se han padecido dos o más episodios depresivos
3. Trastorno bipolar: existe alternación entre episodios depresivos y de manía.

En los datos del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2023) se ha encontrado que el 3.8 % de la población padece de depresión, incluido 5 % de adultos. Esto representa alrededor de 280 millones de personas. La depresión es un 50 % más frecuente en mujeres que en hombres. Según la Dirección de Planificación Del

Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de Panamá, en el 2018 se registraron aproximadamente 2,038 episodios depresivos no especificados (Pérez 2023).

La depresión es un trastorno mental complejo en el cual pueden actuar diversos factores de riesgo como situación socioeconómica, edad, sexo, historial de padecimiento de depresión en familiares, problemas de pareja y de familia, entre otros (Tasé Martínez et al., 2023). Las condiciones adversas de la vivienda, el barrio, las calles, el colegio y la inseguridad pueden ser causas de riesgo en cuanto a la depresión (González et al., 2017). La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero su inicio es más frecuente entre la adolescencia y antes de los 39 años (Vázquez et al. (2000). El tiempo de recuperación oscila entre los 6 a 24 meses (Goodwin y Jamison, 1990). Entre el 65 % y el 70 % de los episodios depresivos existe una completa remisión de los síntomas (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000), mientras que del 15 % al 25 % de las depresiones puede cursar de forma crónica (Akiskal y Cassano, 1997; Piccinelli y Wilkinson, 1994). Uno de los síntomas depresivos es la ideación suicida. Cada año más de 700,000 personas mueren por suicidio, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2023).

La depresión puede ocasionar dificultades en todos los aspectos de la vida, tanto a nivel personal como a nivel comunitario, afectando la capacidad laboral y las relaciones con las figuras cercanas del paciente (Gómez López et al., 2024). Se ha sugerido que los síntomas de ansiedad e insomnio están asociados a cuadros depresivos

(Baños-Chaparro 2023). Si la depresión no es tratada oportunamente, puede evolucionar en patologías más severas (Davey & McGorry 2019).

La depresión se puede tratar eficazmente con una combinación de psicoterapia y antidepresivos (Tröger et al., 2024). En cuanto a los antidepresivos, los más utilizados como primera opción para el tratamiento de la depresión son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina), pudiendo utilizarse otros (como lo son los Antidepresivos Tríciclicos) como coadyuvantes (Alzuela Ayerra, 2023). En lo que respecta a los modelos psicoterapéuticos, Tröger et al. (2024) sugieren que la efectividad es comparable entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia de Resolución de Problemas, la Terapia Interpersonal y la Psicoterapia Psicodinámica.

2.5 Ansiedad

2.5.1 Definición

La ansiedad se puede definir como la anticipación de una amenaza futura (DSM V). El CIE-11 establece que se caracteriza por miedo y preocupaciones que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativo en el funcionamiento del individuo. Es un estado de ánimo orientado al futuro, relacionado a preocupaciones por eventos que comúnmente se perciben como negativos (Craske et al., 2011). Puede ser la anticipación a una situación, tanto interna como externa, que puede desencadenar en posible daño o desgracia (Parrado-González & León-Jariego 2020). La ansiedad funciona como una señal de alerta que permite a la persona

adaptarse ante una posible situación, pero cuando esta supera el umbral necesario de adaptación, se convierte en patológica.

Los siguientes síntomas están presentes en un cuadro de ansiedad (APA., 2014) Las preocupaciones son difíciles de controlar y deben asociarse con ≥ 3 de los siguientes:

- Agitación o nerviosismo
- Facilidad para fatigarse
- Dificultades para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Trastornos del sueño

La OMS (2023) estima que en el 2019 alrededor de 301 millones de personas fueron afectadas por algún tipo de trastorno de ansiedad. Pérez (2023) refiere que de acuerdo con datos de la Dirección de Planificación Del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud (MINSAL, 2018), en Panamá en el 2018 se registraron alrededor de 6,538 pacientes con diagnóstico de Ansiedad no especificada. La OMS (2023) especifica los trastornos de ansiedad en:

1. Trastorno de ansiedad generalizada (preocupaciones persistentes y excesivas por hechos cotidianos).
2. Trastorno de angustia (crisis de angustia y temor a que sigan ocurriendo).
3. Trastorno de ansiedad social (miedo y preocupación ante situaciones sociales).

4. Agorafobia (miedo a quedar en situaciones donde no se pueda salir o pueda entrar en pánico).
5. Trastorno de ansiedad por separación (medo a ser separado de la persona con quien se tiene el vínculo más cercano).
6. Determinadas fobias (miedos intensos e irracionales a objetos y situaciones que llevan a evitarlas).
7. Mutismo selectivo (incapacidad para hablar en ciertas situaciones sociales, a pesar de que el niño no presente problemas fisiológicos).

La ansiedad tiene componentes fisiológicos (incremento en el pulso, sudoración, sensación de estar enfermo y opresión en el pecho), emocionales (sentimientos de miedo o de preocupación) y cognitivos (preocupación y pensamientos intrusivos y persistentes) (DSM-V, 2013).

Entre los factores de riesgo a padecer ansiedad se han encontrado la pobreza, tener padres con problemas psiquiátricos, el intento de suicidio de alguno de los padres, la separación o muerte de alguno de ellos, ser víctima de maltrato o abuso en la niñez, ser cuidador de algún familiar, presentar conductas solitarias y tener problemas de adicciones (Quesada Mena et al., 2022).

Para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad se cuenta con esquemas psicoterapéuticos y farmacológicos (Mohr et al., 2012). Dentro de los farmacológicos se ha observado que los medicamentos como la quetiapina, pregabalina, duloxetina, venlafaxina y escitalopram presentan mayor evidencia en cuanto a su efectividad para

brindar mejores resultados (Fagan & Baldwin, 2023). Se han estudiado los efectos de la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de los cuadros de ansiedad, encontrando que puede ser la más efectiva para su tratamiento (M. Wang et al., 2023).

2.6 Calidad de vida

2.6.1 Definición

La calidad de vida ha sido definida como una meta en el campo de la salud, a la cual toda intervención debería ir dirigida (Rubin & Peyrot, 1999). Diversos autores han propuesto distintas definiciones sobre calidad de vida. Se describe como un constructo multidimensional que comprende la percepción subjetiva y objetiva del bienestar físico, social, funcional y psicológico del individuo. Aunque no existe una definición única sobre la calidad de vida, las definiciones se pueden agrupar en distintas categorías (Urzúa 2012):

- **Condiciones de vida:** Se considera la calidad de vida como equivalente a puntajes estándar para condiciones como salud física, relaciones sociales, ocupación, entre otras. Las definiciones que entran en esta categoría presentan el problema de que no contamos con parámetros universales de una buena u óptima calidad de vida y que varían dependiendo del individuo y la sociedad.
- **Satisfacción de vida:** La calidad de vida se considera sinónimo de satisfacción de vida. Esta satisfacción total se encuentra basada en qué tan satisfecho se encuentra el sujeto en diferentes aspectos de su vida. Esta categoría se centra exclusivamente en el valor subjetivo de la calidad de vida; puede ser útil para

personas sin enfermedades mentales o que mantienen una buena calidad de vida pero para aquellos que no son conscientes de condiciones desfavorables, no podría funcionar.

- Condición de vida y satisfacción de vida: en esta categoría se consideran las definiciones que combinan aspectos objetivos (indicadores biológicos, socioeconómicos, conductuales y psicológicos) con sentimientos subjetivos en cada área. Diversos estudios han demostrado que, aunque la medida objetiva de la calidad de vida relacionada con la salud (evaluada por el médico, teniendo en cuenta la presencia de síntomas o no) es importante, la percepción del paciente de su salud ya que, puede traducirse en su realidad (Rose et al., 1998) & (Cummins 2000).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Metodología

3.1.1 Tipo de Estudio

Este estudio es de tipo transversal, correlacional, no experimental. Según Hernández Sampieri et al., (2010) los estudios correlacionales tienen como finalidad conocer la relación que existe entre dos o más conceptos. Miden cada una de las variables y, a continuación, se analiza la asociación entre las mismas. Su utilidad radica en que permite predecir el valor de una o más variables a partir del valor que posea otra o más variables relacionadas.

Los diseños no experimentales son aquellos en donde las variables no se manipulan y el investigador observa el fenómeno tal como se da en su contexto (Hernández Sampieri et al., 2010). De acuerdo con Hernández Sampieri et al., (2010) los estudios transversales son los que recolectan datos en un solo momento; su propósito es describir y analizar variables en un único espacio de tiempo.

3.1.2 Población y Muestra

La población estuvo conformada por los pacientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás. La población fue de 4,387 pacientes al 2023, divididos entre 3,159 hombres y 1,228 mujeres.

La muestra fue de 100 pacientes con diagnóstico por infección de VIH, 50 de estos pacientes serán adherentes y 50 no adherentes a la TAR. Se realizó el cálculo

utilizando la plataforma Qualtrics. Este cálculo fue realizado en base a la cantidad de pacientes VIH positivos que se atiende en psicología por día. Al hacer el cálculo, el número necesario para incluir en la muestra fue de 66 personas. Se tomó la decisión de usar 100 para poder ampliar la muestra. Se recolectó la muestra durante el último semestre de 2023.

La técnica empleada para la selección de los elementos fue a través de muestreo por conveniencia, no aleatorizado. La técnica empleada para la selección de los elementos fue a través de muestreo por cuotas. Se revisaron los expedientes médicos de los pacientes que se encontraban esperando para ser atendidos por el servicio de Infectología para revisar si cumplían con los criterios de inclusión. Luego el investigador se acercó a ellos y les comentó del estudio, para después llenar junto al mismo el formulario de consentimiento informado. Luego de aceptar participar en el estudio y llenar el formulario de consentimiento informado se procedía a la aplicación de los instrumentos. Al terminar de llenar los instrumentos, se revisaba que no faltase ninguna respuesta y se comparaba el SMAQ con el expediente médico para verificar que la información relacionada a la adherencia fuese verdadera. En algunos casos, se encontró que la información del SMAQ y del expediente médico no eran similares, ya sea porque en el SMAQ llenaron que no habían dejado de tomar medicamentos y el expediente mostraba que el paciente no había retirado medicamento desde un tiempo significativo. Estos casos no se tomaron como parte del estudio.

3.1.3 Criterios de Inclusión

La población del estudio consistió en pacientes mayores de 18 años, género femenino y masculino, con diagnóstico de VIH, bajo alguno de los esquemas de TAR brindados en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Santo Tomás por un período no menor a 6 meses, que hayan aceptado participar y contestar las evaluaciones y la encuesta.

Para formar parte del grupo de pacientes adherentes, los mismos debían estar tomando sus medicamentos apropiadamente durante los 3 últimos meses.

Sin embargo, para ser incluidos en el grupo de pacientes no adherentes, era necesario que hubieran experimentado problemas de adherencia durante los últimos tres meses o haber respondido una pregunta positiva en el SMAQ.

3.1.4 Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio a los pacientes que cursaban una enfermedad oportunista, que padeciendo algún tipo de trastorno psiquiátrico o que rechazaron participar.

Tabla 3

Variables del Estudio

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional
Variables Psicosociales		
Depresión	Enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una	Cuantitativa discreta. Se midió con el PHQ-9

combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Se caracteriza por:

- Estado de ánimo deprimido (sentirse triste, vacío, sin esperanza) la mayor parte del día.
- Pérdida de interés o placer en las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida de energía o fatiga casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Sentimientos de culpa e inutilidad.
- Dificultad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos de autolesión o suicidio.

Ansiedad	La ansiedad es un sentimiento de inquietud, temor o miedo. Normalmente vienen acompañados de: Cuantitativa discreta. Se midió con el GAD-7. <ul style="list-style-type: none">• Nerviosismo, agitación o tensión.• Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe.• Aumento del ritmo cardíaco.• Respiración acelerada.• Sudor excesivo.• Temblores.• Debilidad o cansancio.• Problemas para concentrarse o pensar algo fuera de lo que le cause preocupación.• Insomnio.• Problemas gastrointestinales.• Dificultad para controlar las preocupaciones.• Evitar las situaciones que le causen ansiedad.
Calidad de vida	la Calidad de vida se puede definir como la percepción de la vida que un individuo tiene en el contexto de la cultura donde vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (WHO, 1995). Cuantitativa discreta (0-100). Se midió con la escala SF-36.

	Haraldstad et al., (2019) agregan que la calidad de vida se puede definir como una medida de la percepción de esta en relación con los cambios debido a discapacidades, estados de funcionamiento, percepciones y oportunidades; ocurridos como resultado de enfermedades, heridas y tratamiento.	
Estigma hacia el VIH/SIDA	Atributo desacreditante de la persona que lo posee y lo lleva a ser considerado como algo menos que un ser humano e incluso peligroso, lo que lleva a que sean marginados.	Cuantitativa discreta (30-120)
Variables sociodemográficas		
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este, desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico (Real Academia Española, 2021).	Cualitativa nominal: 1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española 2021).	Cuantitativa discreta, en años.
Estado Civil	Estado de una persona en relación con su matrimonio, que se hacen constar en el registro civil (Real Academia Española 2021).	Cualitativa nominal, los valores serán los siguientes: 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Separado/a

		5. Viudo/a
		6. Unión Libre
Grado Académico completado	Formación educativa que una persona posee.	Cualitativa nominal, los valores serán los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Educación Básica • Educación Media • Educación Universitaria. • Ninguna de las anteriores
Ingreso mensual	Suma de dinero percibida mensualmente por el sujeto Real Academia Española. (2014).	Cualitativa nominal, los valores serán los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 250\$ 2. 250\$ a 500\$ 3. 500\$ a 1,000\$ 4. 1,000\$ a 2,000\$ 5. Más de 2,000\$
Orientación Sexual	Atracción sexual o romántica duradera hacia otros. The American Psychiatric Association (APA, 2013).	Cualitativa nominal, con los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Homosexual • Bisexual • Pansexual • Asexual

Red de apoyo social	Recursos psicológicos que provienen de otros, las cuales pueden verse reflejadas a través de la expresión de afecto positivo, afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona apoyada. (Pérez et al., 2003.)	Cualitativa nominal, con los valores siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Familiares • Amigos • Pareja • Voluntarios de asociaciones • Otros • Ninguno
Variables clínicas		
Adherencia Terapéutica	Se define como la medida en que la conducta de una persona, toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y/o realizando cambios en la vida, corresponde a recomendaciones acordadas entre el paciente y un proveedor de salud.	Cualitativa nominal. Se midió a través de Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ).
Tiempo con VIH	Cantidad de meses desde el diagnóstico del VIH hasta la elaboración de las pruebas por parte del sujeto.	Cuantitativa nominal. Se obtuvo a través del expediente médico del paciente. Cuenta con los siguientes valores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 año 2. 1-2 años 3. 2-3 años 4. 3-4 años

-
5. 4-5 años
 6. 5-6 años
 7. 6-7 años
 8. 7-8 años
 9. 8-9 años
 10. 9-10 años
 11. Más de 10 años

Fuente: Elaboración propia (2025)

3.2 Descripción de los Instrumentos

3.2.1 Variables Sociodemográficas

Encuesta Sociodemográfica

Se elaboró un cuestionario autoaplicado elaborado utilizando como modelo la entrevista sociodemográfica del estudio de (Olatayo Adeoti et al., 2018b). Su propósito es medir las variables: edad, género, estado civil, grado académico completo, ingreso mensual, orientación sexual, apoyo social.

3.2.2 Adherencia

SMAQ (Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación versión en español)

Es una variación del cuestionario Morisky-Green, diseñado para medir la adherencia a los tratamientos antirretrovirales para personas que viven con VIH. Contiene 6 preguntas en las que se trata de medir el cumplimiento del tratamiento en diversas áreas (olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones), las cuatro con respuestas dicotómicas (SI/NO) y la última, con la posibilidad de darle valor semicuantitativo. Un paciente se considera no adherente si llega a contestar positivo en cualquiera de las preguntas referentes a adherencia y si en las preguntas de cuantificación refiere haber perdido más de dos dosis en la última semana (Ortega Suárez et al., 2011). Ha sido validado para pacientes en tratamiento antirretrovirales ($\alpha = 0,75$) y en pacientes trasplantados; posee una sensibilidad del 72 % y una especificidad del 91 % (Chamorro et al., 2020). Su fácil comprensión y rapidez a la

hora de contestar las preguntas, permite que pueda ser aplicado en situaciones clínicas (Intilangelo et al., 2024).

3.2.3 Estigmatización

Escala de Estigma en pacientes con VIH de Berger et al. adaptada al español por Fuster-Ruiz de Apodaca et al., (2015)

Esta escala categoriza la estigmatización en Estigmatización Externa Percibida y Estigmatización Interna. Consta de 30 ítems con un alfa de Cronbach de 0,88. Se utiliza una escala de Likert (casi nunca, rara vez, a veces y casi siempre), y se otorga de “1” a “4” puntos por ítem, entre mayor el puntaje, mayor es la presencia de estigma en el paciente.

La Estigmatización Externa Percibida se puede plantear como la percepción de rechazo, evitación y miedo sentidos por la comunidad hacia un grupo de personas (Marija Miric, 2004). La Estigmatización Interna Percibida se puede definir como la aceptación negativa de la visión que tiene la sociedad sobre uno mismo, incorporando puntos de vista a su autoconcepto (Suna et al., 2023).

3.2.4 Calidad de Vida

Cuestionario de Salud SF-36 versión en español (Alonso et al., 1998)

Se utilizó la escala SF-36 (versión Rand) que se emplea para valorar los estados positivos y negativos de la salud. Está compuesto por 36 ítems divididos en 8 dimensiones: función física (FF), rol físico (DF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), desempeño emocional (DE) y salud mental

(SM). Su escala tiene un recorrido que va desde 0 a 50 (que se cataloga como el peor estado de salud en esa dimensión), y de 51 a 100 que se cataloga como el mejor estado de salud. Los resultados de cada una de las escalas se pueden clasificar en: Pobre de 0 puntos, razonable 25 puntos, buena 61 puntos, muy buena 84 puntos y excelente 100 puntos (Ware, John & Kosinski, M. & Gandek, B. 1993). Se determinó la confiabilidad interna para este instrumento mediante el α de Cronbach $\geq 0,7$ (Vilagut et al., 2005). Es una de las escalas más recomendadas para la evaluación de calidad de vida en pacientes con VIH por sus propiedades psicométricas y la carga para el paciente (Wen et al., 2022).

Tabla 4

Valores de puntuaciones SF-36

Dimensión	N.º de ítems	Peor puntuación (0)	Mejor Puntuación (100)
Función Física	10	Muy limitado para llevar a cabo las actividades físicas (bañarse, ducharse) debido a salud.	Lleva a cabo todas las actividades físicas, incluidas las más rigurosas sin ninguna limitación debido a su salud.
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física.
Dolor Corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.

Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función Social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud Mental	5	Sentimientos de angustia y depresión todo el tiempo.	Sentimientos de felicidad, calma y tranquilidad todo el tiempo.
Item de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año.	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace 1 año.

Fuente: Elaboración propia (2025)

3.2.5 Depresión

Patient Health Questionnaire version en Español (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)

Este es un instrumento que se usa para diagnosticar síntomas depresivos y el grado de severidad en general (Cheung, 2022). Puntúa cada uno de los 9 criterios del DSM-V para la depresión como “0” (ningún día) a “3” (casi todos los días), con un mínimo de 0 a un máximo de 27 puntos para la escala de la severidad. Es fácil de utilizar y de calificar, tiene utilidad diagnóstica y psicométrica y, puede ser administrado de diferentes formas: cara a cara, a través de teléfono o por aplicaciones de celular (Cheung, 2022). Para su elaboración, se administró a 6,000 pacientes en 8 clínicas de cuidado primario y 7 clínicas gineco-obstétricas. La validación de

constructos se evaluó utilizando 20-ítems de la Encuesta de Salud General (Short-Form General Health Survey), además de corroborar la información de días de ausencia laborales, visitas a clínicas primarias y dificultades relacionadas a síntomas depresivos. La validez de criterio se estimó al compararlas con 580 entrevistas independientes llevadas a cabo por profesionales de salud mental (Kroenke et al., 2001).

La severidad de los síntomas se puede interpretar de la siguiente manera (Kroenke et al., 2001).

