



ÍNDICE DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS CON VIH 2.0

INFORME FINAL

BOLIVIA

Enero, 2023



Alianza Liderazgo en Positivo & Poblaciones Clave.



INFORME FINAL

Índice de Estigma y Discriminación en Personas con VIH en Bolivia 2.0

2023



Créditos

REDACCIÓN, CONTENIDO

Julio Cesar Aguilera Hurtado
Marco Antonio Gómez Morales
Maribel Burgo, Filóloga UAGRMA, Edición y Diagramación

COMITÉ NACIONAL CIENTÍFICO

Virginia Hilaquita, REDBOL (Red Nacional de Personas con VIH de Bolivia)
Carlos de la Rocha, Programa Nacional VIH, Ministerio de Salud
Nilda Cespedes Robles, Instituto de Investigación Facultad de Humanidades (INIFH) de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (UAGRM)
Karen Suarez, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) Andina
Enrique Raúl Romero Camargo, ASUNCAMI
Claudia Cardozo, HIVOS Bolivia

COORDINACIÓN NACIONAL

Julio Cesar Aguilera Hurtado

EQUIPO TÉCNICO CUANTITATIVO

Nilda Cespedes Robles, Instituto de Investigación Facultad de Humanidades (INIFH) de la Universidad Autónoma
Ricardo Alonzo Fernández Salguero – INIFH-UAGRM
José Luis Laguna - INIFH-UAGRM
Carlos Balderrama Mariscal (analista de datos)
Daniela Vidal (Análisis Cualificación-cuantitativo)

EQUIPO TÉCNICO CUALITATIVO

Faviana Meza Iriarte, Líder del Equipo
Fortunata Virginia Hilaquita Soto
Alejandro Martin Ovando
Marco Antonio Gómez Morales
Julio Cesar Aguilera Hurtado
Luis Enrique Suarez Suarez

EQUIPO DE PERSONAS ENCUESTADORAS

Alejandro Martin Ovando
Anabela Cuellar Rojas
Cristofer Sato Quiller Flores
Domitila Cuellar Soliz
Francisco José Área Coca
Giovanna Corrales Arce
Javier Quispe Quispe
Linder Zenteno Futuri
Marcela Sandra Cabezas de Cabrera
Martha Banzer Castedo
Fortunata Virginia Hilaquita Soto
José Willan Montaña Ferrel

COPYRIGHT

REDBOL (Red Nacional de Personas con VIH de Bolivia)
Julio Cesar Aguilera Hurtado – Coordinador Nacional INDEX 2.0
Tel/Fax: 591-70082549
Email:julioaguilera@uagrm.edu.bo
Santa Cruz – Bolivia

El presente documento estudio INDEX 2.0 Bolivia es de propiedad integral del REDBOL y de sus redes que avala la red nacional. Todos los derechos reservados. No se puede reproducir ni total ni parcial el presente documento sin la previa autorización de REDBOL y de sus redes que avalan la red nacional.

Abreviaturas y acrónimos

ALEP: Alianza Liderazgo en Positivo.

ARV: Los medicamentos para el VIH, o antirretrovirales.

ASUNCAMI: La Asociación Un Nuevo Camino.

CDVIR: Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia.

COALIBOL: Coalición Boliviana de Colectivos LGBTI.

Colectivo TLGB de Bolivia: Colectivo TLGB de Bolivia.

CRVIR: Centro Regional de Vigilancia, Información y Referencia.

GAM: Grupo de apoyo mutuo.

Gay Latino: La Red de Hombres que tienen sexo con Hombres.

GB-HSH: Gay, bisexual, otros hombres que tienen sexo con hombres.

GNP+: Red mundial de personas que viven con el VIH.

HIVOS: Instituto Humanista para el Desarrollo.

ICW Global: Comunidad internacional de mujeres viviendo con VIH/SIDA.

ICW: Comunidad de Mujeres Viviendo con VIH sida.

IPPF: Federación Internacional de Planificación de la Familia.

ITPC: Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento. También conocida como la Coalición Internacional para el acceso y preparación de los tratamientos,

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

J+Lac: Red Latinoamericana y del Caribe de Jóvenes con VIH.

LANPUD: Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Usuarias de Drogas.

MGS: Monitoreo Global del SIDA.

MLCM+: Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres positivas.

Movimiento Trans Feminista: Movimiento Trans Feminista.

Movimiento Trans: Movimiento Trans.

Mujeres Trabajadoras Sexuales Independientes de Bolivia: Mujeres Trabajadoras Sexuales Independientes de Bolivia.

OMS: Organización mundial de la salud.

ONAEM: Organización Nacional de Activistas de la Emancipación de la Mujer.

ONAEM: Organización Nacional de Activistas Emancipadas de Mujeres.

ONG: Organización No Gubernamental.

ONUSIDA: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

OTN: Organizaciones de Mujeres Trabajadoras Nocturnas de Bolivia.

PEP: Promotores Educadores Pares.

PLAPERTS: Plataforma Latinoamericana de Personas que ejercen el Trabajo Sexual.

PVV: Acrónimo que se utiliza para denominar a las personas que viven con el VIH.

RDS: Servicio de bases de datos relacionales.

REDBOL: Red Nacional de Personas con VIH y sida de Bolivia.

REDBOL: Red Nacional de Personas Viviendo con VIH y sida en Bolivia.

REDCA: Red de Centroamericana de Personas con VIH.

REDLA: Red Latinoamericana y del Caribe de Personas con VIH.

REDLACTRANS: Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans.

SEDES: Servicio Departamental de Salud.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TLGB: Trans, Lésbico, Gay y Bisexual.

TLS: Seguridad de la capa de transporte.

TREBOL: Red Nacional de Personas Trans de Bolivia.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

WARMIS: Las WARMIS, organización de trabajadoras sexuales de Bolivia.

Reconocimiento

El presente documento fue posible al aporte valioso de las personas que viven con VIH/SIDA, quienes nos ofrecieron de manera comprometida sus testimonios de vida colaborando con el llenado de los cuestionarios y participando de mesas analíticas sobre temas fundamentales en su experiencia. Gracias al equipo de investigación interinstitucional e interdisciplinario, quienes pusieron su mejor talento y tiempo de trabajo para el desarrollo de un trabajo colaborativo y dedicado, sea como coordinadores, encuestadores, entrevistadores aportando en las diferentes etapas del estudio, más allá de los compromisos contractuales. Un agradecimiento especial a las instituciones participantes, como ser: el Instituto de Investigación de la Facultad de Humanidades –INIFH– de la U.A.G.R.M, que hizo posible el convenio con la Fundación Hábitat Verde (FHV) coordinando la recolección de información, procesamiento y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos. A REDBOL, que hizo parte del convenio y participó activamente en el relevamiento de información a nivel nacional y en el seguimiento a los resultados del estudio.

Es de destacar, el trabajo de quienes siendo parte de la población que vive con VIH/SIDA tiene el coraje de afrontar este tipo de trabajo, lo que cualifica de sobremanera el valor de la información y el sentido real del alcance de la misma. Se trata de un estudio participantes, donde el INIFH tuvo el honor de colaborar y demostrar que es posible hacer investigaciones de peso y que están vinculadas a las necesidades de las poblaciones vulnerables. La incidencia política y social arranca con este tipo de trabajos, porque son los dirigentes y población objetivo los que militantemente asumen la tarea de conocer, reflexionar y definir los objetivos para que la vida sea plena para todos: con respeto, tolerancia y solidaridad. Principalmente con alegría por estar y compartir de este mundo.

Hacemos un reconocimiento a todas y todos quienes accedieron a ser parte del estudio, compartiendo sus vivencias y experiencias relacionadas con el estigma y discriminación, con la finalidad de que este producto sea una herramienta de toma de conciencia y de acción, para alcanzar una vida más digna, duradera y feliz para quienes están viviendo con VIH-SIDA en Bolivia.



Contenido

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	4
RECONOCIMIENTO	5
RESUMEN EJECUTIVO	11
INTRODUCCIÓN	13
1. MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO	13
1.1. Participantes	14
1.2. Instrumentos para el relevamiento de información	15
1.3. Procedimiento para el relevamiento de los datos	15
1.4. Análisis de los datos	16
1.4.1. Análisis de los datos cuantitativos	16
1.4.2. Análisis de los datos cualitativos	17
2. RESULTADOS	18
2.1. Sección A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA POBLACIONAL	18
2.1.1. Presentación de resultados	18
2.1.2. Edad de la población muestra	19
2.1.3. Identidad de género de la población estudiada	19
2.1.4. Nivel de educación de la población estudiada	20
2.1.5. Situación laboral de la población estudiada	20
2.2. Sección B: EXPERIENCIA DE DIVULGACIÓN DEL ESTATUS SEROPOSITIVO	21
2.2.1. Experiencia de divulgación del estatus seropositivo con consentimiento	21
2.2.1.1. Análisis estadístico descriptivo	21
2.2.1.2. Validación de la experiencia de divulgación	22
2.2.1.3. Conclusiones del análisis estadístico	25
2.2.1.4. Interpretación de los datos cualitativos	26
2.2.2. Experiencia de divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento	27
2.2.2.1. Análisis estadístico descriptivo	27
2.2.2.2. Estimación del riesgo de divulgación sin consentimiento	28
2.2.2.3. Conclusiones del análisis estadístico	29
2.2.2.4. Interpretación de los resultados cualitativos	29
2.3. Sección C: EXPERIENCIA CON EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	30
2.3.1. Análisis estadístico descriptivo	30
2.3.2. Análisis estadístico inferencial	31
2.3.2.1. Estimación de riesgo	32
2.3.3. Conclusiones del análisis estadístico	35
2.3.3. Interpretación de los datos cualitativos sobre acoso, discriminación y exclusión	36
2.4. Sección D: ESTIGMA INTERNALIZADO Y RESILIENCIA	37
2.4.1. Análisis del estigma interno y resiliencia	37
2.4.1.1. Análisis estadístico descriptivo	37
2.4.1.2. Análisis estadístico inferencial	38
2.4.1.3. Interpretación de los datos cualitativos	39
2.4.2. Análisis del impacto de la condición en relación al tiempo	40
2.4.2.1. Análisis estadístico descriptivo	40
2.4.2.2. Estimación de Riesgo, análisis estadístico inferencial	41
2.4.2.3. Conclusiones del análisis estadístico	41
2.4.2.4. Interpretación de los datos cualitativos	42
2.4.3. Análisis del efecto del VIH en la autoestima o la dignidad de las PVVS	43
2.4.3.1. Análisis estadístico descriptivo	43
2.4.3.2. Análisis inferencial de los datos de autoestima y estigma	44
2.4.3.3. Interpretación de los datos cualitativos	47

2.5. Sección E. EXPERIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	48
2.5.1. Realización de la prueba de VIH.	48
2.5.1.1. Cómo se tomó la decisión de realizarse la prueba VIH.....	48
2.5.1.2. Razón principal por la que se hizo la prueba VIH.....	49
2.5.1.3. Tiempo transcurrido para hacerse la prueba.....	49
2.5.2. Sobre el Tratamiento del VIH.	50
2.5.2.1. Suspensión e interrupción del tratamiento	52
2.5.2.2. Conclusión del análisis estadístico	54
2.5.2.3. Interpretación de los datos cualitativos.....	55
2.5.3. Sobre el estado de salud actual de las PWS.	57
2.5.3.1. Estado de salud	57
2.5.3.2. Enfermedades asociadas al VIH.....	58
2.5.3.3. Conclusiones del análisis estadístico respecto al estado de salud.....	59
2.5.3.4. Interpretación de los datos cualitativos.....	59
2.5.4. Acceso a servicios de Salud para VIH.	60
2.5.4.1. Sistematización de la estadística descriptiva	60
2.5.4.2. Interpretación de los datos cualitativos.....	63
2.5.5. Salud sexual y reproductiva.....	65
2.6. Derechos humanos y logros alcanzados	68
2.6.1. Vulneración a los derechos	68
2.6.1.1. Restricción arbitraria de derechos	68
2.6.2. Violación de derechos	70
2.6.3. Ejercicio de derechos	72
2.6.4. Conclusiones sobre ejercicio de derechos.....	75
2.6.4.1. Conclusiones desde el análisis estadístico	75
2.6.4.2. Interpretación de los datos cualitativos.....	76
3. RECOMENDACIONES Y PLAN DE INCIDENCIA	77
3.1. Presentación al plan de incidencia política de REDBOL sobre el estigma y la discriminación	77
3.1. Objetivos y productos del plan de incidencia	79
4. CONCLUSIONES	79
5. ANÁLISIS Y RESULTADO	80
5.1. Introducción a la sistematización y análisis de datos acopiados	80
5.2. Sistematización y Análisis de datos	83
5.2.1. Pasos realizados para la sistematización y análisis de datos.....	83
5.2.1.1. Procesamiento de la información	83
5.2.2. Componente cualitativo	84
5.3. Sistematización y análisis de los datos	85
5.3.1. Datos sociodemográficos de la población estudiada.....	85
5.3.1.1. Presentación de resultados	85
5.3.2. Edad de la población muestra	86
5.3.3. Identidad de género de la población estudiada	86
5.3.4. Nivel de educación de la población estudiada	88
5.3.5. Situación laboral de la población estudiada	89
5.4. Sección B. NIVEL DE VISIBILIDAD /REVELACIÓN SEROLÓGICA A OTRAS PERSONAS DE SU ENTORNO Y CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA REVELACIÓN	90
5.4.1. Estadística y análisis descriptivo	91
5.5. Sección C. DIVULGACIÓN	94
5.5.1. Análisis estadístico de la variable divulgación (Variables B14a... B14k)	94
5.5.1.1. Análisis descriptivo de la variable B14	95



5.5.1.2. Análisis inferencial	97
5.5.1.3. Análisis estadístico de la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento. (Variables B14a1... B14k1).....	100
5.5.1.4. Análisis estadístico de la experiencia con la divulgación del estatus seropositivo (B15)	105
5.6. Sección D. EXPERIENCIA DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	117
5.6.1. Análisis estadístico de la variable Experiencia de Estigma y Discriminación (Variables C16a... C16k)	118
5.6.1.1. Análisis descriptivo de la variable C16	118
5.6.2. Análisis inferencial de la variable C16	119
5.6.1.2. Relación de las variables C16 con variables sociales.....	119
5.6.3. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por departamento	121
5.6.4. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por Identidad de género.....	122
5.6.5. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por nivel educativo	123
5.7. Sección E. ESTIGMA INTERNO Y RESILIENCIA	124
5.7.1. Análisis estadístico de las Variables D17 (D17a... D17k.) y D18	125
5.7.1.1. Análisis descriptivo D17	125
5.7.1.2. Análisis inferencial	126
5.6.2. Análisis estadístico de la variable D18.....	129
5.6.2.1. Frecuencia simple	129
5.6.2.2. Comparación entre el efecto de hace un año (D18) con la valoración del impacto actual (D17)	129
5.6.2.3. Dimensión Vida Amorosa por D18	130
5.6.2.4. Dimensión Autoestima por D18.....	131
5.6.2.5. Dimensión Capacidad de Logro por D18.....	131
5.6.3. Análisis estadístico de la Variable D19.....	132
5.6.3.1. Análisis descriptivo.....	132
5.6.3.2. Análisis inferencial	133
5.6.3.3. Resumen D19	140
5.6.4. Análisis estadístico Variable 20	140
5.6.4.1. Análisis descriptivo.....	140
5.6.4.2. Análisis inferencial	141
Resumen D20.....	155
5.8. Sección F. EXPERIENCIA EN SERVICIOS DE SALUD	158
5.8.1. Sobre la Prueba VIH (E21-E24)	158
5.8.1.1. Cómo se tomó la decisión de realizarse la prueba VIH.....	158
5.8.1.2. La razón principal por la que se hizo la prueba VIH.....	158
5.8.1.3. Tiempo transcurrido para hacerse la prueba.....	159
5.8.1.4. Duda de hacerse la prueba por miedo	159
5.8.1.5. Resumen	160
5.8.2. Sobre el Tratamiento del VIH (E25-E34)	160
5.8.2.1. Tratamiento: decisión y dudas (E25-E30).....	160
5.8.2.2. Suspensión e interrupción del tratamiento (E31-E34)	163
5.8.2.3. Resumen	166
5.8.3. Sobre el estado de salud actual de las PVVs (E35-E37).....	166
5.8.3.1. Estado de salud	167
5.8.3.2. Enfermedades asociadas al VIH.....	167
5.8.3.3. Acceso a tratamiento para las enfermedades asociadas	168
5.8.3.4. Resumen	168
5.8.4. Servicios de Salud para VIH (E38-E45).....	169
5.8.5. Salud Sexual y Reproductiva (E46-E47).....	172

5.9. Sección G. DERECHOS HUMANOS Y LOGROS ALCANZADOS	176
5.9.1. Vulneración a los derechos	176
5.9.1.1. Restricción arbitraria de derechos	176
5.9.1.2. Violación de derechos	178
5.9.2. Ejercicio de derechos	180
5.9.3. Resumen de la Sección F.....	183
5.10. Sección H. CASOS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN RELACIONADOS CON OTROS FACTORES, ADEMÁS DEL ESTADO SEROLÓGICO	184
5.10.1. Discriminación por identidad de género.....	184
5.10.2. Discriminación por ser HSH/Gay/Bisexual.....	186
5.10.3. Discriminación por ser lesbiana/MSM.....	188
5.10.3. Discriminación por ser bisexual/tener sexo con hombres y mujeres	190
5.10.4. Discriminación por ser trabajador/a del sexo	192
5.10.4. Discriminación por ser consumidor de drogas	195
Bibliografía	198



Tablas

Tabla 1. Población participante del INDEX 2.0	14
Tabla 2. Población participante del INDEX 2.0 por grupos	14
Tabla 3. Códigos y familias de códigos para el análisis de los datos cualitativos	17
Tabla 4. Resumen de los documentos, códigos y citas que comprenden en análisis cualitativo.....	18
Tabla 5. Resumen descriptivo demográfico de la encuesta	18
Tabla 6. Distribución de la muestra por edad.....	19
Tabla 7. Resumen descriptivo de la muestra	19
Tabla 8. Resumen descriptivo de la muestra por nivel de educación.....	20
Tabla 9. Experiencia integral	22
Tabla 10. Experiencia de comunicación	22
Tabla 11. Experiencia de apoyo	23
Tabla 12. Valoración de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, el apoyo recibido de las personas y comunicar el estatus VIH fue más fácil con el tiempo.....	23
Tabla 13. Valoración de la experiencia integral por nivel educativo	24
Tabla 14. Experiencias de estigma y discriminación a causa de estatus de VIH	30
Tabla 15. Exclusión, acoso y discriminación.....	31
Tabla 16. Impacto del VIH sobre la capacidad para satisfacer necesidades	37
Tabla 17. Impacto del VIH sobre la capacidad de satisfacer necesidades.....	38
Tabla 18. Distribución de respuestas negativas a las relaciones sociales	40
Tabla 19. Decisión de realizar la prueba de VIH	49
Tabla 20. ¿Cuál es la razón principal por la que te hiciste la prueba de VIH?	49
Tabla 21. ¿Cuánto tiempo pasó entre el momento en el que pensaste hacerte una prueba de VIH y el momento en el que te la hiciste por primera vez?	49
Tabla 22. ¿Estás o has estado en tratamiento para el VIH?	50
Tabla 23. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el tratamiento para el VIH?	50
Tabla 24. ¿Tú mismo/a decidiste empezar a tomar antirretrovirales o te presionó alguien a hacerlo?	50
Tabla 25. Tras ser diagnosticado/a con VIH ¿cuánto tiempo pasó antes de empezar a tomar antirretrovirales?	51
Tabla 26. En los últimos 12 meses ¿el miedo a que alguien se enterara de tu estatus de VIH te hizo dejar de tomar una dosis de antirretrovirales?	51
Tabla 27. ¿Tu última prueba de carga viral en los últimos 12 meses muestra que eres indetectable?	52
Tabla 28. ¿Alguna vez has interrumpido o detenido el tratamiento antirretroviral?.....	52
Tabla 29. ¿Alguna vez dejaste de tomar antirretrovirales, fue por alguna de las razones siguientes relacionadas con el estigma?.....	52
Tabla 30. E33. Si alguna vez has interrumpido el tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio?	53
Tabla 31. Alguna vez has interrumpido el tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio?	53
Tabla 32. Si alguna vez has interrumpido tus cuidados o tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio de estos?.....	53
Tabla 33. ¿Cuál es la razón principal por la que no estás tomando antirretrovirales actualmente o por la que los interrumpiste?	54
Tabla 34. En general ¿cómo describes tu estado de salud actual?	58
Tabla 35. Cuenta del número de respuestas afirmativas	58

Tabla 36. Durante los últimos 12 meses, ¿te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?	58
Tabla 37. ¿Dónde recibes tus cuidados y tratamientos regulares para el VIH?	60
Tabla 38. ¿Sabes si hay alguna clínica comunitaria que ofrezca servicios relacionados con el VIH a la que puedas acceder?	60
Tabla 39. ¿Cuál de los siguientes servicios puedes recibir en la institución comunitaria?	61
Tabla 40. Durante los últimos 12 meses ¿has experimentado alguna de las siguientes situaciones con el personal del establecimiento en el que recibes atención para el VIH?	61
Tabla 41. ¿Cuándo acude a centros de salud por cuestiones no relacionadas con el VIH, normalmente dices que vives con VIH?	62
Tablas 42. ¿Crees que tu historial médico relacionado con tu estatus de VIH es confidencial?	62
Tabla 43. Número de PVVs que respondieron por variable	66
Tabla 44. En los últimos 12 meses, ¿algún profesional de salud ha hecho alguna de las siguientes cosas debido exclusivamente a que tienes VIH?	66
Tabla 45. ¿En qué localidad, algún profesional de salud ha hecho alguna cosa debido a que tienes VIH?	67
Tabla 46. ¿Le contaste a alguien lo sucedido? ¿a quién?	67
Tabla 47. ¿Algún profesional de salud ha hecho alguna de las siguientes cosas debido exclusivamente a que tienes VIH?	67
Tabla 48. Restricciones arbitrarias de los derechos.....	69
Tabla 49. Violaciones de derechos PVVS.....	71
Tabla 50. ¿Qué hiciste al respecto?	72
Tabla 1B. Numero de cuestionarios	81
Tabla 2B. De códigos usados a través del ATLAS TI	85
Tabla 3B. Resumen descriptivo demográfico de la encuesta	86
Tabla 4B. Distribución de la muestra por edad	86
Tabla 5B. Resumen descriptivo de la muestra por identidad de género	87
Tabla 6B. Resumen descriptivo de la muestra por nivel de educación	89
Tabla 7B. Resumen descriptivo de la muestra por situación laboral.....	90
Tabla 8B. De valores dicotómicos para la divulgación	91
Tabla 9B. Personas que conocen la condición de las PVVS	92



Ilustraciones

Ilustración 1. Distribución de la muestra poblacional por departamento	15
Ilustración 2. Aplicación de cuestionario a nivel nacional	15
Ilustración 3. Distribución de la muestra por sexo y género	18
Ilustración 4. Distribución de la muestra	19
Ilustración 5. Población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	20
Ilustración 6. Distribución de la muestra por situación laboral	21
Ilustración 7. Experiencia de divulgación de tu condición	21
Ilustración 8. Valoración de la experiencia apoyo recibido por nivel educativo.....	25
Ilustración 9. Divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento.....	27
Ilustración 10. Acoso, discriminación y exclusión a causa del estigma VIH	31
Ilustración 11. Exclusión de las actividades familiares.....	32
Ilustración 12. Exclusión familiar por comentarios.....	32
Ilustración 13. Exclusión familiar por acoso verbal.....	32
Ilustración 14. Exclusión, acoso y discriminación por departamento	33
Ilustración 15. Exclusión, acoso y discriminación por identidad de género	34
Ilustración 16. Exclusión, acoso y discriminación por nivel de educación.....	34
Ilustración 18. Impacto del VIH, Nivel Prevalencia.....	37
Ilustración 19. Impacto VIH por dimensiones	38
Ilustración 20. Comparado con hace 1 año, ser seropositivo afectó mejor, igual o peor sobre tus necesidades afectivas, autoestima y logros.....	40
Ilustración 21. Autoestima y Estigma Interno.....	43
Ilustración 22. Restricciones arbitrarias de derechos.....	69
Ilustración 23. Violaciones de derechos PVVS.....	70
Ilustración 24. Si viviste alguna de las violaciones durante los últimos 12 meses ¿intentaste hacer algo al respecto?	72
Mapa 1B. Aplicación de cuestionario a nivel nacional	82
Ilustración 1B. Distribución de la muestra por departamento	82
Ilustración 2B. Distribución de la aplicación de la muestra	82
Ilustración 3B. Distribución de la muestra por sexo y género.....	85
Ilustración 4B. Distribución de la muestra por edad	86
Ilustración 5B.	87
Ilustración 6B. Distribución de la muestra por identidad de género	87
Ilustración 7B. Porcentaje de la muestra de usuarios de drogas.....	88
Ilustración 1C Distribución de la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).....	88
Ilustración 5C. Distribución de la muestra por situación laboral	89
Gráfico 5. Distribución de la muestra por nivel de educación.....	89
Ilustración 6C. Personas que saben de la condición de las PWS.....	92

Resumen ejecutivo

La sistematización y análisis de la información acopiada en el presente informe es el resultado de un estudio sobre estigma y discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA, de acuerdo al Protocolo INDEX 2.0 Bolivia, tomó como premisa el rango de la población estudiada de 18 y más años, que cuente con un diagnóstico confirmado de VIH de al menos 12 meses antes de ejecutarse el estudio, como principal criterio de exclusión.

De acuerdo con la metodología recomendada por GNP+, el 25% del total de la muestra correspondió a poblaciones claves y el 75% deben ser PVV reclutadas en diferentes lugares. Estos porcentajes fueron tomados en cuenta al momento de segmentar las poblaciones, según el perfil epidemiológico del país.

De acuerdo con el Protocolo INDEX 2.0 para la organización de la presente investigación se tomó en cuenta el enfoque de género a la hora de realizar el análisis de los datos. Es importante resaltar que el tamaño de la muestra (974 encuestas) para las categorías presentes se basó en las cifras de los estudios epidemiológicos sobre prevalencia que existe en el país.

La población predominante que vive con VIH son varones de diferentes identidades de género, evidenciando el nivel de riesgo relacionado con sus hábitos y formas de vida. Lo que indica que la forma cómo los varones son educados en contextos machistas, donde hábitos y costumbres hacen que los hombres se expongan más a situaciones problemáticas en todos los campos, principalmente en cómo asumen la sexualidad, sin que ello implique necesariamente hábitos promiscuos u homosexuales, porque de acuerdo con los resultados del presente estudio, el grupo de población general es el 54% de la muestra, siendo significativamente más que el resto de identidades genéricas.

En las siguientes páginas se presenta la información ofrecida por la población estudiada, en donde se caracteriza la predominancia de PPVS varones respecto de las mujeres, además de la población joven, lo que nos indica que esta condición tiene como sujetos más expuestos a jóvenes varones de diferentes identidades de género.

Una vez concluido el trabajo de campo y la recolección de datos, la base de datos fue depurada, codificada de acuerdo a la aplicación a las directrices técnicas señaladas en el modelo metodológicos. Se aplicaron algoritmos de consistencia mediante el programa de carga, para asegurar la calidad total de la base de datos final. Toda la información recolectada durante el trabajo de campo, fue procesada por medio del “Paquete Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS 16). Además, para la analítica descriptiva e inferencial se aplicó la programación R, este lenguaje, de código abierto, permitió enriquecer y simplificar la computación estadística y los gráficos.

El modo de presentación de los datos analizados se refleja de dos maneras por una parte los datos descriptivos y posteriormente los análisis inferenciales, de acuerdo al orden del cuestionario, de la siguiente manera:

- a. **Sección A** describe las características sociodemográficas de la población estudiada.
- b. **Sección B** trata el nivel de visibilidad /revelación serológica) a otras personas de su entorno y cuál fue el resultado de la revelación.
- c. **Sección C** aborda el estigma externo, es decir las diferentes situaciones y escenarios donde se experimenta actos de estigma y discriminación a manos de terceras personas basados en el Se explora estado serológico (exclusión, rechazo, violencia verbal y física, etc.).
- d. **Sección D** se ocupa del estigma interno y resiliencia, en el cual se indaga sobre el impacto del VIH en la salud mental y emocional (ideas, creencias, emociones) y como este aspecto ha condicionado la satisfacción de las necesidades. Se averigua sobre la situaciones de autoexclusión; es decir, actividades que la persona ha dejado de realizar a causa de su diagnóstico.



- e. **Sección E** examina la relación con el servicio de salud público, que incluye circunstancia de la prueba del VIH, tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, inicio de tratamiento, pruebas de seguimiento, interrupciones del tratamiento, razones por no seguir tratamiento, infecciones oportunistas e ITS, acceso a servicios comunitarios, relación con el personal de salud, confidencialidad, temores y situaciones de discriminación por parte de proveedores de salud.
- f. **Sección F** se registran las diferentes violaciones a los DDHH de las personas con VIH en diferentes ámbitos: acceso a la salud, trabajo, vivienda, justicia, etc. También se explora la capacidad de respuesta ante estas violaciones: denuncia, seguimiento y resultado.
- g. **Sección G** se exponen las situaciones de estigma y discriminación originados por razones diferentes del estado serológico. Aquí se identifica las intersecciones de la discriminación y como esta se cruza con variables como el género, orientación sexual, identidad y expresión de género, trabajo sexual, consumo de drogas, entre otros.
- h. Las entrevistas en el componente cualitativo, tanto individuales o en grupos focales se realizaron garantizando la confidencialidad. Las entrevistas se extendieron por hora y media, dependiendo del grado de riqueza de la entrevista, se procedió al registro textual que permitió organizar, sistematizar y analizar el conjunto de informaciones. Se trabajó bajo el soporte del sistema Atlas. Ti, a través de la codificación y familiarización de la información.

Introducción

El presente documento se constituye en un resumen de los principales hallazgos sobre situaciones de estigma y de discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA en Bolivia.

Esta investigación tuvo por objetivo conocer los estigmas y las formas de discriminación que enfrentan actualmente la población que vive con VIH/SIDA en el país. Además, al constituirse en el segundo estudio a nivel nacional basado en la medición del Índice de Estigma y Discriminación hacia Personas con VIH (INDEX)¹, tuvo también entre sus objetivos establecer comparaciones entre las expresiones de estigma y discriminación a través del tiempo y en diversos entornos, de manera que sea posible identificar cambios en la realidad, así como las situaciones críticas que atraviesan a día de hoy esta población. El fin último, es que los resultados arrojados faciliten las gestiones y acciones de incidencia política en favor de la población con VIH/SIDA.

La aplicación del INDEX es una iniciativa global, y es promovida a nivel internacional por la Red Global de Personas que Viven con VIH/SIDA (GNP+), la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y ONUSIDA, instancias que coadyuvan en la implementación del mismo en los diferentes países. A nivel Bolivia, la realización del INDEX fue impulsado por la Red nacional de personas que viven con VIH-SIDA (REDBOL), que a través de alianzas estratégicas hicieron posible la ejecución del estudio por segunda vez.

En cuanto a las características del estudio, mencionar que fue realizado en la gestión 2022, durante el segundo semestre. Tuvo un alcance nacional, ya que involucró la participación de personas con VIH/SIDA de los nueve departamentos de Bolivia, con énfasis de las tres ciudades del eje troncal Santa Cruz – Cochabamba – La Paz, en coherencia con la información brindada por el Ministerio de Salud y Deportes sobre la situación del VIH/SIDA en Bolivia. Los datos fueron recabados a través de entrevistas, grupos focales y la aplicación del cuestionario INDEX, que en su versión 2.0 incluyó el enfoque de la interseccionalidad de las discriminaciones, es decir, que considera que el estado serológico se cruza con otros factores como la identidad de género, la orientación sexual, las condiciones de trabajo, el consumo de drogas, entre otros, los cuales profundizan las situaciones de vulnerabilidad que enfrenta la población con VIH/SIDA.

En lo referido a la estructura de este documento resumen, se organiza en cuatro partes: La primera aborda el aspecto metodológico, donde se brinda información detallada acerca de los procedimientos seguidos para el relevamiento y análisis de los datos en cada una de sus etapas. En la segunda parte se presenta, de manera resumida, los principales hallazgos de la investigación según las secciones del cuestionario INDEX 2.0, es decir, las características sociodemográficas de la población participante del estudio; nivel de divulgación del estado serológico; estigma externo y discriminación; estigma internalizado y resiliencia; salud; Derechos Humanos; y estigma y discriminación por razones diferentes al estado serológico. La tercera parte es una breve exposición de la propuesta de incidencia a partir de los resultados del estudio y, finalmente, en la cuarta parte se presentan las conclusiones generales.

1. MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

De manera general, este estudio fue realizado siguiendo la metodología establecida en la *Guía de implementación. Manual de apoyo a redes de personas que viven con VIH para realizar el Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH 2.0 (2021)* así como las recomendaciones metodológicas proveídas por la Asociación Internacional (AI) conformada por GNP+, ICW y ONUSIDA, en las cuales se establece seis etapas para la aplicación del INDEX 2.0, que van desde la preparación, la planeación de la investigación, la preparación de la recolección de datos, la recolección de datos, el análisis de los datos y redacción de informes y, finalmente, las acciones de incidencia. Por otra parte, el estudio se lo puede caracterizar como de tipo descriptivo – transversal y de enfoque mixto, ya que se utilizó técnicas cuantitativas y cualitativas para la generación y análisis de datos.

¹ Ver documento *El estigma y la discriminación en VIH/sida en Bolivia (2011)*. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/images/2015/febrero/indicesddhh/BOLIVIA%202011%20EstigmaDiscriminacion.pdf>



1.1. Participantes

El cálculo de la muestra poblacional fue de tipo probabilístico estratificado. Para ello se utilizó la “calculadora para tamaño de muestras” desarrollada para los estudios del INDEX 2.0 que considera:

- Prevalencia de estigma anticipado = $29\% + 28\% / 2 = 28,5\%$
- Proporción esperada: 28,5% prevalencia promediada de las preguntas “evitó ir a una clínica cuando lo necesitaba” y “Evitó ir a un hospital cuando lo necesitaba” (Fuente: Índice de Estigma y Discriminación en PVV, 2011).
- Nivel de confianza: 95%
- Precisión: 6%.

A partir de esta fórmula el tamaño muestral estimado fue de 861 personas, a la cual se agregó el 10% de tasa de rechazo, por lo que se determinó un tamaño final de 947 personas con VIH/SIDA. De esta muestra, se lograron realizar 944 encuestas para el análisis de datos. Es importante resaltar que el tamaño de la muestra se basó en las cifras de los estudios epidemiológicos sobre prevalencia que existe en el país.

Una vez establecido el número de la muestra, la selección de las personas participantes respondió a los criterios establecidos en el Protocolo INDEX 2.0 Bolivia, como ser: tener 18 y más años; que cuente con un diagnóstico confirmado de VIH de al menos 12 meses antes de ejecutarse el estudio, como principal criterio de exclusión; y que se considere las poblaciones clave según el perfil epidemiológico de VIH/SIDA en Bolivia.

A continuación, se presenta un resumen de los grupos poblacionales participantes de la encuesta INDEX 2.0:

Tabla 1. Población participante del INDEX 2.0

Número total de sexo hombres	618
Número total de sexo mujeres	326

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

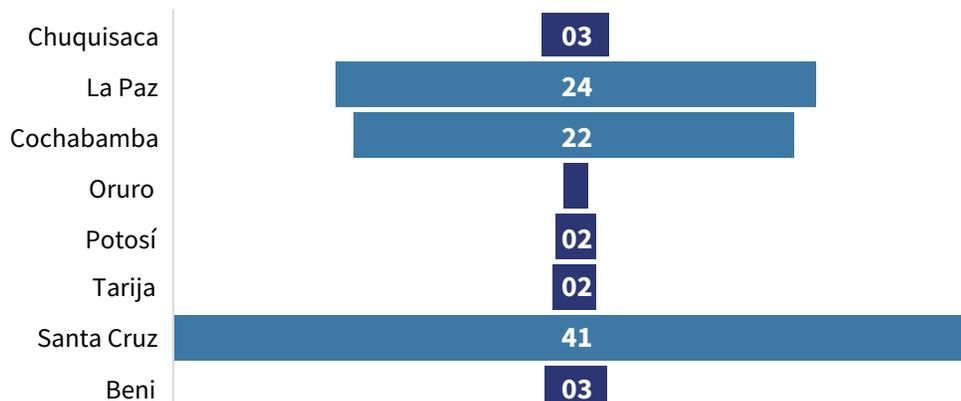
Tabla 2. Población participante del INDEX 2.0 por grupos

Grupo poblacional	Total	%
Población general	506	53.60%
HSH	380	40.25%
Mujer transgénero	39	4.13%
Hombre transgénero	8	0.85%
No binario	8	0.85%
Mujer trabajadora sexual	7	0.74%
Trabajador/a sexual	22	2.33%
Usuario/a de droga	16	1.69%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

En cuanto a la distribución poblacional por departamento, se consideró los datos del Ministerio de Salud que indican que la mayor parte de la Población que Vive con VIH (PVV) se encuentran en el eje central Santa Cruz – Cochabamba – La Paz.

Ilustración 1. Distribución de la muestra poblacional por departamento



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Ilustración 1. Aplicación de cuestionario a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

1.2. Instrumentos para el relevamiento de información

Los datos cuantitativos fueron recabados mediante el cuestionario INDEX 2.0. Posteriormente, y a partir de los resultados preliminares cuantitativos, se construyó una guía de 17 preguntas para la aplicación de las técnicas cualitativas de entrevista y grupos focales, la misma que fue socializada y consensuada con el equipo de investigación y las y los entrevistadores. Los resultados preliminares de la encuesta INDEX 2.0 fueron de gran importancia para definir las áreas temáticas a profundizar, a través de la narración de experiencias, creencias, emociones y actitudes asumidas por las personas a partir de su estado serológico.

1.3. Procedimiento para el relevamiento de los datos

En primera instancia se realizó contacto con el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y Hepatitis Virales dirigido a los directores de las CDVIR, los directores de los Hospitales donde se realizó el estudio y a los jefe/as de los programas de VIH a nivel regional, con el fin de involucrarlos en el proceso y permitir la autorización para realizar el trabajo de campo en sus respectivas instituciones.

Los encuestadores/as asignados para aplicar el cuestionario en estos servicios, eran consejeros/as y vinculadoras/as de la REDBOL principalmente, todos consejeros pares que habían tenido contacto previo

con los usuarios. Para la recopilación de los datos cuantitativos cada encuestador realizó 79 encuestas como mínimo y cada encuesta tuvo una duración de 2 horas aproximadamente, El cuestionario aplicado es el Índice de estigma en PVIH 2.0 estructurado en 8 secciones y 80 preguntas estructuradas. Para la aplicación se tomó en cuenta el protocolo correspondiente y hojas de consentimiento verbal, la selección la población que cumpla con el criterio de básico de tener un diagnóstico de VIH y ser parte de alguna de estas poblaciones y se las agrupo en esa misma similitud.

El acopio de datos del cuestionario se hizo mediante la aplicación de REDcap (Research Electronic Data Capture) provista por GNP+ y por la Universidad Johns Hopkins para el uso en los estudios del Índice en PVV a nivel mundial. Toda la información recolectada durante el trabajo de campo, fue procesada por medio del “Paquete Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS 16). Además, para la analítica descriptiva e inferencial se aplicó la programación R, este lenguaje, de código abierto, permitió enriquecer y simplificar la computación estadística y los gráficos.

En el componente cualitativo, tanto las entrevistas como los grupos focales se realizaron garantizando la confidencialidad. Las entrevistas se extendieron por hora y media, dependiendo del grado de riqueza de las experiencias, y luego se procedió al registro textual que permitió organizar, sistematizar y analizar el conjunto de informaciones. Una vez transcritas las entrevistas y grupos focales, se procedió al análisis de la información cualitativa a través del sistema ATLAS.ti. Se cargaron un total de 21 documentos que fueron agrupados por población: nueve documentos del grupo poblacional Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH); dos documentos del grupo poblacional Mujeres Transfemeninas (MT); dos documentos del grupo Personas Privadas de Libertad (PPL); dos documentos del grupo Personas Usuaras de Drogas (PUD); cuatro documentos del grupo poblacional Trabajadores(as) sexuales (TS); y dos documentos del grupo Población en General (PG).

1.4. Análisis de los datos

1.4.1. Análisis de los datos cuantitativos

Los datos recogidos fueron exportados a hojas electrónicas Excel para ser analizados, codificados y se generaron tablas de salida, tablas de frecuencias y tablas de tendencias, sometiendo a prueba de Chi cuadrado para las hipótesis referidas a distribuciones de frecuencias. En un primer momento se realizó un análisis invariado, a base de los datos primarios, a fin de describir y evaluar las propiedades de cada una las variables, preparándolas para el posterior análisis de relación entre una variable y otras. Se enfatizó el análisis de la información a través de las variables género y capas etarias. Todos los resultados pueden ser desagregados por estos dos factores.

Para el cruce de variables:

- Se comprobó si las variables están relacionadas. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Si el valor de Alpha es menor a 0,05 se asume que las variables están relacionadas.
- Si las variables están relacionadas, se realizó la prueba V de Cramer. Esta prueba midió la intensidad de la relación o la intensidad del efecto de una variable sobre otra. Cuanto más cercano a 1 es el valor de la prueba, la relación de las variables tuvo mayor consistencia estadística y viceversa. Si la prueba arrojó un valor de 0,1 o menor se desecharon la relación de las variables por ser estadísticamente irrelevante o inconsistente. Si la prueba V de Cramer arrojó resultados con valores mayor a 0,1 (preferiblemente mayor a 0,15) pudo proceder al procesamiento.
- El procesamiento consistió en explicar cómo una variable influye en la otra, para este fin, se realizaron pruebas de regresión logística, no siempre fueron exitosas.
- Alternativamente, se optó por otro instrumento que es la Estimación de Riesgo que calculó la probabilidad de que un hecho ocurra cuando esté presente un determinado factor.

Estas variables se contrastan con las variables establecidas en cada sección.

1.4.2. Análisis de los datos cualitativos

Para el análisis de las entrevistas y grupos focales se crearon un total de 20 códigos, los cuales fueron agrupados en cinco familias que responden a las temáticas abordadas en el cuestionario INDEX 2.0:

Tabla 3. Códigos y familias de códigos para el análisis de los datos cualitativos

Códigos utilizados en el análisis cualitativo	Familia de Códigos (Sección del cuestionario INDEX 2.0 con la cual se relaciona)
Personas a quienes comunicó su estado serológico Filtración de su estado serológico sin su consentimiento	Divulgación (Sección B)
Experiencias de estigmatización y discriminación por razón de su estado serológico Acciones o actitudes asumidas frente al estigma y la discriminación Personas, instituciones o sectores que intervienen en las situaciones de estigma y discriminación hacia las personas con PVV Factores que favorecen la correcta gestión del estigma y la discriminación Propuestas para enfrentar las situaciones de estigma y discriminación hacia las personas con PVV	Experiencia con el estigma y la discriminación (Sección C)
Ideas, creencias y emociones propias asociadas a su estado serológico Actitudes y conductas asumidas por su estado serológico Impactos en la salud mental por su estado serológico Estrategias de afrontamiento y resiliencia	Estigma internalizado (Sección D)
Experiencia en la atención en los CDVIR y centros de apoyo Experiencia en la atención médica por problemas diferentes a su estado serológico Experiencia en la administración del tratamiento Cambios en las prácticas de cuidado de la salud	Salud (Sección E)
Conocimiento sobre los derechos de las personas con PVV Experiencias propias o conocidas sobre violación de derechos humanos a personas con PVV Acciones realizadas o conocidas ante violaciones a los derechos humanos de las personas con PVV	Derechos Humanos (Sección F)
Experiencias de estigma y discriminación por razones diferentes a su estado serológico. Uso de drogas	Estigma y discriminación por otros factores diferentes al estado serológico (Sección F)

Fuente: Elaboración propia (2022)



En total, se logró extraer 463 citas diferenciadas por grupos poblacionales, que refieren a temas de: experiencias de divulgación del estado serológico, estigma y discriminación; estigma internalizado, salud, Derechos Humanos, y situaciones de discriminación por razones diferentes al estado serológico. La data generada permitió identificar las experiencias comunes que enfrentan los distintos grupos de PVV, como también las situaciones diferenciadas que profundizan las condiciones de vulnerabilidad. Asimismo, contribuyó a comprender y profundizar en los resultados del análisis cuantitativo.

Tabla 4. Resumen de los documentos, códigos y citas que comprenden en análisis cualitativo

		1 HSH 9 255	2 MT 2 43	3 PG 2 85	4 PPL 2 46	5 PUD 2 9	6 TS 4 57	Totales
Derechos Humanos	3 58	26	2	11	8	2	10	58
Divulgación	2 50	24	5	10	3		8	50
Estigma internalizado	4 146	75	8	32	11	2	14	146
Experiencia con el estigma y la discriminación	5 96	49	12	18	4	1	12	96
Experiencia de estigma y discriminación por razones diferen...	2 34	3	2		5	1	1	14
Salud	4 98	46	13	19	6	1	13	98
Totales		227	42	90	32	9	58	463

Fuente: Elaboración propia a través del sistema ATLAS.ti (2022)

2. RESULTADOS

2.1. Sección A: Características sociodemográficas de la muestra poblacional

Como se afirmó aplicamos técnicas y sistemas acordados a nivel regional para estandarizar resultados; además, de tomar en cuenta el Índice 2011 realizado por el Ministerio de Salud.

2.1.1. Presentación de resultados

Los datos sociodemográfica de la población estudiada se caracteriza por la predominancia de PPVS varones respecto de las mujeres; además del carácter población mayoritariamente joven.

Ilustración 3. Distribución de la muestra por sexo y género

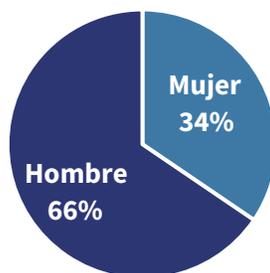


Tabla 5. Resumen descriptivo demográfico de la encuesta

		N	Peso relativo
Género	Hombre	565	59.85%
	Mujer	314	33.26%
	Transgénero	47	4.98%
	Prefiero no responder	10	1.06%
	No me identifico como mujer, hombre ni transgénero	8	0.85%
	Total general	944	100.00%

Como se puede observar es evidente que aproximadamente el 60% de la PVVS son de sexo masculino, de cada 10 PVV seis son hombres, en su mayoría viven en el eje La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, siendo este último departamento que tiene el 40% de la población que vive con VIH a nivel nacional.

2.1.2. Edad de la población muestra

En concordancia con los indicadores epidemiológicos del Ministerio de Salud 2021, la población más expuesta a esta condición es población del rango de 14 a 30 años, según la fuente citada. Lo que se expresa de manera coincidente con la muestra del estudio el rango de los 18 a 25 años que compone el 21% de este.

Tabla 6. Distribución de la muestra por edad

Edad	Recuento	Porcentaje
Mayor de 25 años	755	79.98%
Menor o igual de 25 años	189	20.02%
Total general	944	100.00%

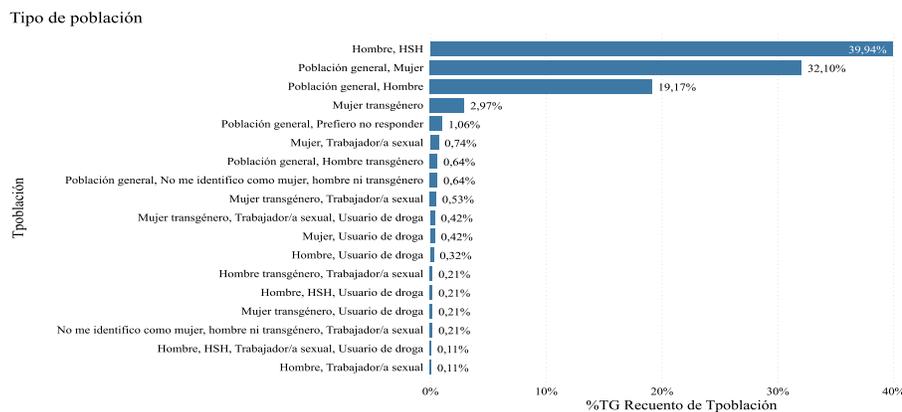
2.1.3. Identidad de género de la población estudiada

Más allá del sentido común es notorio entre población en general que se identifica como hombre y mujer se concentra el 53% de la muestra, siendo significativamente más que el resto de identidades genéricas. Seguida de los hombres que tienen sexo con hombres 40%.

Tabla 7. Resumen descriptivo de la muestra

Por tipo de población (permite intersección)	Recuento	Porcentaje
Población general	506	53.60%
HSH	380	40.25%
Mujer transgénero	39	4.13%
Hombre transgénero	8	0.85%
No binario	8	0.85%
Mujer trabajadora sexual	7	0.74%
Trabajador/a sexual	22	2.33%
Usuario de droga	16	1.69%

Ilustración 4. Distribución de la muestra



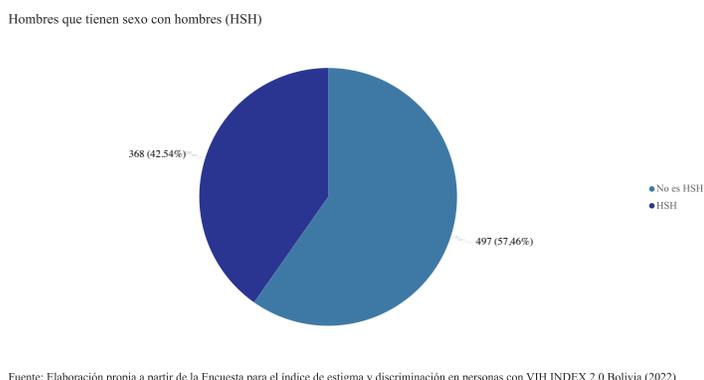
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)



Los datos de las dos figuras anteriores muestran que el 52% de la población que vive con VIH son personas que se declaran con identidad de género concordante con su sexo; a este dato, se suma la categoría de hombres que tienen sexo con hombres, cifra que amplía el índice a 92% de las PVVS de la muestra, que no se declaran poblaciones con identidades genéricas diversas.

El estudio identificó dentro de las PVVS, de acuerdo con el Protocolo INDEX 2.0 2022, a los usuarios de drogas, aproximadamente 2% de la muestra, quienes declaran al haber consumido drogas con una frecuencia mayor a dos veces por semana, considerando una de las poblaciones más vulnerables. Este grupo contiene identidades diversas, como ser: hombre, mujeres, trabajadoras (es) sexuales, hombre que tiene sexo con hombres, mujer transgénero, entre otros.

Ilustración 5. Población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)



Una de las poblaciones más significativas y numerosas en la muestra es la categoría hombres que tienen sexo con hombres. Se trata del 43% de la muestra, lo que determina que esta población, al contrario que los usuarios de drogas, son una población de alto riesgo para la condición de PVV.

2.1.4. Nivel de educación de la población estudiada

Este es uno de los datos más interesantes del estudio, pues revela que el nivel de educación no es una variable determinante para tener esta condición. Los datos revelan que el nivel educativo no es una variable determinante para la condición ya que está relativamente distribuida la condición en todos los niveles.

Tabla 8. Resumen descriptivo de la muestra por nivel de educación

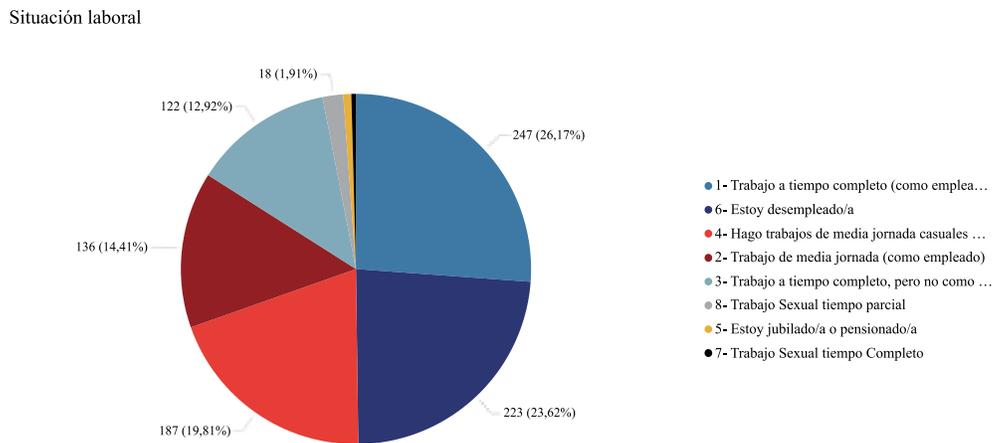
Nivel educativo			
Estudios de secundaria	396	41.95%	
Estudios de primaria	176	18.64%	
Educación superior o universitaria	173	18.33%	
Estudios terciarios o de formación profesional (tecnicatura)	156	16.53%	
Estudios de posgrado (especializaciones, maestría, doctorado)	26	2.75%	
No recibí educación formal	17	1.80%	
Total general	944	100.00%	

Debemos destacar en esta variable que la población más representativa es la que tiene estudios secundarios, seguida del nivel primario y universitario, estas dos últimas comparten similar porcentaje con el nivel terciario. Lo que implica que hay una distribución equilibrada del nivel educativo, determinando que la educación no es un factor determinante para vivir con esta condición. Como se muestra en la tabla el nivel sin educación formal es el menos significativo con menos de 1%.

2.1.5. Situación laboral de la población estudiada

Los indicadores de empleo de la población estudiada reflejan la precariedad del empleo en el país, a pesar que la población en el acápite anterior revela un nivel de educación aceptable para el 57% de la población estudiada, la misma que manifiesta tener formación por encima del nivel secundario. Los datos revelan que la situación laboral es altamente compleja, pues solo el 26% declara tener trabajo a tiempo completo.

Ilustración 6. Distribución de la muestra por situación laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Los datos expuestos nos revelan la difícil situación laboral de la mayoría de los entrevistados. El 24% de la muestra está desempleado, se podría presumir que esta situación se debe a que la mayoría es población joven, siendo este grupo etario el que menos oportunidades laborales tiene en el país, según la Encuesta continua de empleo -INE 2022-. El resto o trabajan tiempo parcial o trabajan en la informalidad. Es importante remarcar que solo el 2,33% hacen trabajo sexual y solo el 1,91% a tiempo completo.

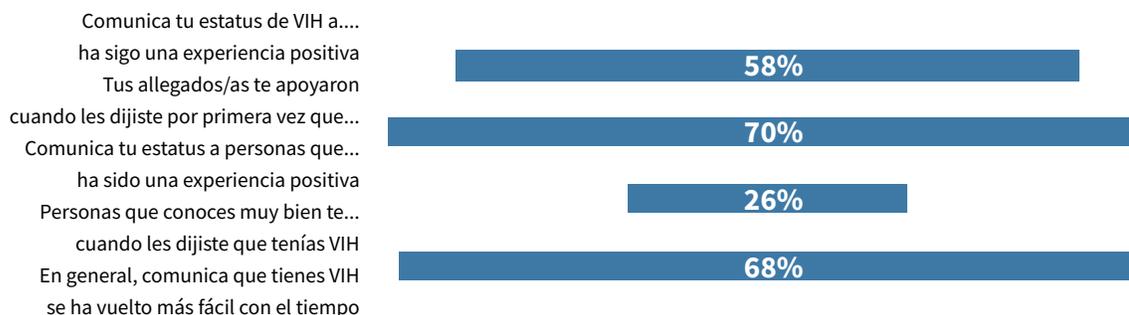
2.2. Sección B: Experiencia de divulgación del estatus seropositivo

2.2.1. Experiencia de divulgación del estatus seropositivo con consentimiento

2.2.1.1. Análisis estadístico descriptivo

La siguiente ilustración muestra las variables expresadas en proporciones respecto de la divulgación, de la siguiente manera.

Ilustración 7. Experiencia de divulgación de tu condición



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se puede observar que:

- 58% valoran como experiencia positiva el haber comunicado su estatus VIH a personas cercanas. De las cuales el 70% afirman haber recibido apoyo de personas cercanas.
- Por el contrario 26% valoran la experiencia como positiva al haber comunicado su estatus VIH a personas que no conoce muy bien; en tanto que 57% no valoran como negativa. Sin embargo, 68% afirman haber recibido apoyo de las personas que no conoce muy bien.
- 32% considera que, con el tiempo, se ha vuelto más fácil comunicar el estatus VIH; siendo la tendencia negativa la predominante.

2.2.1.2. Validación de la experiencia de divulgación

Las valoraciones sobre la experiencia integral de revelación del estatus seropositivo se analizaron cruzando las variables de la sección con las sociodemográficas y el resultado es el siguiente:

Tabla 9. Experiencia integral

	N	%
De acuerdo	244	26%
Un poco de acuerdo	486	52%
En desacuerdo	199	21%
Total	929	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede apreciar, 52% de los casos considera que están “un poco de acuerdo” sumados a los que valoran de manera positiva 26%, calificando la experiencia integral como positiva. En tanto que el 21% manifiestan estar en “desacuerdo”, calificando su experiencia integral como negativa.

En la experiencia de comunicación, se tiene la siguiente distribución por categoría:

Tabla 10. Experiencia de comunicación

	N	%
De acuerdo	227	25%
Un poco de acuerdo	411	44%
En desacuerdo	288	31%
Total	926	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

El 44% tiene una valoración de tendencia neutral sobre su experiencia específica de comunicación. En los extremos, se tiene que 25% tiene una valoración positiva; en tanto que, 31%, una valoración negativa.

Se puede concluir que, hay una ligera tendencia a valorar su experiencia general como negativa.

La experiencia de apoyo, tampoco se ajusta a una distribución normal, con un marcado sesgo negativo, hacia los valores inferiores.

Tabla 11. Experiencia de apoyo

	N	%
De acuerdo	560	62%
Un poco de acuerdo	233	26%
En desacuerdo	105	12%
Total	898	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede apreciar, 62% de los encuestados han valorado como positiva la experiencia de haber recibido apoyo de las personas a las que se comunicó el estatus VIH; solamente 12% valoró como negativa y 26% valoró con tendencia neutral.

La experiencia con la comunicación del estatus VIH, según identidad de género siguiente tabla evidencia la distribución, según identidad de género, de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, tanto a nivel del concepto general, experiencia integral, como, a nivel de las dimensiones, experiencia específica con la comunicación y el apoyo recibido.

Tabla 12. Valoración de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, el apoyo recibido de las personas y comunicar el estatus VIH fue más fácil con el tiempo

		Mujer	Hombre	Transgénero	Otro
Experiencia integral	Positiva	27%	27%	13%	50%
	Neutral	47%	54%	66%	50%
	Negativa	27%	19%	21%	0%
Experiencia comunicación	Positiva	25%	25%	11%	50%
	Neutral	41%	45%	60%	50%
	Negativa	35%	30%	30%	0%
Experiencia apoyo	Positiva	58%	66%	55%	75%
	Neutral	26%	25%	34%	25%
	Negativa	15%	9%	11%	0%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Los datos relevantes representan lo siguiente:

En la experiencia integral, se puede apreciar que las valoraciones se concentran en la tendencia neutral y, en el contraste de los extremos, no existen notorias diferencias entre las categorías respecto de la valoración positiva y negativa

- Positiva, la categoría “Hombre” tiene 27% de valoración positiva y 19% de valoración negativa.
- Negativa, la categoría “Transgénero” registra 21% de valoración negativa y 13% de valoración positiva; ‘Mujer’ que tiene la misma proporción de valoración negativa y positiva (27%).
- El caso de la categoría ‘Otro’ que corresponde a las PVVS que no se identifican con mujer, hombre ni transgénero, los resultados carecen de valor estadístico ya que se trata de apenas 8 casos.

Experiencia de divulgación, según nivel educativo, la tabla muestra que tanto a nivel del concepto general, experiencia integral, como experiencia específica con la comunicación y con el apoyo recibido.

Tabla 13. Valoración de la experiencia integral por nivel educativo

	B15. Experiencia Integral			B15. Experiencia comunicación			B15. Experiencia apoyo		
	Positiva	Neutral	Negativa	Positiva	Neutral	Negativa	Positiva	Neutral	Negativa
No recibí educación formal	18%	29%	53%	18%	18%	65%	38%	44%	19%
Estudios de primaria	26%	47%	27%	24%	43%	33%	53%	31%	16%
Estudios de secundaria	22%	56%	22%	20%	45%	36%	61%	27%	12%
Estudios terciarios*	30%	52%	18%	31%	45%	25%	64%	25%	11%
Educación superior**	35%	52%	14%	30%	47%	23%	73%	19%	8%
Estudios de posgrado***	27%	50%	23%	27%	50%	23%	77%	12%	12%

*Formación Profesional (tecnicatura)

** universitaria

*** (especializaciones, maestría, doctorado)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

En la **experiencia integral**, se puede apreciar que, con excepción de la categoría “No recibí educación formal”, las valoraciones se concentran en la tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene:

- Positiva, se tiene tres categorías en las que la valoración positiva es superior: “Educación superior” con 35% de valoración positiva y 14% de valoración negativa; “Estudios terciarios” con 30% de valoración positiva y 18% de valoración negativa y, “Estudios de posgrado” con 27% de valoración positiva y 23% de valoración negativa.
- Negativa, se tiene tres categorías con valoración negativa: “No recibí educación formal” con 53% de valoración negativa y 18% de valoración positiva; “Estudios de primaria” con 27% de valoración negativa y 26% de valoración positiva y, “Estudios de secundaria” con igual proporción de valoración negativa y positiva 22%.

En la **experiencia específica** con comunicación, se puede apreciar que, con excepción de la categoría “No recibí educación formal”, las valoraciones se concentran en la tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene:

- Positiva, se tienen tres categorías en las que la valoración positiva es superior: “Estudios terciarios” con 31% de valoración positiva y 23% de valoración negativa; “Educación superior” con 30% de valoración positiva y 23% de valoración negativa y, “Estudios de posgrado” con 27% de valoración positiva y 23% de valoración negativa.
- Negativa, se tienen tres categorías con valoración negativa: “No recibí educación formal” con 65% de valoración negativa y 18% de valoración positiva; “Estudios de secundaria” con 36% de valoración negativa y 20% de valoración positiva y, “Estudios de primaria” con 33% de valoración negativa y 24% de valoración positiva.

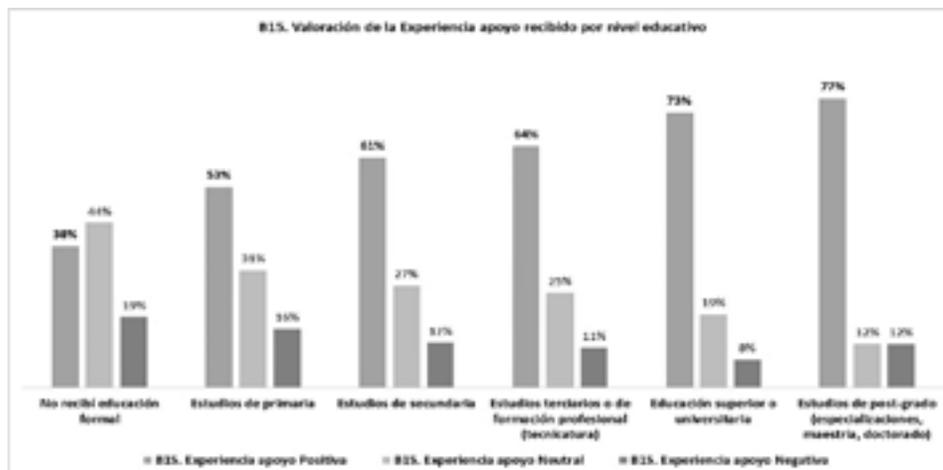
En la **experiencia de apoyo recibido**, se puede apreciar que con excepción de la categoría “No recibí educación formal”, la valoración positiva es predominante, siendo mayor o igual a 53% en todas las categorías restantes.

Los datos muestran que, en la experiencia integral, existe una diferencia marcada entre las PVVS que tienen un mayor nivel de educación (terciaria, superior y posgrado) y las que tienen un menor nivel educativo (sin educación formal, primaria y secundaria) respecto a las valoraciones; las PVVS de mayor nivel educativo tienden a una valoración positiva; en tanto que las de menor nivel educativo tienden a una valoración negativa.

Resalta el caso de las PVVS que no recibieron educación formal que tiene una tendencia a valorar negativamente sus experiencias: integral y específicas, marcando diferencias notorias con las PVVS que recibieron educación formal.

Se puede concluir que: Por una parte, la valoración general es positiva; empero, existe un problema con el hecho específico de comunicar o hablar del estatus VIH que no tiene que ver con la reacción de las personas a las que se les informó, ya que la valoración es masivamente positiva; sino más bien, con algún tema más íntimo, psicológico o de creencias que puede estar asociado con el estigma interno.

Ilustración 8. Valoración de la experiencia apoyo recibido por nivel educativo



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

2.2.1.3. Conclusiones del análisis estadístico

- 85% de las PVVS afirmaron que su estatus seropositivo está divulgado en los distintos ámbitos de sus relaciones sociales, siendo los ámbitos de la pareja, familia y amistades donde se concentra 78% de las respuestas afirmativas referidas a la divulgación del estatus seropositivo.
- 36% es la incidencia de este tipo de violación de derechos, en el conjunto de la población de PVVS.
- La valoración de las PVVS respecto de su experiencia integral con la comunicación de su estatus VIH, el apoyo recibido de las personas a las que informaron y la facilidad adquirida con el tiempo para comunicar su estatus VIH, tiende a ser positiva en términos generales; sin embargo, la valoración sobre la experiencia específica con el hecho de comunicar o hablar sobre su estatus VIH con otras personas, tiene una valoración con tendencia negativa; contrariamente, el apoyo recibido de las personas tiene valoración positiva.
- La experiencia integral en los departamentos de: Potosí, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija, se registra mayores valoraciones positivas; por el contrario, en los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, Oruro y Beni, se registran mayores valoraciones negativas.
- En la experiencia específica con la comunicación, solamente los departamentos de Potosí y La Paz registran valoraciones positivas mayores que las negativas; por el contrario, los departamentos Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro y Beni registran mayor valoración negativa que positiva.
- En la experiencia específica con el apoyo recibido, el único departamento que registra una valoración negativa mayor es Chuquisaca.
- En la experiencia integral por identidad de género, se tiene que los hombres registran una valoración positiva mayor; en tanto que, las mujeres registran valoración similar positiva y negativa y, las PVV transgénero registran mayor valoración negativa que positiva.
- En la experiencia con el apoyo recibido, en todas las categorías de identidad de género se registra mayor valoración positiva.

- En la distribución por nivel educativo, se tiene, en la experiencia integral, se tiene que las PVVS que tienen estudios terciarios, superior y posgrado, tienen una valoración positiva mayor que negativa; en tanto que las PVVS que no recibieron educación formal, primaria y secundaria, registran una valoración negativa mayor que positiva.
- En la experiencia específica con la comunicación, se tiene que, también, las PVVS con estudios terciarios, superior y posgrado, registran mayor valoración positiva.
- En la experiencia específica con el apoyo recibido, todas la PVVS que recibieron educación formal (primaria, secundaria, terciaria, superior y posgrado) registran mayor valoración positiva.

2.2.1.4. Interpretación de los datos cualitativos

De acuerdo a la información recabada en las entrevistas y grupo focales, las PVV expresaron que optan por comunicar de manera voluntaria su estado serológico a sus grupos primarios, conformados principalmente por: la pareja, a la familia nuclear, y amistades más cercanas. Las PVV indicaron tomar la decisión de comunicar a sus grupos primarios su estado serológico por la función de contención que tienen para ellos y ellas. En el caso de la comunicación del estado serológico a la pareja o futura pareja, se valoró como una “responsabilidad” con un gran peso emocional, y que - en gran medida - representa una prueba para que la relación termine o prospere.

“en las relaciones de pareja siempre he tratado de ir de frente y decirles que vivo con VIH y algunas personas dicen aceptarlo, pero de alguna forma se van alejando y se desprenden de una, y se van y se alejan, no te dicen que no quieren estar contigo por el tema, incluso dicen que no es el motivo por el cual me están dejando, pero después, al tiempo me entero de los comentarios que hacen a otros amigos o ex parejas sobre mi diagnóstico y dicen que fue por ese tema que no quisieron estar conmigo”. ENGI PG

En cuanto a la respuesta recibida una vez comunicado el estado serológico, las PVV señalaron que el desconocimiento a las formas de transmisión y tratamiento, así como los prejuicios hacia las identidades de género y las orientaciones sexuales no heterosexuales, son las principales razones para la estigmatización y el rechazo a las personas con VIH.

“Decidí contarle a mi familia y a causa de eso me echaron de casa. No lo quisieron aceptar y supuestamente dijeron que les iba a transmitir por cosas pequeñas”. EN12 MT

En relación a las experiencias específicas por grupos poblacionales se identificó que, en el caso de hombres que tienen sexo con hombres, cuando comunican su estado serológico a la familia, suelen hacerlo principalmente a sus madres.

“Yo recién a mis 19 años les dije mi diagnóstico a mis familiares, a quienes viven conmigo... mi padre, mi madre que fue la primera persona que se enteró de mi diagnóstico. Hubo cambios para bien, porque me aconsejaron, me apoyaron, me apoyan hasta ahora... yo digo que fue para bien, porque me apoya psicológicamente, todo bien”. EN5 HSH

Las personas de la diversidad de género y sexual (LGBT), expresaron sentir más confianza para comunicar su estado serológico a sus amistades más cercanas, quienes ya conocen su orientación sexual o identidad de género. Esto puede explicarse a partir de la evolución que tienen estas relaciones de amistad.

“a las primeras personas a las cuales yo le dije fueron a dos de mis amigas que en ese tiempo tenía y reaccionaron de buena forma, estuvieron ahí, me dieron ese abrazo que tanto necesitaba y que a veces a otras personas no se lo pueden dar. Y recién este año le dije a mi familia, de hecho, lo saben por una publicación que compartí en mis redes... ya prácticamente estoy siendo visible sin ningún problema”. GF1 HSH

“Lo único que hice es contarle a mi mejor amiga con la que tengo confianza y decirle que estoy así. Se me hizo muy difícil, porque aparte con mi familia no tengo apoyo ¡no tengo nada! soy una persona independiente desde los 14 años, de mi familia no sé nada, hasta que mi amiga me dijo que si yo me quería debía tomar el tratamiento, porque ya viviste, ya te has divertido, ya has tomado, ya te has drogado, ahora te toca hacer tu tratamiento”. EN14 PPL-MT-TS-PUD

En cuanto a la PW que viven en áreas rurales o áreas urbanas pequeñas, estos contextos hacen más complejo mantener el diagnóstico en reserva, a la vez que, genera temor en las personas seropositivas que su diagnóstico se divulgue, dado el control social que ejerce la población local y la familia.

“no cualquiera sabe de mi diagnóstico, sólo familia, alguno que otro amigo, porque - usted sabe - vivir en pueblo es un infierno, así que prefiero que mi familia lo sepa y unas que otras amistades de confianza. De ahí, nadie más”. EN1 HSH

Por otra parte, las mujeres que son madres indicaron que, dentro del grupo de la familia nuclear, las y los hijos son las principales personas a quienes comunican su diagnóstico y quienes cumplen un rol fundamental de contención y apoyo para el cumplimiento del tratamiento.

“Mi niña sabe y ahí ella más me ayuda con los medicamentos. Me dice ‘¿ya has tomado tu vitamina, ya has tomado tu vitamina?’ me dice y yo le digo ‘sí’ o a veces cuando me olvidó le digo ‘hija me vas a hacer recordar, tengo que tomar mi vitamina’ y ella me ayuda”. GF2 MVV

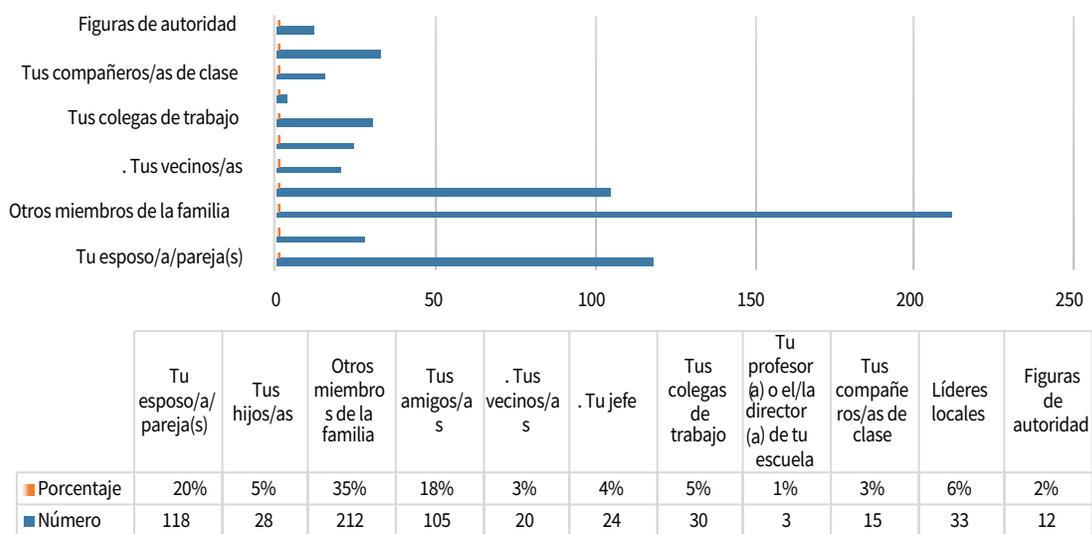
2.2.2. Experiencia de divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento

2.2.2.1. Análisis estadístico descriptivo

Este acápite se ocupa de la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, lo que constituye en una violación al derecho de privacidad consagrado en la Constitución Política del Estado, las leyes y los convenios internacionales.

La siguiente tabla describe los resultados de los respondieron afirmativamente a que su estatus seropositivo fue divulgado sin en diferentes ámbitos sociales. Casos válidos de 803 el 77% de la muestra. Si: 339 el 42% y No: 468 el 58% de la muestra.

Ilustración 9. Divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

De todos los que afirmaron que su estatus seropositivo es conocido en el contexto de sus relaciones sociales, 42% afirmó que su estatus fue divulgado sin su consentimiento, estos casos representan, el 36% de la muestra total 974.

De la siguiente manera:

- Es en el círculo íntimo donde se concentra el 77% de las respuestas positivas y 23% en los ámbitos más abiertos donde la PVV no tiene control, principalmente en el ámbito de los servicios de salud.
- Siendo 63% en el ámbito de otros miembros de la familia en específico 35% de los casos se divulgó en el ámbito de la pareja. El 31% de los casos se en el ámbito de sus amistades.

En consecuencia, se puede afirmar que 36% de las PVVS han sufrido violación de sus derechos, aspecto que se deberá tomar en cuenta el programa de incidencia referidos al estigma y la discriminación.

2.2.2.2. Estimación del riesgo de divulgación sin consentimiento

En el análisis trata de saber si las categorías que hacen referencia a los diferentes contextos de las relaciones sociales, se inciden con las variables sociodemográficas, como ser: lugar, edad, identidad de género y nivel educativo, así como pertenencia a algún grupo social especial, como ser: indígena, discapacitado, migrante y privado de libertad tomados en cuenta en el estudio.

El análisis de riesgo de ocurrencia expresa lo siguiente:

- I. Se reveló tu estatus sin tu consentimiento a tu esposo/a/pareja en relación con la localidad (Eje LP-CB-SC/Otro departamento) /Pertenece a Comunidad indígena o aborígen (Si/No)/ Pertenece a Personas con discapacidades (Si/No)
 - Existe probabilidad 20,8 veces más de la divulgación del estatus a “Tu esposo/a/pareja(s)”, en los departamentos del “Eje LP-CB-SC”.
 - Existe una probabilidad 2,6 veces mayor que la divulgación del estatus a “Tu esposo/a/pareja(s)”, si se “Pertenece a una comunidad indígena o aborígen”.
 - Existe una probabilidad 2,8 veces mayor que la divulgación del estatus sin consentimiento, a “Tu esposo/a/pareja(s)” en las “Personas con discapacidades”.
- II. Se reveló el estatus seropositivo sin consentimiento a “Otros miembros de la familia” /Pertenece a minoría racial, étnica o religiosa /Pertenece a comunidad indígena o aborígen.
 - Existe la probabilidad 1,7 veces mayor que la divulgación del estatus sin consentimiento, en el ámbito de “Otros miembros de la familia”, se realice en el grupo que no “Pertenece a Minoría racial, étnica o religiosa”.
 - Existe la probabilidad 1,5 veces mayor que la divulgación del estatus sin consentimiento, en el ámbito de “Otros miembros de la familia”, se realice en el grupo que “Pertenece a una comunidad indígena o aborígen”.
- III. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tus amigos/as /Pertenece a Comunidad indígena o aborígen
 - Existe la probabilidad 3,3 veces mayor la divulgación del estatus en el ámbito de “Tus amigos/as”, se realice en el grupo que “Pertenece a una comunidad indígena o aborígen”.
 - Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela / Pertenece a Comunidad indígena o aborígen
 - Existe la probabilidad 3 veces mayor que la divulgación del estatus, en el ámbito de “Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela”, se realice en el grupo que no “Pertenece a una comunidad indígena o aborígen”.

- IV. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tus compañeros/as de clase/ Pertenece a Comunidad indígena o aborigen
 - Existe la probabilidad 11,5 veces mayor que la divulgación del estatus, en el ámbito de “Tus compañeros/as de clase”, se realice en el grupo que “Pertenece a una comunidad indígena o aborigen”.
- V. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a “Figuras de autoridad/Edad (menores de 25/ mayores de 25 años)”
 - Existiendo la probabilidad 6,2 veces mayor que la divulgación del estatus en el ámbito de ‘Figuras de autoridad’, se realice en el grupo que “Joven (menores a 25 años)”.

2.2.2.3. Conclusiones del análisis estadístico

Se destacan las que predicen un efecto moderado y fuerte, por orden de importancia, estas son:

- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el “ámbito de la escuela”, hay probabilidad de ocurrencia alto en el 1% de la población PVV; en menor medida el efecto es bajo en quienes pertenecen a una comunidad indígena. Por el contrario, es tres veces más alto el riesgo en los estudiantes. Afecta al 4% de la población PVV, principalmente, jóvenes menores de 25 años, siendo 6 veces más probable la ocurrencia del hecho.
- EN el ámbito de “tus amigos/as”, el efecto es moderado. Afecta al 13% de la población PVV, principalmente a quienes pertenecen a una comunidad indígena, siendo tres veces más probable la ocurrencia del hecho.
- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el ámbito de “tu esposo/a/pareja(s)”, el indicador muestra que tiene un efecto moderado sobre la ocurrencia del hecho. Afecta al 36% de la población PVV, principalmente a quienes pertenecen a una comunidad indígena.