1-4 Depresión Mínima: Sugiere que el encuestado podría no necesitar tratamiento para la depresión.

5-9 Depresión Leve: En respuesta a este resultado, los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico sobre el tratamiento basado en la duración y gravedad de los síntomas.

10-14 Depresión Moderada: Similar a la depresión leve. Los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico y conocimiento del paciente para determinar el curso del tratamiento.

15-19 Depresión moderadamente severa: Esto generalmente garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

20-27 Depresión Severa: Esto garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

Beard et al., (2016) concluyeron en su estudio que el PHQ-9 cuenta con una consistencia buena ($\alpha=.87$), además de buena sensibilidad (.83) y especificidad (.72)

en pacientes con trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y psicosis).

3.2.6 Ansiedad

Generalized Anxiety Disorder Questionnaire version en español (GAD-7)

Instrumento que parte como módulo del PHQ-9, consta de 7 ítems que se utilizan para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-V. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, y una puntuación ≥ 10 indica un trastorno de ansiedad generalizada. Debido a su rápida aplicación, alta fiabilidad diagnóstica con Alpha de Cronbach de 0.924, validez factorial, de constructo y de criterio el GAD-7, es una de las escalas más utilizadas a nivel clínico y en investigación (Dear et al., 2011).

La severidad de los síntomas de ansiedad se puede interpretar de la siguiente manera:

0-4: No se aprecia ansiedad.

5-9: Se aprecian síntomas de ansiedad leve.

10-14: Se aprecian síntomas de ansiedad moderada.

15-21: Se aprecian síntomas de ansiedad severas.

3.3 Procedimientos

Para la recolección de información inicialmente se revisaba la lista del día de pacientes con VIH que tenían cita de control con los infectólogos de la Clínica de

Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás y se invitaba a participar en el estudio a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Se comunicaba a los pacientes que necesitarían entre 45 minutos y 1 hora para completar la encuesta sociodemográfica y la batería de pruebas. Las mismas se realizaban en uno de los consultorios de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás, donde el investigador tenía consulta ese día.

El investigador inicialmente explicaba a los participantes el estudio a través del consentimiento informado. Una vez se aclaraban dudas y el participante firmaba, se aplicaba la entrevista sociodemográfica y las pruebas. Posteriormente el investigador se encargaba de revisar y calificar las pruebas para asegurarse de tener un solo tipo de estilo de corrección. Finalmente, los datos se incluían en una base de datos para su análisis posterior.

3.5 Consideraciones Éticas

Este anteproyecto se sometió a revisión del Comité de Bioética del Hospital Santo Tomás. El investigador realizó los cursos de Buenas Prácticas Clínicas. Se realizó el proyecto de acuerdo con los reglamentos internacionales sobre el uso ético de seres humanos en la investigación [Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964, 2013), Belmont Report (1979), Pautas éticas CIOMS (2016) y, la Guía Tripartita para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la ICH (1996), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005)]. Ante todo, se consideró el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad

social y personal. Las actividades estuvieron dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pudiera resultar en un perjuicio o daño. Los estándares establecidos sobre los cuales se fundamentó esta tesis aseguran que los investigadores fueron objetivos y honestos y no cometían prácticas como plagio y falsificación de datos. Se respetó la autonomía de los participantes para abandonar el proyecto cuando ellos estimaban que era conveniente. Se garantizó la confidencialidad de los participantes asignándoles un código a cada uno. No se divulgaron los datos personales de los participantes. El consentimiento informado se realizó para explicar detalladamente en qué consistía el proyecto y permitió que el participante autorice su participación en la investigación.

La documentación confidencial (formularios llenados por cada participante) se guardará bajo llave por un periodo de cinco (5) años, en los archiveros de la Sala de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás, de acuerdo con lo establecido por la ley panameña, para ser, posteriormente, descartados total y definitivamente.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis Estadísticos

Se empleó el programa estadístico SPSS versión 25.0 para realizar los análisis estadísticos. Las variables de edad, género, estado civil, distancia de la vivienda al hospital, tiempo con VIH, grado académico completo, ingreso mensual, orientación sexual y apoyo fueron sometidas a análisis descriptivos. Estos resultados se presentan en términos de frecuencias y porcentajes, medias y desviación estándar. La significancia estadística se estableció en $p < .05$. Para evaluar si los datos siguen una distribución normal, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS). Esta prueba no paramétrica compara la función de distribución empírica de la muestra con la función de distribución acumulativa de una distribución específica. Un valor p no significativo ($> 0,05$) indica que los datos de la muestra no difieren significativamente de la distribución normal. Además se calculó la asimetría y la curtosis para todas las variables psicológicas. Para la asimetría, los valores superiores a 1 o inferiores a -1 de son indicativos de que una variable no está distribuida normalmente. En cuanto a la curtosis, valores diferentes que cero indican que los datos no están distribuidos normalmente. Una curtosis positiva sugiere que los datos contienen más valores atípicos extremos en comparación con una distribución normal. Por el contrario, una curtosis negativa indica que los valores atípicos en los datos son menos extremos que los de una distribución normal.

La muestra fue dividida en dos grupos, cada uno conformado por 50 sujetos; pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento. Se calculó la media y la desviación estándar, además de haber utilizado pruebas t de muestras independientes para comparar los resultados de los dos grupos en función las variables de edad, distancia de vivienda a la clínica (km), tiempo con VIH, grado académico completo, ingreso mensual, estigmatización externa percibida y estigmatización interna. También se analizaron las escalas de calidad de vida de la prueba SF-36 (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental), así como la escala de depresión y la escala de ansiedad. Además, se utilizó la prueba de Chi-Cuadrada para comparar las variables sociodemográficas con la adherencia. Se realizó un análisis de correlación de orden cero para examinar las asociaciones entre el grupo de adherencia al tratamiento y todas las variables cuantitativas de interés. Y se realizaron una serie de modelos de regresión logística binaria para examinar los predictores de la adherencia al tratamiento mediante el cálculo de las razones de momios (OR).

4.2 Descripción de los Resultados

Características sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por 100 participantes, divididos en dos grupos: Adherentes (n=50) y no Adherentes al TAR (n=50). La muestra estuvo conformada por 67 hombres; de los cuales 36 pertenecieron al grupo de pacientes adherentes al

tratamiento y 31 al grupo de pacientes no adherentes. Las mujeres estuvieron representadas por 33 participantes, de las cuales 14 pertenecieron al grupo de pacientes adherentes y 19 al grupo de no adherentes. El promedio de edad de los participantes de la investigación fue de 36.91 años. La edad mínima fue de 19 años y la máxima de 61 años.

Como se puede observar en la Tabla 5, la mayoría de los participantes (n=65) se encontraban solteros. En lo relacionado a la variable de distancia hacia la clínica, se observa que sólo 1 participante vive a menos de 1km de distancia; la mayoría de los participantes (n=39) viven entre los 10 a 19km, seguido por 33 participantes que viven entre los 20 a 39km.

El grado académico más alto alcanzado por 44 sujetos fue el de educación media, seguido por 41 sujetos que culminaron su educación a nivel universitario. En cuanto a ingresos mensuales, 57 participantes reciben menos de 250 dólares por mes, siendo la mayor cantidad de participantes del estudio. En cuanto a la orientación sexual, 47 participantes contestaron ser heterosexuales, mientras 40 contestaron ser homosexuales. Como fuentes de apoyo social, 52 participantes explicaron que su red de apoyo principal es su familia.

Tabla 5

Características de los participantes

	Total	No Adherentes	Adherentes
	(n = 100)	(n = 50)	(n = 50)

	<i>n (%) / M (DE)</i>	<i>n (%) / M (DE)</i>	<i>n (%) / M (DE)</i>
Edad (años)	36.91 (10.68)	34.14 (9.48)	39.68 (11.17)
Género			
Femenina	33 (33 %)	19 (38 %)	14 (28 %)
Masculino	67 (67 %)	31 (62 %)	36 (72 %)
Estado civil			
Soltero/a	65 (65 %)	29 (58 %)	36 (72 %)
Casado/a	9 (9 %)	3 (6 %)	6 (12 %)
Divorciado/a	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (2 %)
Separado/a	6 (6 %)	5 (10 %)	1 (2 %)
Viudo/a	0 (0 %)	0 (%)	0 (0 %)
Unido/a	19 (19 %)	13 (26 %)	6 (12 %)
Distancia de vivienda a la clínica (km)	24.56 (31.30)	29.35 (41.99)	19.77 (13.01)
Tiempo con VIH (años)	4.67 (2.62)	5.1 (2.77)	4.24 (2.42)
Grado Académico Completo			
Educación básica	13 (13 %)	7 (14 %)	6 (12 %)
Educación media	44 (44 %)	25 (50 %)	19 (38 %)
Educación universitaria	41 (41 %)	16 (32 %)	25 (50 %)
Ingreso mensual (USD)			
<\$250	57 (57 %)	31 (62 %)	26 (52 %)
\$250-500	19 (19 %)	7 (14 %)	12 (24 %)

\$500-1000	18 (18 %)	8 (16 %)	10 (20 %)
\$1000-2000	5 (5 %)	4 (8 %)	1 (2 %)
>\$2000	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (2 %)
Orientación sexual			
Heterosexual	47 (47 %)	24 (48 %)	23 (46 %)
Homosexual	40 (40 %)	20 (40 %)	20 (40 %)
Bisexual	10 (10 %)	4 (8 %)	6 (12 %)
Asexual	3 (3 %)	2 (4 %)	1 (2 %)
Apoyo			
Familiares	52 (52 %)	24 (48 %)	28 (56 %)
Amigos	11 (11 %)	7 (14 %)	4 (8 %)
Parejo/a	14 (14 %)	10 (20 %)	4 (8 %)
Voluntarios	3 (3 %)	1 (2 %)	2 (4 %)
Otro	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (2 %)
Ninguno	19 (19 %)	8 (16 %)	11 (22 %)
Estigmatización externa percibida	30.08 (11.38)	31.90 (10.21)	28.26 (12.29)
Estigmatización interna	47.02 (11.47)	49.66 (10.99)	44.38 (11.44)
Función física	87.10 (21.10)	82.10 (25.48)	92.10 (14.11)
Rol físico	72.35 (38.90)	62.70 (43.25)	82.00 (31.56)
Dolor corporal	78.14 (25.79)	70.36 (28.97)	85.92 (19.53)
Salud general	72.94 (21.86)	63.80 (22.83)	82.08 (16.54)

Vitalidad	75.05 (24.06)	65.40 (26.91)	84.70 (15.99)
Función social	78.45 (26.98)	69.60 (30.65)	87.30 (19.29)
Rol emocional	66.31 (45.21)	51.04 (47.84)	81.58 (36.95)
Salud mental	77.56 (22.01)	71.52 (24.71)	83.60 (17.15)
Depresión	6.24 (7.2)	9.16 (8.46)	3.32 (3.98)
Ansiedad	5.70 (5.98)	7.50 (6.60)	3.90 (4.68)

**Nota: M = media; DE = desviación estándar; USD = dólares estadounidenses*

Fuente: Elaboración propia (2025)

Para evaluar si los datos siguen una distribución normal, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS). Los resultados de la prueba indicaron que solo la variable estigmatización externa percibida estaba distribuida normalmente.

Tabla 6

Resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variables	<i>Estadístico</i>	<i>Valor p</i>	<i>Supuesto de distribución</i>
1. Estigmatización Externa Percibida	.088	$p = .055$	Normal
2. Estigmatización Interna	.114	$p = .003$	No normal
3. Función Física	.270	$p = .000$	No normal
4. Rol Físico	.35	$p = .000$	No normal
5. Dolor Corporal	.23	$p = .000$	No normal
6. Salud General	.12	$p = .002$	No normal
7. Vitalidad	.15	$p = .000$	No normal
8. Función Social	.23	$p = .000$	No normal
9. Rol Emocional	.38	$p = .000$	No normal
10. Salud Mental	.15	$p = .000$	No normal
11. Depresión	.19	$p = .000$	No normal
12. Ansiedad	.17	$p = .000$	No normal

Fuente: Elaboración propia (2025)

Características psicológicas

Estigmatización externa percibida

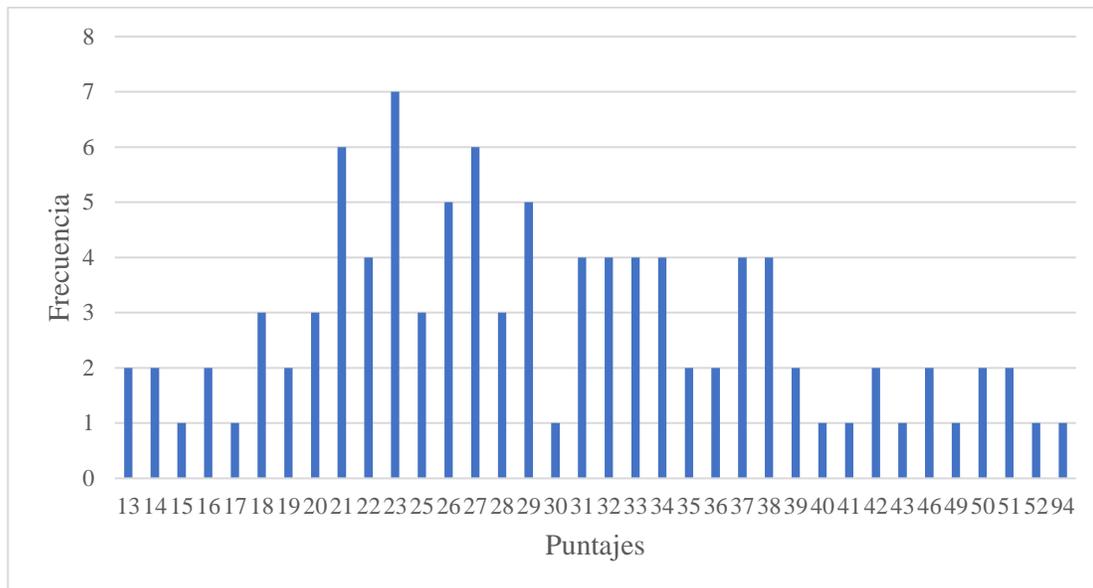
Los puntos de corte para los niveles de estigmatización externa percibida son: 13-26 puntos nivel leve de estigmatización externa, 27-40 nivel moderado y 41-52 nivel alto.

De acuerdo con los resultados obtenidos (Figura 1), se encontró que cerca del 41 % (41 pacientes) presentaron niveles leves de estigmatización en cuanto a la variable de Estigmatización externa percibida. El 46 % (46 pacientes) arrojaron resultados que indican estigmatización moderada, mientras que el 13 % (13 pacientes) presentó niveles altos de estigmatización.

Para examinar la distribución de los datos, se calcularon la asimetría y la curtosis de las variables. Se evidencia que los datos para todas las variables no siguen una distribución normal. Para la variable de estigmatización externa percibida se evidencia una asimetría positiva alta en los datos de 1.98 (DE=.24). En cuanto a la curtosis, el valor de 8.85 (DE=.48) sugiere una distribución no normal alta leptocúrtica que puede sugerir una mayor frecuencia de valores extremos.

Figura 1

Valores de Estigmatización externa percibida



Fuente: Elaboración propia (2025)

Estigmatización interna

Los puntos de corte para los niveles de estigmatización interna son: 17-34 puntos nivel leve de estigmatización interna, 35-51 moderado, 52-68 alto

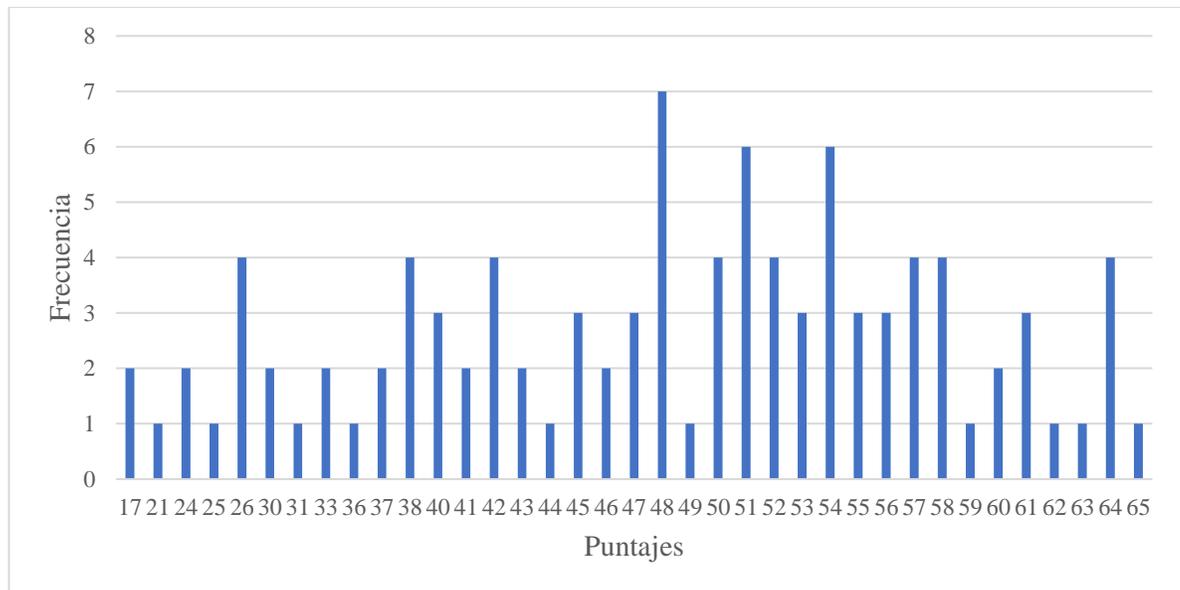
Como podemos ver en la Figura 2, alrededor de 15% de la muestra se encuentra en niveles leves de estigmatización interna; 45% de la muestra está localizada en niveles moderados de estigmatización interna y 40% de los participantes presentan valores de estigmatización interna alta.

Para esta variable tanto la asimetría como la curtosis son negativas. La asimetría con un valor de $-.74$ ($DE=.24$), está levemente sesgada hacia la izquierda, con valores extremos hacia el lado izquierdo. El valor de la curtosis de $-.027$ ($DE=.48$) indica que

la distribución es platicúrtica, muy leve, casi normal, con valores extremos menos frecuentes.

Figura 2

Valores de estigmatización interna

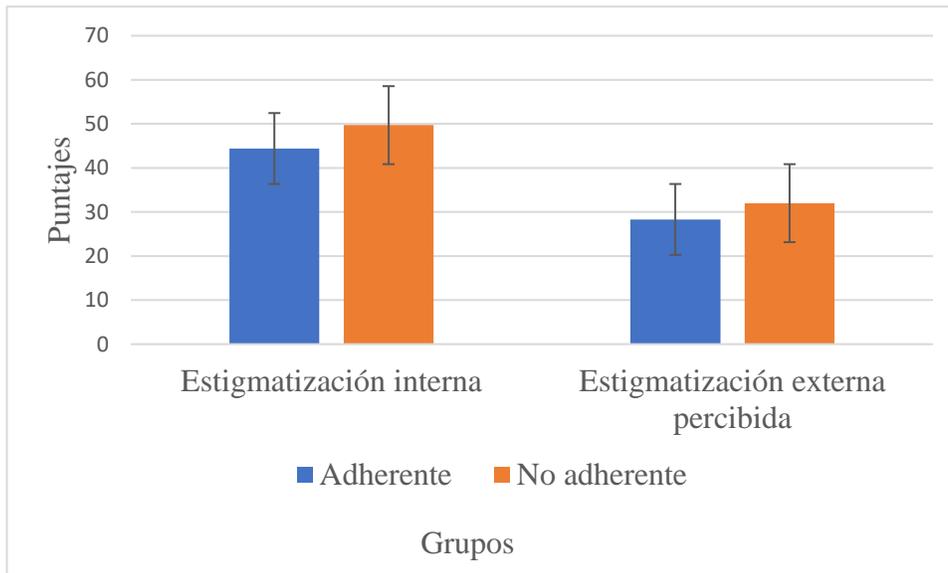


Fuente: Elaboración propia (2025)

Como se puede observar ver en la Figura 3, se comparan los dos grupos, los participantes no adherentes al tratamiento y el grupo adherente. Se observó que el grupo de participantes no adherentes obtuvo un promedio mayor ($M=49.7$, $DE=11$) en los ítems relacionados a estigmatización interna, que el grupo de adherente al tratamiento ($M=44.4$, $DE=11.4$). En cuanto a los valores de estigmatización externa percibida, el mayor puntaje fue obtenido por el grupo de sujetos no adherentes al tratamiento ($M=32.0$), en comparación con el grupo de sujetos adherentes al tratamiento ($M=28.3$).