2.2.2.4. Interpretación de los resultados cualitativos

Respecto a la divulgación del estado serológico sin consentimiento de las PVV, las experiencias de las y los entrevistados coinciden en señalar al menos tres ámbitos a través de los cuales se filtra su diagnóstico, y, por tanto, se viola el derecho a la confidencialidad:

Filtración institucional: El diagnóstico de las PVV es divulgado sin el consentimiento por el personal de los CDVIR, hospitales, centros de salud y centros penitenciarios.

“Sí he llegado a saber un comentario hace tiempo de una persona... no sé si me habrá visto ahí o era personal del CDVIR de Cochabamba, yo sí le conocía por motivos de fiestas... era una persona que trabajaba ahí y yo le conocía. Luego una persona externa me preguntó si yo tenía VIH, porque me vio recoger los medicamentos y le había contado esa persona. Yo le respondí y le dije que no era yo. Ese fue el único caso que sentí que no eran serios en ese lugar. No era mi amigo, era una persona que lo veía en los boliches, pero como han cambiado personas en el CDVIR tampoco lo volví a ver”. EN3 HSH

“cuando me dio tuberculosis y fueron a ver si estaba yo internada en el hospital aquí en Cochabamba (...) aparece la doctora ella le dijo a una de mis tías que yo tenía VIH y se metió mi tía adentro como loca y dijo ¿por qué no me dijiste?” GF2 MVV

“Si todo se sabe, todas recibimos las mismas tabletas y están privadas de libertad”. EN15 PPL-MT-TS-PUD

Filtración a través de los grupos primarios: a quienes se les comunica el diagnóstico y que - ante la falta de información y el desconocimiento del VIH- asumen la noticia como una situación de riesgo para la salud del grupo.

“llegaron esos rumores a mi familia... que yo tengo VIH, que yo tengo SIDA, que ese mi primo igual tiene... esa mi tía había hablado en todos lados que me voy a morir, no sé cómo se habrá enterado”. EN8 TS-H

Filtración a través de la propia población PPV y/o conocidos al asistir a los CDVIR: Los CDVIR son espacios donde se encuentran y reconocen la PVV de una localidad, o donde el resto de la población local reconoce que es donde asisten las personas con VIH.

“Tengo un vecino que tiene VIH, él se enteró que yo tenía porque me vio recogiendo los medicamentos. Hubo una confraternización alcohólica y mi vecino le cuenta a mi pareja de que tengo ‘SIDA’”. EN9 TS-M

2.3. Sección C: Experiencia con el estigma y la discriminación

Esta sección, indaga sobre la experiencia vivida por las PVVS de haber sido sometidos a actos de exclusión, acoso o discriminación a raíz de su estatus VIH, realizados por otras personas.

2.3.1. Análisis estadístico descriptivo

La siguiente tabla muestra los resultados agregados para las respuestas afirmativas sobre la ocurrencia de actos de discriminación, exclusión y acoso.

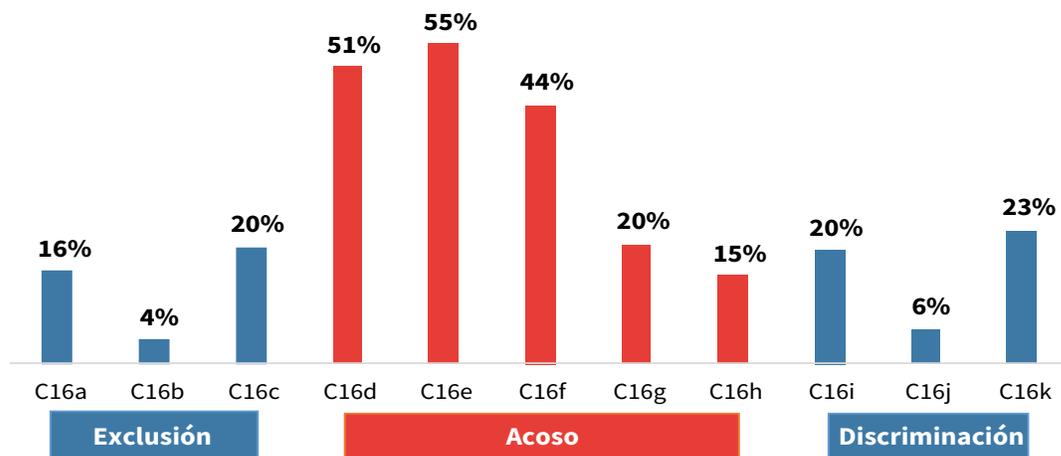
Tabla 14. Experiencias de estigma y discriminación a causa de estatus de VIH

	N	%
Te han excluido de reuniones o actividades sociales	87	16%
Te han excluido de actividades religiosas o lugares de culto	23	4%
Te han excluido de actividades familiares	110	20%
Algún miembro de tu familia hizo comentarios discriminatorios o murmurado sobre ti	278	51%
Otras personas han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti	299	55%
Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma)	243	44%
Te han chantajeado	112	20%
Te acosaron o dañaron físicamente (empujado, golpeado o abusado verbalmente)	83	15%
Te han negado un trabajo o has perdido una fuente de ingreso	107	20%
Las funciones o naturaleza de tu cargo de trabajo han cambiado o te negaron un ascenso	33	6%
Tu esposo/a, pareja(s) o hijo/a(s) han sido discriminado/a(s)	125	23%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

El primer dato a tomar en cuenta es que 549 encuestados que equivalen a 58% de la muestra, afirma haber sufrido violación a sus derechos bajo alguna de las formas: exclusión, acoso o discriminación.

Ilustración 10. Acoso, discriminación y exclusión a causa del estigma VIH



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

De acuerdo con la categorización propuesta, se puede observar que:

- El acoso, constituye la forma principal de violación de derechos a raíz del estigma sobre el VIH; el 55% de casos de acoso están realizados con comentarios de otras personas; 51% del acoso por comentarios realizados por familiares; 44% del acoso está relacionado con increpaciones; en menor medida, el 20% por chantaje y finalmente el 15% por bullying. En general, el acoso concentra 68% de las respuestas afirmativas.
- La segunda forma de violación de derechos a causa del estigma VIH es la discriminación, con cifras menos importantes que van de: 23% discriminación a esposa/o, pareja e hijas/os; 20% negación o pérdida de trabajo; y 6% cambio en las condiciones de trabajo. En general, el 17% de las respuestas afirmativas se concentran en esta categoría.
- La tercera forma de violación de derechos por el estigma VIH es la exclusión, con índices que van de: 20% exclusión de actividades familiares; 16% exclusión de actividades sociales y 4% exclusión de actividades religiosas. En general, el 15% de las respuestas afirmativas se concentra en esta categoría.

Con relación a cuándo ocurrió el hecho, se tiene:

Tabla 15. Exclusión, acoso y discriminación

	N	% de casos	% de muestra
Reciente	280	51%	30%
Ocasional	343	62%	36%
Frecuente	86	16%	9%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 2022

De este conjunto de 549 casos que sufrió exclusión, acoso y discriminación, 51% dijo que el hecho fue reciente (ocurrió en el último año), 62% dijo que fue ocasional (ocurrió antes del último año, pero no en el último año) y 16% que fue frecuente (ocurrió antes del último año y en el último año).

2.3.2. Análisis estadístico inferencial

Para el análisis se realizó, para establecer qué variables están relacionadas con el estigma. Se contrastó todas variables sociodemográficas: localidad; edad; identidad de género; nivel educativo; pertenencia a algún grupo social genérico; con los siguientes resultados:



- En la mayor parte de los casos, se comprobó que no existe relación entre variables, siendo un fenómeno independiente.
- En los casos de la exclusión de actividades familiares, comentarios discriminatorios dentro de la familia y acoso verbal, se ha encontrado relación significativa con las variables identidad de género y pertenencia al grupo de HSH, gay y bisexual.

La siguiente tabla muestra los resultados de la estimación de riesgo para las variables mencionadas.

2.3.2.1. Estimación de riesgo

En relación con la **Identidad de Género, y la exclusión de actividades familiares/Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti/ Te han acosado verbalmente.**

Las pruebas de probabilidades, muestran que: En la relación a la identidad de género, existe una probabilidad 1,8 veces mayor que, la PVV, sea excluida de actividades familiares, si es mujer o transexual que si es hombre. Siendo el 18% de las PVV en la categoría Mujer-Trans-Otro, sufrieron exclusión de actividades familiares, frente a 11% en la categoría Hombre.

Ilustración 11. Exclusión de las actividades familiares



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

En la relación Identidad de Género Hombre/transgénero-Otro: Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti, existe una probabilidad de 1,8 veces mayor que algún miembro de la familia haga comentarios discriminatorios si la PVV es mujer o transexual que si es hombre.

Se puede apreciar que proporcionalmente, 42% de las PVV en la categoría Mujer-Trans-Otro sufrieron comentarios discriminatorios dentro de su familia, frente a 28% en la categoría Hombre.

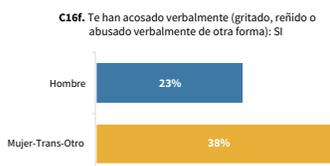
Ilustración 12. Exclusión familiar por comentarios



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

En la relación a la identidad de género en relación al estigma: te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma), existe una probabilidad 2,1 veces mayor que la PVV sea acosada verbalmente si es mujer o transexual que si es hombre.

Ilustración 13. Exclusión familiar por acoso verbal



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede apreciar, principalmente, ser mujer eleva la probabilidad de sufrir ciertas formas de discriminación, acoso y exclusión a raíz del estigma VIH.

Las pruebas de probabilidad las más sobresalientes expresan que:

- En la relación la pertenencia al grupo de HSH, gay y transexual con estigma y discriminación, algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti, existe una probabilidad de 1,8 veces menor que, algún miembro de la familia haga comentarios discriminatorios si la PVV es HSH, gay o bisexual que aquellas que no pertenecen a este grupo.
- En la relación la pertenencia al grupo de HSH, gay y transexual con C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma), existe una probabilidad 2,2 veces menor que la PVV sea acosada verbalmente si es HSH, gay o bisexual que aquellas que no pertenecen a este grupo.

Como se puede apreciar, el ser HSH, gay o bisexual no eleva la probabilidad de sufrir acoso a raíz del estigma VIH.

I. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por departamento

El siguiente gráfico muestra las proporciones de la distribución de las respuestas afirmativas sobre casos de exclusión, acoso y discriminación por departamento.

Ilustración 14. Exclusión, acoso y discriminación por departamento



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar:

- El acoso, consistente en comentarios discriminatorios, increpaciones, chantaje y bullying, constituye la forma principal de vulneración de derechos en todos los departamentos, el rango de proporción va de 65% en Chuquisaca a 83% en Tarija y, con las mayores proporciones, destacan Tarija (83%) y Potosí (80%).
- La discriminación, en el ambiente laboral y hacia la pareja, esposa/o e hijas/os de la PVV, constituye la segunda forma de violación de derechos, el rango de proporciones va de 7% en Potosí a 21% en Santa Cruz y, con las mayores proporciones, destacan Chuquisaca (20%) y Santa Cruz (21%)
- La exclusión, de actividades religiosas, sociales y familiares, representa la tercera forma de violación de derechos; el rango de proporciones va de 9% en Tarija a 17% en La Paz; destacan Santa Cruz (15%), Chuquisaca (15%) y La Paz (17%).

II. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por Identidad de género

El siguiente gráfico muestra la distribución de la violación de derechos a causa del estigma VIH por identidad de género.



Ilustración 15. Exclusión, acoso y discriminación por identidad de género



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

El gráfico expresa que:

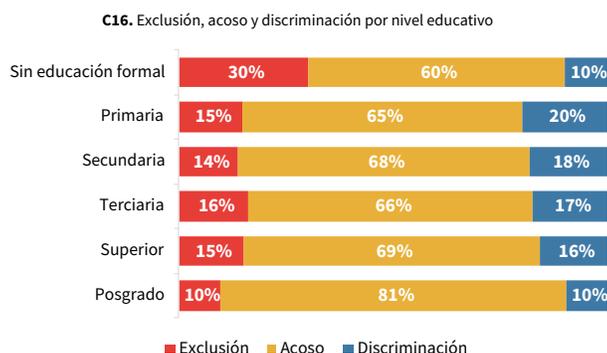
- Las proporciones son similares en todas las categorías.
- El acoso constituye la forma principal de violación de derechos, con un rango de proporciones de 65% a 68%.
- La discriminación constituye la segunda forma de violación de derechos y el rango oscila entre 18% y 22%.
- Finalmente, está la exclusión como tercera forma de violación de derechos, cuyo rango oscila entre 13% y 15%.

36

III. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por nivel educativo

El siguiente gráfico muestra la distribución de la exclusión, acoso y discriminación sufrida por las PVVs, por nivel de educación.

Ilustración 16. Exclusión, acoso y discriminación por nivel de educación



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

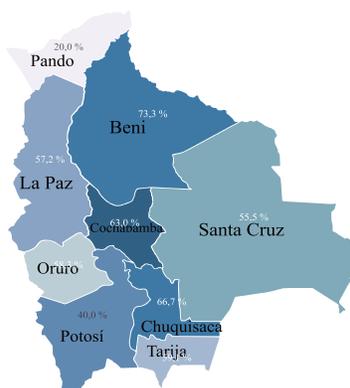
El gráfico precedente indica que:

- El acoso constituye la forma principal de violación de derechos a causa del estigma VIH; el rango va de 60% en las PVVS que no recibieron educación formal a 81% en la PVVS que tienen estudios de posgrado.
- La discriminación constituye la segunda forma de violación de derechos, el rango de proporciones va de 10% en PVVS con estudios de posgrado a 30% en PVVS que no recibieron educación formal.
- La exclusión constituye la tercera forma de violación de derechos a causa del estigma VIH, el rango va de 10% en las PVVS con estudios de posgrado y las que no recibieron educación formal a 20% en las que solo cursaron hasta primaria.

- Resaltan, nítidamente, los extremos. Por una parte, las PVVS que no recibieron educación formal que reportan la mayor proporción de respuestas referidas a exclusión; frente a las PVVS con estudios de posgrado que reportan la menor proporción de respuestas sobre exclusión; por otra parte, de manera inversa, Las PVVS con estudios de posgrado reportan la mayor proporción de respuestas referidas al acoso; en tanto que las PVVS sin estudios formales la menor proporción de respuestas sobre acoso.
- También se debe mencionar los casos de las PVVS con estudios hasta primaria y las con estudios hasta secundaria que reportan las mayores proporciones de discriminación 20% y 18% respectivamente; frente a las PVVS con estudios de posgrado y las que no recibieron educación formal con 10% cada una.

Ilustración 17. Ilustración No 31 Mapa de la exclusión y/o discriminación

Porcentaje de personas viviendo con VIH que han sido excluidas o discriminadas por departamento.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

De acuerdo con la intensidad del color podemos identificar que regiones del país la discriminación y exclusión por razones de estigma externo es significativa más alta. Los Departamentos con mayores índices de discriminación y exclusión son: Beni, Cochabamba y Chuquisaca, los tres departamentos tienen indicadores arriba de 63%, siendo el Beni el indicador más alto 73%.

2.3.3. Conclusiones del análisis estadístico

- Se tiene 549 casos que equivalen a 58% de la muestra que han sufrido la violación de sus derechos, bajo alguna de las formas: exclusión, acoso o discriminación.
- El acoso constituye la forma más importante de violación de derechos, forman parte de este tipo los comentarios discriminatorios fuera de la familia (55%), los comentarios discriminatorios dentro de la familia (51%), las increpaciones (44%) y, en menor medida, el chantaje (20%) y el bullying, incluyendo violencia física (15%).
- La discriminación constituye la segunda forma de violación de derechos de las PVVS a causa del estigma VIH, forman parte de este tipo, el trato diferente y perjudicial en el ambiente laboral, bajo las formas de negación o pérdida de trabajo (20%) y cambio en las condiciones laborales (6%), así, como, el trato hacia la pareja, esposa/o e hijas/os (23%).
- La exclusión constituye la tercera forma violación de derechos a raíz del estigma VIH, forman parte de este tipo, el rechazo o separación forzada de actividades sociales (16%) religiosas (4%), y familiares (20%).
- La temporalidad de la exclusión, acoso y discriminación, 51% de las violaciones de derechos a causa del VIH fue reciente (ocurrió en el último año), 62% fue ocasional (ocurrió antes del último año, pero no en el último año) y 16% fue frecuente (ocurrió antes del último año y en el último año).
- Ser mujer, eleva las probabilidades de sufrir violación de derechos a causa del estigma VIH.
- La violación de derechos, bajo la forma de acoso, se concentra en Tarija (83%) y Potosí (80%) y, las menores, en los departamentos de Santa Cruz (64%) y Chuquisaca (65%).

- Los departamentos con mayor proporción de discriminación, son Santa Cruz (21%) y Chuquisaca (20%) y, los de menor proporción Potosí (7%) y Tarija (9%).
 - Los departamentos con mayor proporción de exclusión son La Paz (17%) y Santa Cruz y Chuquisaca (15% ambos).
 - Por otra parte, se encuentra un contraste marcado entre los extremos del nivel educativo, las PVVS que no recibieron educación formal y las que cuentan con estudios de posgrado.
- Interpretación de los resultados cualitativos

2.3.3. Interpretación de los datos cualitativos sobre acoso, discriminación y exclusión

A partir de las experiencias de vida, se identifica que las situaciones de estigma y de discriminación hacia las PVV tienen entre sus pilares:

Los prejuicios hacia las personas de la diversidad de género y sexual: Desde la población heterosexual se asocia a la población LGBT con las PVV, relacionando la orientación sexual diferente con la promiscuidad y la falta de moral.

“hace un mes atrás tuve una discusión con mi hermanastro, cuando fui a despedirme porque me iba a Chile, me dijo por lo que era bisexual pasó: ‘esa enfermedad a quienes son hetero esa enfermedad no se pueden contagiar, te ha dado porque eres gay’. Tampoco le dije nada, me callé, ¿para qué voy a discutir? y no es la primera vez que me lo dice, varias veces me ha dicho eso... como mi pareja también es hombre me dijo ‘tu pareja te ha contagiado, por su culpa tienes eso, esa enfermedad, no deberías llegar aquí’”. **EN8 TS-H**

La vigilancia y el control social de los cuerpos: como, por ejemplo, al interior de la población LGBT existe un señalamiento de las personas con VIH como “focos de infección”.

“dentro de la misma comunidad nosotros nos juzgamos demasiado y no solo por temas del VIH... lo del VIH es bastante mal visto dentro de la comunidad, precisamente porque lo relacionan con la promiscuidad” **GF1 HSH**

Las personas que viven con VIH enfrentan de manera más sentida el estigma y la discriminación cuando terceras personas que conocen su diagnóstico notan cambios en sus cuerpos y en su salud; cuando comparten ambientes y utensilios con otras personas, principalmente en el ámbito de la cocina; cuando quieren entablar una relación de pareja y; en el caso de los hombres, en la búsqueda o desarrollo de trabajos.

“Antes me trataban, me decían ‘¿por qué no te cuidás?’. Inclusive ese mismo día me di cuenta, porque la misma familia estaba como en recelo conmigo, lo que yo agarraba no lo querían agarrar”. **EN1 HSH**

Asimismo, se identificó que los hechos más comunes de discriminación que enfrentan las PVV son: El alejamiento del círculo familiar y sobre todo de las y los niños (exclusión); el alejamiento de ciertos espacios de la casa, como la cocina (exclusión); los comentarios ofensivos (acoso); y la violencia institucional médica (maltrato).

“Ese rato yo me sentí mal. Yo lo único que sabía era llorar y llorar, porque me acercaba a uno y por poco me iban a dar la espalda. No me dejaban entrar a la cocina, porque decían que por ahí me cortaba la sangre. No me dejaban besar a mi sobrina. O sea, en ese tiempo yo no tenía mucha ¿cómo se dice? - y eso que ya frecuentaba UNELDIS - no estaba bien empapado sobre la sexualidad o sobre el tema del VIH, ¿me entiende? No sabía cómo defenderme ese rato”. **EN12 MT**

En cuanto a los principales actores involucrados en las situaciones de estigma y discriminación hacia las PVV, las y los participantes señalaron a: el Estado y las instituciones públicas, como la policía, el sistema

de salud, los centros penitenciarios, entre otras; la familia extendida; y - en el caso de la población de las diversidades de género y sexuales - personas conocidas dentro de colectivos y la población LGBT.

“Los médicos, los policías. Yo he participado con muchas compañeras, incluso tuvimos que llevar a una compañera al hospital... mi amiga ha muerto, la rechazaban por ser trans y por tener el diagnóstico”. EN11 TS-MT

2.4. Sección D: Estigma internalizado y resiliencia

Esta sección trata sobre la actitud de internalizar y sufrir el estigma VIH o, contrariamente, fueron resilientes y superaron el peso de los prejuicios al respecto. La actitud de la PVV es determinante para su calidad de vida, principalmente, internalizar y sufrir el estigma, reduce su performance en la vida cotidiana, sus capacidades para desarrollar sus relaciones sociales, sentimentales y, posiblemente, su economía.

2.4.1. Análisis del estigma interno y resiliencia

2.4.1.1. Análisis estadístico descriptivo

La siguiente tabla muestra el impacto que tuvo el VIH sobre la capacidad de las PVVs para satisfacer necesidades de tipo emocional y sentimental.

Tabla 16. Impacto del VIH sobre la capacidad para satisfacer necesidades

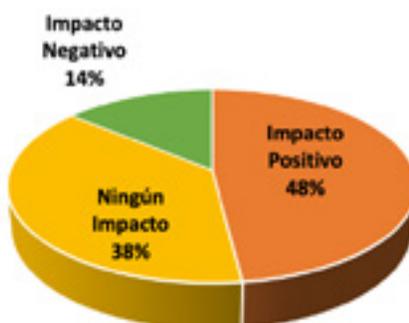
	Impacto Positivo	Ningún Impacto	Impacto Negativo
Confianza en mí mismo/a	53%	17%	30%
Respeto hacia mí mismo/a	61%	19%	20%
Respetar a otros	67%	27%	6%
Manejar el estrés	37%	30%	33%
Tener relaciones íntimas y sólidas	38%	28%	34%
Capacidad para encontrar el amor	34%	28%	38%
Deseo de tener hijos	30%	28%	41%
Alcanzar metas personales y/o profesionales	60%	26%	15%
Contribuir con mi comunidad	52%	39%	9%
Practicar una religión/fe como deseo	44%	48%	8%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se puede observar que, la categoría ‘Ningún Impacto’, es más reducida que las dos categorías extremas; paradójicamente, esta condición es valorada como ‘Impacto Positivo’. Por orden de importancia, en función de la categoría con mayor proporción, se puede decir:

- La tendencia como experiencia positiva es de 48% frente a 14% de impacto negativo. Lo que implica que una situación límite permite a las personas replantearse formas de vida y capacidad de adaptación positiva situaciones complejas.

Ilustración 18. Impacto del VIH, Nivel Prevalencia



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

2.4.1.2. Análisis estadístico inferencial

Para la interpretación, se ha elaborado un instrumento con tres dimensiones, identificadas mediante análisis de los factores intervinientes:

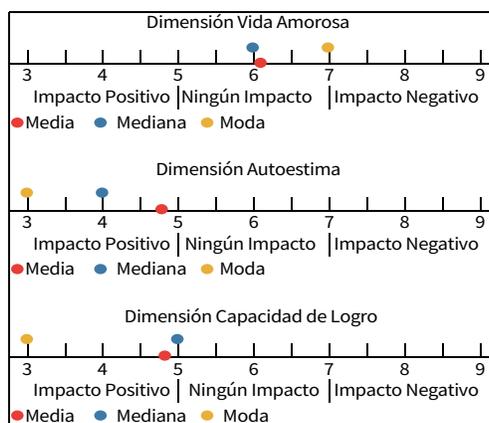
Tabla 17. Impacto del VIH sobre la capacidad de satisfacer necesidades

Concepto	Dimensión	Indicador
Prevalencia de Estigma interno y Resiliencia como resultado de la valoración del impacto del VIH en la vida amorosa, la autoestima y la capacidad de logro de las PVVs. (Para facilitar la interpretación este nivel será tratado en adelante como nivel de Prevalencia)	Impacto en la vida Amorosa	Mi habilidad para tener relaciones íntimas y sólidas con otros
		Mi capacidad para encontrar el amor
		Mi deseo de tener hijos
	Impacto en la Autoestima	Mi confianza en mí mismo/a
		Mi respeto hacia mí mismo/a
		Mi capacidad de respetar a otros
	Impacto en capacidad de logro	Mi capacidad para alcanzar metas personales y/o profesionales
		Mi capacidad para contribuir con mi comunidad
		Mi capacidad para practicar una religión/fe como deseo

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

En relación al análisis de validación por las dimensiones estudiadas los resultados son los siguientes:

Ilustración 19. Impacto VIH por dimensiones



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Dimensión Vida Amorosa

Esta dimensión está compuesta por los factores: habilidad para sostener relaciones íntimas, la capacidad de amar y el deseo de tener hijos.

Con relación al impacto del VIH sobre la vida amorosa de las PVVs, 40% reportó que tuvo impacto positivo, es decir que fue resiliente y 27% impacto negativo, es decir que aún sufren el estigma interno.

Comparada con las otras dimensiones, es la que muestra menor impacto positivo y mayor impacto negativo, siendo el factor de más sentido, el deseo de tener hijos.

Dimensión Autoestima

Esta dimensión está compuesta por los factores: confianza y respeto a sí mismo y capacidad para respetar las otras personas.

Con relación al impacto del VIH sobre la autoestima, 66% reportó que tuvo un impacto positivo, es decir, fue resiliente y, tan solo, 12% un Impacto Negativo, es decir que, aún, sufre el estigma interno.

Dimensión Capacidad de Logro

Esta dimensión está compuesta por los factores: capacidad para alcanzar metas personales y profesionales, contribuir con la comunidad y practicar una religión.

Con relación al impacto del VIH sobre la capacidad de logro, 67% reportó que tuvo un Impacto Positivo, es decir, fue resiliente y, tan solo, 4% un Impacto Negativo, es decir que, aún, sufre el estigma interno.

Como conclusiones preliminares se puede señalar:

- En las dimensiones “autoestima y capacidad de Logro”, dos tercios de las PVVs fueron resilientes y lograron superar el estigma, mejorando la confianza y el respeto por uno mismo, el respeto por los otros, el alcanzar metas personales y profesionales y practicar una religión; en tanto que, una minoría (entre 4% y 12%), está afectada por el estigma interno.
- En la dimensión “vida Amorosa” es donde se registra menor proporción de PVVs resilientes (40%) y mayor afectación por el estigma interno (27%).

2.4.1.3. Interpretación de los datos cualitativos

En concordancia con el análisis cuantitativo, en la interpretación de las experiencias de la PVV se identifica que, el sufrimiento experimentado por el diagnóstico y las reacciones de sus distintos grupos a quienes lo comunican, juega un “rol pedagógico”, ya que las PVVs deben desplegar una serie de estrategias que les permitan aprender a aceptar-se. Más, ante el apoyo o rechazo experimentado por terceros, lo cual les permite en un de tiempo, sentirse “fortalecidos.

“la verdad que lo que hablen o digan ya me ha hecho fuerte. Esta enfermedad me ha enseñado muchas cosas: a poder salir adelante y lidiar con todo esto, para mí ya no es una carga. Antes me sentía preso pensando que no había salida, que iba a llegar a un determinado momento y mi vida era terminar, pero supe que no es así... si yo llevo un buen tratamiento, una buena nutrición sé que tengo muchos años por delante. esta enfermedad sí al principio me hizo sentir muy mal, pero ahora llevo una vida normal y tranquila aunque a veces siento un poco de tristeza por los rechazos” **ENG1 PG**

Respecto del impacto del VIH en la autoestima y la consecución de logros personales, este fue positivo, mientras en el impacto en la vida amorosa de las PVVs parece ser negativo. Los testimonios vertidos al respecto permiten profundizar estos hallazgos:

“A principios de este año, me empecé a valorar más, empecé a conocer personas maravillosas, empecé a trabajar más. Pienso que esto del diagnóstico fue la cachetada para enrectar unas situaciones de mi vida que tenía un poco descontrolada en ese tiempo y pues actualmente ya me siento mejor con el diagnóstico... ya no dejé que esto me pare, tomé nuevos rumbos, nuevas metas y pues me tracé varios objetivos a corto plazo que sí los he cumplido y mis objetivos a largo plazo se están cumpliendo en un 50% o 70% y nada... es solo sobrellevarlo”. **GF1 HSH**

“Como persona he aprendido a valorar la vida a valorar lo que es un abrazo, me he vuelto más sensible con las personas con las necesidades de otras personas me he vuelto altruista, yo doy más de lo que debo dar; me he vuelto un apersona más sociable, ayudando a las personas, regalando una sonrisa por más que esté destrozada por dentro”. **EN10 TS-M**

“En mí no ha cambiado nada, yo como siempre he dicho: vivo mi diario vivir, así como si no tuviera absolutamente nada, porque de qué sirve que en tu cabeza esté ‘tengo esto, tengo esto, tengo esto’ y no puedes practicar una vida tranquila. Yo - como les digo - yo todo el día me olvido de que tengo el diagnóstico, pero a la hora de tomar mi medicina yo tomo” **GF2 MVV**



En la medida que entra en juego el campo de las relaciones interpersonales, donde se pierde el control respecto a las formas de pensar y reaccionar de las personas que conforman el entorno, las actitudes de las PVVS se vuelven cautelosas por el temor a sufrir estigma y actos de discriminación. Como se mencionó en la sección sobre divulgación del estado serológico, las relaciones y prácticas afectivas de pareja son las más afectadas, debiendo considerar principios éticos y emociones como la responsabilidad, confianza, temor al rechazo y al abandono, temor a la transmisión, etc.

“traté de no deprimirme, pero en la intimidad claro que en ese sentido sí cambió cuando tenía relaciones homosexuales, para proteger, para evitar que pase lo que a mí me hicieron. Ahí en el centro donde me dieron la charla de psicología, ellos fueron quienes me dijeron que tenía que hacer las cosas así, que no tenía que deprimirme, que sí iba a tener contacto con alguien, que no sintiera que nadie me iba a querer... en ese sentido”. EN3 HSH

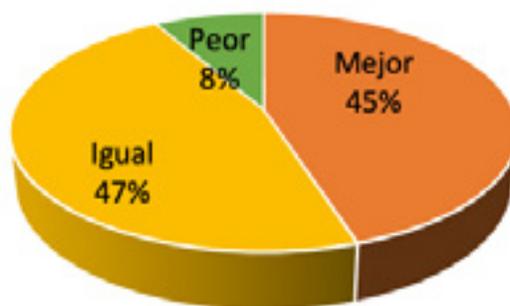
“Por miedo dejé de tener relaciones sexuales, por miedo de transmitir, mi pareja no entendía mis razones, él sabe mi diagnóstico, estoy tratando de asimilar, espero que esto mejore”. EN4 HSH

“Yo he decidido aislarme para que no me lastimen”. EN11 TS-MT

2.4.2. Análisis del impacto de la condición en relación al tiempo

2.4.2.1. Análisis estadístico descriptivo

Ilustración 20. Comparado con hace 1 año, ser seropositivo afectó mejor, igual o peor sobre tus necesidades afectivas, autoestima y logros



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se puede observar que 47% afirmó que el efecto fue igual, es decir, que no hubo cambio respecto del impacto del VIH en los aspectos de afectividad, autoestima y logros personales; 45% declaró que, hace un año el efecto fue mejor que el impacto actual, hubo atenuación en la valoración del impacto y, finalmente, 8% dijo que hace un año fue peor.

En relación a la respuesta de las PVVS al entorno social en el que viven es la siguiente:

Tabla 18. Distribución de respuestas negativas a las relaciones sociales

He decidido no ir a reuniones sociales	6%
He evitado no ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo	22%
He decidido no postularme a algún(os) trabajo(s)	10%
He decidido no buscar apoyo social	13%
Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	17%
He decidido no tener sexo	32%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar, la actitud de aislamiento más importante es la decisión de no tener sexo y, la segunda en importancia, es la decisión de evitar ir a clínicas u hospitales, confirmando que no hay variación en el conjunto.

En conclusión se puede señalar:

- La mayoría de las PVVS desarrollaron actitudes de autoaislamiento a raíz del estigma internalizado. Son 599 casos que corresponden a 63% de las PVVS encuestadas.
- La actitud de autoaislamiento más importante, a causa del estigma internalizado, es la decisión de no tener sexo. Son 280 casos que representan 29% de la muestra y 47% de las PVVS que respondieron afirmativamente.
- La segunda actitud de autoaislamiento por estigma interno es evitar ir a clínicas u hospitales, restando, de esta manera, la posibilidad de asistencia médica. Son 269 casos que representan 28% de la muestra y 45% de las PVVs que respondieron afirmativamente. Si, a esta actitud, se añade aquellas PVVs que decidieron no buscar apoyo social, se podría estar ante un cuadro complejo de deterioro de la salud. Son 168 casos que representan 18% de la muestra y 28% de las PVVs que respondieron afirmativamente.
- La tercera actitud de autoaislamiento debido al estigma interno, es la decisión de alejarse de amistades y familiares. Son 268 casos que representan 28% de la muestra y 45% de las PVVS que contestaron afirmativamente.

2.4.2.2. Estimación de Riesgo, análisis estadístico inferencial

Desde las diversas características sociodemográficas PVV, se tiene los siguientes resultados relevantes:

- Ser PVV que pertenece a una comunidad indígena eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento a causa del VIH; es decir, de actitudes de aislamiento como las decisiones de no ir a reuniones sociales (1,6), evitar ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo (1,5), no buscar apoyo social (1,6) y la decisión de no tener sexo (1,5).
- Ser PVV joven eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento a causa del VIH; es decir, las decisiones de no buscar apoyo social (1,6) y alejarse de amistades y/o familiares (1,8).
- Ser PVV con menor nivel de educación eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento a causa del VIH; en efecto, las decisiones de alejarse de amistades y/o familiares (1,6) y no tener sexo (1,5).
- Ser PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento; en efecto, las decisiones de no ir a reuniones sociales (2,3) y no buscar apoyo social (1,6). Este grupo, registra la probabilidad más alta.
- Ser PVV con discapacidad eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento; en efecto, de no ir a reuniones sociales (1,8).
- Ser PVV mujer eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento; en efecto, explica la ocurrencia de decidir no tener sexo (1,3).

2.4.2.3. Conclusiones del análisis estadístico

Los hallazgos relevantes son:

- En el análisis se identificó que las tres tendencias: no tener sexo, el alejamiento de amistades y/o familiares y el evitar asistir a centros de salud.
- En 63% de la muestra manifestó haber asumido alguna de las actitudes de aislamiento.
- El 30% de la muestra decidió no tener sexo, siendo el problema más importante derivado del estigma interno, luego, están la decisión de evitar asistir a centros de salud y el alejamiento de amistades y/o familiares que cada una representa 28% de la muestra.



- Las PVVS que pertenecen a una comunidad indígena, jóvenes, mujeres y las de bajo nivel educativo, son las que tienen mayor probabilidad de decidir no tener sexo, evitar asistir a centros de salud y buscar apoyo social, así como, alejarse de amistades y/o familiares y no ir reuniones sociales.

2.4.2.4. Interpretación de los datos cualitativos

En lo referido al impacto que tiene el diagnóstico de VIH en una persona, es importante considerar que esta variable tiene una fuerte relación con la divulgación del estado serológico, las reacciones de las personas a quienes se comunicó el diagnóstico, y la resiliencia.

En cuanto los cambios a través del tiempo, las PVV que decidieron divulgar su condición, expresan sentirse mejor ahora en relación al pasado, dado que enfrentaron sus propias creencias y prejuicios respecto al VIH/SIDA, el miedo a comunicar, el miedo al rechazo, y en muchos casos, las situaciones de estigma y discriminación de sus grupos primarios causadas también por nociones erróneas respecto a la condición.

“ahora, pasando los años, siguiendo el tratamiento y cumpliendo todo lo que me recomendaban y decían los médicos, ya aprendí a aceptar esto... el pensamiento que tenía cambió totalmente, ya que – sinceramente - antes de que llegara a contraer este diagnóstico mi persona era un tanto descuidada... no me importaba nada, lo veía todo como un riesgo, pero ahora ya me llegué a enfocar en metas, aprendí a valorar mi vida, valorar a mi familia, y en sí me llevó a cambiar de una forma buena podría decir, de algún modo a aprender a valorarme, aprender a cuidarme, y sobre todo apreciar a las personas que me apoyaron en esos momentos”. **GF1 HSH**

“Creo que la percepción que tengo de esto es más desafiante. (Cuando) eres joven, estás saliendo de la adolescencia y que venga este diagnóstico... muchas veces te mueve todo el mundo... te dice pues que no eres esa persona saludable, esa persona íntegra que tu creías. En muchos aspectos desarrollas una nueva personalidad debido a esto, tienes que ser más fuerte, tienes que ser más resiliente para sobrevivir a este mundo. Yo lo veo al VIH como una mochila más que cargo...” **GF1 HSH**

Por otra parte, el impacto negativo del diagnóstico del VIH a través del tiempo, pareciera afectar principalmente a personas que deciden mantener su condición en absoluta reserva, debido al permanente temor a que dicha información sea filtrada por instancias o situaciones fuera de su control. Lo que puede tender a empeorar la situación si se decide dejar de satisfacer necesidades personales, ya que, ser una persona con diversidad de género y sexual; ejerciendo el trabajo sexual; o ser una persona privada de libertad, conlleva la sobreposición de diversos estigmas que deben o temen enfrentar.

“me ha pasado que me vieron en el CDVIR, en ese tiempo tenía visión baja, ahora que ya perdí la visión, la verdad es que ya no puedo ni ocultarlo, porque mis medicamentos yo los recojo, los pongo en un frasco o una bolsa y los botes los boto, pero aun así siempre están preguntándome, siempre hay esa duda y todo el mundo siempre me dice ‘¿por qué has perdido la vista?’ y todos, todos los días... es una vida muy dolorosa para mí la que yo estoy llevando ahora”. **EN7 HSH-PCD**

En cuanto a la determinación de las PVV de autoaislamiento de los entornos sociales en el tiempo, los testimonios permiten concluir que, el temor al estigma o la determinación de no tolerarlo, lleva a evitar la concurrencia a ciertos círculos sociales o institucionales. Por ejemplo:

Las PVVs optan por desarrollar trabajos de manera independiente, por temor a la divulgación de su diagnóstico sin su consentimiento y a que sean retirados de sus oficios.

“Mi trabajo normal no más, me volví una persona más independiente, porque ya yo pago mis cosas, las busco, a veces trabajo solo, no me gusta estar acompañado con alguien, me volví un poco más solitario en esa parte”. **EN1 HSH**

“cuando yo aún pertenecía a mi trabajo, en aquel entonces, había rumores de otro chico que vivía con el diagnóstico y se divulgó en la empresa, en la fábrica. (...) yo analicé en aquel chico, que lo culparon de todo, el mismo personal de área, por cuestión de sacarlo o hacerlo a un lado igual, lo acusaron de robo y no había pruebas. Pero antes ya había comentarios sobre su diagnóstico, que cómo es posible que esté en la empresa, que podía contagiar a otros, cuando el VIH no se contagia, se transmite, pero fue por falta de información (...)” **EN6 HSH**

“Las leyes no me dejan trabajar; no puedo trabajar en otro lado, no he estudiado ¿a una trans donde le darían trabajo?”. **EN11 TS-MT**

Esta situación de no postulación a algunos trabajos también afecta a las personas que aspiran a fuentes laborales con el beneficio social del seguro de salud, debido al temor a que sean rechazos y además se filtre su diagnóstico.

“para mí ahora es complicado, porque cuando yo quiero ir a postular a una empresa sé que te hacen sacar análisis de sangre y todas esas cuestiones y yo creo que ahí puede salir los resultados (...)”. **ENG1 PG**

La decisión de no mantener relaciones sexuales está ligada a factores como el sentimiento de responsabilidad a divulgar el estado serológico y al mismo tiempo el temor al rechazo.