Figura 3

Comparación de los promedios de estigmatización entre grupos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Calidad de Vida

Para las escalas de Calidad de Vida, los puntos de corte son los siguientes: Pobre de 0 puntos, razonable 25 puntos, buena 61 puntos, muy buena 84 puntos y excelente 100 puntos (Ware, John & Kosinski, M. & Gandek, B. 1993).

Función Física

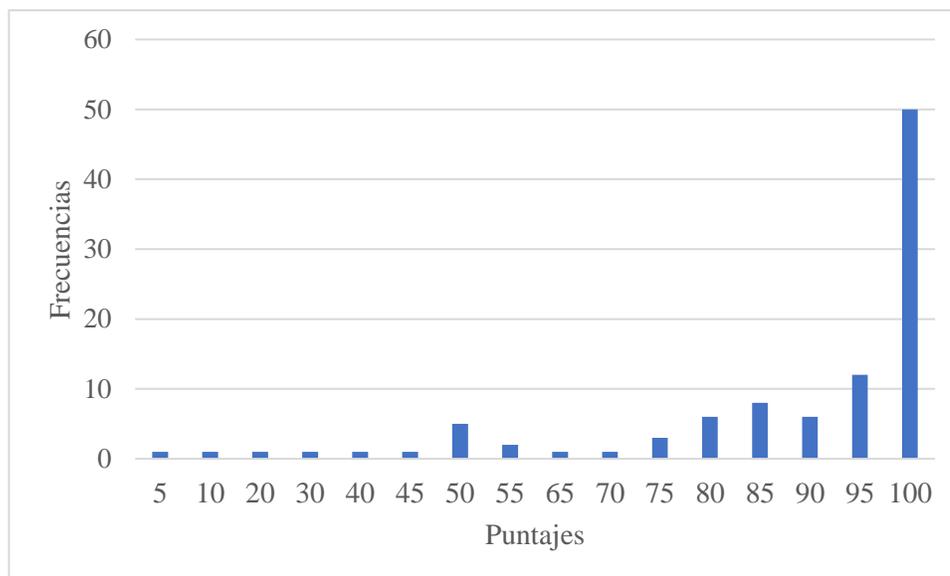
En lo relacionado a la función física, se puede observar (Figura 4), que 3% de los participantes tienen una función física clasificada como razonable; lo que quiere decir que están algo limitados en la mayoría de sus actividades físicas diarias, incluidas

bañarse y vestirse (Ware, John & Kosinski, M. & Gandek, B. 1993). El 10% de los participantes presentaron valores razonables, 11% presentaron valores buenos, el 26% presentaron valores muy buenos y el 50% presentaron valores excelentes, que se asocian con realizar todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más rigurosas sin limitaciones debido a la salud.

En cuanto a la distribución de los datos para esta variable se evidencia una asimetría negativa de -2.1 ($DE=.24$) sesgada hacia la derecha, con valores extremos hacia el lado izquierdo. La curtosis es de 4.12 ($DE=.48$), indicando valores altos y una distribución leptocúrtica, con un pico más alto y por ende mayor frecuencia de datos extremos en comparación con una distribución normal.

Figura 4

Puntajes de los participantes en la variable de función física



Fuente: Elaboración propia (2025)

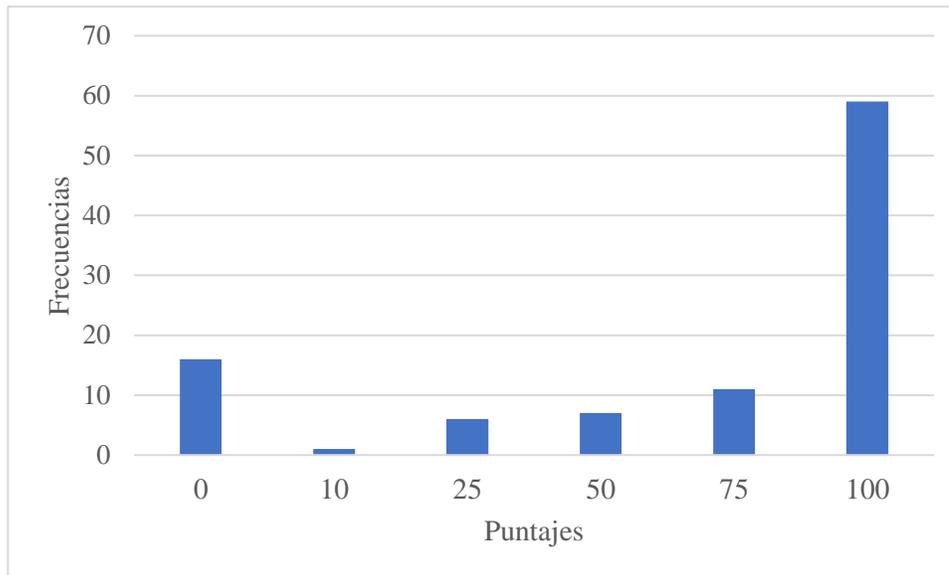
Rol Físico

El 17 % de los participantes presenta una pobre calidad en lo relacionado con su rol físico, lo que puede asociarse con problemas en su trabajo o actividades físicas debido a su salud. El 13 % de los participantes se describe como gozando de una calidad razonable en cuanto a su rol físico, el 11 % tienen una calidad buena y el 59 % presenta una calidad excelente, lo que se asocia con la ausencia de dificultades en la ejecución de sus actividades, como resultado de su salud física.

En cuanto a la variable de rol físico, una asimetría de -1.01 ($DE=.24$) muestra una distribución moderada a la izquierda, con una cola más larga a la izquierda debido a algunos valores bajos. La curtosis de $-.66$ ($DE=.48$), indica que hay una distribución platicúrtica, con un pico más bajo que en una distribución normal y por ende hay pocos valores extremos.

Figura 5

Puntajes de los participantes en la variable rol físico



Fuente: Elaboración propia (2025)

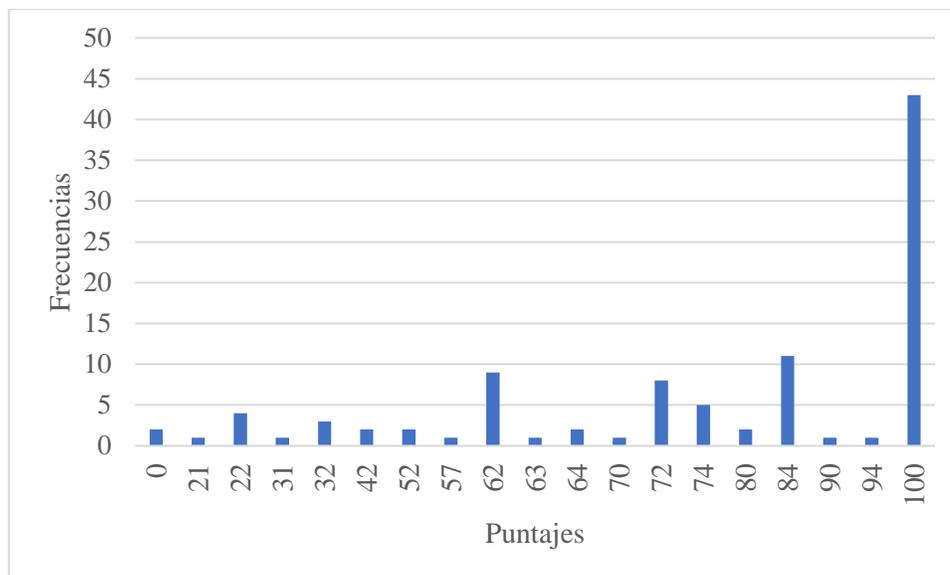
Dolor Corporal

El 2% de los participantes se encuentra con una pobre calidad en lo relacionado a la variable de dolor corporal, 5% de los participantes pueden describirse que gozan de una calidad razonable, 9% tienen una calidad buena, 39% presenta muy buena calidad y 43% una calidad excelente, que se asocia a no presentar limitaciones relacionadas al dolor (Figura 6). Para la variable de dolor corporal, el valor de asimetría de -1.19 ($DE=.24$) muestra un sesgo hacia la izquierda, con una cola más larga a la izquierda debido a algunos valores bajo. La curtosis con un valor de $.76$ ($DE=.48$) es positiva, mostrando una distribución moderada leptocúrtica con pico alto. Esto implica que los datos están más concentrados alrededor de la media, pero hay una mayor

probabilidad de observar valores extremos en comparación con una distribución normal pero no de manera tan pronunciada.

Figura 6

Puntajes de los participantes en la variable dolor corporal



Fuente: Elaboración propia (2025)

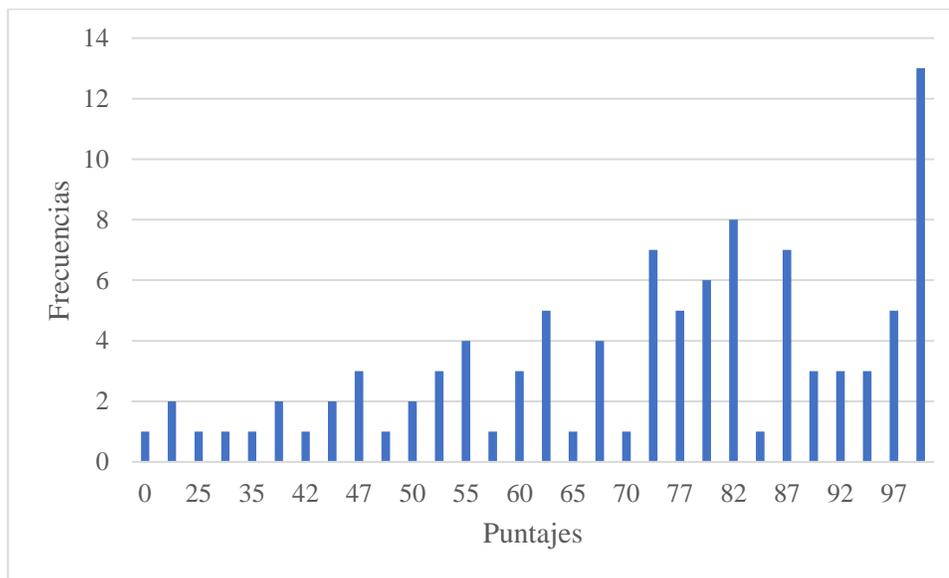
Salud General

El 4% de los participantes obtuvieron pobre calidad en la variable de salud general, mientras que el 24% obtuvieron calidad razonable; 37% calidad buena, 35% calidad muy buena y el 13% obtuvieron resultados excelentes (Figura 7). En cuanto a la variable de salud general, la asimetría con un valor de -0.79 ($DE=0.24$) es negativa, levemente sesgada hacia la izquierda, con valores extremos hacia el lado izquierdo. La curtosis por otro lado es positiva pero relativamente baja con un valor de 0.32 ($DE=0.48$). Se evidencia una curtosis ligeramente leptocúrtica. En esta distribución el

pico, y los valores extremos son un poco más comunes que en una distribución normal.

Figura 7

Puntajes de los participantes en la variable salud general



Fuente: Elaboración propia (2025)

Vitalidad

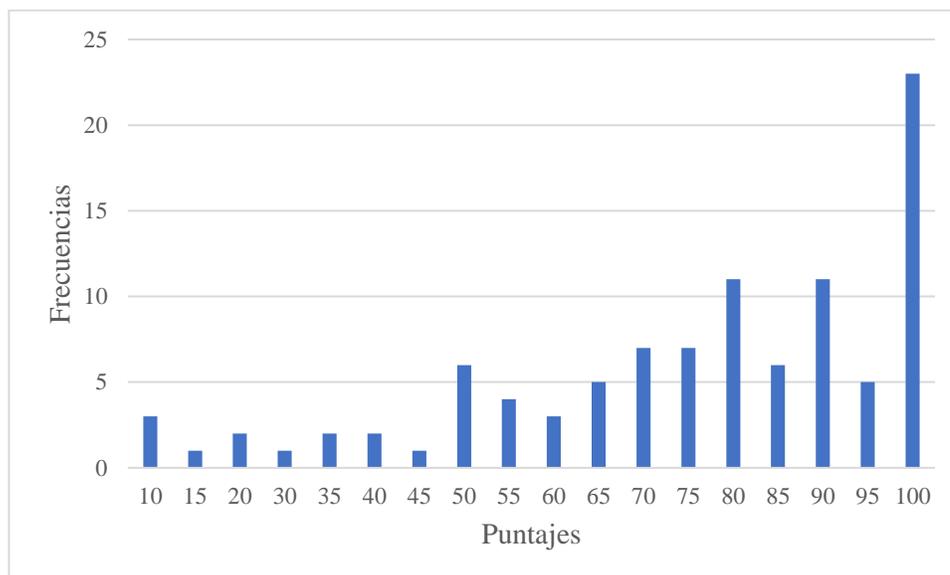
En lo referente a la variable de vitalidad, el 6 % de la muestra obtuvo resultados asociados con una calidad pobre en esta variable; el 19 % presentó calidad razonable, el 30 % calidad buena, el 22% calidad muy buena y el 23 % calidad excelente (Figura 8).

La asimetría de la variable de vitalidad fue de -1.04 ($DE=.24$) lo que sugiere una distribución asimétrica a la izquierda, indicando que la mayoría de los ingresos están concentrados en valores más altos, con una cola extendida hacia los valores más

bajos. Por otro lado, la curtosis fue de .48 ($DE=.48$). Esto indica una curtosis positiva, baja. La distribución de los datos es moderadamente leptocúrtica con un pico ligeramente más alto que una distribución normal. Esto implica que los datos están relativamente más concentrados alrededor de la media con una leve probabilidad de ver datos extremos.

Figura 8

Puntajes de los participantes en la variable vitalidad



Fuente: Elaboración propia (2025)

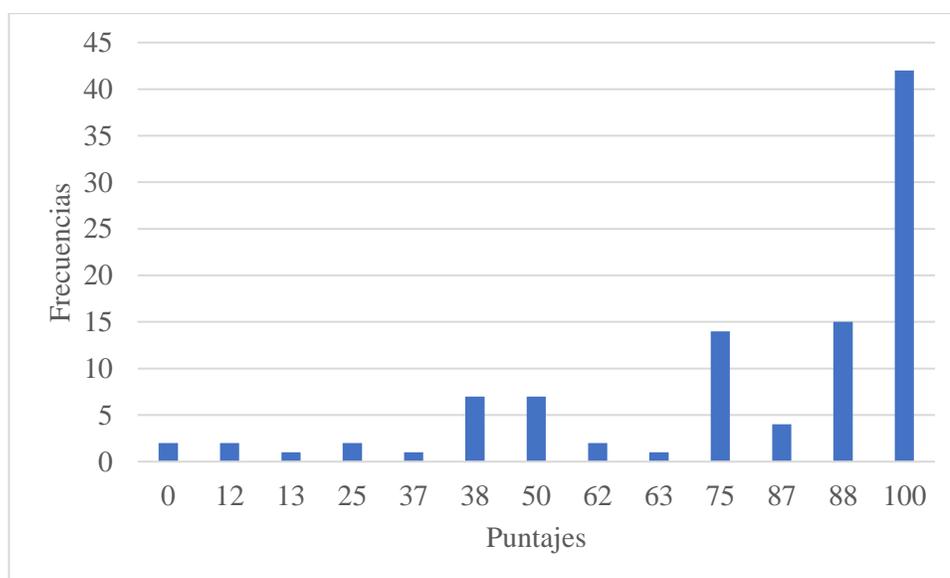
Función social

El 5% de la muestra obtuvo resultados pobres en lo relacionado a la variable de función social, 17% obtuvieron resultados razonables, 17% bueno, 19% muy bueno y 42% obtuvieron resultados excelentes en cuanto a la calidad de la variable de función social (Figura 9). Los datos de asimetría y curtosis para la variable de función social siguen un patrón similar, con una asimetría de -1.27 ($DE=.24$) lo que muestra un sesgo

negativo, con una distribución hacia la izquierda. En cuanto a la curtosis, se observa un valor de .65 ($DE=.48$) al igual que con la anterior variable, una distribución moderadamente leptocúrtica. Esto evidencia que los datos están más concentrados alrededor de la media con un pico levemente más alto que en una distribución normal.

Figura 9

Puntajes de los participantes en la variable función social



Fuente: Elaboración propia (2025)

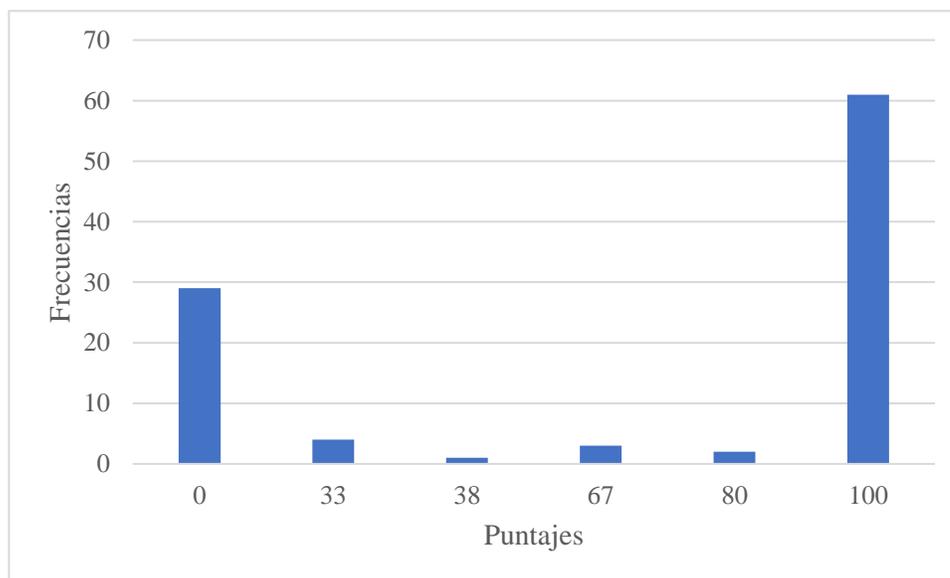
Rol emocional

Al observar los resultados de la Figura 10, se puede apreciar que 29% de los participantes obtuvieron resultados que indican una pobre calidad en lo relacionado a su rol emocional, 5% obtuvieron calidad razonable, 5% calidad buena y el resto (61%) obtuvo resultados de calidad excelente. Para la variable de rol emocional los datos arrojan una asimetría negativa de $-.70$ ($DE=.24$), lo que sugiere que la distribución está levemente sesgada hacia la izquierda, con valores extremos hacia el lado izquierdo. En

cuanto a la curtosis, se evidencia un valor de -1.44 ($DE=.48$), lo que implica una distribución de datos platicúrtica con una mayor dispersión alrededor de la media.

Figura 10

Puntajes de los participantes en la variable rol emocional



Fuente: Elaboración propia (2025)

Salud mental

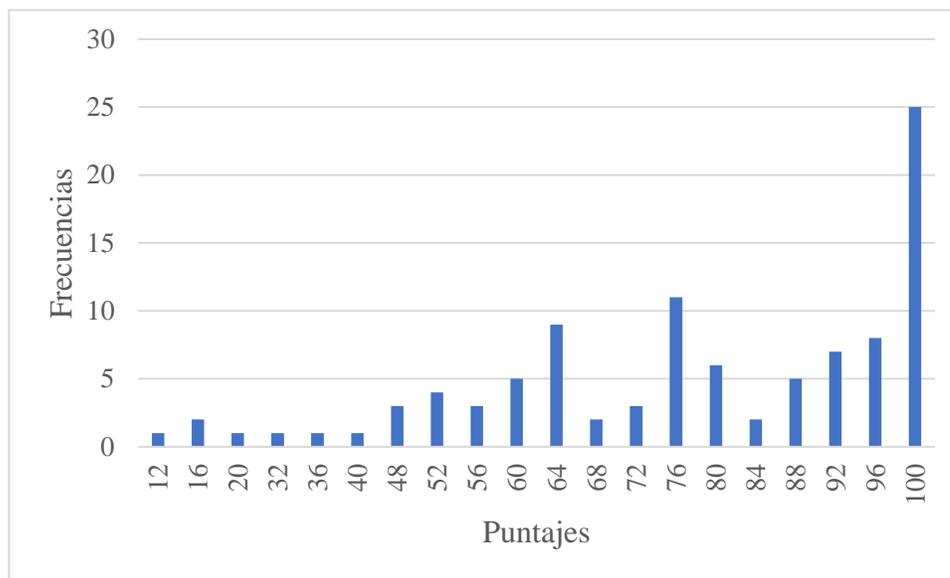
El 4% de los participantes obtuvieron pobre calidad en cuanto a su Salud Mental, el 18% obtuvieron calidad razonable; 33% calidad buena, 20% calidad muy buena y el 25% obtuvieron resultados excelentes (Figura 11).