“(tengo) temor de que ella se enamore de mí y yo le diga ‘este diagnóstico’ y me dejé, me reproche, me tilde, me grite o le cuente al uno al otro que yo soy un maldito. Lo único que a mí me despeja de toda esta tristeza de no tener trabajo o no tener pareja es que me ayudan mis amigos. **EN7 HSH-PCD**

2.4.3. Análisis del efecto del VIH en la autoestima o la dignidad de las PVVS

2.4.3.1. Análisis estadístico descriptivo

En este acápite se cruzan una batería afirmaciones que expresan el estigma internalizado. La siguiente ilustración resume respecto de autoestima y estigma interno.

Ilustración 21. Autoestima y Estigma Interno



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Las variables que tienen respuestas afirmativas mayoritarias son:

- 85% afirma que es difícil decir a otras personas que se es seropositivo; en tanto que al 15% no le resulta difícil hablar de su estatus VIH con otras personas.
- 85% afirma que esconde a los demás su estatus VIH; en tanto que el 15% no esconde su estatus seropositivo.

- 51% afirma que se siente culpable por haberse infectado con VIH; en tanto que 49% no siente culpa.

Las variables que tienen respuestas negativas mayoritarias son:

- 67% niega que tener VIH le haga sentir sucio; en tanto que 33% afirma que el ser seropositivo le hace sentir sucio.
- 57% niega que tener VIH le haga sentir que no tiene valor; en tanto que 43% afirma que tener VIH le hace sentir que no tiene valor.
- 56% niega tener vergüenza por tener VIH; en tanto que 44% afirma que siente vergüenza por tener VIH.

Hablar de su estatus seropositivo con las personas, constituye la mayor expresión del estigma interno; luego está el sentimiento de autoculpabilidad y vergüenza por haber contraído la infección, y en menor medida, los sentimientos más depresivos, como pensar que uno/a no tiene valor y el sentirse sucio.

2.4.3.2. Análisis inferencial de los datos de autoestima y estigma

El cruce de variables explica, la relación entre autoestima y estigma interno con los indicadores sociodemográficos.

A continuación, se muestra la distribución de las respuestas múltiples afirmativas entre las distintas variables, 897 casos que respondieron afirmativamente.

Como se puede apreciar en el anterior gráfico:

Tal como las dos respuestas más importantes se refieren a la dificultad de comunicar sobre su estatus VIH o esconderlo a los demás:

- 85% contestó afirmativamente, expresó que le es difícil decir a las personas que es seropositivo; y,
- 85% contestó que esconde su estatus seropositivo a los demás;

En función de los resultados, se ha establecido la estimación de Riesgo que proporciona información sobre la probabilidad de ocurrencia. El análisis determina lo siguiente:

Los resultados proporcionan probabilidades interesantes. Las probabilidades más altas son que se esconda la condición de PVV:

- I. Probabilidades para la ocurrencia de esconder a los demás que tengo VIH
 - La probabilidad de esconder a los demás la condición es 6,6 veces mayor por motivos vergüenza.
 - La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 5,8 veces mayor para una PVV que se siente sucia.
 - La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 4 veces mayor para una PVV que se siente culpable.
 - La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 4 veces mayor para una PVV que a veces no se siente valiosa porque tiene VIH.

- II. Probabilidades para la ocurrencia de estigma interno. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a
 - La probabilidad es 4 veces mayor para una PVV que tiene vergüenza por tener.
 - La probabilidad que tiene una PVV es 3 veces mayor para una PVV que a veces no se siente valiosa porque tiene VIH.

- La probabilidad que tiene una PVV es 3 veces mayor para una PVV que se siente culpable por tener VIH.
- La probabilidad que tiene una PVV es 3 veces mayor para una PVV que tener VIH le hace sentir sucia.

Como se puede observar, los sentimientos de vergüenza, culpabilidad, sentirse sucio/a y no valioso/a, explican con mayores probabilidades el esconder a los demás que se tiene VIH.

Relación de autoestima y estigma interno con los indicadores sociodemográficos

En este acápite la condición sociodemográfica, establece interacciones con todo el cuestionamiento de esta sección. Con estos resultados, se puede explicar probabilidad de ocurrencia, se expresa de la siguiente manera:

VARIABLES	A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH
Localidad	Es 2,7 mayor para una PVV que reside en otro departamento fuera del eje LP-CB-SC..
Edad	Es 1,5 mayor para una PVV que es joven (<25 años).
Identidad de Género	Es 1,6 veces mayor para una PVV que tiene identidad de género mujer, transexual u otra identidad de género.
Nivel educativo	Es 1,6 veces mayor para una PVV que no tuvo es cuela o estudió solo hasta primaria.
Minoría racial, étnica, religiosa	Es 1,7 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa.
Comunidad indígena	Es 1,4 veces mayor para una PVV que pertenece a una comunidad indígena.
VARIABLES	Tener VIH me hace sentir sucio/a
Identidad de Género	Es 1,6 veces mayor para una PVV que tiene identidad de género mujer, transexual u otra identidad de género.
Nivel educativo	Es 2 veces mayor para una PVV que no tuvo es cuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria.
HSH/Gay/Bisexual	Es 1,7 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de Hombres que tienen sexo con hombres, Gays y bisexuales; que para una PVV que no pertenece a este grupo.
Minoría racial, étnica, religiosa	Es 1,7 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa.
Comunidad indígena	Es 1,5 veces mayor para una PVV que pertenece a una comunidad indígena.
VARIABLES	Me siento culpable por tener VIH
Localidad	Es 1,9 menor para una PVV que reside en el eje LP-CB-SC.
Edad	Es 2,1 mayor para una PVV que es joven (<25 años).
Nivel educativo	Es 1,5 veces mayor para una PVV que no tuvo es cuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria.
Minoría racial, étnica, religiosa	Es 1,6 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa.
Comunidad indígena	Es 1,4 veces mayor para una PVV que pertenece a una comunidad indígena.
VARIABLES	Me da vergüenza tener VIH
Identidad de Género	Es 1,4 veces mayor para una PVV que tiene identidad de género mujer, transexual u otra identidad de género.
Nivel educativo	Es 1,5 veces mayor para una PVV que no tuvo es cuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria.
HSH/Gay/Bisexual	Es 1,3 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de Hombres que tienen sexo con hombres, Gays y bisexuales.
Minoría racial, étnica, religiosa	Es 1,6 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa.
VARIABLES INDEPENDIENTES	Les escondo a los demás que tengo VIH

Localidad	Es 2,6 menor para una PVV que reside en el eje LP-CB-SC.
Nivel educativo	Es 1,7 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria.
HSH/Gay/ Bisexual	Es 1,6 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa; que para una PVV que pertenece al grupo de Hombres que tienen sexo con hombres, Gays y bisexuales.
Persona con discapacidad	Es 2 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad.
Variables independientes	Variable dependiente: D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a
Nivel educativo	Es 1,8 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria.
Persona con discapacidad	Es 2 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad.

En síntesis, se concluye que:

- En relación al nivel de educación, cuanto menos nivel de estudios, más probabilidad de sentirse sucio/a, vergüenza y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.
- La pertenencia a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de: sucio/a, culpable, vergüenza y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.
- Tener identidad de género como Mujer, Transgénero u Otra incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse sucio/a, vergüenza y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.
- Pertenecer a una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse, sucio/a, culpable y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.
- A menor edad, se incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse, culpable y, a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.
- Es menos probable que una PVV que reside en el eje La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, se sienta culpable o, a veces, no sienta valioso o esconda a los demás que tiene VIH; alternatively, se puede interpretar como, es probable que una PVV que residen en otro departamento (fuera del eje La Paz Cochabamba y Santa Cruz), se sienta culpable, a veces, no se sienta valioso/a y esconda a los demás que tiene VIH.
- Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo HSH/Gay/Bisexual (Hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual), se sienta sucio/a, sienta vergüenza o esconda a los demás que tiene VIH.

En conclusión, lo que indica es que, es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con alguna discapacidad, sienta que es difícil decirles a las demás personas que tiene VIH o esconda a los demás que tiene VIH.

Los resultados fueron que todas las variables tienen asociación significativa, al menos, con una variable social. Los resultados por número de interacciones son:

I. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH

- Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC.
- Cuanto más joven es la PVV, mayor es el riesgo de que, a veces.
- Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otro tipo de identidad, incrementa el riesgo.
- Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo.
- Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo.
- Que una PVV forme parte de una comunidad indígena.

- II. Tener VIH me hace sentir sucio/a:
- Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otra identidad, incrementa el riesgo.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo.
 - Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual.
 - Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo.
 - Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad.
- III. Me siento culpable por tener VIH:
- Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo.
 - Cuanto más joven es la PVV, mayor es el riesgo.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo.
 - Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo.
 - Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad.
- IV. Me da vergüenza tener VIH:
- Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otra identidad, incrementa el riesgo.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV se incrementa el riesgo.
 - Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa incrementa el riesgo.
- V. Les escondo a los demás que tengo VIH:
- Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo.
 - La pertenencia al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.
 - Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad, esconda a las demás personas que tiene VIH.
- VI. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a:
- Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo.
 - Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad, le sea difícil decirles a las personas que es seropositivo.

2.4.3.3. Interpretación de los datos cualitativos

En relación al impacto del VIH en la autoestima de las personas que viven con este diagnóstico es relevante considerar los conocimientos y creencias previas que poseen las personas porque esto es determinante para la reacción.

Las PPVS dejan en evidencia las construcciones e imaginarios sociales en torno al diagnóstico de VIH, marcadas por estigma y el manejo de información desactualizada respecto a los avances en el tratamiento para este diagnóstico.

Un número considerable de la población entrevistada comentó la asociación que hicieron entre su diagnóstico y la muerte, basado en el poco conocimiento que tenían sobre el tema.



“no tenía mucha información y no conocía mucho del tema, lo duro fue que venían muchas discriminaciones, porque yo miraba -yo tengo muchos amigos positivos- y venían muchas discriminaciones, mucha depresión y mucho estigma entre la sociedad igual. Y bueno, ese fue mi bajón, así como mi golpe duro”. EN5 HSH

Se evidencia que las personas que tenían conocimiento previo sobre el VIH y las formas actuales de tratarlo al momento de recibir su diagnóstico, fueron quienes asumieron actitudes resilientes y de tolerancia hacia ellos mismos.

“La noticia para mí no fue grave, porque ya yo más antes he participado en talleres, reuniones sobre esta temática, y la cual que la noticia para mí no fue grave, fue algo normal porque ya tenía conocimiento...”. EN6 HSH

Asimismo, las y los entrevistados que tuvieron experiencias de acompañamiento a personas con SIDA las escenas marcaron su comprensión – en primera instancia - respecto a los efectos del virus y – en lo posterior – se convirtieron en la principal motivación para el cumplimiento del tratamiento con antirretrovirales.

“Me dio un bajón muy grande, porque, he visto morir a varias amigas, el sufrimiento, como es el proceso y cómo van yendo hasta que ellas dejan acá el mundo, he visto a varias amigas, he ido a varios velorios de varias amigas y se me vino todo en mente y trato de ser fuerte porque sé cómo es ésta enfermedad, los síntomas, cómo queda una persona, me puse muy depresiva, hay veces pensaba hacer cosas que no quería, quería hasta suicidarme...”. EN14 PPL-MT-TS-PUD

El impacto a la autoestima en un primer momento, son las diversas situaciones a través de las cuales las PVVs fueron transmitidos con el VIH, ya que, en algunos casos, provoca la sensación de imprudencia, exceso de confianza, culpa y rabia.

“Tenía todos los sentimientos en uno, porque sientes culpa porque me expuesto a esto, tienes rabia porque dices porque a mí, te sientes mal, con la baja moral, el mundo se te viene encima, enterarte que eres diagnosticada positiva, ha sido muy duro muy fuerte, días que no terminaba de llorar, me ponía a pensar en mis hijos” EN10 TS-M

Es importante reconocer que los impactos en la autoestima varían a través del tiempo y en la medida que las PVVs asumen su diagnóstico y acceden a mayor información y al tratamiento. El tratamiento con antirretrovirales repercute, independientemente del tiempo, en la autoestima por la sensación de vulnerabilidad.

“siempre sentía que tenía un grupo específico de personas que iban a juzgarme desde ya por el hecho de ser gay, mientras que ahora estaba adjudicándome otra característica más a mi persona que sería lo del VIH, y pues ahí el grupo ya no es solamente personas afuera del colectivo sino también dentro del mismo. Ahora yo decía: “ya no solo me van a juzgar personas que sean homofóbicas, sino también personas que son homosexuales””. EG1 PG

2.5. Sección E. Experiencia en los servicios de salud

2.5.1. Realización de la prueba de VIH.

Sistematización de la estadística descriptiva

La Sección indaga sobre cómo las PVVs tomaron la decisión de hacerse la prueba serológica de VIH: las razones por las que se hizo la prueba, el tiempo que les tomó decidir y, finalmente, si tuvo dudas de realizarse la prueba por miedo a la reacción de las otras personas.

2.5.1.1. Cómo se tomó la decisión de realizarse la prueba VIH

Tabla 19. Decisión de realizar la prueba de VIH

No, otras personas me presionaron	94	10%
No, me hicieron la prueba sin que yo lo supiera	166	18%
No, me obligaron a hacerme la prueba del VIH sin mi consentimiento	21	2%
No, nací con VIH o lo adquirí durante mi infancia/niñez	3	0,3%
Total	945	100%

La siguiente tabla muestra cómo tomaron las decisiones:

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se observa que 70% se hizo la prueba VIH por decisión propia, 18% expresó que se le hizo la prueba sin que lo supiera, 10% se hizo la prueba por presión, a 2% le hizo la prueba de manera forzada y, finalmente, 0,3% nació con VIH o lo adquirió en su niñez.

2.5.1.2. Razón principal por la que se hizo la prueba VIH

En la siguiente tabla se muestra la razón principal que condujo a hacerse la prueba VIH.

Tabla 20. ¿Cuál es la razón principal por la que te hiciste la prueba de VIH?

Recomendación de proveedor de servicios de salud por otra atención médica	170	23%
Creí que estaba en riesgo de haber adquirido VIH	224	30%
Estaba enfermo y pensé que podía estar relacionado con el VIH	180	24%
Como parte de o debido a un programa comunitario	55	7%
Porque era obligatorio	22	3%
Porque quería saber	57	8%
Por otras razones	47	6%
Total	755	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

A pregunta, contestaron ‘Sí, yo lo decidí’, 661 casos y ‘No, otras personas me presionaron’ 94 casos, en total 755 casos. Se observa que 30% tomó la decisión de hacerse la prueba VIH porque sospechaba que podía haber adquirido VIH, 24% porque estaba enfermo, 23% por recomendación en un servicio de salud, 8% porque quería saber, 7% como parte de un programa comunitario, 3% porque era obligatorio y, finalmente, 6% por otras razones.

2.5.1.3. Tiempo transcurrido para hacerse la prueba

Tabla 21. ¿Cuánto tiempo pasó entre el momento en el que pensaste hacerte una prueba de VIH y el momento en el que te la hiciste por primera vez?

6 meses o menos	654	87%
Más de 6 meses a 2 años	48	6%
Más de 2 años	24	3%
No lo sé/No lo recuerdo	29	4%
Total	755	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se observa que 87% tomó la decisión dentro del rango de 6 meses, desde el momento en que se planteó la necesidad de realizar una prueba VIH, 6% lo hizo entre 6 meses y 2 años, 3% tardó más de 2 años y 4% no recuerda el tiempo que tardó en ejecutar la decisión.

Los resultados importantes en este acápite, son:

- 70% de la muestra se hizo la prueba VIH por decisión propia; en tanto que, 30% de la muestra, se hizo la prueba por presión, de manera forzada o fue sin que lo supieran. 49% de la muestra, se hizo la prueba VIH, motivado por sospecha personal y, en menor medida, 26% de la muestra, por influencia de alguna institución relacionada, sea servicio de salud o programa comunitario.
- 69% de la muestra, se hizo la prueba VIH en un tiempo máximo 6 meses.
- 41% de la muestra no tuvo dudas para hacerse la prueba por miedo a la reacción de otras personas como familiares, amistades, jefes o comunidades; en tanto que, 36% de la muestra, manifestó dudas.

2.5.2. Sobre el Tratamiento del VIH.

Sistematización de la estadística descriptiva

En este acápite se indaga sobre si la PVV está en tratamiento con antirretrovirales, si tuvo dudas sobre el tratamiento por temor a que otras personas se enteren de su estatus VIH, si la decisión de tomar el tratamiento fue propia, si interrumpió el tratamiento y si fue debido al estigma.

La siguiente tabla muestra si la cantidad y proporción de PVVs que están o no en tratamiento para controlar el VIH.

Tabla 22. ¿Estás o has estado en tratamiento para el VIH?

Si	916	97%
No	29	3%
Total	945	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Del total de la muestra, 97% (916 casos), ha expresado que está o estuvo en tratamiento; en tanto que, una mínima proporción 3%, dijo que no está ni estuvo en tratamiento para controlar el VIH.

Tabla 23. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el tratamiento para el VIH?

(n=721, representa 76% de la muestra)

Me preocupaba que mi pareja, familia o amigos/as se enteren de mi estatus	497	69%
Me preocupaba que otras personas (además de mi familia y amigos/as) se enteren de mi estatus	547	76%
No estaba preparado/a para hacer frente a mi infección por VIH	439	61%
Me daba miedo que los trabajadores de salud* me trataran mal o divulgaran mi estatus sin mi consentimiento	499	69%
Tuve una mala experiencia previa con un(a) trabajador(a) de salud	304	42%

*(doctores, enfermeros/as y personal)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

La siguiente tabla muestra cómo, las PVVs, tomaron la decisión de iniciar el tratamiento.

Tabla 24. ¿Tú mismo/a decidiste empezar a tomar antirretrovirales o te presionó alguien a hacerlo?

Me explicaron los beneficios de hacerlo y empecé tan pronto como me lo ofrecieron	815	89%
Cuando me ofrecieron el tratamiento, decidí esperar y empecé más adelante	51	6%

Me sentí presionado/a empezar tratamiento por el personal de salud	34	4%
Otras razones	16	1%
Total	916	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede ver, 89% contestó que, una vez recibida la explicación sobre los beneficios del tratamiento, comenzó tan pronto como se lo ofrecieron; 6% decidió esperar y empezar más adelante, 4% de las PVVs se sintió presionada por el personal de salud a iniciar el tratamiento y, finalmente, 1% decidió comenzar el tratamiento por otras razones.

En general, se puede decir que 95% de las PVVs, decidió iniciar el tratamiento por voluntad propia y, solo 4%, lo hizo porque se sintió presionada por el personal de salud.

La siguiente tabla muestra el tiempo en el que iniciaron el tratamiento después de haber sido diagnosticados/as como portadores de VIH.

Tabla 25. Tras ser diagnosticado/a con VIH ¿cuánto tiempo pasó antes de empezar a tomar antirretrovirales?

Inmediatamente – o el mismo día que fui diagnosticado/a	312	35%
Entre 1 día a un mes (30 días) después de ser diagnosticado/a	370	41%
Entre 1 mes a 6 meses después de ser diagnosticado/a	132	15%
Entre 6 meses a 2 años después de ser diagnosticado/a	39	4%
Entre 2 años después de ser diagnosticado/a	46	5%
Total	899	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Un primer dato a tomar en cuenta es que solo 899 de 916 respondieron la pregunta, de éstas 41% dijo que inició el tratamiento dentro del rango de un mes después de ser diagnosticada, 35% lo hizo inmediatamente, 15% tardó entre un mes a seis meses, 5% lo hizo más de dos años después del diagnóstico y, finalmente, 4% lo hizo en el rango de seis meses a dos años.

Siguiendo el acumulado, 76% inició el tratamiento, a más tardar, en un mes, 91% en un máximo de seis meses.

La siguiente tabla muestra si, debido al miedo a que su estatus VIH sea conocido, la PVV dejó de tomar una dosis, en el último año.

Tabla 26. En los últimos 12 meses ¿el miedo a que alguien se enterara de tu estatus de VIH te hizo dejar de tomar una dosis de antirretrovirales?

Si	206	22%
No	710	78%
Total	916	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede ver, 78% contestó que no dejó de tomar una dosis por miedo a que alguien se enterara de su estatus VIH; en tanto que 22% afirmó que, en los últimos doce meses, sí dejó de tomar una dosis por temor a que alguien se enterara de su estatus VIH.

La siguiente tabla muestra información sobre si la PVV tiene carga viral indetectable.



Tabla 27. ¿Tu última prueba de carga viral en los últimos 12 meses muestra que eres indetectable?

Sí	622	68%
No, No me he hecho una prueba de carga viral en los últimos 12 meses	53	6%
No, Me hice una prueba de carga viral y estoy esperando los resultados	82	9%
No, El virus es detectable/Mi carga viral no está suprimida	132	14%
No, Nunca me he hecho una prueba de carga viral	2	0,2%
No sé lo que son la carga viral ni la supresión viral	25	3%
Total	916	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar, de las 916 PVVs que declararon haber iniciado el tratamiento, por orden de importancia:

- 68% de las PVVs que han optado por tomar el tratamiento con antirretrovirales, afirma que, en sus pruebas de carga viral de los últimos doce meses, se muestra que son indetectables, lo que significa que el tratamiento fue eficaz, pero, al mismo tiempo, representa un riesgo, ya que, al ser indetectables, es posible que algunas PVVs suspendan el tratamiento;
- 14% afirma que su carga viral no está suprimida, es decir que el tratamiento no fue eficaz;
- 9% no sabe aún, porque está esperando el resultado de su prueba de carga viral;
- 6% no se hizo la prueba de carga viral;
- 3% ignora de qué se trata una prueba de carga viral;
- 0,2% nunca se hizo una prueba de carga viral.

2.5.2.1. Suspensión e interrupción del tratamiento

En este acápite se analizará si se suspendió o interrumpió el tratamiento, las razones para la interrupción o suspensión y si se debió al estigma.

Tabla 28. ¿Alguna vez has interrumpido o detenido el tratamiento antirretroviral?

Si	377	41%
No	525	57%
No lo sé/No lo recuerdo	14	2%
Total	916	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se puede observar que 57% no interrumpió nunca el tratamiento con antirretrovirales, 41% si suprimió alguna vez el tratamiento y, finalmente, 2% no recuerda si alguna vez suprimió el tratamiento.

La siguiente tabla muestra la cantidad de PVVs que interrumpió su tratamiento debido al estigma.

Tabla 29. ¿Alguna vez dejaste de tomar antirretrovirales, fue por alguna de las razones siguientes relacionadas con el estigma?

(n=377)		
Me preocupaba que alguien descubriera mi estatus de VIH	55	15%
No estaba listo para hacer frente a mi infección por VIH	63	17%
Me preocupaba que los trabajadores de salud me trataran mal o divulgaran mi estatus de VIH sin mi consentimiento	20	5%
Me negaron el tratamiento por estar usando drogas actualmente	3	1%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

De las 377 PVVs que, en la pregunta, afirmaron que alguna vez interrumpieron su tratamiento con antirretrovirales, 17% lo hizo porque no estaba listo para hacer frente a la infección, 15% porque le preocupaba que alguien se enterara de su estatus VIH, 5% porque le preocupaba que los trabajadores de salud lo trataran mal o difundieran su estatus sin su consentimiento y, por último, 1% porque le negaron el tratamiento por haber estado usando drogas.

Respecto de las dudas que pudo tener la PVV para tomar la decisión de reiniciar el tratamiento después de haberlo interrumpido, tomadas con base en una batería de afirmaciones con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente las dudas que tuvieron las PVVs.

Tabla 30. E33. Si alguna vez has interrumpido el tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio?

0 variables	712	75%	Solo Si	
1 variable	51	5%	51	22%
2 a 4 variables	146	15%	146	63%
5 variables	36	4%	36	15%
Total	945	100%	233	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Tabla 31. Alguna vez has interrumpido el tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio?

0 variables	144	38%	Solo Si	
1 variable	51	14%	51	22%
2 a 4 variables	146	39%	146	63%
5 variables	36	10%	36	15%
Total	377	100%	233	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede apreciar, 144 PVVs representan 38% de las PVVs que interrumpió alguna vez el tratamiento, contestó negativamente, es decir que no manifestó ninguna duda para reiniciar su tratamiento; en tanto que 233 PVVs que representan 62% expresó que sí tuvo dudas para reiniciar el tratamiento.

A continuación, se expone la distribución de las respuestas múltiples afirmativas por cada una de las variables.

Tabla 32. Si alguna vez has interrumpido tus cuidados o tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio de estos?

(n=233 casos)

Me preocupaba que mi pareja, familia o amigos se enteren de mi estatus	132	57%
Me preocupaba que otras personas* se enteren de mi estatus	144	62%
No estaba preparado/a para hacer frente a mi infección por VIH	145	62%
Me daba miedo que los trabajadores de salud** me trataran mal o divulgaran mi estatus sin mi consentimiento	149	64%
Tuve una mala experiencia previa con un trabajador de salud	102	44%

*(además de mi familia y amigos)

** (doctores, enfermeras y personal)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

De los 233 casos que manifestaron haber tenido motivos para dudar sobre el reinicio del tratamiento:

- 64% tuvo dudas por miedo a que los trabajadores de salud, los traten mal o divulguen su estatus VIH,

- 62% expreso que su duda se debía a que no estaba preparado para hacer frente a la infección,
- 62% dudó porque tenía miedo que otras personas se enteren de su estatus VIH,
- 54% tuvo dudas porque le preocupaba que su pareja, familia o amistades se enteren de su estatus VIH,
- 44% tuvo dudas porque tuvo mala experiencia previa con un trabajador de salud.

Se debe remarcar que, nuevamente, se expresa que la desconfianza en los servicios de salud constituye uno de los mayores problemas para las PVVs.

La siguiente tabla muestra la razón principal por la que, en la actualidad, algunas PVVs, no están tomando antirretrovirales.

Tabla 33. ¿Cuál es la razón principal por la que no estás tomando antirretrovirales actualmente o por la que los interrumpiste?

No había medicamentos en la clínica*	15	2%
No puedo costear los medicamentos	3	0,3%
No puedo buscar los medicamentos en la clínica o farmacia	10	1%
No tolero los efectos secundarios de los medicamentos	25	3%
No creo que necesite tratamiento	10	1%
Estaba detenido o en la cárcel y no había tratamiento disponible	2	0,2%
N/A-He interrumpido antes, pero no durante los últimos 12 meses	156	17%
Otras razones	66	7%
N/A-No es mi caso	658	70%
Total	945	100%

*(por políticas o porque estaban agotados)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Los datos muestran que del total de la muestra (945 casos), al momento de la encuesta:

- 2% no está tomando antirretrovirales porque no había medicamentos en la clínica,
- 0,3% ha interrumpido su tratamiento porque no puede pagar el costo de los antirretrovirales,
- 1% dijo que no está tomando antirretrovirales, porque no puede buscar los medicamentos en la clínica o farmacia,
- 3% manifestó que no está tomando antirretrovirales, debido a los efectos secundarios,
- 1% dejó el tratamiento porque cree que no necesita el tratamiento,
- 0,2% porque estaba detenido en la cárcel y no tenía el tratamiento a disposición,
- 7% arguyó otras razones,
- 17% dijo que suspendió su tratamiento antes, pero no durante los últimos 12 meses
- 70% dijo que no es su caso

2.5.2.2. Conclusión del análisis estadístico

- En general, 131 casos que representan 14% de la muestra, dijo que, al momento de la encuesta, no estaba tomando antirretrovirales o, lo que es lo mismo, había interrumpido su tratamiento.
- 30 casos que representan 3,5% de la muestra, tuvo problemas de acceso a los antirretrovirales.
- 17% contestó que había interrumpido antes pero no en los últimos 12 meses, es decir que, actualmente, está siguiendo el tratamiento.
- 70% dijo que no es su caso (¿?).

Con relación al inicio del tratamiento:

- 97% de la muestra (916 casos), está en tratamiento con antirretrovirales;
- De este conjunto, 95% decidió iniciar el tratamiento por voluntad propia y, solo 4%, lo hizo porque se sintió presionada por el personal de salud.
- No obstante, esta actitud decidida para iniciar el tratamiento, 76% tuvo dudas o preocupaciones, tales como, la preocupación que se enteren de su estatus VIH personas ajenas (76%) o las personas cercanas (69%), también el miedo a recibir mal trato del personal de salud o que éstos difundan su estatus VIH (69%) y el no estar preparado para hacer frente a la infección (61%), contribuyeron a retrasar el inicio de su tratamiento.

En consecuencia, 35% comenzó el tratamiento inmediatamente, 41% tardó entre un día a un mes, 15% lo hizo entre un mes a seis meses. Se puede decir que 91% empezó su tratamiento en el plazo máximo de seis meses. 78% de las PVVs que inició el tratamiento, afirmó que, en los últimos 12 meses, no dejó de tomar su dosificación, debido al miedo a que otras personas se enteren de su estatus VIH.

Finalmente, 68% indicó que, sus análisis de carga viral de los últimos doce meses, dieron el resultado de indetectable, lo que significa que el tratamiento fue eficaz; contrariamente, 14% dijo que su carga viral no fue suprimida.

Con relación a la interrupción del tratamiento:

- 41% (377 casos de los 916 que inició el tratamiento) interrumpió o suprimió su tratamiento y, lo hizo por diversas razones, tales como, porque no estaba listo para hacer frente a la infección (17%), le preocupaba que alguien se enterara de su estatus VIH (15%), porque le preocupaba que los trabajadores de salud lo trataran mal o difundieran su estatus sin su consentimiento (5%) y, una mínima parte, porque le negaron el tratamiento por haber estado usando drogas (1%)
- De este conjunto que interrumpió el tratamiento, 38% reinició su tratamiento sin dudas; en tanto que 62% experimentó dudas que retrasó el reinicio de su tratamiento, tales como, el miedo a que los trabajadores de salud, los traten mal o divulguen su estatus VIH (64%), no estaba preparado/a para hacer frente a la infección (62%), el miedo que otras personas se enteren de su estatus VIH (62%), le preocupaba que su pareja, familia o amistades se enteren de su estatus VIH (54%) y porque tuvo una mala experiencia previa con un trabajador de salud (44%).

Finalmente, 131 casos que representan 14% de la muestra, dijo que, al momento de la encuesta, no estaba tomando antirretrovirales y, lo hizo por diversas razones, tales como, los efectos secundarios de los antirretrovirales (3% de la muestra), no había medicamentos en la clínica (2% de la muestra), no puede buscar los medicamentos en la clínica o farmacia (1% de la muestra), otro tanto, cree que no necesita el tratamiento (1% de la muestra), no puede pagar el tratamiento (0,3% de la muestra).

2.5.2.3. Interpretación de los datos cualitativos

En cuanto a la administración del tratamiento con antirretrovirales, gran parte de las y los entrevistados comentaron ser “adherentes” y cumplir con su administración, ya que les permite el normal desarrollo de su cotidianidad y les garantiza calidad de vida. Es importante enfatizar que, la administración del tratamiento, además de tener efectos positivos en la salud de las PVV, también repercute positivamente en la autoestima y el bienestar emocional, sobre todo cuando les permite revertir los efectos del VIH/SIDA en su salud.

Los cambios fueron positivos, tanto físicos como psicológicos, yo estaba con un CD4 de diez, una carga viral super elevada, entonces cuando empecé a recibir el medicamento, tratamiento aquí y luego en Brasil, dio un cambio de 360° en mi vida, tanto emocional, psicológica y física. Comencé a recuperar peso, eso me fortaleció mucho, mi autoestima subió mucho y he podido asimilar esa realidad para bien. Me he fortalecido, me he empoderado. EN2 HSH

Por otra parte, como muestran los datos cuantitativos, existen casos donde las personas no iniciaron el tratamiento tras enterarse de su diagnóstico, sino cuando experimentaron el deterioro de su salud a causa

del VIH. Estos casos están relacionados con la falta de información sobre el tratamiento, y las ideas y creencias previas que tenía la persona respecto al virus.

“yo no quería tomar los medicamentos porque no quería vivir, no quería tomar nada. Ahora tengo otra pareja que es positiva también y me alentó. Después me dio tuberculosis y ya estaba mal. Hace cuatro años que empecé a tomar, estaba en depresión y vivía por vivir nomás, ya mi actual pareja me dijo ‘tienes que tomar, tienes que hacer tu tratamiento’, me dijo ‘haz por tu hijo ¿con quién se va a quedar tu hijo?’”. GF2 MVV

En relación a las dificultades que experimentan para la administración del tratamiento, las PVV identificaron causales que afectan el consumo regular de sus medicamentos, sin que esto implique el deseo de abandonar el proceso:

- Olvido y dificultades para crear el hábito del consumo diario de los medicamentos. Las y los entrevistados comentaron sobrar regularmente cada mes entre dos a cinco dosis por temas de olvido o por no llevar consigo el tratamiento fuera de casa.
- Viajes y trabajo. Las PVV señalaron como un hecho común el olvido de sus medicamentos durante viajes, o quedarse sin medicamentos durante estos eventos, retomando su administración una vez retornan a sus localidades.
- Consumo de bebidas alcohólicas. Representa otra de las causas comunes para la no administración esporádica de los antirretrovirales, ya sea por decisión previa al consumo de bebidas alcohólicas, o por olvido posterior al consumo de las mismas.

58

“A pesar de estas dificultades no he abandonado el tratamiento. Sí ha habido muchos períodos donde ha sido difícil adherirse al tratamiento, sobre todo en el inicio, cuando no estaba acostumbrado a tomar ningún medicamento todos los días y de repente pasar a tomar una sola pastilla todos los días. En un inicio la tomaba y me olvidaba y volvía a tomar. Otra vez, pensaba que la había tomado y no, no la había tomado y al día siguiente me daba cuenta. Por eso compré un pastillero y lo relleno cada fin de semana y así llevo un registro, aunque hay días donde puede que haya salido y justo no lo tengo”. GF1 HSH

“Por q viajé y donde viajé no había donde pueda adquirir los antirretrovirales”. (Cuestionario INDEX 2022)

Cuando salgo y consumo bebidas alcohólicas “. (Cuestionario INDEX 2022)

Por otra parte, se identificaron otro tipo de situaciones que dificultan la normal administración de los antirretrovirales y que representan situaciones de riesgo para el abandono o no acceso a los medicamentos:

- Dificultades para acceder al tratamiento en ciertos contextos como ser: la cuarentena rígida por Covid-19, conflictos sociales, en áreas rurales, centros penitenciarios.
- Experimentación de efectos secundarios al inicio del tratamiento, como ser: alergias, mareos, náuseas, sueño o insomnio, entre otros.
- Cambios corporales y emocionales que son asumidos por las personas PVV como efectos secundarios del tratamiento prolongado, como ser: aumento o disminución de peso, bajones emocionales repentinos y sin razón aparente.
- Dificultades para ocultar la administración del tratamiento a personas cercanas que desconocen el diagnóstico.
- Administración inadecuada del tratamiento por desconocimiento.
- Depresión

“Me fui a la naval, de ahí nos transfirieron a otro lugar, por la carretera a Brasil, estuve dos semanas por allá, se me estaban acabando los medicamentos y yo no tenía como comunicarme con alguien para que me ayudara, porque no tenía teléfono y si lo tuviera, no tengo los números de teléfonos de mis amigos. (Había un centro de salud) pero no contaba con medicamentos ni información sobre el VIH. (Me acerqué) a una doctora, le conté que tenía VIH, esa doctora venía a la ciudad a llevar medicamentos ya que allá no llegaban. Ella fue la única doctora que me pidió mi carga viral”. EN18 HSH

“Por la cuarentena de covid-19, no pude recoger medicamentos” (Cuestionario INDEX 2022)

“Quería abandonar los antirretrovirales porque me causaba insomnio, me provocaba, mareos, tenía ansiedad, quería firmar para abandonar el tratamiento, pero después de hablar con un líder en Cochabamba entendí que los medicamento eran los únicos que me mantendrían bien, así que continué tomándolos hasta ahora”. EN10 TS-M

“yo tomaba los antirretrovirales por decir hoy... supuestamente de aquí a tres días ese anti-retroviral me iba a seguir defendiendo, lo tomaba hoy y decía ‘mañana voy a descansar, no lo voy a tomar’, pero es uno mismo el que tiene que quererse... como le digo: ya estaban para internarme porque mis defensas estaban bajísimas, la fiebre era fuerte y en mi casa tuvieron que ponerme algo para la infección que tenía, porque en el hospital no quisieron internarme”. EN12 MT

“Mi padre falleció y me olvide por tres días” (Cuestionario INDEX 2022)

Por otra parte, se identifica el rol fundamental que juegan los grupos de contención - ya sean institucionales o dentro del círculo primario - en el seguimiento y motivación a las personas PVV para la administración de sus tratamientos.

“mi familia sabe y es un apoyo porque me siento que siempre me preguntan ‘¿cómo estás? ¿qué te han dicho? ¿ha tomado tu medicamento?’ siempre me andan alentando a seguir adelante y eso es una alegría para mí, porque tengo el apoyo de mi familia, sobre todo el de mi mamá es un apoyo incondicional”. GF2 MVV

“recibí cierto apoyo de estos grupos, los GAM que siempre están hablándote o mandándote un audio si estás tomando todo en regla, tratar siempre de estar bien, o a veces cuando me salía un herpes en el labio o a veces me sale en el testículo les digo y ellos me dicen ‘tus defensas están bajando, tienes que tomar esto’” EN7 HSH-PC

2.5.3. Sobre el estado de salud actual de las PVVS.

Sistematización de la estadística descriptiva

En este acápite, se indaga sobre cómo califican las PVVS su estado actual de salud y las enfermedades contraídas, asociadas con la infección VIH.

2.5.3.1. Estado de salud

La siguiente tabla muestra la percepción de las PVVS sobre el estado actual de su salud.



Tabla 34. En general ¿cómo describes tu estado de salud actual?

Bueno	401	42%
Normal	493	52%
Pobre/Malo	51	5%
Total	945	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se observa, 52% califica su estado de salud como normal, 42% dice que su estado de salud es bueno; en tanto que, 5% de la muestra, califica su estado actual de salud como pobre o malo.

2.5.3.2. Enfermedades asociadas al VIH

En relación a las enfermedades contraídas, asociadas al VIH, tomadas con base en una batería de afirmaciones, es la siguiente:

Tabla 35. Cuenta del número de respuestas afirmativas

0 variables	480	51%	Solo Si	
1 variable	264	28%	264	57%
2 a 5 variables	200	21%	200	43%
6 variables	1	0,1%	1	0,2%
Total	945	100%	465	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

La tabla precedente muestra que 51% respondió negativamente en todas las variables, es decir, no fue diagnosticada con ninguna enfermedad asociada con el VIH; en tanto que 49% reportó que, en los últimos doce meses.

De las PVVs que respondieron afirmativamente (465 casos), 57% (264 casos) fue diagnosticada con una enfermedad, 43% (200 casos) reportó diagnósticos entre 2 a 5 enfermedades y, en un solo caso, la PVV dijo que padeció todas las enfermedades.

La distribución de las respuestas afirmativas por variable o enfermedad, se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 36. Durante los últimos 12 meses, ¿te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Casos=465 representa 49% de la muestra	N	%
Tuberculosis (TB)	51	11%
Hepatitis viral (A, B y/o C)	20	4%
Infección de transmisión sexual/ETS*	157	34%
Condición de salud mental**	276	59%
Enfermedades no transmisibles (ENT) (Diabetes, hipertensión, etc.)	92	20%
Infecciones oportunistas (pulmonía, toxo, meningitis, sarcomas, etc.)	78	17%
Síndrome de dependencia al alcohol/drogas (adicciones)	90	19%
*(herpes, gonorrea, clamidia, sífilis)		
**(ansiedad, depresión, insomnio, estrés postraumático)		

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Por orden de importancia:

- El primer dato a tomar en cuenta, es que, 49% de las PVVs de la muestra (465 casos), dijo que fue diagnosticada con algún tipo de enfermedad asociada con el VIH.
- En 59% de los casos señalaron que fueron diagnosticados con afecciones a la salud mental, como, ansiedad, depresión, insomnio y/o estrés postraumático.