La última variable de calidad de vida, salud mental muestra una asimetría de $-.99$ ($DE=.24$), mostrando un sesgo hacia la izquierda. Esto implica que la mayoría de los datos están por encima de la media. La curtosis se establece en $.59$ ($DE=.48$), lo

cual indica que hay una distribución moderadamente leptocúrtica, con un pico ligeramente más alto que en una distribución normal.

Figura 11

Puntajes de los participantes en la variable salud mental



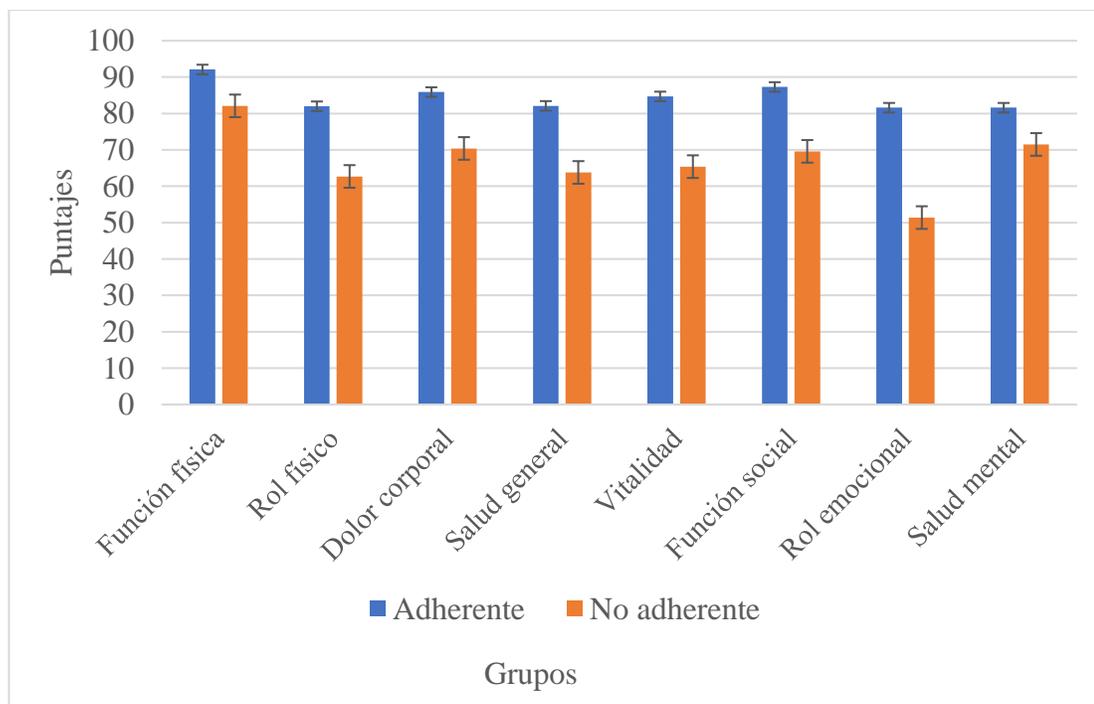
Fuente: Elaboración propia (2025)

En lo relacionado a las variables de calidad de vida; se puede apreciar en la Fig. 12, que el grupo de Adherentes obtuvo promedios mayores en cuanto a función física ($M=92.1$, $DE=14.0$), rol físico ($M=82.0$, $DE=31.7$), dolor corporal ($M=85.9$, $DE=19.5$), salud general ($M=82.1$, $DE=16.5$), vitalidad ($M=84.7$, $DE=16$), función social ($M=87.3$, $DE=19.3$), rol emocional ($M=81.6$, $DE=37$) y salud mental ($M=81.6$, $DE=17.15$) que su contraparte; quienes obtuvieron menores puntuaciones en función física ($M=82.1$, $DE=25.5$), rol físico ($M=62.7$, $DE=43.2$), dolor corporal ($M=70.4$,

$DE=29$), salud general ($M=63.8$, $DE=22.8$), vitalidad ($M=65.4$, $DE=26.9$), función social ($M=69.6$, $DE=30.65$), rol emocional ($M=51.4$, $DE=47.84$) y salud mental ($M=71.5$, $DE=24.71$).

Figura 12

Comparación de los promedios de calidad de vida entre grupos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Depresión

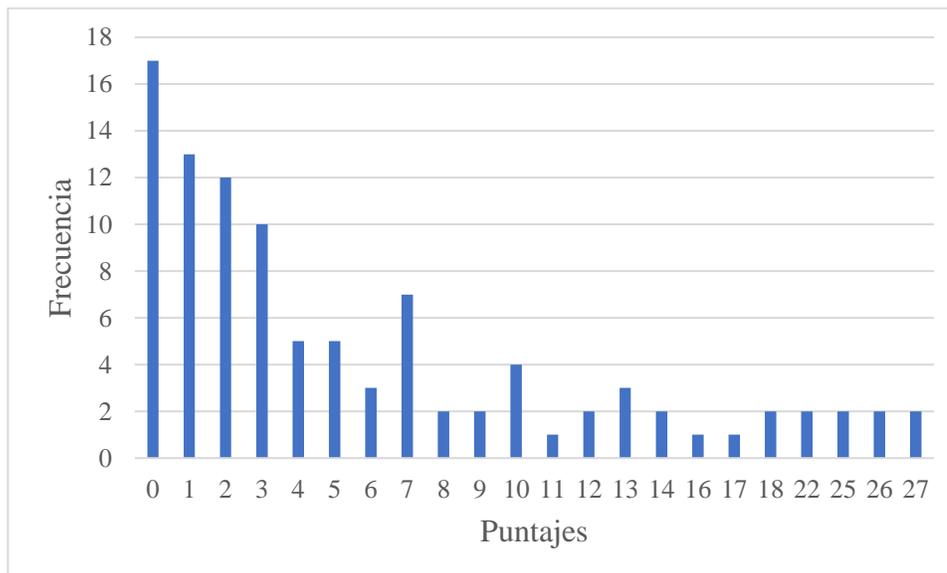
Los niveles del PHQ-9 están divididos de la siguiente forma: 1-4 puntos se considera depresión mínima o que no requiere atención, 5-9 puntos depresión leve, 10-14 puntos depresión moderada, 15-19 depresión moderadamente severa y 20-27 depresión severa.

En base a los diferentes niveles se evidencia que el 57% de los participantes obtuvieron resultados que indican depresión mínima, el 19% obtuvieron resultados de depresión leve, 12% de depresión moderada, 4% de depresión moderadamente severa y 8 % de depresión severa (Figura 13).

En cuanto a la asimetría, se observa un valor relativamente alto de 1.52 ($DE=.24$), lo cual indica una distribución con una asimetría hacia la derecha. Esto sugiere que hay valores altos en el conjunto de datos que están alejados de la media. En cuanto a la curtosis, se observa una distribución leptocúrtica de 1.56 ($DE=.48$). Esto implica que la distribución es relativamente alta y positiva, con más valores extremos en comparación con una distribución normal.

Figura 13

Puntajes de los participantes en la escala PHQ-9

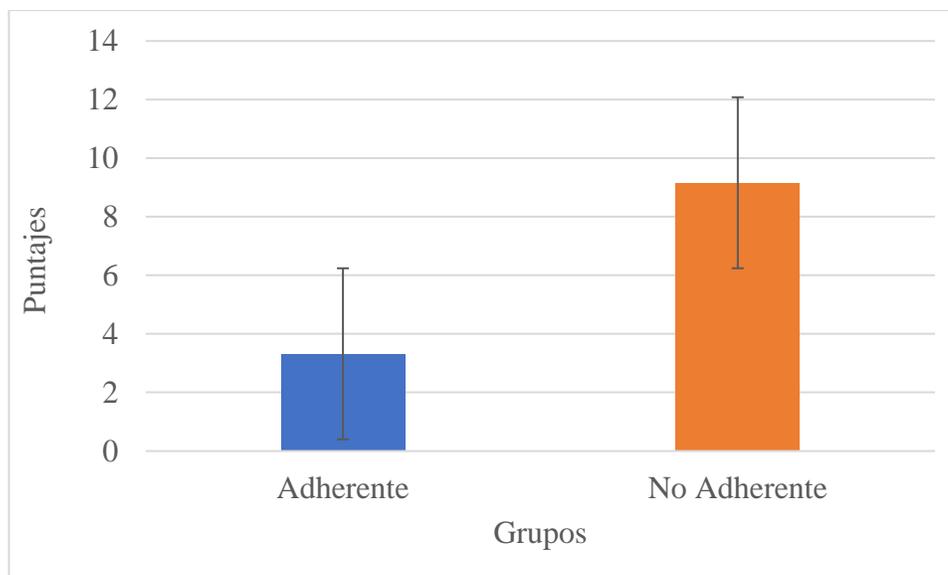


Fuente: Elaboración propia (2025)

Al comparar los resultados obtenidos por los dos grupos en la escala PHQ-9 (Figura 14), se puede determinar que el grupo de pacientes adherentes mostró menor promedio en síntomas depresivos ($M=3.3$, $DE=4$) en comparación a el grupo de pacientes no adherentes ($M=9.1$, $DE=8.5$)

Figura 14

Comparación de los promedios de depresión entre grupos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Ansiedad

Los puntos de corte en el GAD-7 son los siguientes: Puntaje de 0-4 ansiedad mínima o nula, 5-9 ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada y mayor de 15 puntos ansiedad severa.

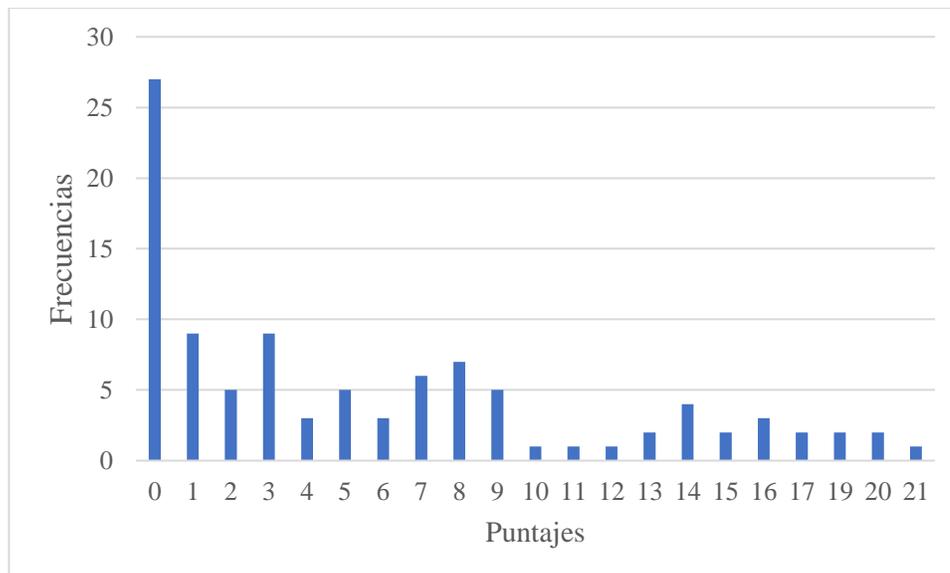
En base a los puntos de corte, se evidencia que el 53% de los pacientes obtuvieron niveles de ansiedad mínima, el 26% presentaron niveles de ansiedad leve,

mientras el 9% y el 12% presentaron niveles de ansiedad moderada y severa respectivamente (Figura 15).

En cuanto a la asimetría, se observa un valor de $.94$ ($DE=.24$), lo cual implica una distribución moderada a la derecha. La curtosis tiene un valor de $-.19$ ($DE=.48$) indicando que la distribución de los datos es platicúrtica, lo que significa que tiene un pico más bajo en comparación con una distribución normal. Se observan menos valores extremos.

Figura 15

Puntajes de los participantes en la escala GAD-7

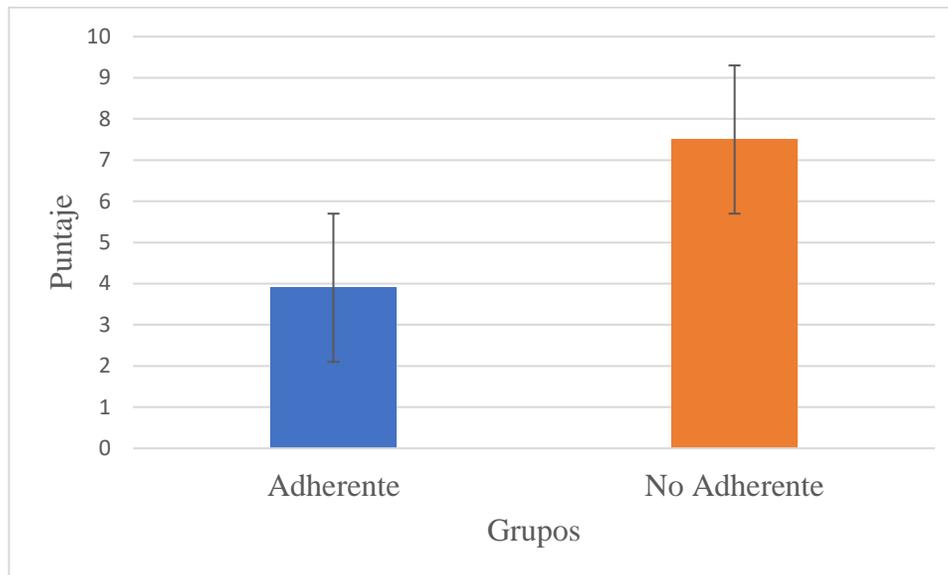


Fuente: Elaboración propia (2025)

Como se puede apreciar en la Figura 16, el grupo de pacientes adherentes mostró menor promedio en niveles de ansiedad ($M=3.9$, $DE=4.7$) en comparación a el grupo de pacientes no adherentes ($M=7.5$, $DE=6.6$).

Figura 16

Comparación de los promedios de ansiedad entre grupos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Pruebas de Independencia de Chi-Cuadrado.

Para investigar si la adherencia al tratamiento era independiente de las características demográficas, se realizaron una serie de Pruebas de Independencia de Chi-Cuadrado. Los resultados no mostraron asociaciones significativas entre el grupo de adherencia al tratamiento y género [$\chi^2(1) = .72, p = .395, V \text{ de Cramer} = .11$], estado civil [$\chi^2(1) = 7.99, p = .092, V \text{ de Cramer} = .28$], grado académico completo [$\chi^2(1) = 2.83, p = .243, V \text{ de Cramer} = .17$], orientación sexual [$\chi^2(1) = .76, p = .860, V \text{ de Cramer} = .09$], o apoyo [$\chi^2(1) = 5.50, p = .357, V \text{ de Cramer} = .24$], lo que sugiere que el grupo de adherencia al tratamiento fue independiente de las características demográficas de los participantes.

Pruebas t de Muestras Independientes

Se compararon los grupos adherentes y no adherentes al tratamiento en todas las variables cuantitativas de interés utilizando pruebas t de muestras independientes (Tabla 6). Los participantes que no se adherían al tratamiento eran significativamente más jóvenes y reportaron mayor estigmatización interna, así como más síntomas de depresión y ansiedad. Además, los participantes que no se adherían al tratamiento reportaron una función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental significativamente más bajos en comparación con los participantes que se adherían al tratamiento (todos los valores $p < .05$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al comparar adherentes y no adherentes en cuanto a la distancia de vivienda a la clínica, el tiempo con VIH, el grado académico completo, el ingreso mensual y la estigmatización externa percibida (todos los valores $p > .05$).

Tabla 7

Comparaciones entre Adherentes y No Adherentes

Variables de Pruebas t	No Adherentes	Adherentes	GL	Valor t	Valor p
	M (DE)	M (DE)			
1. Edad (años)	34.14 (9.48)	39.68 (11.17)	98	-2.67	$p = .009$
2. Distancia de Vivienda a la Clínica (km)	29.35 (41.99)	19.77 (13.01)	98	1.54	$p = .127$
3. Tiempo con VIH (años)	5.1 (2.77)	4.24 (2.42)	98	1.65	$p = .102$

4. Grado Académico Completo	1.19 (.67)	1.38 (.70)	96	-1.39	$p = .168$
5. Ingreso Mensual	.70 (1.02)	0.78 (.98)	98	-.40	$p = .689$
6. Estigmatización Externa Percibida	31.90 (10.21)	28.26 (12.29)	98	1.61	$p = .110$
7. Estigmatización Interna	49.66 (10.99)	44.38 (11.44)	98	2.35	$p = .021$
8. Función Física¹	82.10 (25.48)	92.10 (14.11)	76.47	-2.43	$p = .018$
9. Rol Físico¹	62.70 (43.25)	82.00 (31.56)	89.65	-2.55	$p = .013$
10. Dolor Corporal¹	70.36 (28.97)	85.92 (19.53)	85.91	-3.15	$p = .002$
11. Salud General¹	63.80 (22.83)	82.08 (16.54)	89.31	-4.59	$p < .001$
12. Vitalidad¹	65.40 (26.91)	84.70 (15.99)	79.75	-4.36	$p < .001$
13. Función Social¹	69.60 (30.65)	87.30 (19.29)	82.56	-3.46	$p < .001$
14. Rol Emocional¹	51.04 (47.84)	81.58 (36.95)	92.12	-3.57	$p < .001$
15. Salud Mental¹	71.52 (24.71)	83.60 (17.15)	87.32	-2.84	$p = .006$
16. Depresión¹	9.16 (8.46)	3.32 (3.98)	69.72	4.42	$p < .001$
17. Ansiedad¹	7.50 (6.60)	3.90 (4.68)	88.34	3.15	$p = .002$

Nota: M = media; DE = desviación estándar; GL = grados de libertad; ¹Prueba de Levene usado porque no se asumen varianzas iguales.

Fuente: *Elaboración propia (2025)*

Análisis de correlación

Se realizó un análisis de correlación para examinar las asociaciones entre el grupo de adherencia al tratamiento y todas las variables cuantitativas de interés. Los resultados indican varias correlaciones significativas con la adherencia al tratamiento. En cuanto a la adherencia se observó una relación positiva débil con la edad, lo que indica que, a

mayor edad, mayor adherencia al tratamiento. También se observó relaciones positivas débiles con la subescala de función física, moderadas con las subescalas de rol físico, dolor corporal y salud mental y fuertes con las subescalas de salud general, vitalidad, función social y rol emocional. Esto revela que al encontrarse con mayor adherencia también encontramos mejores niveles en las subescalas de calidad de vida. Se encontraron relaciones negativas moderadas al comparar la variable de adherencia al tratamiento con las dos variables de estigmatización, tanto interna como externa; lo que indica que, a mayor adherencia al tratamiento, menores niveles de estigmatización. También se observó relación negativa fuerte entre adherencia y depresión, indicando que, a mayor adherencia, pueden presentarse menos síntomas depresivos y viceversa. Al igual se encontró una relación negativa moderada con la variable de ansiedad, dando como observación que, a mayor adherencia, pueden presentarse menos síntomas ansiosos.

En lo relacionado a la edad, se encontró una relación negativa débil con la variable de estigmatización interna, lo que explica que, a menor edad, mayor nivel de estigmatización. También se encontraron relaciones negativas moderadas y débiles con las variables de depresión y ansiedad, respectivamente. Esto indica que, a menor edad, aumentan los síntomas tanto de depresión como de ansiedad. Se halló una relación de tipo positiva débil con la variable de Función Social.

En lo relacionado a la variable de estigmatización externa, encontramos relaciones positivas fuertes con las variables de estigmatización interna, depresión y ansiedad; lo que indica que estas variables aumentan a mayor presencia de estigmatización externa.