- 34% sufrieron enfermedades de transmisión sexual (ETS), como, herpes, gonorrea, clamidia, sífilis u otras.
- 20% padecen enfermedades no transmisibles, como, diabetes, hipertensión u otras.
- 19% sufren el síndrome de dependencia al alcohol y/o drogas.
- 17% fue diagnosticada con infecciones oportunistas, como, pulmonía, toxoplasmosis, meningitis, sarcomas u otras.
- 11% reportó diagnóstico de tuberculosis (TB).
- 4% fue diagnosticada con hepatitis viral (A, B y C).

2.5.3.3. Conclusiones del análisis estadístico respecto al estado de salud

En resumen, la mayor parte de las PVVs señala que su estado de salud es de normal a bueno, son 894 casos que representan 94% de la muestra y, 5% considera que su estado de salud es pobre o malo.

Esta percepción, expresa la opinión de 465 casos que representan 49% de la muestra, que reportan haber sido diagnosticados, durante los últimos doce meses, con algún tipo de enfermedad asociada a la infección con VIH. Las afecciones más importantes se refieren a la salud mental, como el padecimiento de ansiedad, depresión, insomnio o estrés postraumático que afecta a 276 PVVs que representan 59% de las que padecieron morbilidad y 29% de la muestra. Luego, están las enfermedades virales y bacterianas que tienen efecto en el deterioro físico, son 139 casos que representan 32% de las que padecieron morbilidad y 16% de la muestra.

Finalmente, 28% de la muestra (261 casos), tuvo acceso a tratamiento para la/s enfermedad/es asociadas con la infección VIH.

2.5.3.4. Interpretación de los datos cualitativos

Un elemento importante a destacar en los referido al estado de salud de las PVV son los cambios en las prácticas de cuidado a partir del diagnóstico, las cuales, acompañadas de la administración de los antirretrovirales, impactan en la calidad de vida de esta población. En ese sentido, las personas entrevistadas resaltaron que: una vez iniciado el tratamiento, y con la información brindada en las consultas para el cuidado de su salud, estas han creado nuevos hábitos vinculados al consumo de alimentos nutritivos y que aporten al fortalecimiento de su sistema inmune; a la disminución del consumo de alcohol; al cuidado personal evitando situaciones de riesgo para su salud.

“Soy más responsable, camino mucho, no bebo alcohol, si voy a fiestas evito consumir alcohol, no consumo drogas, tengo vida saludable”. EN4 HSH

En cuidado de mi salud sí ha cambiado, porque he sido más responsable, porque yo más antes era una persona que me gustaba divertirme, a veces salir a bailar, beber, me desvelaba mucho, no por el exceso que beba hartos, sino que a modo de bailar, de desvelarme, incluso ver películas, estar navegando en las redes sociales hasta tarde. Pero desde mi diagnóstico es algo que cuido, porque yo soy el dueño de mi salud y pues es algo que yo mismo tengo que cuidar, es una responsabilidad que yo mismo tengo que ver hacia mi persona. EN6 HSH

“En el CDVIR nos han dado talleres de que alimentos se debe comer, cómo cuidarnos y cómo alimentarnos y antes no consumía jengibre o verduras, pero después lo hice”. EN10 TS-M

Cabe recalcar, que existen grupos poblacionales que enfrentan serias limitaciones - tanto económicas como en el acceso a productos - para garantizar o mejorar sus prácticas de cuidado de la salud. Entre ellos, se identifica a las PVV privadas de libertad, quienes, por las condiciones existentes en los centros penitenciarios y el hecho de no siempre contar con una red de apoyo fuera de los penales, se ven limitadas en sus opciones.

“aquí viene una comida que es El Rancho y nosotros tenemos ese diagnóstico, o sea, nos da diarrea, nos estriñe, o sea, nos hace mal la comida de la cárcel. Entonces, nosotras más contamos con prepararnos algo, digamos, ya sea sopa, segundo, y en eso le he tratado de aumentar un poco más de verduras, nada más”. EN15 PPL-MT-TS-PUD

2.5.4. Acceso a servicios de Salud para VIH.

2.5.4.1. Sistematización de la estadística descriptiva

En este acápite se analiza el acceso de las PVVs a los servicios de salud y la calidad de la atención en dichos servicios de salud.

La siguiente tabla muestra el lugar donde la PVV recibe atención para el VIH.

Tabla 37. ¿Dónde recibes tus cuidados y tratamientos regulares para el VIH?

En una clínica o institución gubernamental o pública	865	92%
En una clínica, hospital o consulta privada	7	1%
En una clínica o institución no gubernamental (ONG)	21	2%
En centros comunitarios*	2	0,2%
En diversos lugares	40	4%
N/A – En estos momentos no estoy recibiendo cuidados ni tratamiento para el VIH	10	1%
Total	945	100%

*(como puntos de recogida dirigidos por grupos de poblaciones clave)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

El 92% de las PVVS reciben cuidados y tratamientos regulares en una clínica o institución pública, 4% lo hace en diversos lugares, 2% en una clínica o institución no gubernamental, 1% en una clínica u hospital o consulta privada, 0,2% lo hace en un centro comunitario y, finalmente 1% dice que, en este momento, no está recibiendo cuidados ni tratamiento para el VIH.

La siguiente tabla muestra si la PVV sabe sobre algún centro comunitario.

Tabla 38. ¿Sabes si hay alguna clínica comunitaria que ofrezca servicios relacionados con el VIH a la que puedas acceder?

	Todas		Solo sabe	
Sí, la hay, pero no recibo mi tratamiento ahí	284	30%	284	68%
Sí, la hay, es donde recibo mi tratamiento	20	2%	20	5%
No, no la hay	115	12%	115	27%
No lo sé	516	55%		
Total	935	100%	419	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar, del total de las PVVS encuestadas, 55% de la muestra (516 casos), no tiene información sobre ningún centro comunitario; en tanto que 45% de la muestra (419 casos) tiene información, sobre algún centro comunitario. De las PVVS que tienen información sobre algún centro comunitario:

- 68% sabe de la existencia de un centro comunitario, pero no recibe su tratamiento en ese lugar,
- 27% sabe que no hay una clínica comunitaria que ofrezca servicios relacionados con el VIH,
- 5% sabe que hay una clínica comunitaria y recibe su tratamiento en ese lugar.

La siguiente tabla, muestra el conocimiento de las PVVs sobre los servicios que prestan los centros

comunitarios.

Tabla 39. ¿Cuál de los siguientes servicios puedes recibir en la institución comunitaria?

(n=945)

Información sobre el VIH	285	30%
Grupos de apoyo (Grupo de Ayuda Mutua-GAM)	157	17%
Asesoría/consejería para la adherencia al tratamiento	196	21%
Servicios y productos de prevención*	168	18%
Servicios de tratamiento para el VIH**	49	5%
Gestión de casos (seguimiento, vinculación, etc.,)	102	11%
Servicios de pruebas y atención del VIH (testeo de VIH, sífilis, hepatitis)	141	15%

*(talleres, entrega de condones y lubricantes, etc.,)

** (entrega de medicamentos, análisis, etc.)

Fuente: *Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)*

Por orden de importancia:

- 30% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir información sobre el VIH.
- 21% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir asesoría/consejería para la adherencia al tratamiento.
- 18% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir servicios de prevención, como, talleres, entrega de condones y lubricantes y otros similares.
- 17% sabe que, en la institución comunitaria, puede participar de grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua.
- 15% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir servicios de pruebas y atención de VIH, tales como, el testeo de VIH, sífilis, hepatitis y otras enfermedades asociadas.
- 11% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir apoyo en gestión de casos: seguimiento, vinculación y otros relacionados.
- 5% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir servicios de tratamiento para el VIH, tales como, entrega de medicamentos, análisis y otros relacionados.

Respecto de las diferentes formas de maltrato que sufren las PVVs, por parte del personal de salud, registradas mediante una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente la ocurrencia de maltrato que sufrieron las PVVs.

A continuación, se expone las respuestas de las PVVs por cada una de las formas de maltrato consultadas.

Tabla 40. Durante los últimos 12 meses ¿has experimentado alguna de las siguientes situaciones con el personal del establecimiento en el que recibes atención para el VIH?

(n=373 casos)

Me han negado servicios de salud por ser seropositivo/a	63	17%
Me han aconsejado no tener sexo por ser seropositivo/a	159	43%
Han hablado mal de mí o murmurado sobre mi estatus de VIH	120	32%
Han abusado verbalmente de mí (con gritos, riñas, insultos u otro tipo de abusos verbales) por ser seropositivo/a	110	30%
Han abusado físicamente de mí (con empujones, golpes u otro tipo de abusos físicos) por ser seropositivo/a	26	7%
Han evitado tocarme o han tomado precauciones extra (como usar dos pares de guantes) porque soy seropositivo/a	156	42%
Les han dicho a otras personas que soy seropositivo/a sin mi consentimiento	101	27%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Por orden de importancia:

- A 43% de los encuestados el personal de salud le aconsejó no tener sexo.
- A 42% de los encuestados el personal de salud ha evitado tocarlo o tomó precauciones extra, como, usar dos pares de guantes.
- 32% de los encuestados afirma que el personal de salud habló mal de la PVV.
- 30% de los encuestados sufrió abuso verbal, con gritos, riñas, insultos u otro tipo de abuso verbal.
- 27% de los encuestados reporta que el personal de salud dijo a otras personas que la PVV es seropositiva sin su consentimiento.
- 17% de los encuestados afirma que se le negó el servicio de salud.
- 7% de los encuestados reporta que fue abusada físicamente, con empujones, golpes u otro tipo de agresión física.

La siguiente tabla, muestra si la PVV informa de su estatus seropositivo, cuando acude a un centro de salud por atención no relacionada con el VIH.

Tabla 41. ¿Cuándo acude a centros de salud por cuestiones no relacionadas con el VIH, normalmente dices que vives con VIH?

Si	391	41%
No	554	59%
Total	945	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar, 51% no informa que es seropositivo, cuando acude a un centro de salud por atención no relacionada con el VIH y 41 % si informa sobre su estatus seropositivo.

La siguiente tabla, muestra la confianza que tiene la PVV, sobre la confidencialidad de su diagnóstico VIH.

Tablas 42. ¿Crees que tu historial médico relacionado con tu estatus de VIH es confidencial?

Estoy seguro/a de que mi historial médico es confidencial y de que no lo compartirán sin mi consentimiento informado	534	57%
No sé si mi historial médico sea confidencial	318	34%
Para mí está claro que mi historial médico no es confidencial	90	9%
Total	942	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede ver, 57% tiene confianza en que su historial médico es confidencial que no será compartido con nadie, sin su consentimiento, 34% no sabe si su historial médico es confidencial y, finalmente, 9% está segura que su historial médico no es confidencial.

En resumen, se vio que 92% de la muestra recibe atención médica y tratamiento en entidades de salud pública y muy pocas PVVS se atienden en centros comunitarios; de hecho, 55% de la muestra, no sabe si existe de alguna clínica comunitaria, en la que pueda recibir atención relacionada con el VIH y el 68% de las PVVS que saben de la existencia de alguna clínica comunitaria, no realiza su atención en ella.

Finalmente, 57% de la muestra confía en que su diagnóstico es confidencial y no será divulgado por el personal de salud y, 43% de la muestra, no sabe si su diagnóstico es confidencial o está seguro que su diagnóstico no es confidencial.

2.5.4.2. Interpretación de los datos cualitativos

De acuerdo a la experiencia de las y los entrevistados, la calidad de la atención y el trato recibido en los CDVIR y CRVIR varía según los departamentos y según periodos de tiempo. Mientras que algunos participantes resaltan la atención recibida - y sobre todo a personal médico en específico - otros narraron experiencias que pudieron interferir en su decisión de continuar con su tratamiento.

Con el objetivo de visibilizar las situaciones de riesgo que deben ser tratadas a futuro, para garantizar la calidad en la prestación de servicios médicos, a continuación, se señalan algunas críticas vertidas por las PVV:

- Falta de información básica sobre los CDVIR disponible en distintas plataformas, que permita a las personas saber su ubicación, servicios que ofrecen, y horarios de atención diferenciados por servicios. Asimismo, en algunos CDVIR no se facilita información sobre otros centros de salud o laboratorios que realizan los estudios y análisis que deben presentar las personas PVV de manera periódica.
- Horarios de atención pocos flexibles para personas que trabajan, y serias limitaciones en la cantidad de personas que se atienden por día los CDVIR, provocando que la población PVV deba dedicar hasta dos jornadas laborales por asistir a su consulta médica y recibir su tratamiento (sobre todo en el servicio de farmacia)
- Casos de migración de tratamientos o entrega de tratamientos incompletos para el mes por falta de medicamentos. Como consecuencia, el cambio de tratamiento generó efectos secundarios en la persona; y en el caso de la entrega incompleta del tratamiento provocó la pérdida de varias jornadas laborales por asistir más de una vez al mes a recibir sus medicamentos.
- La atención no cumple con el criterio de calidez, la comparan con una “atención robotizada”
- Maltrato a las personas PVV por parte de algunos funcionarios de los CDVIR, y en algunos casos a población transgénero.
- No hay estabilidad en el ofrecimiento de ciertos servicios de gran importancia, como atención de la salud mental con profesionales idóneos.
- Negligencia en la confidencialidad del diagnóstico: los CDVIR son uno de los medios por donde se filtra el diagnóstico de las personas por la ausencia de aplicación de los protocolos de resguardo de este derecho.

“Al inicio nunca tuve problemas porque los primeros doctores, sobre todo la primera doctora que estuvo a cargo fue una de las mejores. Literalmente después el centro ha decaído demasiado para la atención a los pacientes PVV... no nos brindan atención necesaria, no están para guiarlos, no se preocupan por el bienestar de los pacientes, realmente les valemos muy poco o nada realmente. La anterior doctora era muy frecuente con nosotros, nos preguntaba, tenía prioridad de nuestro medicamento. (...) a veces uno se tarda una tarde entera una mañana entera, y ya no hay consejería, la consejería se ha cerrado no existe una buena atención como la teníamos antes y eso ha sido por cambio de directora de programa”. GF1 HSH

*“tuve un problema de que me emigraron de esquema, porque según ellos no había el medicamento que yo tomaba, sino que nos migraron a un medicamento sin consultarme por 2 meses, el cual me hacía alucinar, me daba muchísimos efectos secundarios y las últimas dos semanas no las tomé, las bote, porque no podía más con los efectos secundarios. El siguiente mes les dije más firme: ‘no puedo volver a tomar esto, si no me dan el que regularmente tomo no vuelvo aquí’ y al final accedieron y me volvieron a dar con el que sigo. Cada uno (de los afectados) tuvo que buscar la forma de decirlo. (...) Las últimas dos semanas con este medicamento me daban alucinaciones y en ese tiempo yo tenía exámenes y no podía darlos bien si estaba alucinando por el medicamento”. **GF1 HSH***

*“hay un doctor que no tolera revisarme y me cuestiona. Siempre que voy al CDVIR, me dicen ‘ese doctor está y te va a revisar’, pero como que el doctor dice que ‘no’ y me empieza a despachar y dice que supuestamente no está. No quiere atenderme. Yo pienso que es discriminación porque habla y dice que soy una mujer trans. También las enfermeras no respetan (...) aclarar que en mi documento (historial médico) sigue con la identidad masculino, pero ya llevé las dos fotocopias de mi carnet que me piden, pero no ha cambiado, me siguen llamando por ese nombre. Incluso el personal, cuando llego a la institución me miran raro, cuando me les acerco para que me atiendan me paran diciendo que están ocupados y me hacen esperar”. **EN13 MT***

Entre aspectos positivos a destacar, las y los entrevistados reconocen como valioso el trabajo de las personas, los grupos de apoyo e instituciones vinculadas al VIH, sobre todo en lo referido al área de: contención emocional; facilitación de información idónea, que permite a las personas comprender su diagnóstico; facilitación de información para el cuidado y fortalecimiento de la salud de las personas PVV; y el seguimiento cordial que realizan a las personas PVV para que no abandonen sus tratamientos.

*“Sobre el diagnóstico fue algo muy doloroso muy increíble que yo la verdad, si no hubiera sido por los grupos de ayuda mutua del del CDVIR yo hubiera me hubiera matado, quería arrojarme del puente ,no quería vivir así pensaba que iba a ser una carga estaba muy enferma estaba en etapa sida y con una niña estaba con una niña y yo vivía sola con mi hija de 3 años y en esa etapa me han ayudado mucho los médicos me han ayudado los mucho los PVVS y más que todo me ha ayudado el grupo de ayuda mutua como el GAM”. **GF2 MVV***

En lo relacionado a la atención médica por motivos diferentes al diagnóstico de VIH, las personas consultadas nuevamente rescatan experiencias positivas concretas con personal médico específico, quienes les brindaron atención apropiada, sin estigma ni prejuicios. Sin embargo, gran parte de las y los entrevistados hicieron referencias a situaciones de maltrato y discriminación de parte del sistema de salud a la hora de brindarles atención en problemáticas no referidas a su diagnóstico. Los testimonios son una interpelación directa a la institucionalidad del sistema de salud y a la aplicación de protocolos para la atención a la población PVV. La no aplicación de estos protocolos deja desprotegidos a las PVV y al criterio, voluntad y la discrecionalidad de cada personal médico. A continuación, se enumeran algunos hechos recurrentes en las experiencias de las y los entrevistados, que relataron situaciones de estigma, discriminación y violación de los derechos en el sistema de salud:

- Violación del derecho a la confidencialidad: el propio personal médico es el responsable de divulgar el estado serológico de las personas con VIH frente a otros pacientes, acción realizada con plena intencionalidad.
- Violación del derecho a recibir una atención médica con calidad y calidez
- Presión del personal médico a las mujeres PVV para practicar la ligadura de trompas, sin brindar información actualizada e idónea sobre la prevención en la transferencia del VIH de madre a hijo.
- Maltrato a mujeres PVV durante el parto y post parto.
- Maltrato a población PVV de las diversidades de género y sexuales.
- Uso excesivo de medidas de bioseguridad de parte del personal médico en las consultas a personas PVV.

- Negación del personal médico de brindar atención a personas PVV en los distintos niveles del sistema de salud.
- Aumento de tarifas de atención y servicios médicos a personas PVV en centros médicos privados.
- Ausencia de personal médico idóneo e institucional dentro de los centros penitenciarios. Los servicios médicos son brindados por otros privados de libertad, generando vulnerabilidad a las personas PVV.

“Me había enfermado de colecistitis y tenían que operarme. Junto con mi doctora del programa hice mi carta de que estaba totalmente indetectable. El anestesiólogo no quiso colocarme la epidural, de la anestesia. El cirujano dijo que sí estaba dispuesto a operarme, pero el anestesiólogo dijo que no, que no podía tocarme, que no iba a hacer el intento. Yo estaba a punto de llegar a una peritonitis y pasa que llegó un residente de anestesia y lo mandó a él y no le dijo nada del diagnóstico. Yo directamente me encargue de hablar con las cabezas diciéndoles: ‘este es mi diagnóstico, estoy indetectable, no creo que haya problema en nada’. El residente sí me colocó la anestesia más no el que debería, porque yo escuché incluso ya estando en quirófano y ya estaba todo listo para la cirugía y el doctor (anestesiólogo) decía ‘no pienso tocarlo’”. **GF1 HSH**

“En la posta (del centro penitenciario) son varios, el que viene y recoge las muestras de sangre te dice: ‘va a venir tal persona a hacerte la prueba’. A mí me hicieron dos personas... ellos son quienes filtran la información. No he tenido más problemas con la posta, no me quejo, es la primera vez. Si algo tuviera que cambiar pediría alguien que nos pueda escuchar y que no sea un compañero, que sea alguien de afuera, doctores de afuera, no de aquí. Además, que los privados de libertad no sean quienes nos atiendan a quienes tenemos VIH, porque de ahí nace la pelea... todos son privados de libertad... esto es todo contra todos. **EN15 PPL-MT-TS-PUD**

“Por ejemplo, cuando la ven llegar a un centro médico, por el simple hecho de ver su apariencia la discriminan y la estigmatizan. Las otras personas no saben su condición, eso trae dos estigmas; uno por ser piña y otro por ser trans, eso causa que las compañeras no quieran asistir a los centros de salud. **EN17 PUD-MT**

“me querían obligar a ligarme y le dije que no, que no. Decían que tenían que ligarme sí o sí... dije ‘no me pueden obligar, y como siguen yo voy a hacer la denuncia... no aquí a los médicos ni a la institución... al director de esta institución’ y después creo que no me ligaron. **GF2 MVV**

Finalmente, se destaca la demanda de las PVV respecto al acceso a servicios médicos para la salud mental, con profesionales sensibles y con conocimiento profundo sobre el VIH, y población LGBT, con el fin de que estos no reproduzcan estigmas en su atención y tratamiento.

“Lo primordial sería que en los CDVIR contratar un psicólogo bueno y sepa ayudar a sacar palabras y no solo preguntar si estoy bien y si tome el medicamento y ya chau. Un buen psicólogo estaría bien porque los psicólogos que yo visito en el CDVIR te preguntan ‘¿cómo estás? ¿tomaste tus tabletas?’ y te da un visto bueno y te bota, no se dan el tiempo para conocer al paciente, y por eso hay pacientes que no quieren tomar sus tabletas porque piensas ‘te vas a morir’ y te hechas a una hoja negra. La mayoría sufre ese desorden sentimental. Yo he visto eso”. **EN13 MT**

2.5.5. Salud sexual y reproductiva

En este acápite se analiza ciertas actitudes o prácticas inapropiadas del personal de salud, en temas de salud sexual y reproductiva que devienen en problemas y violaciones de derechos para las PVVs en general y, específicamente, para las mujeres.

Se indagó sobre si, algún profesional de salud, recomendó, presionó o actuó inapropiadamente con alguna PVV, en materia de salud sexual y reproductiva; las respuestas fueron registradas mediante una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. El análisis se realizó, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que, de lo que se trata, es de saber efectivamente la ocurrencia del hecho en cuestión. Adicionalmente, se consulta la localidad en la que ocurrió el hecho y si, la PVV, avisó a alguien sobre lo ocurrido.

Tabla 43. Número de PVVs que respondieron por variable

0 variables	794	84%	Solo Si	
1 variable	101	11%	101	67%
2 a 3 variables	47	5%	47	31%
4 variables	3	0,3%	3	2%
Total	945	100%	151	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Un primer dato es que 84% de las PVVs no reportó problemas con algún profesional de salud (0 variables); en tanto que, 16% de la muestra (151 casos) si reportó problemas con algún profesional de salud. De este conjunto, 67% respondió afirmativamente en una variable, es decir que solo tuvo un problema con el personal de salud, 2% respondió afirmativamente en todas las variables (4 variables), es decir que reportó haber tenido todos los problemas consultados y, finalmente, 31% respondió afirmativamente en 2 a 3 variables.

A continuación, se muestra la distribución de las respuestas afirmativas por variable.

Tabla 44. En los últimos 12 meses, ¿algún profesional de salud ha hecho alguna de las siguientes cosas debido exclusivamente a que tienes VIH?

Te recomendó no criar a un hijo/a	59	39%
Te presionó o incentivó a que te esterilizaras	58	38%
Te esterilizó sin tu conocimiento o consentimiento	11	7%
Te negó el acceso a anticonceptivos o a servicios de planificación familiar	21	14%
Te dijo que tenías que usar (un método específico de) anticonceptivos para poder recibir tratamiento antirretroviral	71	47%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Por orden de importancia, se tiene que:

- 47% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le condicionó su tratamiento con antirretrovirales, al uso de anticonceptivos, a veces a un método específico.
- 39% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le aconsejó no criar a un hijo/a.
- 38% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le presionó o incentivó a que se esterilizara.
- 14% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le negó el acceso a anticonceptivos o a servicios de planificación familiar.
- 7% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le esterilizó sin su conocimiento o sin su consentimiento, lo que constituye una violación a los derechos de la PVV.

Respecto a la localidad en la que ocurrió el hecho, se tiene:

Tabla 45. ¿En qué localidad, algún profesional de salud ha hecho alguna cosa debido a que tienes VIH?

Sucre	6	4%
La Paz	56	37%
Cochabamba	45	30%
Oruro	7	5%
Potosí	3	2%
Tarija	4	3%
Santa Cruz	81	54%
Trinidad	17	11%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Los sitios de más actitudes negativas son: 54% Santa Cruz, 37% La Paz, 30% Cochabamba.

Sin embargo, estos datos son poco expresivos de la magnitud del problema analizado.

La ocurrencia de estas conductas de algunos profesionales de salud, tiene mayor relevancia en los departamentos de Oruro (58%) y Beni (57%), luego, están los departamentos de La Paz (24%), Cochabamba (21%) y Santa Cruz (21%) y, finalmente, los departamentos de Chuquisaca (18%), Tarija (18%) y Potosí (15%).

Respecto a que, si la PVV que sufrió el problema o violación de derechos, informó lo ocurrido, se tiene:

52% no contó a nadie lo sucedido, 50% contó a su pareja, 21% contó a un familiar, 9% contó a una amistad, 9% contó a alguien del servicio de salud y 1% a alguien de una ONG.

Tabla 46. ¿Le contaste a alguien lo sucedido? ¿a quién?

No le conté a nadie	78	52%
Le conté a mi pareja	76	50%
Le conté a un familiar	32	21%
Le conté a un/a amigo/a	14	9%
Le conté a alguien del servicio de salud	14	9%
Le conté a una organización (ONG)	1	1%
Otro	5	3%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Respecto de las actitudes del personal de salud en relación con la conducta sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH, registradas mediante una batería de afirmaciones es de saber efectivamente la ocurrencia de las actitudes del personal de salud que sufrieron las PVVS. Dado que esta pregunta, se aplicó exclusivamente a mujeres, la muestra a tomar en cuenta, es de 326 el total de mujeres encuestadas.

Un primer dato a tomar en cuenta es que 249 casos que representan 76% de la muestra, respondió negativamente en todas las variables (0 variables), es decir que no reportó problemas con los profesionales de salud; en tanto que, 77 casos que representan 24% de la muestra, respondió afirmativamente en una o varias variables, es decir que, si reportó problemas y/o violaciones a sus derechos, por parte de los profesionales en salud.

La distribución de las respuestas afirmativas por cada variable es como sigue:

Tabla 47. ¿Algún profesional de salud ha hecho alguna de las siguientes cosas debido exclusivamente a que tienes VIH?



Te aconsejó abortar	17	22%
Te presionó para usar un tipo específico de anticonceptivos	32	42%
Te presionó para llevar a cabo un método específico para dar a luz	31	40%
Te presionó para escoger un método específico para alimentar bebés	41	53%
Te presionó para tomar antirretrovirales durante el embarazo	39	51%

Fuente: *Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)*

Por orden de importancia:

- 53% fue presionada para escoger un método específico para alimentar bebés
- 51% fue presionada para tomar antirretrovirales durante el embarazo.
- 42% fue presionada para utilizar un tipo específico de anticonceptivos.
- 40% fue presionada para llevar a cabo un método específico para dar a luz.
- A 22% se le aconsejó abortar.

En resumen, 16% de la muestra, reportó que algunos profesionales de salud actuaron inapropiadamente, tales como, el condicionamiento de usar anticonceptivos para recibir el tratamiento con antirretrovirales (47%), el aconsejar no criar hijos/as (39%), presionar o incentivar la esterilización (38%), negar el acceso a anticonceptivos o a servicios de planificación familiar y, finalmente, la esterilización sin conocimiento o consentimiento de la PVV (7%), lo que constituye una violación a los derechos humanos.

La mayor parte de estos hechos ocurrieron en las ciudades del eje La Paz-Cochabamba-Santa Cruz ya que, en estos departamentos, reside la mayoría de las PVVs.

Respecto a si la PVV que sufrió la conducta inapropiada del profesional de salud, contó a alguien lo sucedido, lo que se observa es que, o no existe un ambiente institucional en el que se pueda denunciar este tipo de conducta o, en su defecto, las PVVs, no saben de su existencia, pues, la mayoría o no contó a nadie sobre el hecho (52%) o contaron a las personas más cercanas (50% a su pareja); son muy pocas las PVVs que recurrieron a un ambiente institucional ocurrido el hecho, como, a alguien del servicio de salud (9%).

Con relación al caso específico de las mujeres, 24% de la muestra reportó que sufrió presión de algún profesional de salud, principalmente, para ejercitar un método específico para alimentar bebés (53%) y para tomar antirretrovirales durante el embarazo (51%), secundariamente, para utilizar un tipo específico de anticonceptivos (42%) y para llevar a cabo un método específico de dar a luz (40%).

2.6. Derechos humanos y logros alcanzados

La Sección indaga sobre la violación a los derechos humanos y civiles de las PVVS. Se aborda la violación a los derechos bajo dos dimensiones: (i) el condicionamiento de presentar una prueba de VIH o revelar el estatus seropositivo, para acceder a servicios, trabajo o residencia que es una restricción arbitraria al ejercicio de derechos, una forma sutil de conculcar derechos y, (ii) actos de abuso policial y judicial, la violación sexual, la violencia doméstica y la negación de visa o residencia, formas directas de suprimir los derechos o de violación de los derechos. También, se indaga sobre las acciones o reacciones de las PVVS frente a la vulneración de sus derechos y, finalmente, las acciones de lucha contra el estigma y la discriminación.

2.6.1. Vulneración a los derechos

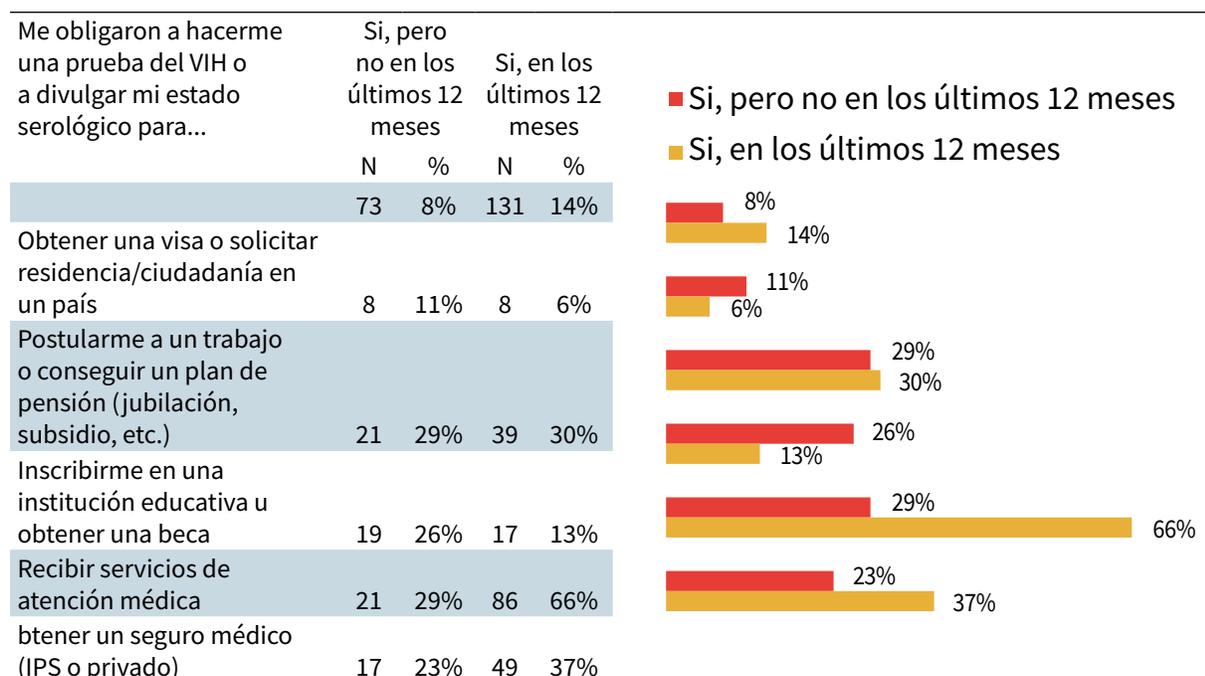
En este acápite, se expone los resultados de vulneración a los derechos de las PVVS, bajo las formas de restricción arbitraria al ejercicio de derechos y la violación de los derechos de las PVVS.

2.6.1.1. Restricción arbitraria de derechos

La siguiente tabla e ilustración, muestra la restricción arbitraria en el derecho de acceso a servicios de

salud, al trabajo e ingresos económicos y a la educación, mediante la condición de presentar prueba serológica o divulgar el estatus VIH, en los últimos doce meses.

Ilustración 22. Restricciones arbitrarias de derechos



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Tabla 48. Restricciones arbitrarias de los derechos

Antes del último año fue obligado a hacerse una prueba de VIH o divulgar su estado serológico, para acceder a servicios de salud, oportunidades de ingresos y educación.	En los últimos 12 meses., fue obligada a hacerse una prueba de VIH o divulgar su estado serológico, para acceder a servicios de salud, oportunidades de ingresos y educación.
Son 73 casos de vulneración de derechos que representan 8% de la muestra.	Son 131 casos de vulneración de derechos que representan 14% de la muestra.
En materia de restricción al derecho a la salud, 29% de la muestra y 23% para acceder a un seguro privado de salud.	En materia de restricción del derecho a la salud, 66% y 37% para acceder a un seguro privado de salud de la muestra.
En materia de restricción de derecho al trabajo y a ingresos económicos, 29% muestra para postularse a un trabajo o conseguir un plan de pensión.	En materia de restricción del derecho al trabajo e a ingresos económicos, 30% de la muestra, para postularse a un trabajo o conseguir un plan de pensión.
En materia del derecho a solicitar visa o residencia, 11% muestra, para obtener una visa o solicitar residencia/ciudadanía en un país.	En materia de restricción del derecho a visa o solicitar residencia, 6% de la muestra, para obtener una visa o solicitar residencia/ciudadanía en un país.
En materia de restricción del derecho a la educación, 26% muestra para inscribirse en una institución educativa u obtener una beca de estudios.	En materia de restricción al derecho a la educación, 13% de la muestra para inscribirse en una institución educativa u obtener una beca de estudios.

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar, hubo un desarrollo negativo. En lo general, de 73 casos de vulneración de derechos, ocurridos antes del último año, se incrementa a 131 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses; se podría decir que la vulneración de derechos, vía la restricción arbitraria, se incrementó en 179,5% en los últimos 12 meses.

En específicamente:

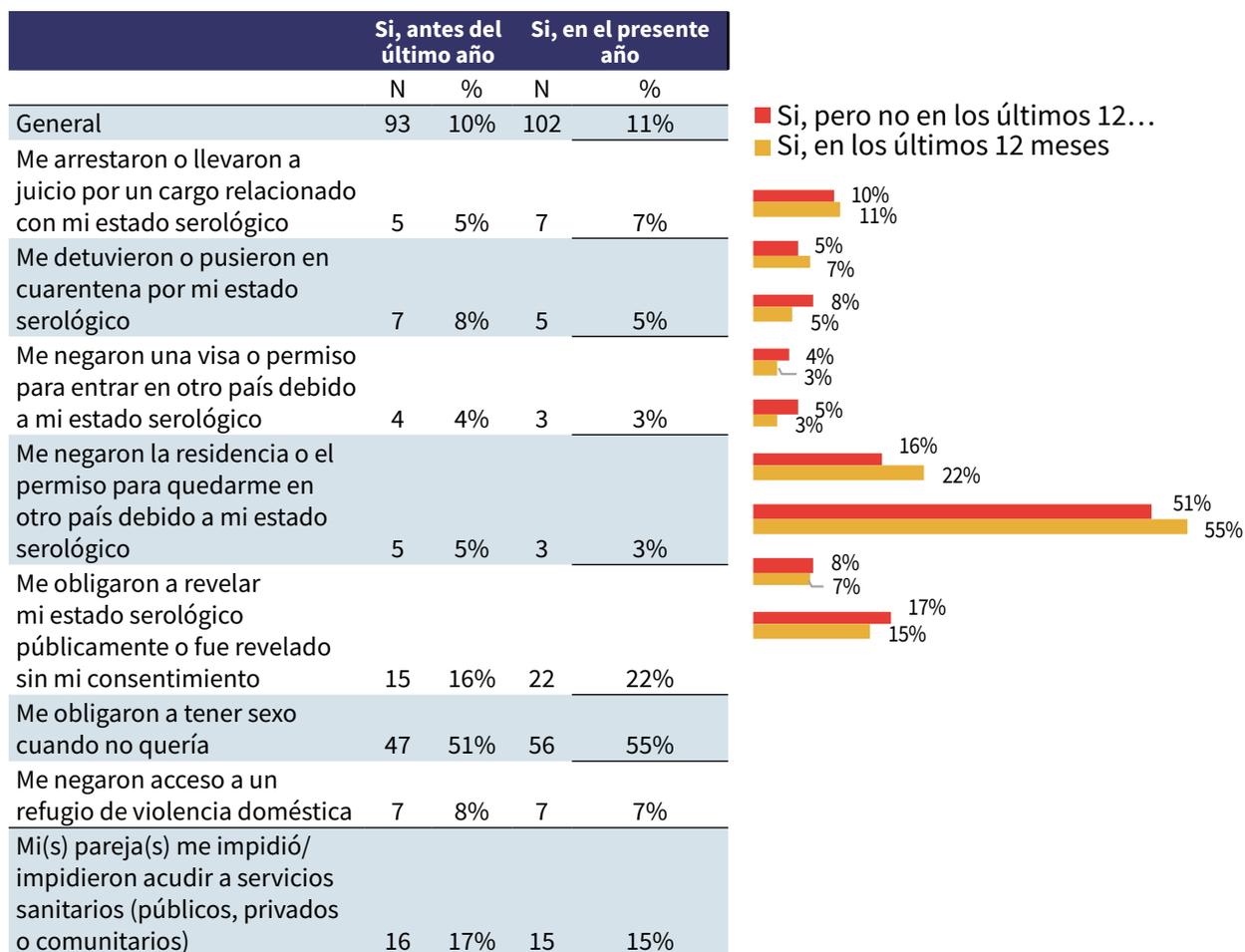
En la vulneración del derecho a la salud:

- La restricción del derecho a atención médica, se incrementó de 21 casos antes del último año, a 86 casos durante los últimos 12 meses, lo que significa un crecimiento de 410%; y,
- La restricción del derecho a un seguro privado, se incrementó de 17 casos antes del último año a 49 casos en los últimos 12 meses, lo que significa un crecimiento de 288%.
- En la vulneración del derecho al trabajo, se incrementó de 21 casos antes del último año a 39 casos en los últimos 12 meses, lo que significa un crecimiento de 186%.
- En la vulneración del derecho a obtener una visa o residencia, no hubo incremento y se mantuvo constante con 8 casos.
- En la vulneración del derecho a la educación, se redujo de 19 casos antes del último año a 17 casos en los últimos 12 meses, lo que significa un decrecimiento de 10,5%.

2.6.2. Violación de derechos

La siguiente tabla, muestra la evolución de la violación de derechos, comparando la ocurrencia entre antes del último año con la ocurrencia durante los últimos 12 meses.

Ilustración 23. Violaciones de derechos PVVS



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Tabla 49. Violaciones de derechos PVVS

Antes del último año	En los últimos 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> Son 93 casos de vulneración de derechos que representan 10% de la muestra y respondió 'Sí, pero no en los últimos 12 meses', afirmando que sus derechos fueron violados debido a su estatus VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Son 102 casos de vulneración de derechos que representan 11% de la muestra y respondió 'Sí, en los últimos 12 meses', afirmando que sus derechos fueron violados debido a su estatus VIH
<ul style="list-style-type: none"> Son 5 casos que representan 5%, respondió que fue arrestada o llevada a juicio por un cargo relacionado con su estado serológico 	<ul style="list-style-type: none"> Son 7 casos que representan 7%, respondió que fue arrestada o llevada a juicio por un cargo relacionado con su estado serológico
<ul style="list-style-type: none"> Son 7 casos que representan 8%, respondió que fue detenida o la pusieron en cuarentena por su estado serológico 	<ul style="list-style-type: none"> Son 5 casos que representan 5%, respondió que fue detenida o la pusieron en cuarentena por su estado serológico
<ul style="list-style-type: none"> Son 4 casos que representan 4%, respondió que le negaron una visa o permiso para entrar en otro país debido a su estado serológico 	<ul style="list-style-type: none"> Son 3 casos que representan 3%, respondió que le negaron una visa o permiso para entrar en otro país debido a su estado serológico
<ul style="list-style-type: none"> Son 5 casos que representan 5%, respondió que le negaron la residencia o el permiso para quedarse en otro país debido a su estado serológico 	<ul style="list-style-type: none"> Son 3 casos que representan 3%, respondió que le negaron la residencia o el permiso para quedarse en otro país debido a su estado serológico
<ul style="list-style-type: none"> Son 15 casos que representan 16%, respondió que le obligaron a revelar su estado serológico públicamente o fue revelado sin su consentimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Son 22 casos que representan 22%, respondió que le obligaron a revelar su estado serológico públicamente o fue revelado sin su consentimiento
<ul style="list-style-type: none"> Son 47 casos que representan 51%, respondió que le obligaron a tener sexo cuando no quería 	<ul style="list-style-type: none"> Son 56 casos que representan 55%, respondió que le obligaron a tener sexo cuando no quería
<ul style="list-style-type: none"> Son 7 casos que representan 8%, respondió que le negaron acceso a un refugio de violencia doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> Son 7 casos que representan 7%, respondió que le negaron acceso a un refugio de violencia doméstica
<ul style="list-style-type: none"> Son 16 casos que representan 17%, respondió que su pareja le impidió acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios) 	<ul style="list-style-type: none"> Son 15 casos que representan 15%, respondió que su pareja le impidió acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Hubo un incremento negativo en la violación de derechos, a nivel general, de 93 casos de violación de derechos ocurridos antes del último año, se pasó a 102 en los últimos 12 meses; la violación de derechos se incrementó en 107,7%.

Específicamente:

- De 5 casos en que la PVV fue arrestada o llevada a juicio por un cargo relacionado con su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 7 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses, incremento de 140%.
- De 7 casos en que la PVV fue detenida o la pusieron en cuarentena por su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 5 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se redujo en 28,6%.
- De 4 casos en que a la PVV se le negó una visa o permiso para entrar en otro país debido a su estado serológico, se pasó a 3 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se redujo en 25%.
- De 5 casos en que a la PVV se le negó la residencia o el permiso para quedarse en otro país debido a su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 3 casos. Se redujo en 40%.



- De 15 casos en que la PVV fue obligada a revelar su estado serológico públicamente o fue revelado sin su consentimiento, ocurridos antes del último año, se pasó a 22 casos. Se incrementó en 147%.
- De 47 casos en que la PVV fue obligada a tener sexo cuando no quería (clara violación sexual, ocurridos antes del último año, se pasó a 56 casos. Se incrementó en 119%.
- En cuanto a los 7 casos de negación de acceso a un refugio de violencia doméstica, se mantuvo constante, es decir que no hubo cambio.
- De 16 casos en que a la PVV su pareja le impidió acudir a servicios sanitarios, ocurridos antes del último año, se pasó a 15 casos. Se redujo en 6,3%.

2.6.3. Ejercicio de derechos

En este acápite se expone si la PVV, durante los últimos doce meses, realizó acciones para defender sus derechos, la efectividad de las acciones realizadas y las razones por las que algunas PVV no realizaron acciones para hacer prevalecer sus derechos.

La siguiente tabla muestra si la PVV realizó acciones ante la conculcación y violación de sus derechos, ocurridas durante los últimos doce meses.

Ilustración 24. Si viviste alguna de las violaciones durante los últimos 12 meses ¿intentaste hacer algo al respecto?

Sí	47	22%		22%
No	163	78%		78%
Total	210	100%		

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede apreciar, solamente 22% de las PVVS, indicó que reaccionó o intentó hacer algo frente a la conculcación y violación de sus derechos.

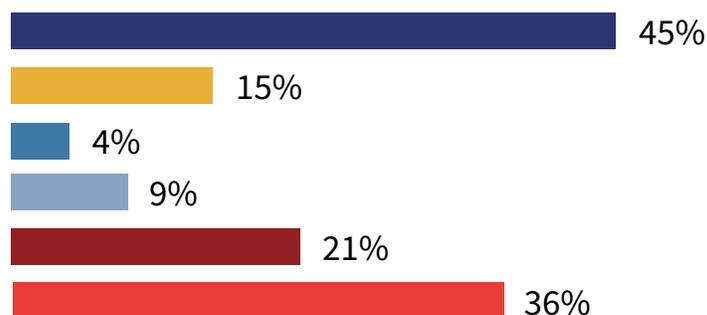
La siguiente tabla, muestra las acciones específicas que realizaron las PVVs que hicieron algo respecto de la conculcación y violación de sus derechos.

Tabla 50. ¿Qué hiciste al respecto?

Presenté una denuncia	21	45%
Contacté a un abogado	7	15%
Contacté a un funcionario del gobierno o político	2	4%
Hablé de ello públicamente	4	9%
Contacté a una organización/red comunitaria de personas que viven con VIH para que me ayudara	10	21%
Otro	17	36%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Ilustración 25. ¿Qué hiciste al respecto?



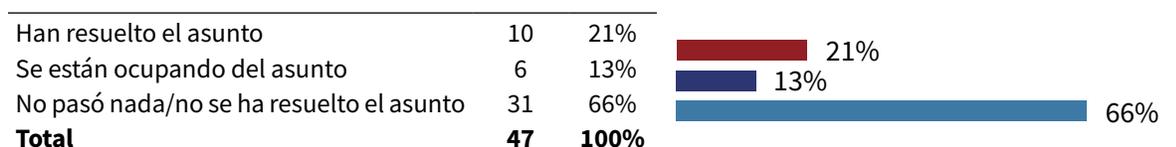
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

De las 47 PVVS que dijeron que realizó alguna acción respecto de la conculcación y violación de sus derechos, las acciones concretas fueron, en orden de importancia:

- Acciones orientadas al plano judicial, 45% dijo que presentó denuncia (judicial, se entiende) y 15% contactó un abogado (para abrir proceso, se entiende)
- Acciones orientadas al plano sociopolítico, 21% Contactó a una organización/red comunitaria de personas que viven con VIH para que le ayude, 9% habló del hecho públicamente (denuncia pública) y 4% contactó a un funcionario del gobierno o a un político (acción de cabildo, se entiende)
- 36% de las respuestas de las PVVS fueron registradas en esta categoría. La mayoría de las respuestas, no se refieren a la materia y unas pocas si lo hacen; entre las acciones que se pueden mencionar está que algunas PVVS se separaron de sus parejas y otras hablaron directamente con la persona vulneró su derecho.

La siguiente tabla, muestra la efectividad de las acciones realizadas.

Ilustración 26. ¿Cuál fue el resultado?

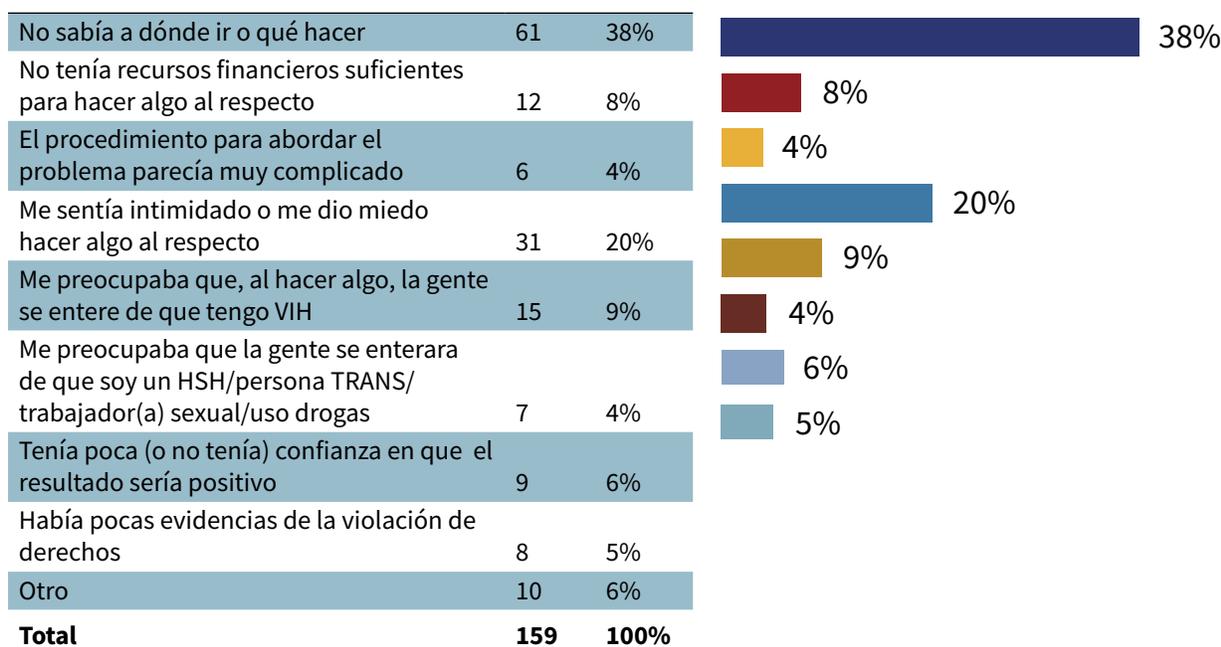


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Sobre el resultado de las acciones que tomó la PVV para hacer respetar sus derechos, 66% afirma que no pasó nada que el asunto no se resolvió, 21% dijo que el asunto se resolvió y, 13% dijo que aún está en trámite.

La siguiente tabla, muestra las razones por las que la mayoría de las PVVS que sufrió la vulneración de sus derechos, no realizó ninguna acción.

Ilustración 27. F49d. Si respondió NO en la F49a, ¿Cuál fue la razón principal por la que decidiste no hacer nada al respecto?



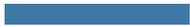
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Por orden de importancia:

- 38% no sabía que hacer o dónde ir.
- 20% se sintió intimidada o le dio miedo hacer algo.
- 9% le preocupó que, al hacer algo, la gente se entere de su estatus VIH.
- 8% no tenía recursos financieros suficientes para hacer algo al respecto.
- 6% tenía poca confianza en que el resultado sea positivo.
- 5% había pocas evidencias de la violación de derechos.
- 4% le preocupaba que la gente se entere que es HSH, Trans, trabajadora sexual o que usa drogas.
- 4% el procedimiento para abordar el problema parecía muy complicado.

La siguiente tabla, muestra el conocimiento que tienen las PVVs sobre la existencia de leyes que protegen sus derechos.

Ilustración 28. F50. ¿Estás al tanto de si hay leyes en tu país que protejan de la discriminación, a las personas que viven con VIH?

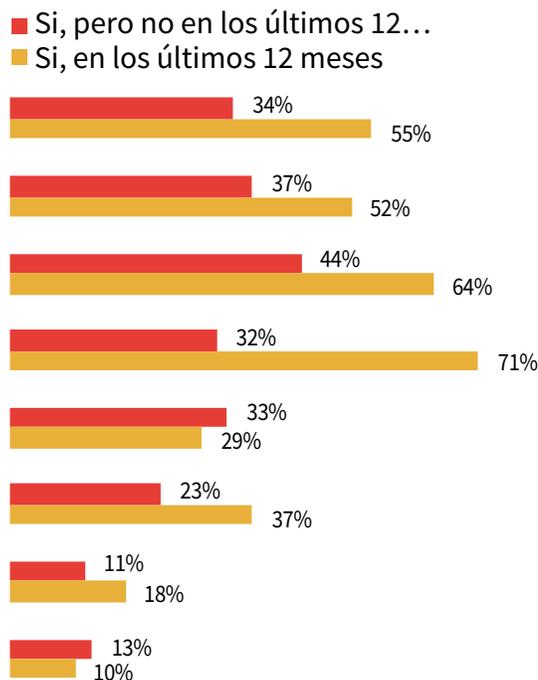
Sí, sí hay	662	70%		70%
No, no hay	14	2%		2%
No sé si las hay	269	28%		28%
Total	945	100%		

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Como se puede observar, 70% de las PVVS, sabe que en Bolivia existen leyes que protegen de la discriminación a las PVVS; empero, 30% dice que no hay leyes que les proteja (2%) o no sabe si hay leyes que protejan de la discriminación a las PVVS (28%).

La siguiente tabla, expone la evolución del compromiso y participación de las PVVS, con relación a la lucha contra el estigma y la discriminación.

Ilustración 29. ¿Has hecho alguna de las siguientes cosas?



	Si, antes de últimos 12 meses		Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
General	317	34%	521	55%
Cuestionaste o educaste a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de ti	117	37%	270	52%
Cuestionaste o educaste a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de otras personas que viven con VIH	140	44%	335	64%
Ofreciste apoyo emocional, financiero o de otro tipo a alguien que vive con VIH para ayudarlo/a a manejar el estigma y/o la discriminación	100	32%	371	71%
Participaste en una organización o campaña educativa que abordase el estigma y la discriminación en contra de las personas que viven con VIH	105	33%	152	29%
Incentivaste a un líder de tu comunidad a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH	73	23%	192	37%
Apoyaste a un líder del gobierno o político a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH	36	11%	91	18%
Hablaste con medios de comunicación sobre problemas relacionados con el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH	40	13%	51	10%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 (2022)

Se puede ver que hubo una evolución positiva del compromiso y participación de las PVVS en la lucha contra el estigma y la discriminación. Antes del último año había 317 PVVS realizando acciones de lucha contra el estigma y la discriminación, ahora la cifra alcanza 521, lo que significa un crecimiento de 164,4%.

En lo específico se tiene:

- Son 117 PVVS que antes del último año realizaban acciones de cuestionamiento o educación a alguien con conductas de estigma o discriminación, en contra de ellas y, en los últimos 12 meses se tiene 270 PVVS, un crecimiento de 230,8%..
- Son 140 PVVS que antes del último año realizaban acciones de cuestionamiento o educación a alguien con conductas de estigma o discriminación, en contra de otras PVVS y, en los últimos 12 meses, se tiene 335 PVVS, un crecimiento de 239,3%.
- Son 100 PVVS que antes del último año realizaban acciones de apoyo emocional, financiero o de otro tipo a alguien que vive con VIH para ayudarla a manejar el estigma y/o la discriminación y, en los últimos 12 meses, se tiene 371 PVVS, un crecimiento de 371%.
- Son 105 PVVS que antes del último año participó en una organización o campaña educativa que abordase el estigma y la discriminación y, en los últimos 12 meses, se tiene 152 PVVS, un crecimiento de 144,8%.
- Son 73 PVVS que antes del último año Incentivó a un líder de tu comunidad a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH y, en los últimos 12 meses, se tiene 192 PVVS, un crecimiento de 263%.
- Son 36 PVVS que antes del último año apoyó a un líder del gobierno o político a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH y, en los últimos 12 meses, se tiene 91 PVVS, un crecimiento de 252,8%.
- Son 40 PVVS que antes del último año habló con medios de comunicación sobre problemas relacionados con el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH y, en los últimos 12 meses, se tiene 51 PVVS, un crecimiento de 127,5%.

2.6.4. Conclusiones sobre ejercicio de derechos

2.6.4.1. Conclusiones desde el análisis estadístico

Con relación a la vulneración de derechos, se ha visto que, en general, hubo un incremento, comparando entre la ocurrencia antes del último y la ocurrencia durante los últimos 12 meses; en efecto, en la



vulneración de derechos mediante la restricción arbitraria del derecho a la salud, al trabajo, a una visa y a educación, el incremento fue de 179,5% en los últimos 12 meses y en la violación de derechos, el incremento fue de 107,7% en los últimos 12 meses.

Lo casos de vulneración de derechos más importantes son:

Por la vía de la restricción arbitraria de derechos, los casos relevantes son:

- La restricción del acceso a atención médica que se incrementó en 410% durante los últimos 12 meses.
- La restricción del acceso a un seguro privado de salud que se incrementó en 288% durante los últimos 12 meses.
- La restricción del acceso al trabajo que se incrementó en 186% durante los últimos 12 meses.
- Por la vía de la violación o supresión directa de los derechos, los casos relevantes son:
 - El arresto o el enjuiciamiento, debido al estado serológico de la PVV que se incrementó en 140%, durante los últimos 12 meses.
 - El obligar a revelar su estatus VIH o difundir sin consentimiento el estado serológico de la PVV, se incrementó en 147%, durante los últimos 12 meses.
 - El obligar a tener sexo cuando la PVV no quería, es decir, la violación sexual, se incrementó 119% en los últimos 12 meses.

Ante estas vulneraciones de derechos, 22% de las PVVS, realizó acciones; en tanto que 78% no hizo nada al respecto. Las acciones realizadas fueron:

- Acciones orientadas al plano judicial; 45% presentó denuncia y 15% contactó abogado
- Acciones orientadas al plano sociopolítico, 21% buscó apoyo de una organización comunitaria, 4% recurrió a un funcionario de gobierno o político y 9% hizo denuncia pública.

De las acciones realizadas, 21% encontraron solución, 13% aún están en trámite y 66% no fueron exitosas.

Las razones de los que no realizaron ninguna acción, las razones fueron: no sabía qué hacer (38%), miedo (20%), temor a que la gente se entere de su estatus VIH (9%), por insuficiencia de recursos económicos (8%), desconfianza en el resultado (6%) o que se entere que es HSH, Trans (4%).

Respecto del conocimiento de leyes, 70% sabe que hay leyes que protegen los derechos de las PVVS; en tanto que 30% no.

Finalmente, se vio el que el compromiso y participación de las PVVS en la lucha contra el estigma y la discriminación, se incrementó, en general, en 164,4%, durante los últimos 12 meses. En contrapartida, ocurrió que las acciones específicas de lucha contra el estigma y la discriminación crecieron en promedio 232,8%.

2.6.4.2. Interpretación de los datos cualitativos

A continuación, se exponen los derechos que las PVV identifican como los más vulnerados según grupos poblacionales:

Hombres que tienen sexo con hombres. Identifican principalmente la afectación a cuatro derechos: A la confidencialidad de su diagnóstico; a la atención médica de calidad y calidez y acceso a servicios médicos, al trabajo; y a una vida libre de discriminación por su orientación sexual.

“una vez me pasó que me llamaron para recoger mi tratamiento de profilaxis y me dijeron que pasara por enfermería y la chica salió a la sala de espera y le dijo al doctor literal “él está porque necesita la profilaxis porque es paciente con VIH” y lo dijo delante de todo el mundo”.

EN16 PUD – HSH

Trabajadoras y trabajadores sexuales. Identifican principalmente la afectación a tres derechos: A la confidencialidad de su diagnóstico; al trabajo, debido a la criminalización del trabajo sexual ejercido por PVV en etapa indetectable, situación que les obliga a realizar el oficio desde la clandestinidad y les expone a mayores situaciones de violencia; y a la atención médica de calidad y calidez y acceso a servicios médicos.

“Al tener un diagnóstico no se puede ejercer el trabajo sexual, está en la ley para el VIH, hay cárcel para nosotras, en la ciudad de Sucre ya se ha presentado un caso, una señorita fue acusada y entró a la cárcel, esta ley nos quita el derecho al trabajo de las trabajadoras sexuales, nos criminaliza, somos criminalizadas las trabajadoras sexuales que vivimos con esta condición, muchas veces somos obligadas a seguir trabajando de manera clandestina y es ahí donde tus derechos son más vulnerados porque no puedes denunciar algún maltrato, como en mi caso porque yo he sufrido, violencia física al extremo que mi doctora me diga ha sido intento de asesinato debes denunciar; yo ni le puedo decir ni puedo ir a sentar una denuncia a la policía porque me veo encajonada en esa ley, yo ni puedo decir nada, me he quedado totalmente desamparada de las leyes”. EN10 TS-M

Población transgénero. Identifican principalmente la afectación a tres derechos: A la confidencialidad de su diagnóstico, a la atención médica de calidad y calidez sin discriminación y acceso a servicios médicos; y al respeto y reconocimiento de su identidad de género.

“tuvimos que llevar a una compañera al hospital, mi amiga ha muerto, la rechazaban por ser trans y por tener el diagnóstico”. EN11 TS-MT

Población privada de libertad. Identifican la vulneración a dos derechos que, en su caso, por las condiciones de los centros penitenciarios están fuertemente vinculados: al acceso a servicios de salud, con personal idóneo; y a la confidencialidad de su diagnóstico, ya que la participación de otros privados de libertad en la atención dentro de los centros de salud de los penales provoca la filtración de su condición, provocando mayor vulnerabilidad a la violencia, promovida por otros privados de libertad y las autoridades de los centros penitenciarios.

“esto debería ser confidencial (...) porque en realidad y a ciencia cierta, ellos (otros reos) no lo gritan porque es mentira, es porque alguien les ha contado o alguien ha dicho eso... y esto viene de la misma posta donde nos hacen las pruebas. ¿Por qué? Porque el que te saca sangre es otro privado de libertad, no es un doctor de afuera, no es una persona de afuera que pueda venir y que podamos confiar. EN15 PPL-MT-TS-PUD

Mujeres. Identifican principalmente la afectación a dos derechos: A la atención médica de calidad y calidez y acceso a servicios médicos; y a decidir sobre sus cuerpos, debido a la presión que enfrentan para la esterilización.

“cuando me llevaron al hospital, me dijeron: ‘tienes que firmar’. Estaba sola (...) ahí me ligaron mi trompa sin mi consentimiento, en el hospital de Santa Cruz me hicieron firmar y no me acuerdo, estaba sola y no recuerdo qué médico me hizo firmar. De ahí me dijeron: ‘esto has firmado’ cuando en realidad me dijeron que era porque estaba dilatando. No me acuerdo qué doctor me ha hecho firmar todo eso”. GF2 MVV

3. RECOMENDACIONES Y PLAN DE INCIDENCIA

3.1. Presentación al plan de incidencia política de REDBOL sobre el estigma y la discriminación

La abogacía, a veces llamada incidencia política, es un proceso llevado a cabo por un individuo o un grupo, que normalmente tiene como objetivo influir sobre las políticas públicas y las decisiones de asignación de recursos dentro de los sistemas políticos, económicos, sociales e institucionales, ya que puede estar



motivado por principios morales, éticos, altruistas, o de propia convicción o, simplemente, orientado a proteger un activo de interés o un colectivo. La incidencia política puede incluir muchas actividades que una persona u organización se compromete a desarrollar o promover, a través de campañas en los medios de comunicación, o a través de otras vías (conferencias públicas, publicaciones de investigaciones o encuestas, difusión boca a boca, etc). Este proceso incluye el cabildeo (a menudo realizado por grupos de presión o por ONG) como forma directa de incidencia política, materializado en una aproximación a legisladores y dirigentes, en relación con alguna temática de mediana o gran incidencia en la política moderna.

El Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH (INDEX) es una iniciativa global patrocinada por GNP+, ICW Global, IPPF y ONUSIDA, el cual proporciona el apoyo técnico para su correcta implementación de los diferentes países. En nuestro país la REDBOL – Red Nacional de Personas Viviendo con VIH y sida en Bolivia con Personería Jurídica INF DJDUCJPJ N.º 398/06. Y bajo el paraguas de la Ley 3729 “ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA” de 8 de agosto de 2007, en su artículo 12 inciso b) (Estado Plurinacional de Bolivia, 2010). Establece las bases para reconocer a la única organización de personas con VIH en el país, aglutinando a una diversidad de organizaciones y grupo comunitarios de base para el ejercicio pleno de los derechos humanos de esta población.

Desde el 2011 la REDBOL, ha estado comprometida con el proyecto del Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH, el cual se ha constituido en una actividad emblemática de la red por el cual es reconocida a nivel nacional. En Bolivia se han realizado un Index en el 2011 con el apoyo técnico y financiero del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia y el ONUSIDA. En aquella ocasión se logró alcanzar a 423 PVV.

En el 2022, se realizó el segundo INDEX, esta vez en su versión 2.0 el cual fue el más grande realizado hasta la fecha en Bolivia, llegando a una muestra representativa de 945 PVV en las principales regiones del país. Este estudio exige un presupuesto acorde a la planificado, por lo que se ha generado una movilización de recursos y se logró desarrollar este proyecto en una modalidad de cofinanciamiento, algo también novedoso. En esta ocasión el INDEX 2.0 será financiado principalmente por el proyecto país del Fondo Mundial y por el Proyecto Regional de la Alianza en Positivo (ALEP) del Fondo Mundial, Ministerio de Salud y por el ONUSIDA.

El INDEX 2.0 es una investigación cuyos resultados presentan diferentes usos y alcances:

1. Científico: Tiene un alcance científico, en cuanto pretende generar conocimiento nuevo en relación a un problema de investigación, en este caso sobre el fenómeno del estigma y la discriminación en personas con VIH en Bolivia.
2. Programático-Estratégico: Tiene un alcance programático-estratégico tomando en cuenta que resultados serán utilizados como insumos para procesos de planificación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de VIH en general y sobre violencia y discriminación en particular.
3. Políticos: Finalmente, este estudio no solo busca fortalecer y posicionar los grupos y redes de personas con VIH en su rol de implementadores del estudio y de liderazgo de todo el proceso, sino que tiene un objetivo político, al incluir recomendaciones para el cambio o desarrollo de políticas públicas, normativas y marcos legales que favorezcan el pleno ejercicio de derechos de las personas con VIH.

Una de las innovaciones del Índice 2.0 es que asume la interseccionalidad de las discriminaciones, no sólo basado en estado serológico, sino también en otros factores como el género, la orientación sexual, identidad de género, condición de trabajo sexual y uso de drogas. Para ello el cuestionario tiene apartados específicos para abordar el estigma y la discriminación basadas en otras razones diferentes al VIH, y de este modo poder identificar como la discriminación es un fenómeno que aborda diferentes dimensiones de las personas y como esto se cruza y se acumula de acuerdo a las características de las personas con VIH. Esto también ayuda a dimensionar el impacto de las diferentes formas de estigma y discriminación en las poblaciones clave.

3.1. Objetivos y productos del plan de incidencia

OBJETIVOS ARMONIZADOS CON EL PLAN NACIONAL DE LA REDBOL

MISION:	
VISION:	Toda persona que vive con el VIH o sida en Bolivia, tiene acceso a la atención integral en salud, en un ambiente que ha superado el estigma, la discriminación, que ha movilizadado a la comunidad para responder a los desafíos de la epidemia.
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN:	Promover acciones que permitan alcanzar la sostenibilidad en función de la prevención y atención del VIH de acuerdo a la coyuntura.
OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PLAN:	Incidir Política y Socialmente en diferentes demandas de la sociedad civil Fortalecer el trabajo institucional de REDBOL. Organizar actividades que permita identificar las necesidades de acuerdo a la coyuntura y genere la participación de PVVs.

4. CONCLUSIONES

Luego de la sistematización y análisis de la información acopiada en el presente informe el resultado del estudio sobre estigma y discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA, tomando en cuenta los datos descriptivos y los análisis inferenciales, además de complementar con el análisis de los datos cualitativos se pudo concluir lo siguiente

Sección A: En los datos demográficos, fue evidente que la población más expuesta a esta condición es población del rango de 14 a 30 años, según la fuente citada. Lo que se expresa de manera coincidente con la muestra del estudio el rango de los 18 a 25 años que compone el 21% de este.

Sección B: en relación al nivel de (visibilidad /revelación serológica) a otras personas de su entorno la experiencia integral en los departamentos de: Potosí, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija, se registra mayores valoraciones positivas; por el contrario, en los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, Oruro y Beni, se registran mayores valoraciones negativas. En la experiencia específica con la comunicación, solamente los departamentos de Potosí y La Paz registran valoraciones positivas mayores que las negativas; por el contrario, los departamentos Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro y Beni registran mayor valoración negativa que positiva

Sección C abordó el estigma externo, es decir las diferentes situaciones y escenarios donde se experimenta actos de estigma y discriminación a manos de terceras personas basados en el estado serológico por tanto se tiene 549 casos que equivalen a 58% de la muestra que han sufrido la violación de sus derechos, bajo alguna de las formas: exclusión, acoso o discriminación.

Sección D se ocupa del estigma interno y resiliencia, en el cual se indaga sobre el impacto del VIH en la salud mental y emocional. Entre los datos notables se resalta la actitud de autoaislamiento más importante, a causa del estigma internalizado, es la decisión de no tener sexo. Son 280 casos que representan 29% de la muestra y 47% de las PVVS que respondieron afirmativamente. La segunda actitud de autoaislamiento por estigma interno es evitar ir a clínicas u hospitales, restando, de esta manera, la posibilidad de asistencia médica. Son 269 casos que representan 28% de la muestra y 45% de las PVVs que respondieron afirmativamente.

Sección E examina la relación con el servicio de salud público, que incluye circunstancia de la prueba del VIH y el acceso a servicios comunitarios, relación con el personal de salud, confidencialidad, temores y situaciones de discriminación por parte de proveedores de salud. Como el 43% de los encuestados el personal de salud le aconsejó no tener sexo, debido al estigma el 42% de los encuestados el personal de salud ha evitado tocarlo o tomó precauciones extra, como, usar dos pares de guantes, además el 32% de los encuestados afirma que el personal de salud habló mal de la PVV y el 30% de los encuestados sufrió abuso verbal, con gritos, riñas, insultos u otro tipo de abuso verbal, sumado a esto 7% de los encuestados reporta que fue abusada físicamente, con empujones, golpes u otro tipo de agresión física.

Sección F se registran las diferentes violaciones a los DDHH de las personas con VIH en diferentes ámbitos y la capacidad de respuesta ante estas violaciones: denuncia, seguimiento y resultado. La vulneración



de derechos, se ha visto que, en general, hubo un incremento, comparando entre la ocurrencia antes del último y la ocurrencia durante los últimos 12 meses; en efecto, en la vulneración de derechos mediante la restricción arbitraria del derecho a la salud, al trabajo, a una visa y a educación, el incremento fue de 179,5% en los últimos 12 meses y en la violación de derechos, el incremento fue de 107,7% en los últimos 12 meses.

Sección G se exponen las situaciones de estigma y discriminación originados por razones diferentes del estado serológico. Aquí se identifica las intersecciones de la discriminación y como esta se cruza con variables como el género, orientación sexual, identidad y expresión de género, trabajo sexual, consumo de drogas, entre otros. Existe un crecimiento de 190% sobre casos de exclusión de actividades familiares debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, se incrementó a 57 también casos la que la familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, se incrementó a 95 casos, significa un crecimiento de 166,7%. Y Son 79 casos en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, se incrementó a 104 casos, significa un crecimiento de 131,6%. Además de 32 casos en que, el PVV, fue acosada físicamente, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, se redujo a 30 casos, significa un decrecimiento de 6%.

5. ANÁLISIS Y RESULTADO

5.1. Introducción a la sistematización y análisis de datos acopiados

1.1. Proceso para la realización de los datos

La sistematización y análisis de la información acopiada en el proceso de investigación, de acuerdo al Protocolo INDEX 2.0 Bolivia, tomó como premisa el rango de la población estudiada de 18 y más años, que cuente con un diagnóstico confirmado de VIH de al menos 12 meses antes de ejecutarse el estudio, como principal criterio de exclusión.

De acuerdo con la metodología recomendada por GNP+, el 25% del total de la muestra correspondió a poblaciones claves y el 75% deben ser PVV reclutadas en diferentes lugares. Estos porcentajes fueron tomados en cuenta al momento de segmentar las poblaciones, según el perfil epidemiológico del país. El universo se ha segmentado en sub poblaciones con mayor afectación por la epidemia del VIH:

1. **Hombres que tienen sexo con hombres** 19.5%
2. **Mujeres Trans**, se incluyen identidades como travestis, transgénero, transexuales, transformistas y otras. 22.6%
3. **Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)**: Son mujeres biológicas cis género (identidad y expresión de género femenina) que ejercen de forma exclusiva y/o esporádica el trabajo sexual 0.57%.
4. **Usuarios de drogas**, en el país “no se cuenta con datos estadísticos sobre esta población”.
5. **Población General**: Bajo esta categoría se engloban a las personas con VIH que no cumplen con ninguna de las características de las poblaciones claves mencionadas anteriormente. 0,30%

Criterios de inclusión:

- 18 años de edad o más
- Personas que conozcan sus resultados de VIH al menos 12 meses previo al estudio
- Tener buena comunicación en el idioma oficial del Bolivia: español.
- Hablar al menos uno de los idiomas en los que se administra el cuestionario, en Bolivia es el idioma oficial y será en el que se publicará el informe (Castellano).

- Capaz de brindar consentimiento informado en términos de comprensión de todos los elementos del estudio.
- Personas con VIH que pertenezcan a las poblaciones seleccionadas: hombres y mujeres de la Población General, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas, mujeres trans y personas trabajadoras sexuales (hombres y mujeres).

Criterio de exclusión:

- Personas con VIH que no den su consentimiento informado y voluntariedad para participar en el estudio.
- Personas que ya han participado en el estudio actual Índice de Estigma.

Todos estos criterios fueron indicadores para validar o discriminar los cuestionarios aplicados a la población estudiada. Sobre estos criterios se depuró la información obtenida, más allá de algunos criterios técnicos, como ser tiempo de ejecución o sospechas de inducir a los informantes.

Cálculo de la muestra

De acuerdo al Protocolo INDEX 2.0 la muestra es de tipo probabilístico estratificado, tipo descriptivo y trasversal, y se trabajó con datos mixtos, con un componente cuantitativo y otro cualitativo, con el fin de obtener información relevante de los diversos subgrupos y poblaciones claves de la población PVV. Para ello se ha utilizado la “calculadora para tamaño de muestras” desarrollada para los estudios del Index 2.0.

- Prevalencia de estigma anticipado = $29\% + 28\% / 2 = 28,5\%$
- Proporción esperada: 28,5% prevalencia promediada de las preguntas “evitó ir a una clínica cuando lo necesitaba” y “Evitó ir a un hospital cuando lo necesitaba” (Fuente: Índice de Estigma y Discriminación en PVV, 2011).
- Nivel de confianza: 95%
- Precisión: 6%.

El tamaño maestral estimado fue de 861 al cual se agregó el 10% de tasa de rechazo, por lo que se determinó un tamaño final de 947 personas con VIH. De esta muestra, se validaron 944 entrevistas para el análisis de datos.

De acuerdo con el Protocolo INDEX 2.0 para la organización de la presente investigación se tomó en cuenta el enfoque de género a la hora de realizar el análisis de los datos. Es importante resaltar que el tamaño de la muestra para las categorías presentes se basó en las cifras de los estudios epidemiológicos sobre prevalencia que existe en el país.

Tabla 1. Numero de cuestionarios

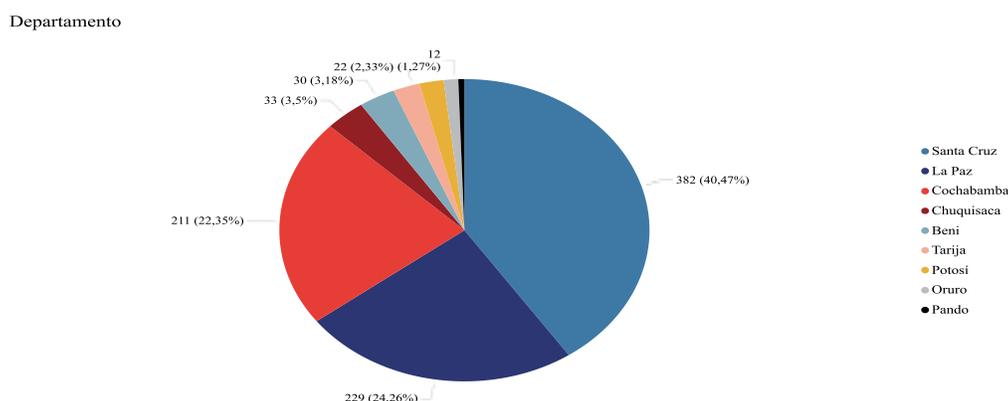
Número total de sexo hombres	618
Número total de sexo mujeres	326
Número total de mujeres trans femeninas	8
Número total de hombre trans masculinos	39
Número total de hombres gay	250
Número total de mujeres lesbianas	3
Número total de hombres usuarios de drogas	64
Número total de mujeres usuarios de drogas	26
Número total de mujeres trabajadores sexuales	9

Fuente: elaboración propia a base de Información Ministerio de Salud



La distribución de la muestra responde a los indicadores epidemiológicos del Ministerio de Salud de Bolivia, determinando la aplicación estratificada del cuestionario a nivel de la muestra.

Ilustración 1. Distribución de la muestra por departamento



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Como se puede observar en el gráfico anterior y siguiente, la aplicación de los cuestionarios reflejan los datos epidemiológicos del Ministerio de Salud, concentrando en el eje La Paz, Cochabamba y Santa Cruz al 87% de la población estudiada.

Mapa 1. Aplicación de cuestionario a nivel nacional



Ilustración 2. Distribución de la aplicación de la muestra

Estructura del informe cuantitativo y cualitativo está ordenado a base de las secciones del cuestionario

El modo de presentación de los datos analizados se reflejan de dos maneras por una parte los datos descriptivos y posteriormente los análisis inferenciales, de acuerdo al orden del cuestionario, de la siguiente manera:

- Sección A** describe las características sociodemográficas de la población estudiada.
- Sección B** trata el nivel de visibilidad /revelación serológica) a otras personas de su entorno y cuál fue el resultado de la revelación.
- Sección C** aborda el estigma externo, es decir las diferentes situaciones y escenarios donde se expe-

rimenta actos de estigma y discriminación a manos de terceras personas basados en el Se explora estado serológico (exclusión, rechazo, violencia verbal y física, etc.).

- d) **Sección D** se ocupa del estigma interno y resiliencia, en el cual se indaga sobre el impacto del VIH en la salud mental y emocional (ideas, creencias, emociones) y como este aspecto ha condicionado la satisfacción de las necesidades. Se averigua sobre la situaciones de autoexclusión; es decir, actividades que la persona ha dejado de realizar a causa de su diagnóstico.
- e) **Sección E** examina la relación con el servicio de salud público, que incluye circunstancia de la prueba del VIH, tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, inicio de tratamiento, pruebas de seguimiento, interrupciones del tratamiento, razones por no seguir tratamiento, infecciones oportunistas e ITS, acceso a servicios comunitarios, relación con el personal de salud, confidencialidad, temores y situaciones de discriminación por parte de proveedores de salud.
- f) **Sección F** se registran las diferentes violaciones a los DDHH de las personas con VIH en diferentes ámbitos: acceso a la salud, trabajo, vivienda, justicia, etc. También se explora la capacidad de respuesta ante estas violaciones: denuncia, seguimiento y resultado.
- g) **Sección G** se exponen las situaciones de estigma y discriminación originados por razones diferentes del estado serológico. Aquí se identifica las intersecciones de la discriminación y como esta se cruza con variables como el género, orientación sexual, identidad y expresión de género, trabajo sexual, consumo de drogas, entre otros.