Se encontraron relaciones negativas fuertes con las variables de salud general. Esto muestra que, ante menor estigmatización externa, mayor valor en salud general. También encontramos otras relaciones negativas moderadas con las subescalas de dolor corporal, vitalidad, función social y relaciones negativas débiles con las escalas de rol físico y función física. Esto significa que, a mayor valor de estigmatización externa, menores son los valores de estas subescalas de calidad de vida.

Se encontraron relaciones positivas fuertes entre estigmatización interna y las variables de ansiedad y depresión indicando que, a mayor nivel de estigmatización interna, mayores niveles de síntomas depresivos y de ansiedad. Se hallaron relaciones negativas moderadas con subescalas de dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental y se encontró relación negativa débil con rol emocional; lo que nos indica que, a mayor nivel de estigmatización interna, menores niveles en estas subescalas de calidad de vida.

Tabla 8
Correlaciones

Spearman's rho	SMAQ_r																		
	Correlation Coefficient	1.000	.231*	-.171	-.195	-.324**	-.342**	.225*	.305**	.328**	.518**	.487**	.441**	.404**	.353**	-.501**	-.391**		
	Sig. (2-tailed)	.	.021	.090	.051	<.001	<.001	.024	.002	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Edad	Correlation Coefficient	.231*	1.000	-.024	-.121	-.096	-.204*	.007	.148	.050	.195	.168	.239*	.176	.160	-.301**	-.253*		
	Sig. (2-tailed)	.021	.	.812	.230	.340	.042	.946	.141	.620	.052	.094	.016	.080	.113	.002	.011		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Distancia_km	Correlation Coefficient	-.171	-.024	1.000	-.043	.183	.027	-.185	-.213*	-.143	-.089	-.119	-.037	-.145	-.037	.169	.054		
	Sig. (2-tailed)	.090	.812	.	.669	.068	.788	.066	.034	.155	.379	.237	.712	.151	.712	.094	.596		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
TiempoVIH_years	Correlation Coefficient	-.195	-.121	-.043	1.000	.135	.082	-.154	-.066	-.187	-.164	-.120	-.127	-.044	-.190	.153	.233*		
	Sig. (2-tailed)	.051	.230	.669	.	.180	.418	.126	.517	.062	.103	.236	.207	.665	.058	.129	.020		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Estigmatización Externa Percibida	Correlation Coefficient	-.324**	-.096	.183	.135	1.000	.678**	-.266**	-.280**	-.319**	-.514**	-.363**	-.390**	-.124	-.373**	.451**	.417**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.340	.068	.180	.	<.001	.007	.005	.001	<.001	<.001	<.001	.220	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Estigmatización Interna	Correlation Coefficient	-.342**	-.204*	.027	.082	.678**	1.000	-.122	-.177	-.340**	-.391**	-.302**	-.332**	-.222*	-.389**	.467**	.458**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.042	.788	.418	<.001	.	.226	.079	<.001	<.001	.002	<.001	.026	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Función Física	Correlation Coefficient	.225*	.007	-.185	-.154	-.266**	-.122	1.000	.509**	.347**	.325**	.390**	.369**	.296**	.296**	-.349**	-.386**		
	Sig. (2-tailed)	.024	.946	.066	.126	.007	.226	.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.003	.003	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rol Físico	Correlation Coefficient	.305**	.148	-.213*	-.066	-.280**	-.177	.509**	1.000	.408**	.322**	.405**	.459**	.469**	.335**	-.440**	-.354**		
	Sig. (2-tailed)	.002	.141	.034	.517	.005	.079	<.001	.	<.001	.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dolor Corporal	Correlation Coefficient	.328**	.050	-.143	-.187	-.319**	-.340**	.347**	.408**	1.000	.478**	.445**	.316**	.383**	.453**	-.511**	-.418**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.620	.155	.062	.001	<.001	<.001	<.001	.	<.001	<.001	.001	<.001	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Salud General	Correlation Coefficient	.518**	.195	-.089	-.164	-.514**	-.391**	.325**	.322**	.478**	1.000	.647**	.635**	.410**	.611**	-.643**	-.570**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.052	.379	.103	<.001	<.001	<.001	.001	<.001	.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Vitalidad	Correlation Coefficient	.487**	.168	-.119	-.120	-.363**	-.302**	.390**	.405**	.445**	.647**	1.000	.665**	.574**	.760**	-.671**	-.701**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.094	.237	.236	<.001	.002	<.001	<.001	<.001	<.001	.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Función Social	Correlation Coefficient	.441**	.239*	-.037	-.127	-.390**	-.332**	.369**	.459**	.316**	.635**	.665**	1.000	.615**	.678**	-.677**	-.738**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.016	.712	.207	<.001	<.001	<.001	<.001	.001	<.001	<.001	.	<.001	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rol Emocional	Correlation Coefficient	.404**	.176	-.145	-.044	-.124	-.222*	.296**	.469**	.383**	.410**	.574**	.615**	1.000	.527**	-.564**	-.536**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.080	.151	.665	.220	.026	.003	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.	<.001	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Salud Mental	Correlation Coefficient	.353**	.160	-.037	-.190	-.373**	-.389**	.296**	.335**	.453**	.611**	.760**	.678**	.527**	1.000	-.692**	-.773**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.113	.712	.058	<.001	<.001	.003	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.	<.001	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Depresión	Correlation Coefficient	-.501**	-.301**	.169	.153	.451**	.467**	-.349**	-.440**	-.511**	-.643**	-.671**	-.677**	-.564**	-.692**	1.000	.805**		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.002	.094	.129	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.	<.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ansiedad	Correlation Coefficient	-.391**	-.253*	.054	.233*	.417**	.458**	-.386**	-.354**	-.418**	-.570**	-.701**	-.738**	-.536**	-.773**	.805**	1.000		
	Sig. (2-tailed)	<.001	.011	.596	.020	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

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

Análisis de Regresión Logística Binaria

Se realizaron una serie de modelos de regresión logística binaria para examinar los predictores demográficos y psicosociales de la adherencia al tratamiento mediante el cálculo de odds ratio (OR) o las razones de momios (Tabla 7). Las pruebas ómnibus para edad ($\chi^2 = 7.00$, $p = .008$, 61% de exactitud), estigmatización interna ($\chi^2 = 5.50$, $p = .019$, 56% de exactitud), función física ($\chi^2 = 6.09$, $p = .014$, 60% de precisión), rol físico ($\chi^2 = 6.38$, $p = .012$, 60% de precisión), dolor corporal ($\chi^2 = 9.76$, $p = .002$, 62% de precisión), salud general ($\chi^2 = 19.54$, $p < .001$, 68% de precisión), vitalidad ($\chi^2 = 18.02$, $p < .001$, 60% de precisión), función social ($\chi^2 = 11.66$, $p < .001$, 63% de precisión), rol emocional ($\chi^2 = 11.90$, $p < .001$, 67% de precisión), salud mental ($\chi^2 = 7.97$, $p = .005$, 63% de precisión), depresión ($\chi^2 = 19.33$, $p < .001$, 66% de precisión) y ansiedad ($\chi^2 = 9.59$, $p = .002$, 64% de precisión) fueron significativos. Los resultados mostraron que, por cada unidad de aumento en edad, función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, era más probable que los participantes siguieran el tratamiento. Por el contrario, por cada unidad de aumento en estigmatización interna, depresión y ansiedad, aumentaban las probabilidades de no adherencia. Las pruebas ómnibus para distancia de vivienda a la clínica ($\chi^2 = 3.37$, $p = .066$, 61% de exactitud), tiempo con VIH ($\chi^2 = 2.75$, $p = .097$, 51% de exactitud), grado académico completo ($\chi^2 = 1.95$, $p = .163$, 58,2% de exactitud), ingreso mensual ($\chi^2 = .17$, $p = .685$, 55% de exactitud), y estigmatización externa percibida ($\chi^2 = 2.71$, $p = .010$, 61% de exactitud) no fueron

significativas, y ninguna de estas variables predijo significativamente la adherencia al tratamiento (todas las $ps > .05$).

Tabla 9

Regresiones logísticas binarias que predicen la adherencia al tratamiento.

Variables de Regresiones Logísticas	<i>b</i>	EE	<i>IP</i>	<i>IC</i>	<i>Valor p</i>
1. Edad (años)¹	.05	.02	1.05	1.01-1.10	$p = .011$
2. Distancia de Vivienda a la Clínica	-.02	.37	.98	.98-1.01	$p = .156$
3. Tiempo con VIH (años)	-.13	.42	.88	.75-1.03	$p = .105$
4. Grado Académico Completo	.42	.30	1.52	.84-2.73	$p = .167$
5. Ingreso Mensual	.08	.20	1.09	.73-1.62	$p = .685$
6. Estigmatización Externa Percibida	-.03	.02	.97	.93-1.01	$p = .120$
7. Estigmatización Interna²	.04	.02	1.04	1.01-1.08	$p = .024$
8. Función Física¹	.03	.01	1.03	1.00-1.05	$p = .026$
9. Rol Físico¹	.01	.01	1.01	1.00-1.03	$p = .015$
10. Dolor Corporal¹	.03	.01	1.03	1.01-1.05	$p = .004$
11. Salud General¹	.05	.01	1.05	1.02-1.07	$p < .001$
12. Vitalidad¹	.04	.01	1.04	1.02-1.07	$p < .001$
13. Función Social¹	.03	.01	1.03	1.01-1.05	$p = .002$
14. Rol Emocional¹	.02	.01	1.02	1.01-1.03	$p < .001$

15. Salud Mental¹	.03	.01	1.03	1.01-1.05	$p = .008$
16. Depresión²	.20	.05	1.17	1.07-1.28	$p < .001$
17. Ansiedad²	.11	.04	1.12	1.04-1.21	$p = .004$

Nota: *EE* = error estándar; *IP* = índice de probabilidad; *IC* = intervalo de confianza; Para facilitar la interpretación de los resultados, ¹la variable criterio se codificó 0 = No adherente, 1 = Adherente, y ²la variable criterio se codificó 1 = No adherente, 0 = Adherente.

Fuente: *Elaboración propia (2025)*

4.3 Análisis de los Resultados

La presente investigación tuvo como objetivo principal estudiar la relación entre variables sociodemográficas, psicosociales y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH. Se lograron describir las variables sociodemográficas de la muestra de pacientes, además de encontrar asociaciones entre las mismas y la adherencia al tratamiento. En primer lugar, se halló relación entre la edad y la adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos muestran que la adherencia al tratamiento aumenta con la edad; lo cual es consistente con datos obtenidos en una muestra de pacientes con VIH en cuatro ciudades de Colombia (Arrieta-Martínez et al., 2022). Los autores argumentan que el entorno poco estricto de los pacientes más jóvenes en cuanto a la toma de medicamentos puede impactar en la misma. En una revisión sistemática de adherencia al tratamiento en participantes mayores, se encontraron resultados similares (Ghidei et al., 2013) . Se encontró que, a mayor edad, el riesgo a ser no adherente disminuyó un 27%. De igual manera, otro estudio (Rigoberto et al., 2024) encontró que tener menos de 35 años es un factor relacionado a la falta de adherencia.

Se considera que los hallazgos relacionados a la edad pueden deberse a un mayor nivel de madurez y de responsabilidades (familia, trabajo, etc.) al avanzar en el rango de edad. Otra posible explicación, es que a mayor edad se puede tener más información sobre el VIH, mejor soporte social y estado socioeconómico (Dessie & Zewotir, 2024). Se puede también pensar que los pacientes con mayor edad tuvieron la experiencia de vivir durante los primeros contagios del VIH y pueden conocer la realidad de los resultados de no tomar el medicamento ya que en estos primeros años no se contaban con los mismos y los pacientes diagnosticados terminaban falleciendo. Por el contrario, se encontró un estudio que discrepa con estos resultados (Tegegne, 2021) mostrando que, a menor edad, mayor era la probabilidad de ser adherente al tratamiento; lo que no es consistente con los resultados del presente estudio. Se cree que las discrepancias encontradas pueden originarse por el tipo de población utilizada en estos trabajos, ya que la mayoría eran poblaciones africanas, además del tamaño de la muestra. Estas discrepancias sugieren que este apartado no ha sido explorado lo suficiente con poblaciones similares a las panameñas.

En segundo lugar, en lo relacionado a las variables sociodemográficas, no se encontró relación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento, lo cual es consistente con los resultados de otros estudios (Rigoberto et al., 2024; Urizar César et al., 2020). A diferencia, otro estudio (Gela et al., 2024) encontró que los pacientes divorciados tenían 55% menos de probabilidades de ser adherentes al tratamiento que los pacientes casados; resultados compartidos por otras investigaciones (Umeokonkwo et al., 2019 & Doyore & Moges, 2016). Es probable que se tenga que investigar más la

dinámica que existe entre estas variables y la cultura de las poblaciones investigadas para explicar las diferencias en estos resultados; ya que los estudios que muestran consistencia con el presente estudio también corresponden a poblaciones latinoamericanas.

En tercer lugar, no se encontró asociación entre la distancia de la vivienda del paciente a la clínica. Los estudios evaluados, muestran resultados que varían en relación con lo investigado. En un estudio realizado en Etiopía, no encontraron asociación entre la adherencia y el área de vivienda de los pacientes (rural o urbana) al inicio del tratamiento. Sin embargo, en la medida que iban aumentando las citas de control, observaron que era más difícil para los pacientes de áreas rurales asistir a las mismas (Tegegne, 2021). Debido al plan de atención en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, esta dificultad no se presenta, ya que las citas comienzan a disminuir una vez que el paciente ha alcanzado su carga viral indetectable. En un estudio cualitativo en el que se entrevistaron a 44 pacientes de la región del África Subsahariana de Malawi, se encontró que, a pesar de que la distancia podía ser un reto para asistir a sus citas, los pacientes trataban de contar con los preparativos necesarios para asistir a las mismas (Chamberlin et al., 2022). Otros estudios han encontrado resultados contradictorios con el presente trabajo. Se encontró en la India que 22% de 206 pacientes contestaron que la distancia de su vivienda a la clínica era motivo para no asistir a sus citas de control por infectología (Das et al., 2021). Otro estudio realizado en Pakistán con 25 pacientes obtuvo resultados en donde la distancia ejercía como obstáculo para asistir a buscar medicamento (Ahmed et al., 2022). Se considera que

estas discrepancias pueden surgir por la diferencia entre la obtención de datos entre los estudios que estamos evaluando; en el estudio que estamos discutiendo, se midió la distancia en kilómetros del hospital hasta el área de residencia del paciente para tener un dato numérico; mientras que, en los dos estudios encontrados para comparar, se le preguntó al paciente si sentía que la distancia era una causa de no retirar sus medicamentos.

Siguiendo con las variables sociodemográficas, en este estudio no se encontró asociación entre la adherencia y el grado académico alcanzado, a pesar de que en otros estudios estas variables se relacionaban. Diaz et al., (2024) en su análisis de 14 estudios encontró que pacientes con un bajo nivel académico, falta de motivación y consumo activo de drogas eran más propensas a no ser adherentes al tratamiento antirretroviral. Otro estudio encontró que, en 451 participantes con VIH de Camerún, aquellos que solo cursaron hasta primaria tenían 57% mayor probabilidad de ser no adherentes que su contraparte con un mayor grado académico (Buh et al., 2023). Se considera que esta variable debe estudiarse más con la población actual para explicar el porqué de las diferencias entre el actual estudio y lo que la literatura ha encontrado. Quizás la diferencia radica en el empeño de las ONG's en tratar de concientizar a los panameños de lo vital que es el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

A pesar de que se esperaba encontrar relación entre el ingreso económico y la adherencia al tratamiento, no se logró identificar una asociación en la presenta tesis. Esto difiere de otros estudios como el de Arrieta-Martínez et al., (2022), en donde se encontró que los pacientes que pertenecían al sistema subsidiado del Sistema General

de Seguridad Social en Salud de Colombia (quienes por lo general son personas desempleadas, que reciben cobertura por parte del Estado) tenían mayor tendencia a no ser adherentes al tratamiento antirretroviral. En este estudio se destaca que, al no tener trabajo formal y escasos recursos económicos, los pacientes tienen mayores dificultades para la recepción de medicamentos. Se puede argumentar que a pesar de que los participantes del presente estudio también puedan presentar situaciones económicas desfavorables (ya que los mismos no cuentan con un trabajo formal, ya que si lo hicieran pertenecerían al Seguro Social), Colombia no brinda TAR gratuita a sus pacientes, mientras que Panamá sí; lo que puede ser un factor protector que impide que la situación económica impacte en su adherencia, ya que se ha visto que el acceso gratuito a la TAR aumenta la adherencia al tratamiento de los pacientes (Hardon et al., 2006).

En cuanto a la estigmatización, se encontró que al aumentar el puntaje de estigmatización interna aumentaba la no adherencia al tratamiento, lo que es similar a los resultados obtenidos en otros trabajos. Se puede argumentar que el incremento en la estigmatización interna conlleva conductas que dificultan la búsqueda de atención. En una revisión sistemática que se realizó a un grupo de mujeres con VIH en Estados Unidos y Canadá también se encontró que el estigma internalizado constituía una barrera importante para mantener la adherencia al tratamiento (Nawfal et al., 2024). Datos obtenidos por Alckmin-Carvalho et al., (2024) corroboran los resultados del presente trabajo, al encontrar relación entre el estigma interno y la adherencia, sin encontrar relación estadísticamente significativa con el estigma externo.

Adicionalmente, en otra revisión sistemática, se encontró la misma relación entre estigma, concretamente el estigma internalizado, con la adherencia al tratamiento (Fragueiro, 2021b). Camacho et al., (2020) también hallaron relación entre el estigma y la preocupación por la toma de los medicamentos, notando que esta preocupación influye indirectamente en la adherencia al mismo. Se ha explicado que individuos con altos niveles de estigma tienden a preferir estrategias de afrontamiento evitativas, como rendirse prematuramente ante la solución de un problema en vez de formas directas de afrontación, en este caso, tomarse el medicamento (Ocisková et al., 2014)

A pesar de que se esperaba encontrar asociación entre estigma externa y la adherencia al tratamiento, los resultados arrojaron lo contrario. Muchos pacientes perciben el diagnóstico de VIH como una sentencia, un castigo divino por pecados cometidos (Ahmed et al., 2021). Esto puede ocasionar que no sean constantes con su atención médica y con la toma de los medicamentos. Llama la atención que en los estudios revisados y en el presente se encuentren los mismos hallazgos de relación significativa entre adherencia y estigmatización interna y la falta de relación significativa con la externa. Se pueden pensar en algunos elementos que pueden influir en este descubrimiento. La mayoría de los participantes en los estudios revisados formaban parte de clínicas de VIH, siendo atendidos por personal idóneo, capacitado para atender a los pacientes sin discriminación ni prejuicio, por lo que probablemente pueden entablar una buena relación con el personal clínico, lo que a su vez es un factor protector para no sentirse estigmatizado externamente (Offie et al., 2021). La estigmatización interna es aquella que el paciente tiene de sí mismo, por lo que

independientemente de si cambia o no de clínica o de comunidad a una más acogedora, si el paciente tiene una mala percepción de sí mismo, poca diferencia hará el ambiente que lo rodea. También se ha evaluado la relación entre estigma internalizado y Trastorno Depresivo Mayor y la asociación negativa que tiene este estigma y la adherencia a la medicación psiquiátrica; lo que puede convertirse en otro obstáculo para la adherencia al tratamiento antirretroviral, por la relación entre depresión y adherencia que a continuación se discutirá (Shi et al., 2024).

En cuanto a las variables de depresión y ansiedad se halló que el aumento en estos síntomas se asociaba con el aumento de la probabilidad de no ser adherentes al tratamiento. Estos resultados también mostraron consistencia con previas investigaciones. Un metaanálisis de 429 estudios que estudiaban no adherencia al tratamiento y sus predictores en poblaciones de Etiopía encontró que los pacientes con depresión que viven con VIH tienen dos veces más probabilidades de no ser adherentes al tratamiento que aquellos que no padecen de depresión (Aytenew et al., 2024). Hallazgos similares se encontraron en una muestra de 221 participantes en Londres, en donde el 31% de los pacientes marcó positivo para depresión utilizando la misma escala (PHQ-9), encontrando además que la pobre adherencia al tratamiento en estos pacientes fue de 72% mayor que aquellos que marcaron negativo para la misma (Paredes et al., 2024). Cabe destacar, que el porcentaje de los participantes con depresión es similar al del presente estudio con un 24% mostrando síntomas de depresión. Otro estudio realizado en la zona rural de Florida con una muestra de 187 participantes también encontró asociación significativa entre depresión y ansiedad no

tratada y pobre adherencia al tratamiento (Manavalan et al., 2024). Los investigadores encontraron que los obstáculos para la atención de salud mental impactaban significativamente el pronóstico de los pacientes con VIH. Boakye et al., (2024) encontraron que la prevalencia de ansiedad variaba de entre 28.9 a 61% en mujeres y adolescentes en África; notaron que las enfermedades mentales tienen un efecto perjudicial para la supresión viral, resultando en retrasos en el inicio de la TAR e incremento en la mortalidad.

Se puede atribuir la relación encontrada entre depresión, ansiedad y adherencia a diversos factores. Primero, los pacientes con síntomas depresivos y VIH pueden tener sentimientos de desesperanza, lo que puede llevarlos a no encontrarle sentido a la toma de medicamento. Estas negligencias en el autocuidado pueden enmarcarse como comportamientos suicidas (Carmona Parra et al., 2021). Esto puede asociarse con los altos índices de ideación suicida encontrados en pacientes con VIH (Yu et al., 2023). Segundo, los pacientes con síntomas depresivos pueden carecer de la energía y la motivación necesaria para tareas cotidianas. Si esto es así, realizarse los exámenes necesarios para sus citas de control, tomarse los medicamentos todos los días y buscarlos mensualmente son tareas que requieren que serán difíciles de llevar a cabo si se padece de depresión. Tercero, los estudios señalan que la depresión aumenta los estilos de afrontamiento evitativos, en donde se trata de reprimir las emociones tratando de distraerse con otras actividades; causando que el paciente descuide sus conductas de autocuidado, tanto en el manejo del VIH como de los padecimientos mentales (Jiménez Noriega, 2023)(Saharia & Ghosh, 2024).

No es de sorprender que los resultados encontrados en cuanto a las escalas de Calidad de Vida muestran que, a mayor puntaje en estas, mayor probabilidad de mantenerse adherente al tratamiento y, por el contrario, a menor puntaje disminuye la adherencia. Estos resultados son similares con investigaciones que sugieren la existencia de la relación entre ambas variables (Cunha et al., 2024). Al igual que en el presente estudio, Panayi et al., 2024, hallaron que el cumplimiento del tratamiento se asociaba con puntuaciones más altas en las subescalas de la prueba Quality of Life (QoL) HIV-BREF de salud física, salud psicológica, grado de autonomía (que está dentro del constructo de función física) y relaciones sociales. De igual manera, en otro estudio realizado con una muestra norteamericana, se encontraron puntuaciones altas en las subescalas del PozQoL en pacientes con buena adherencia al tratamiento, además de presencia de ansiedad y depresión en los casos de mala adherencia (Tadese et al., 2024). Se puede argumentar que la adherencia al tratamiento impacta positivamente la percepción de la calidad de vida debido a que estimula el manejo adecuado de la enfermedad a través de su tratamiento, contribuyendo al bienestar general del paciente, sopesando los beneficios y dificultades del régimen médico (Chaudhari et al., 2024). Se cree que estos resultados pueden estar estrechamente relacionados con la adherencia, ya que, al no ser adherente, esta puede impedirle valerse por sí mismo, interactuar con amistades, trabajar, entre otras; lo que, a su vez, impacta en su calidad de vida. Los pacientes que descuidan sus tratamientos tienden a descuidar otras áreas de su salud, como, por ejemplo, actividad física regular, buena alimentación, buenos hábitos de sueño y el contacto social (Onu, 2021). Es usual encontrar resultados que

indiquen asociaciones entre pobre calidad de vida y la presencia de condiciones que impactan la salud mental de los pacientes con VIH, ya que la calidad de vida es un constructo en el que se abarca la salud integral del paciente; por ende, se cree que funciona como un tamizaje general de la condición de este. Estudios indican que, además de las baterías de evaluación mental, es importante evaluar la percepción de la calidad de vida del paciente como forma de prevenir abandonos del tratamiento (Kall et al., 2021).

4.4 Limitaciones y Fortalezas

A pesar de que se considera que los objetivos de la investigación fueron alcanzados, es necesario mencionar algunas limitaciones que encontramos durante el estudio. En primer lugar, a nivel metodológico, se encontró muy poca información local sobre las variables y la población que se deseaba estudiar. La mayoría de los estudios utilizados fueron desarrollados en países africanos e indios. Pocos fueron los estudios que se encontraron de Latinoamérica. A pesar de esto, se considera que las poblaciones de los países en los que fueron desarrollados los estudios se comportan muy similares a la panameña, por lo que se cree que no impacta significativamente en la generalización de los datos para nuestra población. Es importante resaltar que el presente trabajo provee información valiosa para el abordaje con pacientes que viven con VIH. Hasta la fecha, no se ha encontrado otro trabajo realizado en Panamá que relacione variables sociodemográficas, psicosociales y la adherencia al tratamiento en estos pacientes como las que se han discutido en la presente investigación.

Adicionalmente, por temas de disponibilidad y confidencialidad de los pacientes, se optó por el muestreo por conveniencia. Al ser el diagnóstico confidencial, se eligió abordar a los pacientes en sus citas de control, por temor a contactarlos fuera del día de sus citas de control y que no asistieran a la aplicación de escalas. Además, al ser un tema muy sensible, se prefirió utilizar este método debido a que se consideró que los pacientes no iban a dar el primer paso en contactar al investigador y divulgar su diagnóstico, por lo que al tener de antemano la fecha y el nombre del paciente se facilitó conversarles del estudio. Se cree que esto no impactó en los resultados obtenidos, ya que la población de pacientes en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Santo Tomás es bastante homogénea. Cabe destacar que los resultados de las escalas de Depresión y Ansiedad aplicadas a los pacientes nos han permitido identificar pacientes que se han localizado para tratamiento psicológico y psiquiátrico. Especialmente, se considera que, al encontrar relación entre la adherencia y las variables de depresión, ansiedad y estigma interno, se puede crear conciencia de la importancia de crear medidas enfocadas a mejorar la salud mental del paciente como parte de los esfuerzos para erradicar el VIH a nivel nacional.

También se encontró que, a la hora de que los participantes llenaran el cuestionario de adherencia (SMAQ), algunos colocaban información que, al corroborar con el expediente médico, no era totalmente verdadera. A nivel del proceso de investigación, se presentaron dificultades en el reclutamiento. A muchos de los participantes les preocupaba que su información personal, especialmente su diagnóstico, fuera de conocimiento público. Se les explicó que la información sería de

uso confidencial. A pesar de esto, 15 participantes optaron por no participar en el estudio luego de haber leído el consentimiento informado. Esto ocasionó que se extendiera más el período de colocación del instrumento y, por ende, la investigación. Se cree que la extensión del trabajo permitió poder realizar una mayor revisión bibliográfica y realizar cálculos estadísticos que brindan mayor profundidad al estudio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En cuanto al primer objetivo, los participantes no adherentes al tratamiento eran significativamente más jóvenes, además de reportar mayor estigmatización interna y síntomas de depresión y ansiedad.
- En cuanto al segundo objetivo, los pacientes adherentes y no adherentes no mostraron diferencias significativas en cuanto a distancia de vivienda a la clínica, tiempo con VIH, grado académico completo, ingreso mensual, género, estado civil, grado académico completo y apoyo.
- En cuanto al tercer objetivo, la adherencia al tratamiento tiende a disminuir a medida que aumenta la estigmatización interna. Por cada aumento en una unidad de estigmatización interna, las probabilidades de no adherirse aumentan. No se encontró asociación entre estigma externo percibido y adherencia al tratamiento.
- En lo relacionado al cuarto objetivo, los participantes no adherentes al tratamiento marcaron significativamente más bajo que aquellos que eran adherentes en las variables de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, marcaron mayor puntaje en depresión y ansiedad que aquellos que eran adherentes.
- Se evidencia que la adherencia al tratamiento tiende a aumentar junto con la edad, puntajes en función física, rol físico, dolor corporal, salud general,

vitalidad, función social, rol emocional, salud mental; y disminuye a medida que aumenta la estigmatización interna, depresión y ansiedad.

Recomendaciones y direcciones futuras

Para futuros estudios, se recomienda aumentar el tamaño de la muestra, ya que esto permitirá encontrar hallazgos más robustos. Se podrían integrar más clínicas que atiendan a pacientes con VIH, para así tener una variedad demográfica más amplia. También, se pueden realizar estudios enfocados a ejecutar intervenciones que disminuyan la estigmatización de los pacientes y comprobar su efectividad.

Se considera que el impacto de este estudio está en sentar una base para entender las variables asociadas a la adherencia y así poder iniciar a nivel nacional estudios que busquen mejorar la adherencia en los pacientes con VIH en Panamá. Hasta el momento de la realización de esta investigación, no se conoce otro estudio a nivel nacional, por lo que se cree que puede impulsar investigaciones no solo de personal médico sino de personal de otras especialidades de la salud. Los descubrimientos de este estudio permiten en primer lugar implementar evaluaciones más amplias por parte del personal de Salud Mental en donde se incorporen en la evaluación de los pacientes nuevas pruebas como la Escala de Estigma, el PHQ-9 y el GAD-7 como predictores de mala adherencia al tratamiento. De esta manera, se puede brindar mayor seguimiento a los pacientes que marquen con niveles altos en dichas escalas y mejorar sus probabilidades de toma adecuada del medicamento.

Como se mencionó anteriormente, se desea trabajar en la creación de intervenciones que permitan mejorar los niveles de estigma, depresión y ansiedad en

pacientes; con la intención de ponerlas en ejecución y poder comprobar su efectividad. Se ha comprobado que el trabajar en los pensamientos, emociones y las creencias a través de técnicas con enfoques cognitivo-conductuales, basadas en la indagación y en mindfulness ha resultado efectivo, especialmente si se acompañan de tareas y de sesiones orientadas a objetivos (Ferris France et al., 2025).

Se recomienda que para fortalecer la relación médico-paciente se evalúe la posibilidad que los pacientes no adherentes sean vistos por un mismo doctor en sus citas de control, ya que se ha comprobado que la continuidad de la asistencia por el mismo médico fortalece la percepción del paciente sobre el conocimiento que tiene el doctor sobre su condición, lo que incrementa su sensación de seguridad y entendimiento (Kearley et al., 2001).

Se tiene como sugerencia trabajar en sesiones grupales con pacientes en donde se puedan abordar sus pensamientos, sentimientos y creencias a través de la escucha activa, role-playing y cambio de roles, brindarles literatura de historias de personas sanas que viven con VIH, fomentar el intercambio de vivencias y del sentido de pertenencia al grupo y permitirles comprenderse libres de culpa.

- Ahmed, A., Dujaili, J. A., Jabeen, M., Umair, M. M., Chuah, L. H., Hashmi, F. K., Awaisu, A., & Chaiyakunapruk, N. (2022). Barriers and Enablers for Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living With HIV/AIDS in the Era of COVID-19: A Qualitative Study From Pakistan. *Frontiers in Pharmacology*, *12*.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2021.807446>
- Ahmed, A., Saqlain, M., Umair, M. M., Hashmi, F. K., Saeed, H., Amer, M., Blebil, A. Q., & Dujaili, J. A. (2021). Stigma, Social Support, Illicit Drug Use, and Other Predictors of Anxiety and Depression Among HIV/AIDS Patients in Pakistan: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, *9*.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.745545>
- Ahmedani, B. K., Peterson, E. L., Hu, Y., Rossom, R. C., Lynch, F., Lu, C. Y., Waitzfelder, B. E., Owen-Smith, A. A., Hubley, S., Prabhakar, D., Williams, L. K., Zeld, N., Mutter, E., Beck, A., Tolsma, D., & Simon, G. E. (2017). Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(3), 308–315.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.001>
- Airriel, T. (2021). *Exploring the Bug Chaser's Motivation: The Maintenance of Bug Chasing and Changing Sex Practices in Light of HIV Treatmentsout*.
<https://www.proquest.com/openview/f4a315c153a0c62125540a46b4d4ab05/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Alckmin-Carvalho, F., Pereira, H., Oliveira, A., & Nichiata, L. (2024). Associations between Stigma, Depression, and Adherence to Antiretroviral Therapy in Brazilian Men Who Have Sex with Men Living with HIV. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *14*(6), 1489–1500.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe14060098>
- Alibe Natanai Peña-Valenzuela, Ana Isabel Chávez-Aguilasocho, Casandra Barrios-Olán, & Wilyaham Ruiz-Cervantes. (2023). *Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial*. <http://revistamedica.imss.gob.mx/>
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). [Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36]. *Medicina clinica*, *111*(11), 410–416. <http://europepmc.org/abstract/MED/9834913>
- Alvarado, L. (2016). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Revista Medica de Chile*, *144*(2), 269–270. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000200019>

- Alzueta Ayerra, I. (2023). *Uso de la Farmacogenética para la personalización del tratamiento con antidepresivos para el adulto*.
- Andini, S., Yona, S., & Waluyo, A. (2019). Self-efficacy, depression, and adherence to antiretroviral therapy (ART) among Indonesian women with HIV. *Enfermería Clínica*, 29, 687–690.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.105>
- Angelo, A. T., & Alemayehu, D. S. (2021). Adherence and its associated factors among adult hiv-infected patients on antiretroviral therapy in South Western Ethiopia, 2020. *Patient Preference and Adherence*, 15, 299–308. <https://doi.org/10.2147/PPA.S298594>
- Araya, A. X., Norr, K. F., Pérez, C. M., Levy, J. A., Park, C. G., & Kim, M. J. (2013). HIV-related symptoms and patient clusters among Chileans living with HIV. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(4), 488–495.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2012.714457>
- Arístegui, I., Dorigo, A., Bofill, L., Bordatto, A., Lucas, M., Cabanillas, G. F., Sued, O., Cahn, P., Cassetti, I., Weiss, S., & Jones, D. (2014). [Barriers to adherence and retention in public and private healthcare according to patients and health workers]. *Actualizaciones En SIDA e Infectología*, 22(86), 71–80.
<http://europepmc.org/articles/PMC4751985/?report=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26878024%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4751985>
- Arrieta-Martínez, J. A., Estrada-Acevedo, J. I., Gómez, C. A., Madrigal-Cadavid, J., Serna, J. A., Giraldo, P. A., & Quirós-Gómez, Ó. (2022a). Related factors to non-adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients. *Farmacia Hospitalaria*, 46(6), 319–326.
<https://doi.org/10.7399/fh.11793>
- Arrieta-Martínez, J. A., Estrada-Acevedo, J. I., Gómez, C. A., Madrigal-Cadavid, J., Serna, J. A., Giraldo, P. A., & Quirós-Gómez, Ó. (2022b). Related factors to non-adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients. *Farmacia Hospitalaria*, 46(6), 319–326.
<https://doi.org/10.7399/fh.11793>
- Asch, S. M., Kilbourne, A. M., Gifford, A. L., Burnam, M. A., Turner, B., Shapiro, M. F., & Bozzette, S. A. (2004). Underdiagnosis of depression in HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 450–460.
- Asensi, V. (2002). *Los antirretrovirales Àxel Oliveres*.
- Asociación de Psiquiatría Americana. (2014). *DSM-V*. www.appi.org
- Awadalla, F. C., Yentzer, B., Balkrishnan, R., & Feldman, S. R. (2007). A role for denial in poor adherence to psoriasis treatment. *Journal of Dermatological Treatment*, 18(6), 324–325.
<https://doi.org/10.1080/09546630701731131>

- Aytenew, T. M., Demis, S., Birhane, B. M., Asferie, W. N., Simegn, A., Nibret, G., Kassaw, A., Asnakew, S., Tesfahun, Y., Andualem, H., Bantie, B., Kassaw, G., Kefale, D., & Zeleke, S. (2024). Non-Adherence to Anti-Retroviral Therapy Among Adult People Living with HIV in Ethiopia: Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS and Behavior*, *28*(2), 609–624. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04252-4>
- Baños-Chaparro, J. (2023). Explorando los factores de riesgo de la depresión: un análisis de red. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.01.005>
- Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björgvinsson, T. (2016). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, *193*, 267–273. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
- Been, S. K., Schadé, A., Bassant, N., Kastelijns, M., Pogány, K., & Verbon, A. (2019). Anxiety, depression and treatment adherence among HIV-infected migrants. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, *31*(8), 979–987. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1601676>
- Bermeo, G., Cajas, S., Carrillo, H., Gabriela Bermeo Vallejo, L., Stephanie Karla Cajas Bajaña, P., & Steven Carrillo Plaza, H. (2023). ANALYSIS OF THE LEVEL OF ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN PATIENTS AGED 20 TO 25 YEARS WITH HIV AT THE IEISS HOSPITAL “TEODORO MALDONADO CARBO.”
- Berzow, D., Descamps, D., Obermeier, M., Charpentier, C., Kaiser, R., Guertler, L., Eberle, J., Wensing, A., Sierra, S., Ruelle, J., Gomes, P., Mansinho, K., Taylor, N., Jensen, B., Döring, M., Stürmer, M., Rockstroh, J., & Camacho, R. (2021). Human Immunodeficiency Virus-2 (HIV-2): A Summary of the Present Standard of Care and Treatment Options for Individuals Living with HIV-2 in Western Europe. In *Clinical Infectious Diseases* (Vol. 72, Issue 3, pp. 503–509). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa275>
- Bhaskaran, K., Hamouda, O., Sannes, M., Faroudy Boufassa, M., Johnson, A. M., Lambert, P. C., & Porter, K. (n.d.). *Changes in the Risk of Death After HIV Seroconversion Compared With Mortality in the General Population*. <http://jama.jamanetwork.com/>
- Boakye, D. S., Setordzi, M., Dzansi, G., & Adjorlolo, S. (2024). Mental health burden among females living with HIV and AIDS in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, *4*(2 February). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002767>
- Buh, A., Deonandan, R., Gomes, J., Krentel, A., Oladimeji, O., & Yaya, S. (2023). Prevalence and factors associated with HIV treatment non-adherence among people living with HIV in three regions of

- Cameroon: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 18(4), e0283991-
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283991>
- Caja de Seguro Social de Panamá. (2021). *Hombres, población con mayor porcentaje de casos positivos en Panamá*.
<http://prensa.css.gob.pa/2021/06/27/hombres-poblacion-con-mayor-porcentaje-de-casos-positivos-por-vih-en-panama/#:~:text=El Programa de VIH del,de 26 000 personas contagiadas>.
- Camacho, G., Kalichman, S., & Katner, H. (2020). Anticipated HIV-Related Stigma and HIV Treatment Adherence: The Indirect Effect of Medication Concerns. *AIDS and Behavior*, 24(1), 185–191.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02644-z>
- Carmona Parra, J. A., Cañón Buitrago, S. C., & Pineda, J. (2021). Intento de suicidio, comportamientos temerarios y negligencias en el autocuidado en estudiantes universitarios. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 22(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.4141.2022>
- Castillo, S. C., & Valencia, U. De. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 7(7), 15–23.
- Chamberlin, S., Mphande, M., Phiri, K., Kalande, P., & Dovel, K. (2022). How HIV Clients Find Their Way Back to the ART Clinic: A Qualitative Study of Disengagement and Re-engagement with HIV Care in Malawi. *AIDS and Behavior*, 26(3), 674–685.
<https://doi.org/10.1007/s10461-021-03427-1>
- Chamorro, R., Jiménez, G., Pérez, R., Hernán, B., Merino, P., & Revisión, E. ❖. (n.d.). *Pharm Care Esp. 2020; 22(3): 148-172*.
- Chaudhari, H., Ganguly, B., & Mirza, N. (2024). Association Between Quality of Life and Drug Adherence Among Patients With Diabetes in India. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.71300>
- Cheung, R. Y. M. (2022). Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). In O. N. Medvedev, C. U. Krägeloh, R. J. Siegert, & N. N. Singh (Eds.), *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 1–12). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77644-2_63-2
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725–730.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.725>
- Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu, L., Catalan, J., & Sherr, L. (2011). A systematic review of Interventions for anxiety in people with HIV. In *Psychology, Health and Medicine* (Vol. 16, Issue 5, pp. 528–547). <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579989>

- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What Is an Anxiety Disorder? *Focus*, *9*(3), 369–388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Cunha, G. H. da, Ramalho, A. K. L., Fontenele, M. S. M., Dantas, M. B., Fechine, F. V., & Abreu, W. C. de. (2024). Quality of life and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV in the Ceará, Brazil. *AIDS Care*, *36*(3), 400–413. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2275035>
- Das, B., Neupane, D., Singh Gill, S., & Bir Singh, G. (2021). Factors affecting non-adherence to medical appointments among patients with hypertension at public health facilities in Punjab, India. *Journal of Clinical Hypertension*, *23*(4), 713–719. <https://doi.org/10.1111/jch.14142>
- Dessie, Z. G., & Zewotir, T. (2024). HIV-related stigma and associated factors: a systematic review and meta-analysis. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 12). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1356430>
- Di Giuseppe, M., & Perry, J. C. (2021). The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing Defensive Functioning With the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.718440>
- Diaz, K., Trejo Luna, M., Vuele Duma, D., & Ayora Apolo, D. (2024). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH-SIDA: un artículo de revisión. *NURE Investigación*. <https://doi.org/10.58722/nure.v21i128.2443>
- DiIorio, C., McCarty, F., DePadilla, L., Resnicow, K., Holstad, M. M. D., Yeager, K., Sharma, S. M., Morisky, D. E., & Lundberg, B. (2009). Adherence to antiretroviral medication regimens: A test of a psychosocial model. *AIDS and Behavior*, *13*(1), 10–22. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9318-4>
- Dony Rousseau, P. B., & Rivera Pizarro, G. (2023). *Factores Asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-Sida en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo-2023*. <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/9396>
- Doyore, F., & Moges, B. (2016). Adherence to Antiretroviral Treatment Services and Associated Factors among Clients Attending ART Clinics in Hosanna Town, Southern Ethiopia. *Journal of AIDS & Clinical Research*, *7*(7). <https://doi.org/10.4172/2155-6113.1000590>
- Duffy, L. (2005). Suffering, shame, and silence: The stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *16*(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2004.11.002>

- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), S57–S60. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00457-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00457-7)
- Dutra, B. S., Lédo, A. P., Lins-Kusterer, L., Luz, E., Prieto, I. R., & Brites, C. (2019). Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of antiretroviral therapy: a longitudinal study. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 23(4), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.06.005>
- Egbe, C. O., Dakum, P. S., Ekong, E., Kohrt, B. A., Minto, J. G., & Ticao, C. J. (2017). Depression, suicidality, and alcohol use disorder among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *BMC Public Health*, 17(1), 542. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4467-5>
- Evangelini, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. In *AIDS and Behavior* (Vol. 21, Issue 1). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3>
- Fagan, H. A., & Baldwin, D. S. (2023). Pharmacological Treatment of Generalised Anxiety Disorder: Current Practice and Future Directions. In *Expert Review of Neurotherapeutics* (Vol. 23, Issue 6, pp. 535–548). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2211767>
- Fernando Bernal, Q. F. (2016). FARMACOLOGÍA DE LOS ANTIRRETROVIRALES. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(5), 682–697. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.013>
- Ferris France, N., Lyons, S., Cioringa, A., Mavhu, W., Manas Miramontes, I., & Byrne, E. (2025). Interventions to reduce self-stigma among people living with HIV: A systematic review. *Stigma and Health*. <https://doi.org/10.1037/sah0000600>
- Fragueiro, C. L. (2021a). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 4(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.606>
- Fragueiro, C. L. (2021b). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 4(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.606>
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J. osé, Molero, F., Holgado, F. P. ablo, & Ubillos, S. (2015). Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E66. <https://doi.org/10.1017/S1138741615000694>
- Gela, C. D., Tsegaye, G. W., & Shibesh, B. F. (2024). Adherence to antiretroviral therapy and determining factors in adults living with HIV receiving services at public health facilities amidst the COVID-

- 19 crisis in Bahir Dar city, Northwest Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1380055>
- Ghidei, L., Simone, M. J., Salow, M. J., Zimmerman, K. M., Paquin, A. M., Skarf, L. M., Kostas, T. R. M., & Rudolph, J. L. (2013). Aging, Antiretrovirals, and Adherence: A Meta Analysis of Adherence among Older HIV-Infected Individuals. *Drugs & Aging*, *30*(10), 809–819. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0107-7>
- Gómez López, M. P., Jovel López, D. A., Valiente Martínez, I. C., & Lobos Rivera, M. E. (2024). Ansiedad, depresión y su incidencia en el rendimiento académico de estudiantes universitarios. *Entorno*, *1*(78), 78–87. <https://doi.org/10.5377/entorno.v1i77.18434>
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V., & González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, *13*, 1764. <http://journals.lww.com/aidsonline>
- Haider, M. R., Brown, M. J., Harrison, S., Yang, X., Ingram, L. D., Bhochhibhoya, A., Hamilton, A., Olatosi, B., & Li, X. (2021). Sociodemographic factors affecting viral load suppression among people living with HIV in South Carolina. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, *33*(3), 290–298. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1703892>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. In *Quality of Life Research* (Vol. 28, Issue 10, pp. 2641–2650). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hardon, A., Davey, S., Kinsman, J., Nakiyemba, A., & Laing, U. R. (2006). *From access to adherence: the challenges of antiretroviral treatment Studies from Botswana, Tanzania and Uganda 2006*.
- Haynes, B. F., Wiehe, K., Borrow, P., Saunders, K. O., Korber, B., Wagh, K., McMichael, A. J., Kelsoe, G., Hahn, B. H., Alt, F., & Shaw, G. M. (2023). Strategies for HIV-1 vaccines that induce broadly neutralizing antibodies. In *Nature Reviews Immunology* (Vol. 23, Issue 3, pp. 142–158). Nature Research. <https://doi.org/10.1038/s41577-022-00753-w>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & del Pilar Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación, 5ta Ed.* www.FreeLibros.com
- Hinkin, C. H., Hardy, D. J., Mason, K. I., Castellon, S. A., Durvasula, R. S., Lam, M. N., & Stefaniak, M. (2004). Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance

- abuse. *AIDS*, 18.
https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2004/01001/medication_adherence_in_hiv_infected_adults_.4.aspx
- Hutahaean, B. S. H., Stutterheim, S. E., & Jonas, K. J. (2023). Barriers and Facilitators to HIV Treatment Adherence in Indonesia: Perspectives of People Living with HIV and HIV Service Providers. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 8(3).
<https://doi.org/10.3390/tropicalmed8030138>
- Instituto Nacional De Estadística y Censo Panamá. (2019). *Diez Principales Causas de Mortalidad en la República de Panamá*. 2019.
- Intilangelo, A., Majic, S., Palchik, V., & Traverso, M. L. (2024). Validated medication adherence questionnaires and associated factors in chronic patients: Systematic review. In *Farmacia Hospitalaria* (Vol. 48, Issue 4, pp. 185–192). Elsevier B.V.
<https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.01.001>
- Jiménez Noriega, R. E. (2023). Influencia de la ansiedad y depresión en las estrategias de afrontamiento al estrés en adolescentes de Lima Norte. *PsiqueMag*, 12(1), 45–57.
<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i1.2464>
- Kall, M., Fresán, U., Guy, D., Brown, G., Burgui, C., Castilla, J., Grecu, V. I., Dumitrescu, F., Delpech, V., & Lazarus, J. V. (2021). Quality of life in people living with HIV in Romania and Spain. *BMC Infectious Diseases*, 21(2), 898. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06567-w>
- Kearley, K. E., Freeman, G. K., Heath, A., Kearley, K. E., Freeman, G. K., & Heath, A. (2001). *An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice*.
- Kengne, A. P., Brière, J.-B., Zhu, L., Li, J., Bhatia, M. K., Atanasov, P., & Khan, Z. M. (2024). Impact of poor medication adherence on clinical outcomes and health resource utilization in patients with hypertension and/or dyslipidemia: systematic review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 24(1), 143–154.
<https://doi.org/10.1080/14737167.2023.2266135>
- Kharsany, A. B. M., & Karim, Q. A. (2016). HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current Status, Challenges and Opportunities. *The Open AIDS Journal*, 10(1), 34–48.
<https://doi.org/10.2174/1874613601610010034>
- Kim, S. H., Gerver, S. M., Fidler, S., & Ward, H. (2014). Adherence to antiretroviral therapy in adolescents living with HIV: Systematic review and meta-analysis. *Aids*, 28(13), 1945–1956.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000316>
- Komandt, M., Canfield, S., Lengel, M., Gilmore, V., & Kilcrease, C. (2023). Correlation between medication adherence using proportion of days covered and achieving viral suppression in patients living with

- HIV. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 29(10), 1129–1137. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2023.29.10.1129>
- Langebeek, N., Gisolf, E. H., Reiss, P., Vervoort, S. C., Hafsteinsdóttir, T. B., Richter, C., Sprangers, M. A. G., & Nieuwkerk, P. T. (2014). Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0142-1>
- Lasmarías-Ugarte, M. C., Rubio-Garrido, P., Jiménez-Herrera, M., Bazo-Hernández, L., & Martorell-Poveda, M. A. (2023). Perception of sources of support that facilitate adherence to the treatments. *Enfermería Global*, 22(4), 159–170. <https://doi.org/10.6018/eglobal.567751>
- Liu, J., Yan, Y., Li, Y., Lin, K., Xie, Y., Tan, Z., Liu, Q., Li, J., Wang, L., Zhou, Y., Yao, G., Huang, S., Ye, C., Cen, M., Liao, X., Xu, L., Zhang, C., Yan, Y., Huang, L., ... Jiang, H. (2024). Factors associated with antiretroviral treatment adherence among people living with HIV in Guangdong Province, China: a cross sectional analysis. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18774-6>
- López-Jaramillo, A. M., Zúñiga-Denuncio, M. L., Rangel-Gómez, M. G., & Fuentes-Flores, C. M. (2015). Relación entre adherencia a citas médicas de pacientes VIH+ y la accesibilidad geográfica a servicios de salud entre quienes acuden al CAPASITS de Tijuana TT - Relationship between adherence to medical appointments HIV+ patients and geographical accessib. *Población y Salud En Mesoamérica*, 12(2), 126–141. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012015000100006&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v12n2/a06v12n2.pdf
- Manavalan, P., Li, Y., Mills, J. C., Kwara, A., Zhou, Z., Ritter, A. S., Spencer, E., Pence, B. W., & Cook, R. L. (2024). Depression and Anxiety Symptoms and Treatment Utilization, and Associated HIV Outcomes among Adults with HIV in Rural Florida. *AIDS and Behavior*, 28(1), 164–173. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04147-4>
- Marcus, J. L., Chao, C. R., Leyden, W. A., Xu, L., Quesenberry, C. P., Klein, D. B., Towner, W. J., Horberg, M. A., & Silverberg, M. J. (2016). Narrowing the Gap in Life Expectancy between HIV-Infected and HIV-Uninfected Individuals with Access to Care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(1), 39–46. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001014>
- Marija Miric. (2004). *ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTIGMA SENTIDO ENTRE LAS PERSONAS VIH POSITIVAS EN LA*

- REPÚBLICA DOMINICANA*. <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-TW-03-001.html>
- Mate, K. K. V, Engler, K., Lessard, D., & Lebouché, B. (2023). Barriers to adherence to antiretroviral therapy: identifying priority areas for people with HIV and healthcare professionals. *International Journal of STD & AIDS*, *34*(10), 677–686. <https://doi.org/10.1177/09564624231169329>
- McNabb, J., Ross, J. W., Abriola, K., Turley, C., Nightingale, C. H., & Nicolau, D. P. (2001). Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Predicts Virologic Outcome at an Inner-City Human Immunodeficiency Virus Clinic. *Clinical Infectious Diseases*, *33*(5), 700–705. <https://doi.org/10.1086/322590>
- McWilliams, L. A. (2018). Relationships Between Adult Attachment Dimensions and Patient-Physician Relationship Quality. *Journal of Relationships Research*, *9*, e15. <https://doi.org/DOI:10.1017/jrr.2018.13>
- Mey, A., Plummer, D., Dukie, S., Rogers, G. D., O’Sullivan, M., & Domberelli, A. (2017). Motivations and Barriers to Treatment Uptake and Adherence Among People Living with HIV in Australia: A Mixed-Methods Systematic Review. *AIDS and Behavior*, *21*(2), 352–385. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1598-0>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2007). *Normas para el Manejo Terapéutico de las personas con VIH de la República de Panamá*. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/panama_art.pdf
- Miranda M, G. A. (2008). *REPRESENTACIONES SOCIALES DEL VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. POPAYÁN 2008*. <http://repositorio.unicauca.edu.co:8080/bitstream/handle/123456789/642/REPRESENTACIONES%20SOCIALES%20DEL%20VIH-SIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nawfal, E. S., Gray, A., Sheehan, D. M., Ibañez, G. E., & Trepka, M. J. (2024). A Systematic Review of the Impact of HIV-Related Stigma and Serostatus Disclosure on Retention in Care and Antiretroviral Therapy Adherence Among Women with HIV in the United States/Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, *38*(1), 23–49. <https://doi.org/10.1089/apc.2023.0178>
- Nursalam, N., Sukartini, T., Misutarno, M., & Priyantini, D. (2024). *Adherence to antiretroviral therapy, CD4 count, viral load and opportunistic infections in people with HIV/AIDS: a cross-sectional study*. <https://aidsinfo.unaids.org/>
- Obeagu, E. I., & Akinleye, C. A. (2024). Minimizing Treatment-Related Depression: Blood Transfusions and Mental Health Support in HIV

- Care. In *Elite Journal of Public Health* (Vol. 2).
<https://epjournals.com/journals/EJPH>
- Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., & Sedláčková, Z. (2014). Internalizované Stigma A Efektivita Farmakoterapie A Psychoterapie U Úzkostných Poruch A Poruch Neurotického Spektra. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, *110*(3).
- Offie, D. C., Obeagu, E. I., Akueshi, C., Njab, J. E., Ekanem, E. E., Dike, P. N., & Oguh, D. N. (2021). Facilitators and Barriers to Retention in HIV Care among HIV Infected MSM Attending Community Health Center Yaba, Lagos Nigeria. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 10–19. <https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i52b33593>
- Olatayo Adeoti, A., Dada, M. U., & Fadare, J. O. (2018a). Prevalence of Depression and Anxiety Disorders in People Living with HIV/AIDS in a Tertiary Hospital in South Western Nigeria. *Medical Reports & Case Studies*, *03*(01). <https://doi.org/10.4172/2572-5130.1000150>
- Olatayo Adeoti, A., Dada, M. U., & Fadare, J. O. (2018b). Prevalence of Depression and Anxiety Disorders in People Living with HIV/AIDS in a Tertiary Hospital in South Western Nigeria. *Medical Reports & Case Studies*, *03*(01). <https://doi.org/10.4172/2572-5130.1000150>
- OMS. (2019). *GUIDELINES CONSOLIDATED GUIDELINES ON*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336323/9789241550581-eng.pdf?sequence=1>
- Onu, D. U. (2021). Treatment adherence mediates the relationship between HIV-related stigma and health-related quality of life. *AIDS Care*, *33*(10), 1335–1339. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1867701>
- ONUSIDA. (2003). *Hoja informativa Estigma y discriminación*.
http://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_es.pdf
- ONUSIDA, & Comunicaciones y Promoción Mundial. (2021). *HOJA INFORMATIVA 2021. Estadísticas mundiales sobre el VIH*. 1–7.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Fact_Sheet_es.pdf
- Ortega Suárez, F. J., Sánchez Plumed, J., Pérez Valentín, M. A., Pereira Palomo, P., Muñoz Cepeda, M. A., Lorenzo Aguiar, D., Zurita, A. A., Marqués, G. G., Garrit, J. M. A. C., Matamoros, O. B., Dalmau, A. G., Ramos, J. P., Benot, A. R., Palomo, P. P., Valentín, M. Á. P., Rodríguez, R. G., Tagarro, E. F., Posada, J. M. G., Miranda, D. M., ... Arias, C. V. (2011). Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología*, *31*(6), 690–696.
<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2011.Aug.10973>
- Palmer Kelly, E., Tsilimigras, D. I., Hyer, J. M., & Pawlik, T. M. (2019). Understanding the use of attachment theory applied to the patient-

- provider relationship in cancer care: Recommendations for future research and clinical practice. *Surgical Oncology*, *31*, 101–110. <https://doi.org/10.1016/J.SURONC.2019.10.007>
- Panayi, M., Charalambous, G. K., & Jelastopulu, E. (2024). Enhancing quality of life and medication adherence for people living with HIV: the impact of an information system. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *8*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00680-x>
- Paredes, J. L., Arenas-Pinto, A., McAlpine, C., Matthews, R., Milinkovic, A., & Suonpera, E. (2024). Depression is associated with poor self-reported adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV attending an HIV clinic in the UK: results from a cross-sectional study. *AIDS Care*, *36*(10), 1392–1399. <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2303969>
- Patterson, T. L., Shaw, W. S., Semple, S. J., Cherner, M., McCutchan, J. A., Atkinson, J. H., Grant, I., Nannis, E., & Group, H. I. V. N. R. C. (HNRC). (1996). Relationship of psychosocial factors to HIV disease progression. *Annals of Behavioral Medicine*, *18*(1), 30. <https://doi.org/10.1007/BF02903937>
- Pérez, J., Licenciado, B., Félix, P., Daza, M., & En Psicología, L. (n.d.). *NTP 439: El apoyo social*.
- Quesada Mena, E., Catalina López Martínez, D., & Jaén, U. DE. (2022). *Alumno/a*. https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/23318/1/Quesada_Mena_Eva%20TFG.pdf
- Ramovha, R., Khoza, L. B., Lebeso, R. T., & Shilubane, H. N. (2012). The psychological experience of HIV and AIDS by newly diagnosed infected patients at Hospital A of Vhembe district, Limpopo Province. *Journal of AIDS and Clinical Research*, *3*(SPL ISS1A), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2155-6113.S1-006>
- Rane, M. S., Hong, T., Govere, S., Thulare, H., Moosa, M. Y., Celum, C., & Drain, P. K. (2018). Depression and anxiety as risk factors for delayed care-seeking behavior in human immunodeficiency virus-infected individuals in South Africa. *Clinical Infectious Diseases*, *67*(9), 1411–1418. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy309>
- Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Simoni, J. M., Kitahata, M. M., & Crane, H. M. (2012). A Structural equation model of HIV-related stigma, depressive symptoms, and medication adherence. *AIDS and Behavior*, *16*(3), 711–716. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9915-0>
- Relf, M. V., Pan, W., Edmonds, A., Ramirez, C., Amarasekara, S., & Adimora, A. A. (2019). Discrimination, Medical Distrust, Stigma, Depressive Symptoms, Antiretroviral Medication Adherence, Engagement in Care, and Quality of Life among Women Living with

- HIV in North Carolina: A Mediated Structural Equation Model. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 81(3), 328–335. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002033>
- Relf, M. V., & Rollins, K. V. (2015). HIV-related Stigma Among an Urban Sample of Persons Living With HIV at Risk for Dropping Out of HIV-oriented Primary Medical Care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 36–45. <https://doi.org/10.1016/J.JANA.2014.03.003>
- Rezaei, S., Ahmadi, S., Rahmati, J., Hosseinifard, H., Dehnad, A., Aryankhesal, A., Shabaninejad, H., Ghasemyani, S., Alihosseini, S., Bragazzi, N. L., Raofi, S., Kiaee, Z. M., & Ghashghaee, A. (2019). Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(4), 404 LP – 412. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001952>
- Rigoberto, J., Mera, Z., Riveros, B., Lucel, M., Chamorro, Q., & Danytza, J. (2024). *UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ TESIS PRESENTADA POR LAS BACHILLERES: “FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS PACIENTES QUE FORMAN PARTE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN VIH/SIDA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO-QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN-HUANCAYO 2022.”* https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/10534/T010_%2074209142_T%20-%20T010_75105607_T.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Rodríguez Alvarez Riobamba, L., & Joel Santana, K. (2024). *Estigma y discriminación social en la atención de enfermería al paciente VIH/SIDA*. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13531>
- Rodríguez, M. M., & Díaz, N. V. (2006). Las dificultades de sentir: El rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 7(4), 1–17.
- Rodríguez Ortiz De Salazar, B. (2020). *LA COMUNICACIÓN COMO PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL*. www.mscbs.es/resp
- Rodríguez-de Dios, C., Padrón-Sánchez, H. del C., Pérez-Moreno, R., & Flores-Sánchez, A. (2024). Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes VIH. *Horizonte Sanitario*, 23(1), 111–118. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5670>
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. In *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* (Vol. 15, Issue 3, pp. 205–218). [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-7560\(199905/06\)15:3<205::AID-DMRR29>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-7560(199905/06)15:3<205::AID-DMRR29>3.0.CO;2-O)