5.2. Sistematización y Análisis de datos

5.2.1. Pasos realizados para la sistematización y análisis de datos

5.2.1.1. Procesamiento de la información

Se identificaron las siguientes observaciones:

- Se observaron encuestas que tenían una duración menor a 30 minutos en su realización.
- 79 encuestas pertenecían al entrevistador 4 que era predictor de una variable, por lo que se sospechó de este entrevistador.
- Hay una serie de encuestas concentradas geográficamente en La Paz y Cochabamba en un área muy pequeña.

Tras comunicar este problema, a los entrevistadores y dialogar con ellos, dieron explicaciones de tal manera que se decidió no excluir encuestas.

El marco conceptual y metodológico para al análisis de la información se basa en la aplicación de REDcap (Research Electronic Data Capture) provista por GNP+ y por la Universidad Johns Hopkins para el uso en los estudios del Índice en PVV a nivel mundial.

Los datos recogidos han sido exportados a hojas electrónicas Excel para ser analizados, codificados y se generaron tablas de salida, tablas de frecuencias y tablas de tendencias, sometiendo a prueba de Chi cuadrado para las hipótesis referidas a distribuciones de frecuencias. En un primer momento se realizó un análisis invariado, a base de los datos primarios, a fin de describir y evaluar las propiedades de cada una las variables, preparándolas para el posterior análisis de relación entre una variable y otras. Se utilizó este análisis para elaborar un informe con los principales resultados del Índice de Estigma y recomendaciones para el futuro, como el Protocolo señala.

Siguiendo las recomendaciones de la guía del Usuario del índice de Estigma en Personas con VIH. Se desarrolló un plan de análisis. Se elaboró a base de la nomenclatura elaborada por los especialistas del Paraguay se realizó una metafase (diccionario de datos) con el fin de identificar el tipo de variables y el análisis a ser realizado. Lo que permitió desagregar los datos y cruzar de variables claves para realizar inferencias respecto de las dimensiones que componen el fenómeno del estigma y la discriminación.



Se trabajo a base de las variables independientes fueron en relación al Protocolo Índice 2.0 Bolivia, las siguientes:

- A0. Localidad (recodificada en binaria: Eje LP-CB-SC/Otros departamentos)
- A1. Edad (categorizada binaria: <25años/>=25años)
- A3. Identidad de Género Recodificada binaria Mujer-Transexual-Otro/Hombre
- A9. Nivel educativo (Re-categorizada binaria: Sin educación formal-Primaria-Secundaria/Tercaria-Superior-Posgrado)
- A12a...A12g Pertenencia a algún grupo social especial
- G55. HSH-Gay-Bisexual

Se enfatizó el análisis de la información a través de las variables género y capas etarias. Todos los resultados pueden ser desagregados por estos dos factores.

Una vez concluido el trabajo de campo y la recolección de datos, la base de datos fue depurada, codificada de acuerdo a la aplicación realizada en Paraguay. Se aplicaron algoritmos de consistencia mediante el programa de carga, para asegurar la calidad total de la base de datos final. Toda la información recolectada durante el trabajo de campo, fue procesada por medio del “Paquete Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS 16). Además para la analítica descriptiva e inferencial se aplicó la programación R, este lenguaje, de código abierto, permitió enriquecer y simplificar la computación estadística y los gráficos.

86

Para el cruce de variables:

1. Se comprobó si las variables están relacionadas. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Si el valor de Alpha es menor a 0,05 se asume que las variables están relacionadas.
2. Si las variables están relacionadas, se realizó la prueba V de Cramer. Esta prueba midió la intensidad de la relación o la intensidad del efecto de una variable sobre otra. Cuanto más cercano a 1 es el valor de la prueba, la relación de las variables tuvieron mayor consistencia estadística y viceversa. Si la prueba arrojó un valor de 0,1 o menor se desecharon la relación de las variables por ser estadísticamente irrelevante o inconsistente. Si la prueba V de Cramer arrojó resultados con valores mayor a 0,1 (preferiblemente mayor a 0,15) pudo proceder al procesamiento.
3. El procesamiento consistió en explicar cómo una variable influye en la otra, para este fin, se realizaron pruebas de regresión logística, no siempre fueron exitosas.
4. Alternativamente, se optó por otro instrumento que es la Estimación de Riesgo que calculó la probabilidad de que un hecho ocurra cuando esté presente un determinado factor.

Estas variables se contrastan con las variables establecidas en cada sección.

5.2.2. Componente cualitativo

Las entrevistas en el componente cualitativo, tanto individuales o en grupos focales se realizaron garantizando la confidencialidad. Las entrevistas se extendieron por hora y media, dependiendo del grado de riqueza de la entrevista, se procedió al registro textual que permitió organizar, sistematizar y analizar el conjunto de informaciones. Se trabajó bajo el soporte del sistema Atlas. Ti, a través de la codificación y familiarización de la información.

Tabla 2. De códigos usados a través del ATLAS TI

ID	Documento	Grupos de documentos	Conteo de citas
1	EN1 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	32
2	EN2 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	22
3	EN3 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	16
4	EN4 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	18
5	EN5 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	31
6	EN6 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	33
7	EN7 HSH-PCD	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	28
8	EN8 TS-H	TS (trabajadoras/es sexuales)	12
9	EN9 TS-M	TS (trabajadoras/es sexuales)	7
10	EN10 TS-M	TS (trabajadoras/es sexuales)	22
11	EN11 TS-MT	TS (trabajadoras/es sexuales)	16
12	EN13 MT	MT (Mujeres transgénero)	12
13	EN14 PPL-MT-TS-PUD	PPL (población privada de libertad)	14
14	EN15 PPL-MT-TS-PUD	PPL (población privada de libertad)	32
15	EN12 MT	MT (Mujeres transgénero)	31
16	EN16 PUD - HSH	PUD (Población usuaria de drogas)	5
17	EN17 PUD-MT	PUD (Población usuaria de drogas)	4
18	ENG1 PG	PG (población general)	26
19	GF1 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	71
20	EN18 HSH	HSH (Hombres que tiene sexo con hombres)	4
21	GF2 MVV	PG (población general)	59

Fuente: Elaboración propia ATLAS TI

5.3. Sistematización y análisis de los datos

5.3.1. Datos sociodemográficos de la población estudiada

Como se afirmó la metodología utilizada cumple con los estándares establecidos en el protocolo ÍNDEX 2.0, aplicamos técnicas y sistemas acordados a nivel regional para estandarizar resultados; además, de tomar en cuenta el Índice 2011 realizado por el Ministerio de Salud. Desde esta perspectiva se realizaron modificaciones a la sistematización respetando la lógica, orden y estructura de uso de este instrumento, asegurando así, la posibilidad de análisis comparativo a nivel nacional y regional.

5.3.1.1. Presentación de resultados

En las siguientes páginas se presenta la descripción sociodemográfica de la población estudiada, en donde se caracteriza la predominancia de PPVS varones respecto de las mujeres, además de la población joven, lo que nos indica que esta condición tiene como sujetos más expuestos a jóvenes varones de diferentes identidades de género.

Ilustración 3. Distribución de la muestra por sexo y género

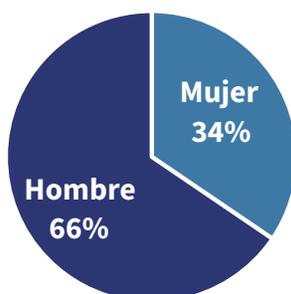


Tabla 3. Resumen descriptivo demográfico de la encuesta

		N	Peso relativo
Género	Hombre	565	59.85%
	Mujer	314	33.26%
	Transgénero	47	4.98%
	Prefiero no responder	10	1.06%
	No me identifico como mujer, hombre ni transgénero	8	0.85%
	Total general	944	100.00%

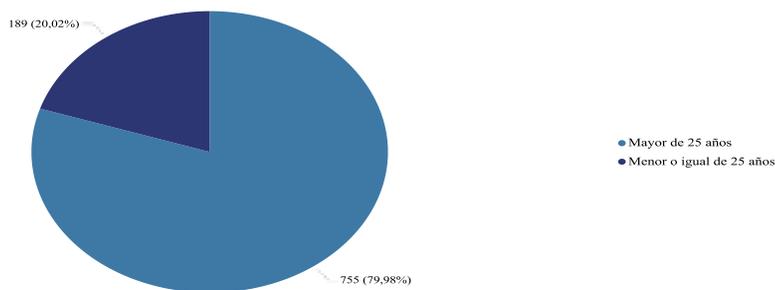
Como se puede observar en el gráfico y tabla anteriores es evidente que aproximadamente el 60% de la PVVS son de sexo masculino, lo que implica que los varones tienen mayor factor de riesgo por los hábitos principalmente sexuales y de vida, ya que de cada 10 PVV seis son hombres de los cuales en su mayoría viven en el eje La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, siendo este último departamento que tiene el mayor índice con el 40% de la población que vive con VIH a nivel nacional.

5.3.2. Edad de la población muestra

En concordancia con los indicadores epidemiológicos del Ministerio de Salud 2021, la población más expuesta a esta condición es población del rango de 14 a 30 años, según la fuente citada. Lo que se expresa de manera elocuente en la muestra del estudio siendo la población del rango de los 18 a 25 años que compone el 21% de nuestro estudio.

Ilustración 4.

Edad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

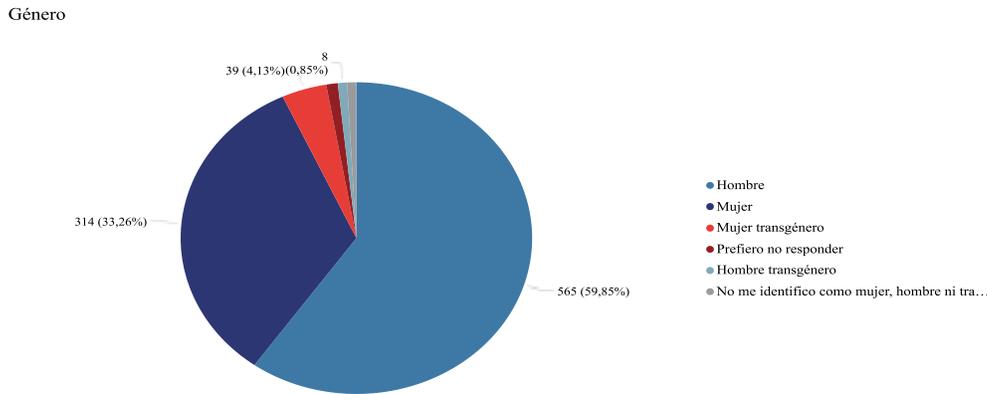
Tabla 4. Distribución de la muestra por edad

Edad	N	Peso relativo
Mayor de 25 años	755	79.98%
Menor o igual de 25 años	189	20.02%
Total general	944	100.00%

5.3.3. Identidad de género de la población estudiada

Como se afirmó en anteriores párrafos la población predominante que vive con VIH son varones de diferentes identidades de género, evidenciando el nivel de riesgo relacionado con sus hábitos y formas de vida. Lo que indica que la forma cómo los varones son educados en contextos machistas, donde hábitos y costumbres hacen que los hombres se expongan más a situaciones problemáticas en todos los campos, principalmente en cómo asumen la sexualidad, sin que ello implique necesariamente hábitos promiscuos u homosexuales, porque de acuerdo con los resultados del presente estudio, el grupo de población general es el 54% de la muestra, siendo significativamente más que el resto de identidades genéricas.

Ilustración 5.

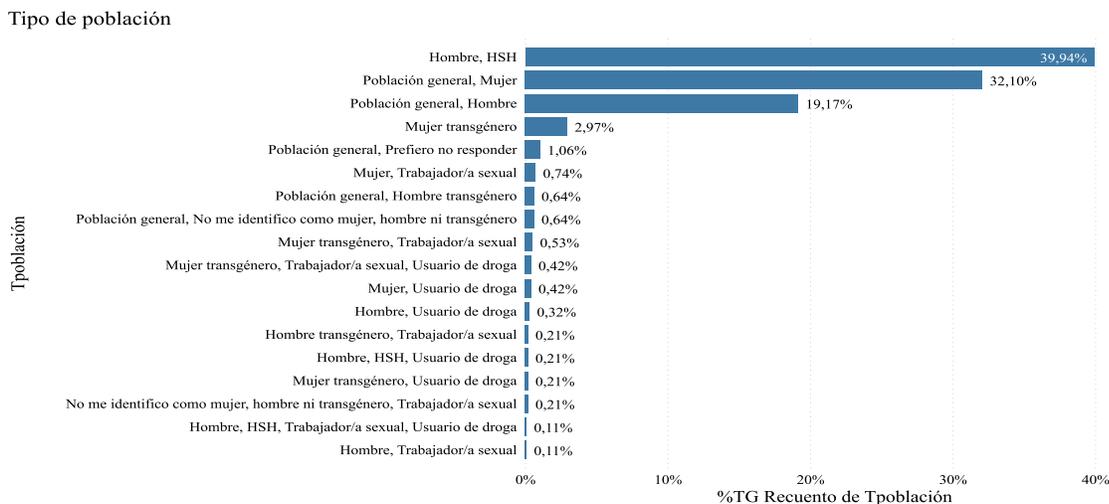


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Tabla 5. Resumen descriptivo de la muestra por identidad de género

Por tipo de población (permite intersección)	Recuento	Porcentaje
Población general	506	53.60%
HSH	380	40.25%
Mujer transgénero	39	4.13%
Hombre transgénero	8	0.85%
No binario	8	0.85%
Mujer trabajadora sexual	7	0.74%
Trabajador/a sexual	22	2.33%
Usuario de droga	16	1.69%

Ilustración 6. Distribución de la muestra por identidad de género



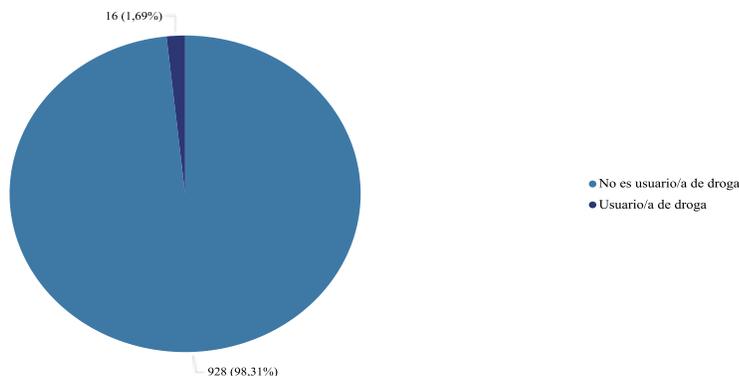
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Los datos de las tres figuras anteriores establecen con claridad que el 51% de la población que vive con VIH son personas que se declaran con identidad de género concordante con su sexo, a este dato se suma la categoría de hombres que tienen sexo con hombres, cifra que amplía el índice a 701% de las PVVS, que no necesariamente son poblaciones con identidades genéricas diversas, como el prejuicio y estigma social presupone. Estos indicadores rompen con este prejuicio que predispone a la sociedad a tener conductas discriminatorias con las identidades diversas relacionándolas con esta condición.

Siendo una de las poblaciones consideradas más vulnerables y a las que se debe tomar atención dentro de las PVVS, según el Protocolo INDEX 2.0 2022, se ha identificado dentro la muestra de estudio al grupo de usuario de drogas, quienes se auto identifican como usuarios de drogas al haber consumido drogas con una frecuencia mayor a dos veces por semana. Como evidencia el gráfico siguiente:

Ilustración 7. Porcentaje de la muestra de usuarios de drogas

Usuario/a de droga (autoidentificada o con consumo con una frecuencia mayor a 2 veces por semana)

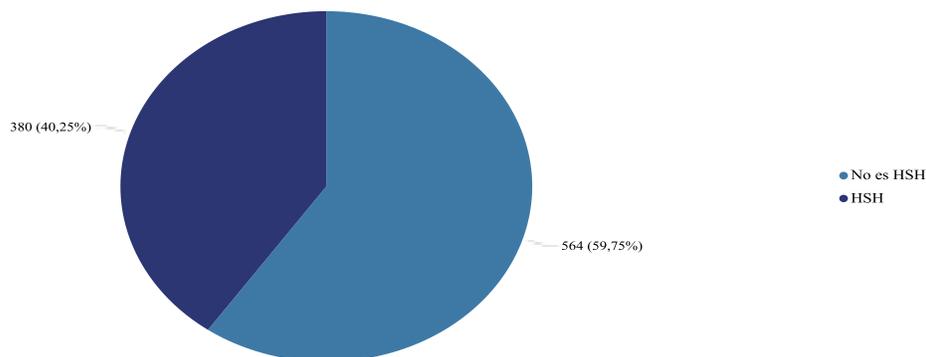


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Como ya se había mencionado en Bolivia los usuarios de drogas no necesariamente han sido transmitidos con el VIH por su hábito, sino por estar inmerso en otro tipo de hábitos de mayor riesgo para tener la condición de PVVS. El 1,5% contiene identidades diversas, como ser: hombre, mujeres, trabajadoras (es) sexuales, hombre que tiene sexo con hombres, mujer transgénero, entre otros. Por lo que el uso de drogas no es un determinante de la condición, sino una interseccionalidad dentro de su forma de vida.

Ilustración 1 Distribución de la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

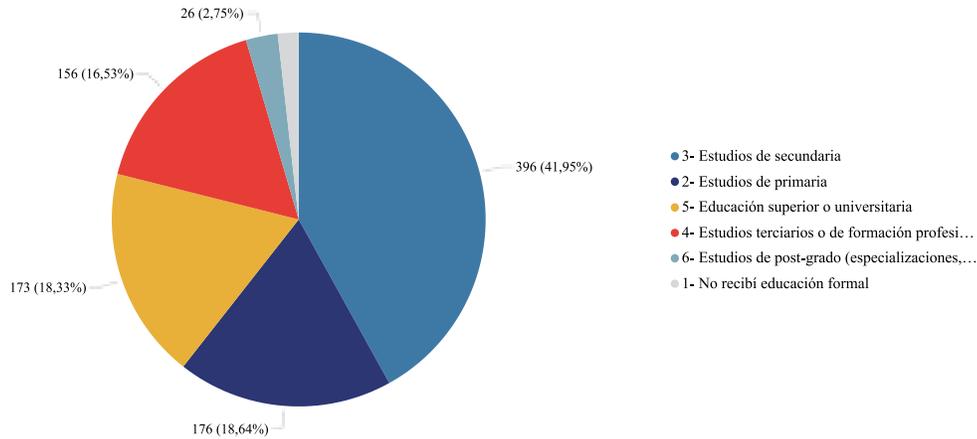
Una de las poblaciones más significativas y numerosas en la muestra del estudio, que está en correlación con los registros epidemiológicos del Ministerio de Salud, es el de hombres que tienen sexo con hombres. Se trata del 43% de la muestra, lo que determina que esta población, al contrario que los usuarios de drogas, son una población de alto riesgo para la condición de PVV. Al parecer esto se explica por el tipo de hábitos que implica ser parte de esta población.

5.3.4. Nivel de educación de la población estudiada

Este es uno de los datos más interesantes del estudio, pues revela que el nivel de educación no es una variable determinante para tener esta condición, lo que si es importante manifestar es que cuanto mayor es el nivel educativo, menor es el índice de estigma interno, como revelan los datos de la inferencia en las relaciones econométricas realizadas en posteriores páginas.

Gráfico 5. Distribución de la muestra por nivel de educación

¿Cuál es el nivel más alto de educación formal que has completado?



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Tabla 6. Resumen descriptivo de la muestra por nivel de educación

Nivel educativo	Personas	Porcentaje
Estudios de secundaria	396	41,95%
Estudios de primaria	176	18,64%
Educación superior o universitaria	173	18,33%
Estudios terciarios o de formación profesional (tecnatura)	156	16,53%
Estudios de posgrado (especializaciones, maestría, doctorado)	26	2,75%
No recibí educación formal	17	1,80%
Total general	944	100,00%

Debemos destacar en esta variable que la población más representativa es la que tiene estudios secundarios, seguida del nivel primario y universitario, estas dos últimas comparten similar porcentaje con el nivel terciario. Lo que implica que hay una distribución equilibrada del nivel educativo, determinando que la educación no es un factor determinante para vivir con esta condición.

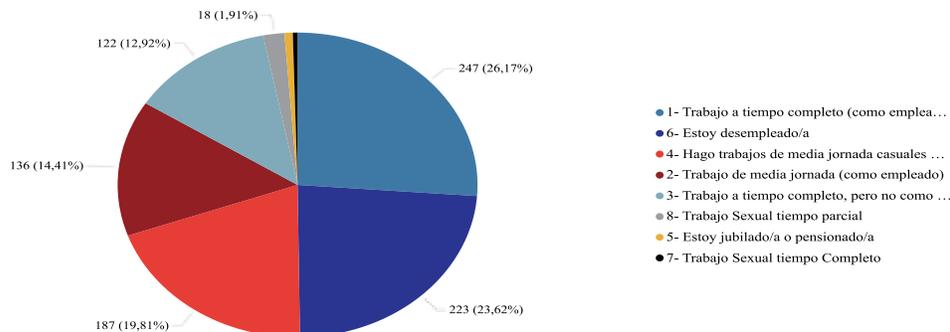
Como se muestra en la gráfica el nivel sin educación formal es el menos significativo con menos de 1%.

5.3.5. Situación laboral de la población estudiada

Los indicadores de empleo de la población estudiada reflejan la precariedad del empleo en el país, a pesar que la población en el acápite anterior revela un nivel de educación aceptable para el 57% de la población estudiada, la misma que manifiesta tener formación por encima del nivel secundario. Los datos revelan que la situación laboral es altamente compleja, pues solo el 26% declara tener trabajo a tiempo completo.

Ilustración 5. Distribución de la muestra por situación laboral

Situación laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta para el índice de estigma y discriminación en personas con VIH INDEX 2.0 Bolivia (2022)

Tabla 7. Resumen descriptivo de la muestra por situación laboral

Situación laboral	Trabajo a tiempo completo (como empleado)	247	26.17%
	Estoy desempleado/a	223	23.62%
	Hago trabajos de media jornada casuales o informales (autónomos o trabajadores por cuenta ajena)	187	19.81%
	Trabajo de media jornada (como empleado)	136	14.41%
	Trabajo a tiempo completo, pero no como empleado (autónomos o dueños de negocios)	122	12.92%
	Trabajo Sexual tiempo parcial	18	1.91%
	Estoy jubilado/a o pensionado/a	7	0.74%
	Trabajo Sexual tiempo Completo	4	0.42%
	Total general	944	100.00%

Los datos expuestos nos revelan la difícil situación laboral de la mayoría de los entrevistados. El 24% está desempleado de manera abierta, se podría presumir que esta situación se debe a que la mayoría es población joven, siendo este grupo etario el que menos oportunidades laborales tiene en el país, según la Encuesta continua de empleo -INE 2022-. El resto o trabajan tiempo parcial o trabajan en la informalidad. Es importante remarcar que solo el 2,33% hacen trabajo sexual y solo el 1,91% a tiempo completo. Lo que podría permitirnos inferir que no necesariamente quienes trabajan con servicios sexuales son los más vulnerables y expuestos al VIH.

5.4. Sección B. Nivel de visibilidad /revelación serológica a otras personas de su entorno y cuál fue el resultado de la revelación

Numerosos estudios han demostrado que aún cuando los factores de la vulnerabilidad social y estigmatización no aparecen cuando la persona es diagnosticada con VIH; empero, la discriminación a PVVS se expresa de manera marcada cuando el diagnóstico es público. Como manifiesta el presente estudio, la estrategia más recurrente para evitar la discriminación, por parte de las personas con VIH es ocultar su condición. Como expresa las pruebas estadísticas inferenciales, en tanto el entorno de relaciones personales de las PVVS no conoce el diagnóstico, la probabilidad que sea no sean discriminadas.

En esta sección se exponen los resultados sobre la divulgación del estado seropositivo de las PVVS en el ámbito de sus relaciones personales, abarcando desde los contextos íntimos hasta contextos más amplios; asimismo, se sistematizó información sobre las formas de divulgación con consentimiento o sin el de la PVV.

Finalmente se expone a respecto de la valoración que tienen las PVVS respecto del hecho de que su estatus seropositivo sea conocido por otras personas. Cabe anotar que en esta sección no se incluye las relaciones con personas de las instituciones de los servicios de salud.

La divulgación es una condición previa para dimensionar los fenómenos de exclusión, discriminación y violación de derechos humanos a las PVVS en el ámbito de sus entornos sociales. Al mismo tiempo, es un factor que permite comprender el fenómeno del estigma (interno y externo). Se podría decir que, cuanto mayor sea la divulgación, mayor será el riesgo de sufrir exclusión y discriminación; en consecuencia, existe mayor el riesgo de padecer el estigma. Es lógico pensar que, frente a este axioma, la respuesta de las PVVS sea ocultar su estatus seropositivo. De hecho, en el Protocolo cita una de las conclusiones del Informe INDEX de 2011 en este sentido:

“Una de las estrategias más importantes practicada por las personas con VIH para evitar el estigma, era el ocultamiento del diagnóstico de VIH” (INDEX 2011, Ministerio de Salud).

Adicionalmente, se puede inferir que la identidad de género, edad o localidad en que vive podrían tener influencia en la divulgación del estatus seropositivo, dado que, mujeres y transgénero, ya sufren discriminación por su condición de género, más cuando viven en poblaciones con alto control social, es por ello también, que la mayoría de las PVVS viven en el eje central del país, pues las ciudades más habitadas son más tolerantes con la diversidad de identidades, no solamente sexuales; además, que la identificación de este tipo de condición puede ser manejada en el ámbito privado de la persona.

En consecuencia, la condición de persona con VIH constituye una razón más para incrementar la discriminación; en tanto que, los hombres sufren menos discriminación debido a su identidad de género.

La edad podría ser un factor que influye en la divulgación, entendiendo que las personas jóvenes por su grado de madurez y porque están comenzando a construir patrimonio, tienen más debilidades o son más vulnerables, haciendo más difícil la divulgación de su estado seropositivo. Por el contrario, los adultos tienen mejores condiciones de enfrentar el diagnóstico, lo que les permite enfrentar la divulgación de manera más abierta.

Otro de los factores significativos en la divulgación es el lugar donde viven las PVVS, porque depende del lugar para que el control social, prejuicio y estigma sean más o menos intensos; además, los contextos culturales son determinantes para las circunstancias que influyan en la divulgación del estatus seropositivo.

En el análisis descriptivo, expone el fenómeno en función de indicadores y parámetros que permiten los datos, de este modo abordar la divulgación con evidencia cuantitativa, en los distintos contextos de las relaciones sociales de las PVVS.

En el análisis inferencial, se analizará si los factores o variables intervinientes como ser: género, edad y lugar en que viven como condicionantes en la divulgación del estado seropositivo de las PVV.

5.4.1. Estadística y análisis descriptivo

La siguiente matriz resume las respuestas descriptivas respecto de la divulgación como también incluye las hipótesis para el análisis estadístico, los indicadores y los parámetros:

Tabla 8. De valores dicotómicos para la divulgación

Preguntas / Hipótesis	Indicador	Parámetro
¿Cuál es el grado de divulgación del estatus seropositivo, en el contexto general de las relaciones sociales de las PVV?	% de PVVs que declararon que su estatus seropositivo es conocido en general	Divulgación muy baja <20%
		Divulgación baja > 20%<40%
		Divulgación media >40<60%
		Divulgación alta>60%<80%
¿Cuál es el grado de divulgación del estatus seropositivo, en el contexto de las relaciones sociales íntimas de las PVVs? (Pareja, esposo/a, hijos/as, otros miembros de la familia)	% de PVVs que declararon que su estatus seropositivo es conocido por su (Pareja, esposo/a, hijos/as u otros miembros de la familia)	Divulgación muy baja <20%
		Divulgación baja > 20%<40%
		Divulgación media >40<60%
		Divulgación alta>60%<80%
¿Cuál es el grado de divulgación del estatus seropositivo, en contextos más abiertos de las relaciones sociales de las PVVs? (amistades, vecinos, ambiente laboral, de estudios, otros)	% de PVVs que declararon que su estatus seropositivo es conocido por su (amistades, vecinos, ambiente laboral, Ambiente de estudios, otros)	Divulgación muy baja <20%
		Divulgación baja > 20%<40%
		Divulgación media >40<60%
		Divulgación alta>60%<80%
La divulgación del estatus seropositivo, en cada uno de los contextos de las relaciones sociales de las PVVs, varía en función de las condiciones de edad, identidad de género o nivel de educación de las PVVs	Chi cuadrado	Significancia < 0,05
		Coeficiente de contingencia=1

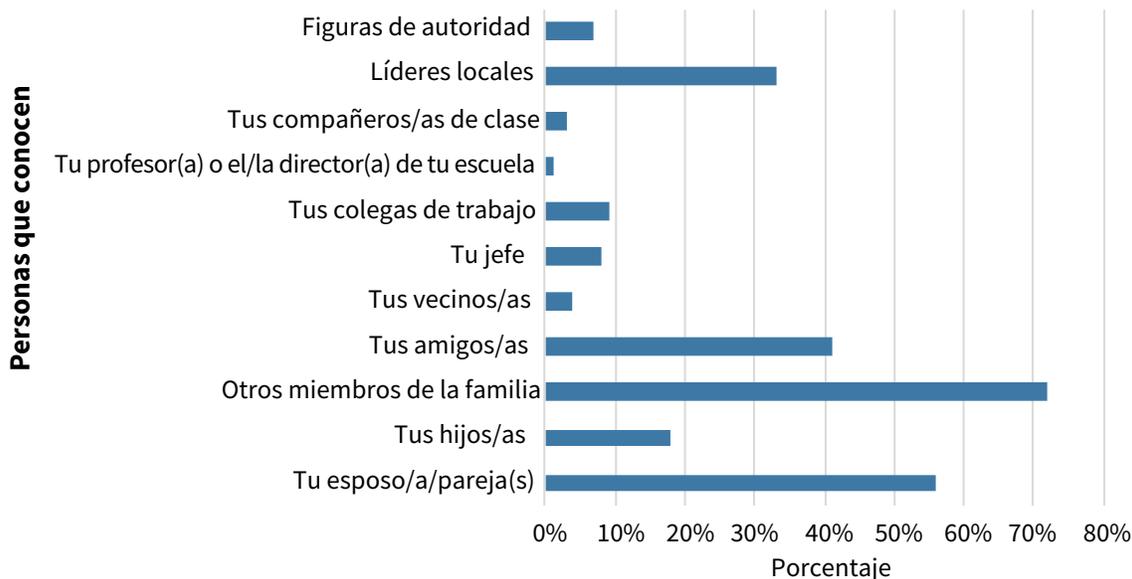
Al ser esta sección compuesta por variables con respuestas múltiples dicotómicas; ha sido necesario procesar los datos de manera integral tomando en cuenta el conjunto de respuestas múltiples, lo que proporcionará información sobre los casos de las PVVS y sus diferentes opciones.

Tabla 9. Personas que conocen la condición de las PVVS

Casos válidos 803 (85% de la muestra)	Respuestas		% de casos Válidos
	N	%	
B14a. Tu esposo/a/pareja(s)	448	22%	56%
B14b. Tus hijos/as	141	7%	18%
B14c. Otros miembros de la familia	576	29%	72%
B14d. Tus amigos/as	326	16%	41%
B14e. Tus vecinos/as	34	2%	4%
B14f. Tu jefe	65	3%	8%
B14g. Tus colegas de trabajo	74	4%	9%
B14h. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela	9	0%	1%
B14i. Tus compañeros/as de clase	26	1%	3%
B14j. Líderes locales	267	13%	33%
B14k. Figuras de autoridad (como policías, jueces, fuerzas del orden, entre otros)	53	3%	7%
Total	2019	100%	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta INDEX 2022

Ilustración 6. Personas que saben de la condición de las PVVS



Elaboración Propia INDEX 2.0 2022

El primer dato a tomar en cuenta es el número casos válidos indica que 85% del las PVVS que contestaron la encuesta en este sección, afirmaron que su estatus seropositivo es conocido en el contexto general de sus relaciones sociales. Esto significa, de acuerdo a los parámetros propuestos que el estatus seropositivo de las PVVS tiene divulgación muy alta; en tanto que, para el 15% se mantiene en reserva absoluta su estado serológico.

Antes de describir el desglose categoría por categoría, es necesario advertir que solo algunas categorías son susceptibles de ser analizadas; en el caso de las demás categorías, no es aconsejable la interpretación, pues, implican supuestos o restricciones para su cumplimiento, estas son:

- Hijos/as, depende de si tiene y la edad de los mismos

- Jefe, dependerá de si la PVV está en una relación laboral jerárquica
- Profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela
- Compañeros/as de clase, dependerá de si la PVV está estudiando (lo cual es poco probable por la edad de los encuestados: 17-74).
- Figuras de autoridad, dependerá de si alguna vez tuvo relación con algunos de estos grupos.

Dicho esto, se puede observar que:

- 56% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por su pareja o esposo/a. De acuerdo con los parámetros propuestos, de acuerdo con la escala propuesta significa una divulgación media, y, por contrapartida, 44% mantiene reserva sobre su estado serológico con sus parejas, lo cual es significativo para el tipo de relación.
- 72% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por otros familiares, lo que significa una divulgación alta y 28% mantiene reserva al respecto.
- 41% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por sus amigos/as, lo que significa, en la escala, divulgación media; sin embargo, nótese que se encuentra en el límite inferior de la categoría, por lo que podría considerarse, también como difusión baja. Por el contrario, 59% mantiene reserva al respecto.
- 4% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por sus vecinos/as, lo que significa, en la escala, divulgación muy baja; por el contrario 96% mantiene reserva sobre su estado serológico, lo cual es lógico al tratarse de vecinos.
- 9% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por sus colegas de trabajo, lo que significa, en la escala, divulgación muy baja; por el contrario 91% mantiene reserva sobre su estado serológico. Situación que es obvia por que el contexto laboral no es un lugar en el que este tipo de condición medie para desenvolverse de manera efectiva.
- 33% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por líderes locales, lo que significa, en la escala, divulgación baja; por el contrario 67% mantiene reserva sobre su estado serológico. A pesar que los líderes locales son parte de las organizaciones sociales que luchan a favor de los derechos de estas poblaciones.

Realizada la descripción sobre el grado de divulgación del estatus seropositivo de las PVVs, se puede considerar algunas conclusiones:

- Existe una divulgación muy alta del estatus seropositivo de las PVV, ya que 85 de cada 100 afirmaron que su estatus serológico es conocido.
- La categoría 'Otros miembros de la familia' parece constituir el contexto en el que existe mayor divulgación del estatus seropositivo 72%.
- En el contexto de la pareja o esposo/a (que debería ser el de mayor divulgación) tiene una divulgación media, lo que debe llamar la atención por las implicaciones, no solo en cuanto a la transmisión, sino, también éticas.
- Con relación a las categorías en contextos más abiertos como amigos/as, vecinos y colegas de trabajo, el hecho que la divulgación sea muy baja, no debe llamar mucho la atención, simplemente da cuenta de una conducta normal, pues, en general los estados de salud no suelen compartirse, a no ser que sea estrictamente necesario, considerando, además que no es contagio.
- En consecuencia, el foco de acciones o políticas de apoyo a, deberían estar concentrarse en las relaciones sociales de pareja o esposos/as, con la finalidad de facilitar la comunicación sobre el estado serológico de una de las partes.

5.5. Sección C. DIVULGACIÓN

5.5.1. Análisis estadístico de la variable divulgación (Variables B14a... B14k)

En esta sección se expone los resultados de la encuesta INDEX 2.0 2022 sobre la divulgación del estado seropositivo en el ámbito de sus relaciones sociales, abarcando desde los contextos íntimos hasta contextos más abiertos, asimismo, se recopiló información sobre si la divulgación se realizó con consentimiento o sin consentimiento de la PVV y, finalmente, sobre la valoración que tiene la PVV respecto del hecho de que su estatus seropositivo sea conocido por otras personas. Cabe anotar que en esta sección no se incluye las relaciones con personas de instituciones de los servicios de salud.

La divulgación es una condición para entender los fenómenos de exclusión, discriminación y violación de derechos humanos de la PVV en el ámbito de sus relaciones sociales. Al mismo tiempo, es un factor para comprender el fenómeno del estigma (interno y externo). Se podría decir que, cuanto mayor sea la divulgación, mayor será el riesgo de sufrir exclusión y discriminación y, en consecuencia, mayor el riesgo de padecer el estigma. Es lógico pensar que, frente a este axioma, la respuesta de la PVV sea ocultar su estatus seropositivo. De hecho, en el Protocolo se cita una de las conclusiones del Informe INDEX de 2011 en este sentido:

Una de las estrategias más importantes practicada por las personas con VIH para evitar el estigma, era el ocultamiento del diagnóstico de VIH.

Adicionalmente, se puede pensar que la identidad de género, la edad o el departamento en el que vive tienen influencia en la divulgación del estatus seropositivo, dado que, mujeres y transgénero, ya sufren discriminación por su condición de género y, en consecuencia, el VIH constituye una razón más para incrementar la discriminación; en tanto que los hombres no sufren discriminación debido a su identidad de género. La edad también podría ser un factor que influye en la divulgación, entendiendo que las personas jóvenes por su grado de madurez y porque están comenzando a construir patrimonio, tienen más debilidades o vulnerabilidades, haciendo más difícil la divulgación de su estado seropositivo; en tanto que los adultos tienen mayor fortaleza y, por tanto, menor resistencia a la divulgación. De igual forma, el departamento en el que viven, puede implicar contextos culturales que faciliten o restrinjan la divulgación del estatus seropositivo.

La metodología para analizar el fenómeno de la divulgación tiene dos procesos: el análisis descriptivo y el análisis inferencial.

En el análisis descriptivo, se describirá el fenómeno en función de indicadores y parámetros que permitan entender la divulgación de manera graduada tanto en general, como en los distintos contextos de las relaciones sociales de las PVVs.

En el análisis inferencial, se analizará si las condiciones de género, edad y el departamento tienen influencia en la divulgación del estado seropositivo de las PVV.

La siguiente matriz resume las preguntas e hipótesis del análisis estadístico, los indicadores y los parámetros.

Preguntas / Hipótesis	Indicador	Parámetro
¿Cuál es el grado de divulgación del estatus seropositivo, en el contexto general de las relaciones sociales de las PVV?	Seropositivo es conocido en general	Divulgación muy baja <20%
		Divulgación baja > 20%<40%
		Divulgación media >40%<60%
		Divulgación alta >60%<80%
		Divulgación muy alta >80%

Preguntas / Hipótesis	Indicador	Parámetro
¿Cuál es el grado de divulgación del estatus seropositivo, en el contexto de las relaciones sociales íntimas de las PVVs? (Pareja, esposo/a, hijos/as, otros miembros de la familia)	% de PVVs que declararon que su estatus Seropositivo es conocido por su (Pareja, esposo/a, hijos/as u otros miembros de la familia)	Divulgación muy baja <20% Divulgación baja > 20%<40% Divulgación media >40<60% Divulgación alta>60%<80% Divulgación muy alta >80%
¿Cuál es el grado de divulgación del estatus seropositivo, en contextos más abiertos de las relaciones sociales de las PVVs? (amistades, vecinos, ambiente laboral, de estudios, otros)	% de PVVs que declararon que su estatus Seropositivo es conocido por su (amistades, vecinos, ambiente laboral, Ambiente de estudios, otros)	Divulgación muy baja <20% Divulgación baja > 20%<40% Divulgación media >40<60% Divulgación alta>60%<80% Divulgación muy alta >80%
La divulgación del estatus seropositivo, en cada uno de los contextos de las relaciones sociales de las PVVs, varía en función de las condiciones de edad, identidad de género o nivel de educación de las PVVs	Chi cuadrado	Significancia < 0,05 Coeficiente de contingencia=1

5.5.1.1. Análisis descriptivo de la variable B14

La pregunta B14. ¿Las siguientes personas o grupos de personas saben que eres seropositivo/a? tiene 11 opciones de respuestas, con las alternativas de Si o No y, una persona, tiene la posibilidad de contestar una o varias de éstas, se trata, pues, de una variable de respuestas múltiples dicotómicas, compuesta por 11 categorías. El procesamiento de la variable se basó en el conteo de respuestas Si/No en general y distribuidas en cada una de las categorías, cada categoría tiene un número N que representa una proporción tanto del número de respuestas obtenidas, como, de encuestados que respondieron en esa categoría. Para fines de mejor interpretación, se ha segmentado la muestra en función de las respuestas afirmativas en todas las categorías.