- Saharia, B., & Ghosh, S. (2024). Cross-sectional study on the psychosocial factors, the severity of depression, and coping strategies among patients attempting suicide. *Indian Journal of Psychiatry*, *66*(1), 26–35.
https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_199_23
- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., & Cunningham, W. E. (2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, *24*(10), 1101–1108. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1068-8>
- Schmalbach, I., Franke, G. H., Häuser, W., Strauss, B., Petrowski, K., & Brähler, E. (2024). Attachment styles and healthcare utilization: exploring the role of the patient-doctor relationship. *BMC Health Services Research*, *24*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10484-w>
- Schwartz, S. R., Nowak, R. G., Orazulike, I., Keshinro, B., Ake, J., Kennedy, S., Njoku, O., Blattner, W. A., Charurat, M. E., & Baral, S. D. (2015). The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: Analysis of prospective data from the TRUST cohort. *The Lancet HIV*, *2*(7), e299–e306. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00078-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00078-8)
- Secundino-Rebolledo, J. Á., Sosa-Martínez, M. de J., Lagarza-Moreno, A. J., Joanico-Morales, B., & Salgado-Jiménez, M. de los Á. (2023). Prevalencia de ansiedad, depresión y redes de apoyo social en pacientes con VIH/SIDA: estudio transversal. *Atención Familiar*, *25*(1), 12–18. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187138>
- Shi, J., Chen, Y., Jiang, Y., Li, Y., Wang, W., Zhao, H., Guo, L., Liao, Y., Zhang, H., Gao, C., McIntyre, R. S., Zhang, W. H., Han, X., & Lu, C. (2024). Stigma and its associations with medication adherence in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, *331*, 115664. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2023.115664>
- Spaan, P., van Luenen, S., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105318755545>
- Suarez-Alfaro, H. (n.d.). *Esquemas de terapia antirretroviral y su costo para el sistema de salud en Colombia*. <https://orcid.org/0000-0002-5346-1201>
- Sullivan, M. C., Rosen, A. O., Allen, A., Benbella, D., Camacho, G., Cortopassi, A. C., Driver, R., Ssenyonjo, J., Eaton, L. A., & Kalichman, S. C. (2020). Falling Short of the First 90: HIV Stigma

- and HIV Testing Research in the 90–90–90 Era. In *AIDS and Behavior* (Vol. 24, Issue 2, pp. 357–362). Springer.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02771-7>
- Suna, G., Anchante Hernández, M., & Elvira, E. (2023). *Influencia del Estigma Internalizado en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Antonio Lorena Cusco-2023*. www.gob.pe
- Suna, G., Anchante Hernández, M., & Elvira, E. (2024). *Influencia del Estigma Internalizado en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Antonio Lorena Cusco-2023*. <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13815>
- Sweeney, S. M., & Vanable, P. A. (2016). The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. In *AIDS and Behavior* (Vol. 20, Issue 1, pp. 29–50). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1>
- Sweileh, W. M. (2018). Global research output on HIV/AIDS-related medication adherence from 1980 to 2017. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3568-x>
- Tadese, B. K., Hennessy, F., Salmon, P., Holbrook, T., & Prajapati, G. (2024). Adherence to antiretroviral therapy and its association with quality of life among people with HIV in the United States. *AIDS Care*, 36(12), 1869–1881.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2391439>
- Tasé Martínez, M. J., Cajilema Ávila, A. P., & Garzón Zabala, A. E. (2023). Prevalencia y factores asociados a la depresión en jóvenes universitarios en Macas, Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 6(16). <https://doi.org/10.33996/repsi.v6i16.103>
- Tegegne, A. S. (2021). Socio-Demographic, Economic and Clinical Predictors for HAART Adherence Competence in HIV-Positive Adults at Felege Hiwot Teaching and Specialized Hospital, North West Ethiopia. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 13(null), 749–758. <https://doi.org/10.2147/HIV.S320170>
- Thompson, D., & Ciechanowski, P. S. (2003). Attaching a New Understanding to the Patient-Physician Relationship in Family Practice. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(3), 219. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.3.219>
- Trickey, A., Zhang, L., Sabin, C. A., & Sterne, J. A. C. (2022). Life expectancy of people with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a cohort study. *The Lancet Healthy Longevity*, 3, S2. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(22\)00063-0](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(22)00063-0)
- Tröger, A., Miguel, C., Ciharova, M., de Ponti, N., Durman, G., Cuijpers, P., & Karyotaki, E. (2024). Baseline depression severity as moderator

- on depression outcomes in psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 344, 86–99.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.047>
- Turan, B., Rice, W. S., Crockett, K. B., Johnson, M., Neilands, T. B., Ross, S. N., Kempf, M. C., Konkle-Parker, D., Wingood, G., Tien, P. C., Cohen, M., Wilson, T. E., Logie, C. H., Sosanya, O., Plankey, M., Golub, E., Adimora, A. A., Parish, C., Weiser, S. D., & Turan, J. M. (2019). Longitudinal association between internalized HIV stigma and antiretroviral therapy adherence for women living with HIV: The mediating role of depression. *AIDS*, 33(3), 571–576.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002071>
- Umeokonkwo, C. D., Onoka, C. A., Agu, P. A., Ossai, E. N., Balogun, M. S., & Ogbonnaya, L. U. (2019). Retention in care and adherence to HIV and AIDS treatment in Anambra State Nigeria. *BMC Infectious Diseases*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4293-8>
- UNAIDS. (2023). *HIV and AIDS Estimates*.
<https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/panama>
- Urizar César, Jarolin Montiel Magali, Ayala-Servin Nicolás, Centurión Wenninger Claudia, & Montiel-Garcete Dora. (2020). *Factores Asociados a la No Adherencia Del Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH en un hospital de Paraguay*.
- Urzúa, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 30, 61–71.
- Uthman, O. A., Oladimeji, O., & Nduka, C. (2017). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*, 29(4), 489–497.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1223799>
- Varela, M., & Galdames, S. (2014). Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 31(3), 323–328. <https://doi.org/10.4067/S0716-101820140003000011>
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. In *Psicología Conductual* (Vol. 8).
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos por los investigadores de la Red-IRYSS*. In *Gac Sanit* (Vol. 19, Issue 2).
- Villa, I., & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16, 51–62.

- Wang, L., Simoni, J. M., Hua, W., Chen, L., Zheng, H., Ning, Z., & Yuwen, W. (2024). Navigating Turbulent Waves of Emotions: Multi-Level Stress and Coping Among Chinese Men Who Have Sex with Men Living with HIV. *Global Qualitative Nursing Research, 11*. <https://doi.org/10.1177/23333936241292739>
- Wang, M., Chen, H., Yang, F., Xu, X., & Li, J. (2023). Effects of digital psychotherapy for depression and anxiety: A systematic review and bayesian network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 338*, 569–580. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.057>
- Wang, W., Xiao, C., Yao, X., Yang, Y., Yan, H., & Li, S. (2018). Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: A cross-sectional study in Nanjing, China. *PLoS ONE, 13*(2), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192940>
- Ware, N. C., Wyatt, M. A., & Tugenberg, T. (2006). Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 18*(8), 904–910. <https://doi.org/10.1080/09540120500330554>
- Wen, H., Yang, Z., Zhu, Z., Han, S., Zhang, L., & Hu, Y. (2022). Psychometric properties of self-reported measures of health-related quality of life in people living with HIV: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes, 20*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01910-w>
- Yu, Y., Luo, B., Qin, L., Gong, H., & Chen, Y. (2023). Suicidal ideation of people living with HIV and its relations to depression, anxiety and social support. *BMC Psychology, 11*(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01177-4>
- Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Stigma related to HIV/AIDS associated with adherence to antiretroviral therapy in patients of a public hospital in Lima, Peru 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 33*(4), 625–632. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>

APÉNDICES - ANEXOS

Consentimiento Informado

Nos dirigimos a usted para informarle sobre una investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación del hospital Santo Tomás.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este ensayo. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Yo, _____ con cédula de identidad personal _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “*Relación Entre Estigmatización, Calidad de Vida, Variables Psicosociales y la Adherencia en Pacientes con VIH de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, durante los meses de Julio a Octubre del 2023*”. Entiendo que este estudio busca conocer la relación entre la ansiedad, la depresión y otros factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento antirretroviral y sé que mi participación se llevará a cabo en el Hospital Santo Tomás y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 45 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Esto no altera la relación con el personal de la clínica ni el tratamiento que se me brinda.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Carlos Guzmán, investigador del estudio “*Correlación Entre Estigmatización, Calidad de Vida, Variables Psicológicas, Sociodemográficas y Adherencia en Pacientes con VIH de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, durante los meses de Julio a Octubre del 2023*” al correo carlospsicguzman@gmail.com o al teléfono 6649-2868.

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA DEL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO (SMAQ)

El presente cuestionario se refiere al grado de cumplimiento que usted hace del tratamiento de VIH que le ha prescrito el médico. Por favor, responda a todas las preguntas encerrando la opción que crea conveniente en cada caso. Por favor, recuerde que sus respuestas son confidenciales y conteste de la forma más sincera posible.

MUCHAS GRACIAS

1. Toma siempre la medicación a la hora indicada
 - a. Sí
 - b. No
2. ¿En caso de sentirse mal, ha dejado de tomar la medicación alguna vez?
 - a. Sí
 - b. No
3. En alguna ocasión ¿se ha olvidado de tomar la medicación?
 - a. Sí
 - b. No
4. ¿Durante el fin de semana se ha olvidado de alguna toma de la medicación?
 - a. Sí
 - b. No
5. En la ULTIMA SEMANA ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?
 - a. Ninguna vez
 - b. 1 a 2 veces
 - c. 3 a 5 veces
 - d. 6 a 10 veces
 - e. Más de 10 veces
6. Desde la última visita ¿cuántos días completos no tomó la medicación?
Días _____

Encuesta Sociodemográfica

Agradecemos lea con atención el siguiente cuestionario y que conteste con sinceridad. No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Encierre en círculo la respuesta que más se relacione con usted

Edad: ____

Género:

- a) Femenino
- b) Masculino

Estado Civil:

- c) Soltero/a
- d) Casado/a
- e) Divorciado/a
- f) Separado/a
- g) Viudo/a
- h) Unión Libre

Grado Académico completado:

- a) Educación Básica
- b) Educación Media
- c) Educación Universitaria.
- d) Ninguna de las anteriores

Ingreso Mensual

- a) Menos de 250\$
- b) 250\$ a 500\$
- c) 500\$ a 1000\$
- d) 1000\$ a 2000\$
- e) Más de 2000\$

Orientación sexual

- a) Heterosexual

- b) Homosexual
- c) Bisexual
- d) Pansexual
- e) Asexual

Con quién cuenta como apoyo en su tratamiento de VIH:

- a) Familiares
- b) Amigos
- c) Pareja
- d) Voluntarios de asociaciones
- e) Otros
- f) Ninguno

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Versión española de SF-36v2™ Health Survey ©
1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Institut Municipal
d'Investigació Mèdica
(IMIM-IMAS) Unidad de
Investigación en
Servicios Sanitarios
c/Doctor Aiguader, 80 E-
08003 Barcelona
Tel. (+34) 93 225 75 53,
Fax (+34) 93 221 40 02
www.imim.es



IMAS

Institut Municipal
d'Investigació Mèdica. IMIM

Este instrumento ha superado los estándares de calidad del **Medical Outcome Trust** y de la Red Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (**Red IRYSS**).
El cuestionario y su material de soporte están disponibles en BiblioPRO, la biblioteca virtual de la Red IRYSS (www.rediryss.net).

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵
--	--	--	--	---------------------------------------

1. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor hace un año	Algo mejor hace un año	Más o menos hace un año	Algo peor hace un año	Mucho peor hace un año
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita memucho	Sí, me limita un poco	No, no limita
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. _____	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Coger o llevar la bolsa de la compra. _____	<input type="checkbox"/>2	<input type="checkbox"/>3	<input type="checkbox"/>
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.e _____	<input type="checkbox"/>2	<input type="checkbox"/>3	<input type="checkbox"/>
Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.f _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>2	<input type="checkbox"/>3
Agacharse o arrodillarse. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>2	<input type="checkbox"/>3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> _____	<input type="checkbox"/>2	<input type="checkbox"/>3	
h Caminar varios centenares de metros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>2	<input type="checkbox"/>3
i Caminar unos 100 metros. _____	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>3	
j Bañarse o vestirse por sí mismo. _____	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>3	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>3
	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo a sus actividades cotidianas? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
a ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?⁵

..... 1 2 3 4

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2003

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Alguna vez	Sólo alguna vez	Nunca
¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada ₁	Un poco ₂	Regular ₃	Bastante ₄	Mucho ₅
<input type="checkbox"/>				

¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno muchísimo	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí,
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

1

2

3

4

5

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas

¿con qué frecuencia...

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
---------	--------------	---------------	-----------------	-------

se sintió lleno de vitalidad?

	1	2	3	4	5
a estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
b se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>				
c se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>				
d tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>				
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/>				
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>				
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>				
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi	Algunas	Sólo alguna	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

Totalmente cierta	cierta	No lo sé	Bastante falsa
----------------------	--------	----------	-------------------

Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas 1 2 3 4 5

a Estoy tan sano 1 2 3 4 5

como cualquiera c 1 2 3 4 5

Creo que mi salud va 1 2 3 4 5

a empeorar d Mi salud

es excelente

Gracias por contestar a estas preguntas

Escala de Estigmatización

Conteste las siguientes preguntas encerrando en círculo la respuesta que mejor lo describa.

1. Decirle a alguien que tienes el VIH es muy arriesgado.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
2. Las actitudes de la gente hacia el VIH me hacen sentir mal conmigo mismo.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
3. Me siento culpable por tener el VIH.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
4. Las personas seropositivas pierden su trabajo cuando sus jefes se enteran que tienen el VIH.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
5. Me esfuerzo por mantener en secreto que tengo el VIH.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
6. Siento que no soy tan bueno/a como el resto de la gente porque tengo el VIH.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
7. Me da vergüenza contarles a otras personas que tengo el VIH.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
8. Las personas con VIH son tratadas como marginadas.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
9. En muchos ámbitos de mi vida nadie sabe que tengo el VIH.
 - a) Casi Nunca
 - b) Rara vez

- c) A veces
 - d) Casi siempre
10. Mucha gente cree que una persona con VIH es despreciable.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
11. Me angustia transmitir a otras personas el VIH
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
12. Siento como si mi cuerpo estuviera sucio por tener el VIH
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
13. Entendería que alguien rechazara mi amistad porque tengo el VIH
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
14. Tener el VIH es un castigo por algunos de mis comportamientos.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
15. Muchas personas son rechazadas cuando los demás se enteran de que tienen el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
16. Tengo mucho cuidado a quien le digo que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
17. Alguna gente que conozco se ha vuelto más distante conmigo desde que saben que tengo VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
18. Prefiero evitar tener relaciones sexuales porque temo transmitir el VIH a la otra persona.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez

- c) A veces
 - d) Casi siempre
19. La mayoría de la gente está incómoda si tiene cerca a alguien con VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
20. Nunca he sentido la necesidad de esconder que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
21. Me preocupa que la gente me juzgue si se enteran de que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
22. Me siento herido/a por la manera en que la gente reacciona cuando sabe que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
23. Me preocupa que la gente que sabe que tengo el VIH se lo cuente a otros.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
24. Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
25. Personas cercanas a mí han dejado de llamarme después de saber que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
26. Hay gente que no me deja estar cerca de sus hijos después de saber que tengo VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
27. La gente se aparta físicamente de mí porque tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces

- d) Casi siempre
28. He dejado de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
29. He perdido buenos amigos/as por decirles que tengo el VIH
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
30. Le he pedido a gente cercana a mí que guarde el secreto de que tengo el VIH.
- a) Casi Nunca
 - b) Rara vez
 - c) A veces
 - d) Casi siempre

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9
(PHQ-9)**

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

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un círculo para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)



Versión: 2
Feb. 2019

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN – H.S.T.

Fecha: 03 de agosto de 2023

NOTA No. 2717-2023/CBI- HST

Para: **Carlos Guzmán**
Investigadora Principal
Psicólogo del Hospital Santo Tomás

Asunto: Notificación al Investigador
Revisión de Protocolo

Fecha de revisión: 01 de agosto de 2023.

Nombre "RELACION ENTRE VARIABLES PSICOSOCIALES Y LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON VIH DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JULIO DEL 2023".

N° de Protocolo: 2023-617

Versión: 2

Tipo de Estudio: Cuantitativo, Prospectivo, no experimental.

DOCUMENTOS REVISADOS	
Protocolo	✓
Consentimiento Informado	✓
Formulario de recolección de datos	✓
Adenda / Enmienda	N°
Recomendaciones	✓

Dictamen:

- Aprobado
 Aplazado con Recomendaciones:
 Rechazado:

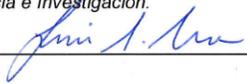


COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN H.S.T.

Debe presentar al Comité de Bioética de la Investigación.

- Protocolo Final
- Fecha de inicio y de culminación del estudio.
- Reportar el status de su investigación cada mes. (avance de la investigación)
- Indicar de inmediato cualquier adenda a la investigación.
- Reportar de inmediato cualquier efecto adverso severo.
- Describir los riesgos potenciales de las terapias experimentales de la medicación a utilizar en su investigación e informar aquellos que se presentan a lo largo de la investigación, cuando aplique.
- Notificar la sede donde reposan los datos de la investigación.

Tan pronto finalice la investigación, debe enviar una copia del Informe Final a la Coordinación Institucional de Docencia e Investigación.

Firma del Presidente: 

Dr. Luis Mon

Manuel

Nombre del Comité:

Comité de Bioética de la Investigación del H.S.T.

Dirección:

Ave. Justo Arosemena con calle 37

Dirección de correo electrónico:

cei_hst@yahoo.com

Comité de Bioética de la Investigación, Tel. 504-4990 Ext.4990

"SERVIR CON EFICIENCIA, CALIDAD Y HUMANISMO A TODOS LOS PANAMEÑOS"

Panamá, de 5 de marzo de 2025

Universidad Santa María la Antigua

E. S. M.

Estimados Señores,

Yo YOHANY TUÑÓN con cédula de identidad personal 8-967-1432, profesora idónea de Español, certifico que el trabajo de CARLOS GUZMÁN, con cédula de identidad personal 8-803-27, titulado: "Relación Entre Variables Psicosociales y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, durante los meses de Julio a Octubre del 2023". Cumple con los requisitos de Ortografía, Redacción y Sintaxis, que debe reunir el mismo.

Código de diploma: 308555

Atentamente,



Profesora de Español

Adjunto diploma y copia de cédula



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ



0182067

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

LA FACULTAD DE

Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE

Yohany Zaideth Tuñón Carter

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Dirección Regional de Panamá Centro
Panamá, 24 de Enero de 2024
Nombre del Dueño del Diploma: *Yohany Zaideth Tuñón Carter*
Código: 339... Bajo el No. 6421
Martita Donka
Oficial de Registro

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TÍTULO DE

*Licenciada en Humanidades
con Especialización en Español*

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS *veintiseis*
DÍAS DEL MES DE *abril* DEL AÑO DOS MIL *veinticuatro*

Diploma 308555
Identificación Personal
8-967-1432

[Signature]
Secretario General

[Signature] *Eduardo Flores Carter*
Decano Rector

REPÚBLICA DE PANAMÁ TRIBUNAL ELECTORAL

**Yohany Zaideth
Tuñón Carter**



8-967-1432

NOMBRE USUAL:

FECHA DE NACIMIENTO: 14-ENE-2000

LUGAR DE NACIMIENTO: PANAMÁ, PANAMÁ

SEXO: F

TIPO DE SANGRE:

EXPEDIDA: 19-ABR-2022

EXPIRA: 19-ABR-2028



Yzaideth Tuñón Carter