La siguiente tabla muestra la información tanto por casos, como, por respuestas, según respuesta afirmativa (Si) o negativa (No), expresada en porcentajes.

B14. ¿Las siguientes personas o grupos de personas saben que eres seropositivo/a?				
		SI	NO	
SI: Casos Válidos 803 equivalente a 85% de la muestra		% de		% de
NO: Casos Válidos 785 equivalente a 98% de 803 casos seleccionados			N	casos
	N	casos Válidos		Válidos
B14a. Tu esposo/a/pareja(s)	448	56%	171	22%
B14b. Tus hijos/as	141	18%	274	35%
B14c. Otros miembros de la familia	576	72%	208	27%
B14d. Tus amigos/as	326	41%	453	58%
B14e. Tus vecinos/as	34	4%	703	90%
B14f. Tu jefe	65	8%	402	51%
B14g. Tus colegas de trabajo	74	9%	408	52%
B14h. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela	9	1%	332	42%
B14i. Tus compañeros/as de clase	26	3%	314	40%
B14j. Líderes locales	267	33%	394	50%
B14k. Figuras de autoridad (como policías, jueces, fuerzas del orden, entre otros)	53	7%	655	83%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 2022

El primer dato a tomar en cuenta, es que 803 encuestados que representan 85% de la muestra dieron una respuesta positiva respecto de que su estatus seropositivo es conocido en el contexto general de sus relaciones sociales, lo que significa, de acuerdo a los parámetros propuestos que el estatus seropositivo de las PVVs tiene divulgación muy alta. Asimismo, de este grupo (803 casos) 785 encuestados que representan 98% dieron una respuesta negativa.

De modo general, se puede observar que 75% de las respuestas afirmativas se concentra en las categorías 14a hasta 14d, lo que podría denominarse el círculo de confianza de las relaciones sociales de las personas; de manera inversa, 74% de las respuestas negativas se concentra en las categorías 14e hasta 14k, los otros ámbitos de las relaciones sociales que son de menor o ninguna confianza. Por tanto, **se puede decir que la divulgación del estatus seropositivo de las PVVs se ha realizado, principalmente, en su círculo de confianza compuesto por: pareja, esposa/o, hijas/os, otros miembros de la familia y amigas/os.**

Antes de describir el desglose categoría por categoría, es necesario advertir que algunas categorías implican supuestos o restricciones que dificultan una adecuada interpretación, estas son:

- 14b. hijos/as, dependerá de si tiene hijos/as y la edad de los mismos;
- 14f. jefe, dependerá de si la PVV tiene una relación laboral jerárquica
- 14h. profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela y 14i. compañeros/as de clase, dependerá de si la PVV está estudiando en una escuela (lo cual es poco probable por la edad de los encuestados: 17-74).
- 14k. Figuras de autoridad (como policías, jueces, fuerzas del orden, entre otros), dependerá de si alguna vez tuvo relación con algunos de estos grupos.

El análisis se referirá a las categorías 14a, 14c, 14d, 14e, 14g y 14j:

- 14a. 56% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por su pareja o esposo/a. De acuerdo con los parámetros propuestos, de acuerdo con la escala propuesta significa una divulgación media, y, por contrapartida, 44% mantiene reserva sobre su estado serológico.
- 14c. 72% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por otros familiares, lo que significa una divulgación alta y 28% mantiene reserva al respecto.
- 14d. 41% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por sus amigos/as, lo que significa, en la escala, divulgación media; sin embargo, nótese que se encuentra en el límite inferior de la categoría, por lo que podría considerar, también como difusión baja. Por el contrario, 59% mantiene reserva al respecto.
- 14e. 4% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por sus vecinos/as, lo que significa, en la escala, divulgación muy baja; por el contrario 96% mantiene reserva sobre su estado serológico.
- 14g. 9% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por sus colegas de trabajo, lo que significa, en la escala, divulgación muy baja; por el contrario 91% mantiene reserva sobre su estado serológico.
- 14j. 33% afirmó que su estatus seropositivo es conocido por líderes locales, lo que significa, en la escala, divulgación baja; por el contrario 67% mantiene reserva sobre su estado serológico.

Bien, realizada la descripción sobre el grado de divulgación del estatus seropositivo de las PVVs, se puede adelantar algunas conclusiones.

- Existe una divulgación muy alta del estatus seropositivo de las PVV, ya que 85 de cada 100 afirmaron que su estatus serológico es conocido.
- La categoría 'Otros miembros de la familia' parece constituir el contexto en el que existe mayor divulgación del estatus seropositivo.
- En el contexto de la pareja o esposo/a (que debería ser el de mayor divulgación) tiene una divulgación media, lo que debe llama la atención por las implicaciones, no solo en cuanto a la transmisión, sino, también éticas.

- Con relación a las categorías en contextos más abiertos como amigos/as, vecinos y colegas de trabajo, el hecho que la divulgación sea muy baja, no debe llamar mucho la atención, simplemente da cuenta de una conducta normal, pues, en general los estados de salud no suelen compartirse, a no ser que sea estrictamente necesario, considerando, además que no es contagio.
- En consecuencia, el foco de acciones o políticas de apoyo a, debería estar concentrarse en las relaciones sociales de pareja o esposos/as, con la finalidad de facilitar la comunicación sobre el estado serológico de una de las partes.

5.5.1.2. Análisis inferencial

En el análisis inferencial se trata de saber si las once categorías que hacen referencia a los diferentes contextos de las relaciones sociales, de la variable de divulgación (B14), son dependientes de otras variables, principalmente, variables sociodemográficas, como, lugar donde vive, edad, identidad de género y nivel educativo, así como la pertenencia a algún grupo social especial, como, grupo religioso, indígena, discapacitado, migrante y privado de libertad; de tal manera que se pueda explicar y establecer la probabilidad de ocurrencia, tanto Si existe divulgación o No existe divulgación del estatus seropositivo de las PVVs.

Para este fin, se ha contrastado cada una de las once categorías B14a...B14k, con las variables referidas a: A0. Localidad, A1. Edad, A3. Identidad de género, A9. Nivel de educación y las categorías 12a...12g de la variable 12 pertenencia a algún grupo social

Para fines del análisis se formuló las hipótesis metodológicas:

H0. El fenómeno de divulgación del estatus seropositivo de las PVVs en los diferentes contextos de sus relaciones sociales NO depende del lugar donde vive, de la edad, identidad de género o nivel de educación.

H1. El fenómeno de divulgación del estatus seropositivo de las PVVs SI varía según el lugar donde vive, la edad, la identidad de género o el nivel de educación.

a. Pruebas de estimación de riesgo

La estimación de riesgo proporciona indicadores que permiten explicar una determinada variable (dependiente), mediante la relación o influencia de otra variable (independiente) y estimar cuán probable es que ocurra o no un evento hecho, por tanto, permite sacar conclusiones válidas con 95% de confianza para el universo.

Para este análisis se ha tomado en cuenta como variables dependientes las subvariables referidas a la simple divulgación del estatus seropositivo (B14a...B14k) y como variables independientes: A0. Localidad, A1. Edad, A3. Identidad de género, A9. Nivel de educación y las subvariables de la variable A12. sobre pertenencia a algún grupo especial religioso, minoría étnica, discapacidad, migrante y privado de libertad (A12a...A12g).

Indicadores de inferencia para: Divulgación del estatus seropositivo (B14a...B14k)				
¿Las siguientes personas o grupos de personan saben que eres seropositivo/a?				
Variable dependiente	Variable independiente	Significación	V de	Odds
			Cramer	Ratio
B14a. Tu esposo/a/pareja(s)	A0. Localidad	0,009	0,098	0,448
B14b. Tus hijos/as	A1. Edad	0,002	0,143	0,183
	A3. Identidad de género	0,039	0,096	1,541
	A12e. Trabajador inmigrante	0,007	0,125	2,894
	A12f. Desplazados/as internos/as	0,013	0,115	1,746
B14c. Otros miembros de la familia	A0. Localidad	0,000	0,136	0,309
	A1. Edad	0,004	0,095	1,779
B14d. Tus amigos/as	A3. Identidad de género	0,000	0,122	0,589
	A9. Nivel educativo	0,000	0,154	0,520
	A12b. Pertenece a Comunidad indígena o aborígen	0,000	0,124	0,549



Indicadores de inferencia para: Divulgación del estatus seropositivo (B14a...B14k)

¿Las siguientes personas o grupos de personas saben que eres seropositivo/a?

B14e. Tus vecinos/as	A3. Identidad de género	0,016	0,085	2,348
B14f. Tu jefe	A9. Nivel educativo	0,004	0,126	0,464
B14g. Tus colegas de trabajo	A9. Nivel educativo	0,021	0,100	0,561
B14h. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela	A1. Edad A12e. Trabajador inmigrante	0,001 0,009	0,166 0,134	7,392 11,375
B14i. Tus compañeros/as de clase	A9. Nivel educativo	0,004	0,147	0,290
B14j. Líderes locales	A12e. Trabajador inmigrante	0,000	0,129	3,500
B14k. Figuras de autoridad*	A12g. Personas privadas de libertad/presas	0,000	0,270	9,405

*(como policías, jueces, fuerzas del orden, entre otros)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 2022

La tabla precedente muestra las relaciones entre las variables seleccionadas por la significación de Chi Cuadrado (X²), se puede observar que:

i. B14a. Tu esposo/a/pareja(s) sabe que eres seropositivo (Si/No)*A0. Localidad (Eje LP-CB-SC/Otro departamento)

- Existe relación significativa (0,009), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,098), indica que el efecto es demasiado débil.
- El Odd ratio (0,448) para B14a*A0, muestra que, en el ámbito de ‘Tu esposo/a/pareja(s) sabe que eres seropositivo’, existe 2,2 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en ‘Otro departamento’ que en los departamentos que están en el eje LPZ-CBA-SCZ.

ii. B14b. Tus hijos/as saben que eres seropositivo (Si/No)* A1. Edad (<25 años/>25 años); A3. Identidad de género (Mujer-Transgénero-Otros/Hombre); A12e. Trabajador inmigrante (Si/No); A12f. Desplazados/as internos/as (Si/No)

- En todos los casos, existe relación significativa (A1. 0,002; A3. 0,039; A12e. 0,007; A12f. 0,013), sin embargo, los valores del coeficiente V de Cramer (A1. 0,143; A3. 0,096; A12e. 0,125; A12f. 0,115), indican que el efecto es débil.
- El Odd ratio para B14b*A1 (0,183), muestra que, en el ámbito de ‘Tus hijos/as saben que eres seropositivo’, existe una probabilidad 5,5 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Adulto’ (>=25 años) que en la categoría ‘Joven’ (<25 años).
- El Odds ratio para B14b*A3 (1,541), muestra que, en el ámbito de ‘Tus hijos/as saben que eres seropositivo’, existe una probabilidad de 1,5 veces más que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Mujer-Transgénero-Otro’ que en la categoría ‘Hombre’.
- El Odds ratio para B14b* A12e (2,894), muestra que, en el ámbito de ‘Tus hijos/as saben que eres seropositivo’, existe una probabilidad de casi 3 veces mayor en las PVVs que pertenecen al grupo de ‘Trabajador inmigrante’ que aquellas no pertenecen.
- El Odds ratio para B14b* A12f (1,746), muestra que, en el ámbito de ‘Tus hijos/as saben que eres seropositivo’, existe una probabilidad de 1,7 veces mayor que ocurra la divulgación en las PVVs que pertenecen al grupo ‘Desplazados/as internos/as’ que en aquellas no pertenecen.

iii. B14c. Otros miembros de la familia saben que eres seropositivo (Si/No)*A0. Localidad (Eje LP-CB-SC/Otro departamento); A1. Edad (<25 años/>25 años)

- En todos los casos, existe relación significativa (A0. 0,000; A1. 0,004); sin embargo, los valores de VdeCramer (A0. 0,136; A1. 0,095), indican que el efecto es débil.
- El Odd ratio para B14c*A0 (0,309), muestra que, en el ámbito de ‘Otros miembros de la familia saben que eres seropositivo’, existe una probabilidad 3 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Otro departamento’ que en aquellas del ‘Eje LP-CB-SC’.

- El Odd ratio para B14c*A1 (1,779), muestra que, en el ámbito de ‘Otros miembros de la familia saben que eres seropositivo’, Existe una probabilidad de 1,8 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Joven’ (<25 años) que aquellas que se encuentran en la categoría ‘Adulto’ (>=25 años).

iv. B14d. Tus amigos/as saben que eres seropositivo (Si/No)*A3. Identidad de género (Mujer-Transgénero-Otros/Hombre); A9. Nivel educativo (Sin escuela-Primaria-Secundaria/Terciaria-Grado-Posgrado); A12b. Pertenece a Comunidad indígena o aborigen (Si/No)

- En todos los casos, existe relación significativa (A3. 0,000; A9. 0,00; A12b. 0,000), sin embargo, los valores de del coeficiente V de Cramer (A3. 0,122; A9. 0,154; A12b. 0,154), indican que el efecto es débil.
- El Odd ratio para B14d*A3 (0, 589), muestra que, en el ámbito de ‘Tus amigos/as saben que eres seropositivo’, existe una probabilidad 1,7 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Hombre’ que en la categoría ‘Mujer-Transgénero-Otro’.
- El Odd ratio para B14d*A9 (0, 520), muestra que, en el ámbito de ‘Tus amigos/as saben que eres seropositivo’, Existe una probabilidad de 1,9 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Terciaria-Grado-Posgrado’ que aquellas que se encuentran en la categoría ‘Sin escuela-Primaria-Secundaria’.
- El Odd ratio para B14d*A12b (0, 549), muestra que, en el ámbito de ‘Tus amigos/as saben que eres seropositivo’, Existe una probabilidad de 1,8 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que no pertenecen a una ‘Comunidad indígena o aborigen’ que aquellas que pertenecen.

v. B14e. Tus vecinos/as saben que eres seropositivo (Si/No)*A3. Identidad de género (Mujer-Transgénero-Otros/Hombre)

- Existe relación significativa (0,016), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,085), indica que el efecto es demasiado débil.
- El Odd ratio (2,348) para B14e*A3, muestra que, en el ámbito de ‘Tus vecinos/as saben que eres seropositivo’, existe 2,2 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en las PVVs que pertenecen a la categoría ‘Mujer-Transgénero-Otros’ que en los que pertenecen a la categoría ‘Hombre’.

vi. B14f. Tu jefe sabe que eres seropositivo (Si/No)*A9. Nivel educativo (Sin escuela-Primaria-Secundaria/Terciaria-Grado-Posgrado)

- Existe relación significativa (0,004), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,126), indica que el efecto es débil.
- El Odd ratio (0,464) para B14f*A9, muestra que, en el ámbito de ‘Tu jefe sabe que eres seropositivo’, existe 2,2 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en las PVVs que pertenecen a la categoría ‘Terciaria-Grado-Posgrado’ que en los que pertenecen a la categoría ‘Sin escuela-Primaria-Secundaria’.

vii. B14g. Tus colegas de trabajo saben que eres seropositivo (Si/No)*A9. Nivel educativo (Sin escuela-Primaria-Secundaria/Terciaria-Grado-Posgrado)

- Existe relación significativa (0,021), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,100), indica que el efecto es débil.
- El Odd ratio (0,561) para B14g*A9, muestra que, en el ámbito de ‘Tus colegas de trabajo saben que eres seropositivo’, existe 1,8 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en las PVVs que pertenecen a la categoría ‘Terciaria-Grado-Posgrado’ que en los que pertenecen a la categoría ‘Sin escuela-Primaria-Secundaria’.

viii. B14h. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela sabe que eres seropositivo (Si/No)*A1. Edad (<25 años/>25 años); A12e. Trabajador inmigrante (Si/No)



- En todos los casos, existe relación significativa (A1. 0,001; A12e. 0,009), sin embargo, los valores del coeficiente V de Cramer (A1. 0,166; A12e. 0,134), indican que el efecto es débil.
 - El Odd ratio para B14h*A1 (7,392), muestra que, en el ámbito de ‘Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela sabe que eres seropositivo’, existe una probabilidad 7,4 veces mayor que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en la categoría ‘Joven’ (<25 años) que en la categoría ‘Adulto’ (>=25 años).
 - El Odds ratio para B14h*A12e (11,375), muestra que, en el ámbito de ‘Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela sabe que eres seropositivo’, existe una probabilidad de 11,4 veces más que la divulgación ocurra en las PVVs que se encuentran en el grupo ‘Trabajador inmigrante’ que ellos que no pertenecen.
- ix. B14i. Tus compañeros/as de clase saben que eres seropositivo (Si/No)*A9. Nivel educativo (Sin escuela-Primaria-Secundaria/Terciaria-Grado-Posgrado)**
- Existe relación significativa (0,004), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,147), indica que el efecto es débil.
 - El Odd ratio (0,290) para B14i*A9, muestra que, en el ámbito de ‘Tus compañeros/as de clase saben que eres seropositivo’, existe 3,4 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en las PVVs que pertenecen a la categoría ‘Terciaria-Grado-Posgrado’ que en los que pertenecen a la categoría ‘Sin escuela-Primaria-Secundaria’.
- x. B14j. Líderes locales saben que eres seropositivo (Si/No)*A12e. Trabajador inmigrante (Si/No)**
- Existe relación significativa (0,000), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,129), indica que el efecto es débil.
 - El Odd ratio (3,500) para B14j*A3, muestra que, en el ámbito de ‘Líderes locales saben que eres seropositivo’, existe 3,4 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en las PVVs que pertenecen al grupo ‘Trabajador inmigrante’ que las que no pertenecen.
- xi. B14k. Figuras de autoridad saben que eres seropositivo (Si/No)*A12g. Personas privadas de libertad/presas (Si/No)**
- Existe relación significativa (0,000), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,270), indica que el efecto es moderado.
 - El Odd ratio (9,405) para B14k*A12g, muestra que, en el ámbito de ‘Figuras de autoridad saben que eres seropositivo’, existe 9,4 veces mayor probabilidad que la divulgación ocurra en las PVVs que pertenecen al grupo ‘Personas privadas de libertad/presas’ que las que no pertenecen.

5.5.1.3. Análisis estadístico de la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento. (Variables B14a1... B14k1)

Este acápite adquiere importancia porque la divulgación del estatus seropositivo sin el consentimiento de la PVV, constituye en una violación a su derecho de privacidad, consagrado en la Constitución Política del Estado, las leyes y los convenios internacionales.

Se debe ser cuidadoso en la interpretación de la información recopilada en la encuesta, pues, los datos solamente expresan que el estatus seropositivo fue divulgado sin consentimiento hacia las personas (pareja, familiares, amistades, vecinos y otros), pero, en ningún caso, se debe asumir que fueron estas personas los que violaron los derechos de la PVV. En el hipotético caso que un trabajador del servicio de salud, hubiere divulgado el diagnóstico VIH a la pareja de la PVV o a alguno de sus familiares, aparecerá en los datos de la encuesta que su estatus fue divulgado sin su consentimiento a estas personas, pero, no se sabrá que la divulgación fue realizada por un trabajador del servicio de salud.

1. Análisis Descriptivo

La siguiente tabla muestra la información de las sub variables B14a1...B14k1 y se refiere a todas las personas encuestadas que, en las subvariables B14a...B14k, respondieron afirmativamente que su

estatus seropositivo fue divulgado en los diferentes ámbitos de sus relaciones sociales, indagando, ahora, si la divulgación fue realizada con o sin consentimiento de la PVV.

B14. ¿Tu estatus fue revelado sin tu consentimiento?				
	SI		NO	
	% de		% de	
	casos válidos		casos válidos	
	N	%	N	%
B14a1. Tu esposo/a/pareja(s)	118	35%	324	53%
B14b1. Tus hijos/as	28	8%	111	18%
B14c1. Otros miembros de la familia	212	63%	359	58%
B14d1. Tus amigos/as	105	31%	216	35%
B14e1. Tus vecinos/as	20	6%	13	2%
B14f1. Tu jefe	24	7%	39	6%
B14g1. Tus colegas de trabajo	30	9%	43	7%
B14h1. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela	3	1%	6	1%
B14i1. Tus compañeros/as de clase	15	4%	11	2%
B14j1. Líderes locales	33	10%	233	38%
B14k1. Figuras de autoridad (policías, jueces, fuerzas del orden, entre otros)	12	4%	40	6%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta INDEX 2.0 2022

- De todos los que afirmaron que su estatus seropositivo es conocido en el contexto de sus relaciones sociales, 42% afirmó que su estatus fue divulgado sin su consentimiento y, por contrapartida, 77% dijo que su estatus fue divulgado con su consentimiento.
- En el círculo íntimo o de mayor confianza se concentra el 77% de las respuestas y 23% en los ámbitos más abiertos donde la PVV no tiene control.
- 35% de los casos se divulgó el estatus seropositivo sin el consentimiento de PVV en el ámbito de la pareja.
- 63% de los casos se divulgó el estatus seropositivo sin el consentimiento de PVV en el ámbito de otros miembros de la familia
- 31% de los casos se divulgó el estatus seropositivo sin el consentimiento de PVV en el ámbito de sus amistades.

En conclusión, se tiene que de los 803 encuestados que afirmó que su estatus seropositivo fue divulgado en el contexto de sus relaciones sociales, 42% (339 casos) afirmó, también que la divulgación de su diagnóstico VIH fue sin su consentimiento; estos casos, representan, además, 36% de la muestra total.

En consecuencia, se puede afirmar que 36% de las PVVs han sufrido la violación de sus derechos, aspecto que se deberá tomar en cuenta al momento de analizar los temas referidos al estigma y la discriminación.

2. Análisis Inferencial

En el análisis inferencial se trata de saber si las once categorías que hacen referencia a los diferentes contextos de las relaciones sociales, de la variable de divulgación (B14), son dependientes de otras variables, principalmente, variables sociodemográficas, como, lugar donde vive, edad, identidad de género y nivel educativo, así como la pertenencia a algún grupo social especial, como, grupo religioso, indígena, discapacitado, migrante y privado de libertad; de tal manera que se pueda explicar y establecer la probabilidad de ocurrencia, tanto Si existe divulgación o No existe divulgación del estatus seropositivo de las PVVs.

Para este fin, se ha contrastado cada una de las once categorías B14a...B14k, con las variables referidas a: A0. Localidad, A1. Edad, A3. Identidad de género, A9. Nivel de educación y las categorías 12a...12g de la variable 12 pertenencia a algún grupo social



Para fines del análisis se formuló las hipótesis metodológicas:

H0. El fenómeno de divulgación del estatus seropositivo de las PVVs en los diferentes contextos de sus relaciones sociales NO tiene relación con el lugar donde vive, la edad, identidad de género, nivel de educación o la pertenencia a algún grupo social especial.

H1. El fenómeno de divulgación del estatus seropositivo de las PVVs SI varía según el lugar donde vive, la edad, la identidad de género o el nivel de educación.

a. Pruebas de estimación de riesgo

La estimación de riesgo proporciona indicadores que permiten explicar una determinada variable (dependiente), mediante la relación o influencia de otra variable (independiente) y estimar cuán probable es que ocurra o no un evento hecho, por tanto, permite sacar conclusiones válidas con 95% de confianza para el universo.

Para este análisis se ha tomado en cuenta como variables dependientes las subvariables referidas a la simple divulgación del estatus seropositivo (B14a...B14k) y como variables independientes: A0. Localidad, A1. Edad, A3. Identidad de género, A9. Nivel de educación y las subvariables de la variable A12. sobre pertenencia a algún grupo especial religioso, minoría étnica, discapacidad, migrante y privado de libertad (A12a...A12g).

Indicadores de inferencia para: Divulgación del estatus seropositivo SIN consentimiento (B14a1...B14k1)				
Variable dependiente	Variable independiente	Significación	V de Cramer	Odds Ratio
B14a1. Tu esposo/a/pareja(s)	A0.Eje LP-CB-SC	0,000	0,199	20,8
	A12b. Perteneces a			
	Comunidad indígena o aborígen	0,000	0,205	2,7
B14b1. Tus hijos/as	A12c. Perteneces a			
	Personas con discapacidades*	0,004	0,136	2,8
B14c1. Otros miembros de la familia	A12b. Perteneces a			
	Comunidad indígena o aborígen	0,023	0,195	2,7
B14d1. Tus amigos/as	A12a. Perteneces a			
	Minoría racial, étnica o religiosa	0,015	0,103	0,6
	A12b. Perteneces a			
B14h1. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela	Comunidad indígena o aborígen	0,023	0,096	1,5
	A12b. Perteneces a			
B14i1. Tus compañeros/as de clase	Comunidad indígena o aborígen	0,000	0,241	3,3
	A12b. Perteneces a			
B14k1. Figuras de autoridad**	Comunidad indígena o aborígen	0,019	0,459	11,5
	A1. Edad (Binaria)	0,021	0,319	6,2

*(visuales, auditivas, motoras, intelectuales/de desarrollo) de cualquier tipo (además de las posibles discapacidades derivadas del VIH)

** (como policías, jueces, fuerzas del orden, entre otros)

La tabla precedente muestra las relaciones entre las variables seleccionadas por la significación de Chi Cuadrado (X²), se puede observar que:

- i. **B14a1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tu esposo/a/pareja(s) (Si/No)*A0. Localidad (Eje LP-CB-SC/Otro departamento); A12b. Perteneces a Comunidad indígena o aborígen (Si/No); A12c. Perteneces a Personas con discapacidades (Si/No)**

- Existe relación significativa (A0. 0,000; A12b. 0,000; A12c. 0,004), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer para A0. 0,199 y A12c. 0,136, indica que el efecto es débil; en el caso de A12b. 0,205, indica que el efecto es moderado.
 - El Odd ratio (20,847) para B14a1*A0, muestra que, existe una probabilidad 20,8 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tu esposo/a/ pareja(s)', se realice en los departamentos del 'Eje LP-CB-SC' que en 'Otro departamento'.
 - El Odd ratio (2,646) para B14a1*A12b, muestra que, existe una probabilidad 2,6 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tu esposo/a/ pareja(s)', se realice en el grupo 'Pertenece a una comunidad indígena o aborígen' que en los que no pertenecen.
 - El Odd ratio (2,831) para B14a1*A12c, muestra que, existe una probabilidad 2,8 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tu esposo/a/ pareja(s)', se realice en el grupo 'Pertenece a Personas con discapacidades' que en los que no pertenecen.
- ii. B14b1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tus hijos/as (Si/No)*A12b. Pertenece a Comunidad indígena o aborígen (Si/No)**
- Existe relación significativa (A12c. 0,023), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,195), indica que el efecto es débil.
 - El Odd ratio (2,686) para B14b1*A12c, muestra que, existe una probabilidad 2,7 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tu esposo/a/ pareja(s)', se realice en el grupo 'Pertenece a una comunidad indígena o aborígen' que en los que no pertenecen.
- iii. B14c1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Otros miembros de la familia (Si/No)*A12a. Pertenece a Minoría racial, étnica o religiosa (Si/No); A12b. Pertenece a Comunidad indígena o aborígen (Si/No)**
- Existe relación significativa (A12a. 0,015; A12b. 0,023), sin embargo, los valores del coeficiente V de Cramer (A12a. 0,103 y A12b. 0,096), indica que el efecto es débil.
 - El Odd ratio (0,596) para B14c1*A12a, muestra que, existe una probabilidad 1,7 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Otros miembros de la familia', se realice en el grupo que no está en la categoría 'Pertenece a Minoría racial, étnica o religiosa' que en los que si pertenecen.
 - El Odd ratio (1,536) para B14c1*A12b, muestra que, existe una probabilidad 1,5 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Otros miembros de la familia', se realice en el grupo 'Pertenece a una comunidad indígena o aborígen' que en los que no pertenecen.
- iv. B14d1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tus amigos/as (Si/No)*A12b. Pertenece a Comunidad indígena o aborígen (Si/No)**
- Existe relación significativa (A12c. 0,000), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,241), indica que el efecto es moderado.
 - El Odd ratio (3,303) para B14d1*A12c, muestra que, existe una probabilidad 3,3 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tus amigos/as', se realice en el grupo 'Pertenece a una comunidad indígena o aborígen' que en los que no pertenecen.
- v. B14h1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela (Si/No)*A12b. Pertenece a Comunidad indígena o aborígen (Si/No)**
- Existe relación significativa (A12c. 0,023) y el valor del coeficiente V de Cramer (0,756), indica que el efecto es fuerte.



- El Odd ratio (0,333) para B14h1*A12c, muestra que, existe una probabilidad 3 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela', se realice en el grupo que no 'Pertenece a una comunidad indígena o aborígen' que en el que pertenece.

vi. B14i1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Tus compañeros/as de clase (Si/No)*A12b. Perteneces a Comunidad indígena o aborígen (Si/No)

- Existe relación significativa (A12c. 0,019) y el valor del coeficiente V de Cramer (0,459), indica que el efecto es moderado.
- El Odd ratio (11,492) para B14i1*A12b, muestra que, existe una probabilidad 11,5 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Tus compañeros/as de clase', se realice en el grupo que 'Pertenece a una comunidad indígena o aborígen' que en el grupo que no pertenece.

vii. B14i1. Se reveló tu estatus seropositivo sin tu consentimiento a Figuras de autoridad (Si/No)* A1. Edad (<25 años/>=25 años)

- Existe relación significativa (A1. 0,021), sin embargo, el valor del coeficiente V de Cramer (0,319), indica que el efecto es moderado.
- El Odd ratio (6,167) para B14i1*A1, muestra que, existe una probabilidad 6,2 veces mayor que la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento, en el ámbito de 'Figuras de autoridad', se realice en el grupo que 'Joven (<25 años)' que en el grupo de 'Adulto (>=25años)'.

3. Conclusiones

Se puso en juego 11 variables dependientes y 14 variables independientes, solo se encontró relación significativa de siete variables dependientes con 5 variables independientes; sin embargo, la mayoría de estas relaciones son débiles, lo que significa que, la ocurrencia de la divulgación sin consentimiento, puede deberse a otros factores que no están en el menú de variables de la encuesta.

Las relaciones que se debe tomar en cuenta son las que predicen un efecto moderado y fuerte, por orden de importancia, estas son:

- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el ámbito de 'B14h1. Tu profesor(a) o el/la director(a) de tu escuela', cuyo indicador muestra que tiene un efecto fuerte sobre la ocurrencia del hecho. Afecta al 1% de la población PVV; en menor medida, a quienes pertenecen a una comunidad indígena y es tres veces mayor entre el resto de las PVVs. Esta población, indígena y no indígena, puede estar conformada por trabajadores de la educación y estudiantes.
- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el ámbito de 'B14i1. Tus compañeros/as de clase', cuyo indicador muestra que tiene un efecto moderado sobre la ocurrencia del hecho. Afecta al 4% de la población PVV, principalmente, a quienes pertenecen a una comunidad indígena, siendo 11 veces más probable la ocurrencia del hecho en este sector que en el resto de las PVVs. La población afectada es indígena y no indígena y está compuesta por estudiantes.
- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el ámbito de 'B14k1. Figuras de autoridad', cuyo indicador muestra que tiene un efecto moderado sobre la ocurrencia del hecho. Afecta al 4% de la población PVV, principalmente, jóvenes, menores de 25 años, siendo 6 veces más probable la ocurrencia del hecho en este sector que entre los adultos. La población afectada está compuesta por jóvenes y adultos.
- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el ámbito de 'B14d1. Tus amigos/as', cuyo indicador muestra que tiene un efecto moderado sobre la ocurrencia del hecho. Afecta al 13% de la población PVV, principalmente, a quienes pertenecen a una comunidad indígena, siendo 3 veces más probable la ocurrencia del hecho en este sector que en el resto de las PVVs. La población afectada es indígena y no indígena.

- La divulgación del estatus VIH sin consentimiento en el ámbito de ‘B14a1. Tu esposo/a/ pareja(s)’, cuyo indicador muestra que tiene un efecto moderado sobre la ocurrencia del hecho. Afecta al 36% de la población PVV, principalmente, a quienes pertenecen a una comunidad indígena, siendo 3 veces más probable la ocurrencia del hecho en este sector que en el resto de las PVVs. La población afectada es indígena y no indígena.
- De estas 5 relaciones, significativas y de efecto moderado a fuerte que se ha analizado, resalta que, 4 de ellas, estén referidas a la pertenencia a una comunidad indígena y una a jóvenes, lo que da pie para profundizar investigaciones y focalizar acciones en estos sectores.

5.5.1.4. Análisis estadístico de la experiencia con la divulgación del estatus seropositivo (B15)

1. Análisis descriptivo de las variables B15a...B15e

La siguiente tabla muestra las frecuencias simples de las variables expresadas en proporciones.

B15. Frecuencias simples			
	De acuerdo	Un poco de acuerdo	En desacuerdo
B15a. Comunicar tu estatus de VIH a personas cercanas* ha sido una experiencia positiva	58%	19%	23%
B15b. Tus allegados/as te apoyaron cuando les dijiste por primera vez que tenías VIH	70%	15%	15%
B15c. Comunicar tu estatus a personas que no conoces muy bien ha sido una experiencia positiva	26%	17%	57%
B15d. Personas que conoces muy bien te apoyaron cuando les dijiste que tenías VIH	68%	17%	15%
B15e. En general, comunicar que tienes VIH se ha vuelto más fácil con el tiempo	32%	24%	44%

*(como a tu pareja, familia y amigos/as íntimos/as)

Se puede observar que:

- B15a. 58% está ‘De acuerdo’ con valorar como experiencia positiva el haber comunicado su estatus VIH a personas cercanas; 19% está ‘Un poco de acuerdo’ y 23% está ‘En desacuerdo’.
- B15b. 70% está ‘De acuerdo’ con la afirmación de haber recibido apoyo de personas cercanas, cuando comunicó su estatus VIH; 15% está ‘Un poco de acuerdo’ y 15% está ‘En desacuerdo’.
- B15c. 26% está ‘De acuerdo’ en valorar como experiencia positiva el haber comunicado su estatus VIH a personas que no conoce muy bien; 17% está ‘Un poco de acuerdo’ y 57% está ‘En desacuerdo’.
- B15d. 68% está ‘De acuerdo’ con la afirmación de haber recibido apoyo de las personas que no conoce muy bien, cuando comunicó su estatus VIH; 17% está ‘Un poco de acuerdo’ y 15% está ‘En desacuerdo’.
- B15e. 32% está ‘De acuerdo’ con la afirmación que, con el tiempo, se ha vuelto más fácil comunicar el estatus VIH; 24% está ‘Un poco de acuerdo’ y 44% está ‘En desacuerdo’.

Cabe aclarar que con estos datos no se puede hacer generalizaciones, ya que los porcentajes solo tienen validez para cada una de las variables en sí mismas.

2. Análisis Inferencial

Las variables B15a...B15e, están estructuradas como una escala tipo Likert de tres valores. Como se vio en el punto anterior, la interpretación de cada una por separado, es insuficiente para comprender si la experiencia con la divulgación de su estatus seropositivo fue positiva o negativa, por tanto, para saber o estimar cómo valoran las PVVs su experiencia con la divulgación, es necesario contar con resultados agregados.

El procesamiento agregado, se ha ordenado de la siguiente manera:

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Medir cuán positiva o negativa ha sido la EXPERIENCIA INTEGRAL (todas las variables) de las PVVs, al haber DIVULGADO su estatus VIH	Valoración de la experiencia específica de COMUNICAR el estatus VIH a otras personas	Valoración de la experiencia en el ámbito de confianza	1=De acuerdo
		Valoración de la experiencia en el ámbito de ninguna confianza	2=Un poco de acuerdo
		Valoración de la facilidad adquirida, con el tiempo, para comunicar su estatus seropositivo en cualquier ámbito	3=En desacuerdo
	Valoración específica del APOYO que recibió cuando comunicó su estatus seropositivo	Valoración del apoyo que recibió en el ámbito de confianza	
		Valoración del apoyo que recibió en el ámbito de ninguna confianza	

En función de los indicadores, se ha realizado cinco preguntas positivas y se ha utilizado un sistema de medición con tres alternativas de respuesta puntuadas: ‘De acuerdo’=1; ‘Un poco de acuerdo’=2; ‘En desacuerdo’=3. El sistema de puntuación, sugiere que la medida principal es el desacuerdo, al que se le ha asignado el mayor puntaje (3). En adelante, estas categorías se interpretarán como: ‘De acuerdo’=Positiva; ‘En desacuerdo’=negativa; ‘Un poco de acuerdo’=Tendencia neutral. En este último caso, puede resultar polémico el calificar como neutral la interpretación; sin embargo, se puede suponer que, si el encuestado contestó ‘Un poco de acuerdo’, no está conforme con su experiencia y, si hubiera una categoría ‘ni positivo ni negativo’, posiblemente, la mayor parte de las respuestas se concentrarían en esta categoría.

En consecuencia, la hipótesis general es:

Las PVVs están en desacuerdo con valorar como positiva, su experiencia general (comunicación, apoyo y facilidad) con la divulgación voluntaria de su estatus VIH.

Y, para cada una de las dimensiones:

Las PVVs están en desacuerdo con valorar como positiva, su experiencia específica con la comunicación de su estatus VIH.

Las PVVs están en desacuerdo con valorar como positiva, su experiencia específica con el apoyo que recibieron de otras personas cuando comunicaron su estatus VIH.

Por otra parte, se presenta, también una posible relación entre las dimensiones comunicación y apoyo, pues, estar de acuerdo o en desacuerdo con valorar como experiencia positiva el haber comunicado el estatus VIH, puede estar condicionada por estar de acuerdo o en desacuerdo con valorar el apoyo recibido como una experiencia positiva. Se podría decir que las PVVs que están en desacuerdo con que el apoyo recibido es una experiencia positiva, dirán, también que están en desacuerdo con que la comunicación del estatus VIH es una experiencia positiva

Las PVVs que están en desacuerdo con valorar como positiva su experiencia específica con el apoyo recibido; también están en desacuerdo con valorar como positiva la experiencia específica con la comunicación de su estatus VIH.

Luego, las valoraciones podrían, también estar relacionadas con otras variables como localidad, edad, identidad de género y nivel educativo.

Los resultados se presentan en tres niveles: EXPERIENCIA GENERAL que expresa la valoración global; Dimensión COMUNICAR que expresa la valoración con el hecho de comunicar; Dimensión APOYO que expresa la valoración del apoyo que recibió.

a. Escala de Likert EXPERIENCIA INTEGRAL

Se ha obtenido el índice sumativo de las puntuaciones que realizaron los encuestados, obteniendo una distribución de las puntuaciones, luego, se procedió a clasificar por rangos de amplitud de clase y finalmente a categorizar (1 De acuerdo; 2 Un poco de acuerdo; 3 En desacuerdo), obteniendo, así, la información para interpretar la experiencia general.

La distribución de las puntuaciones agregadas no corresponde a una distribución normal, mostrando un sesgo negativo, hacia los valores inferiores, asimismo, el coeficiente de variación es de 0.42 por lo que no es posible interpretar la información con medidas de tendencia central y dispersión.

La clasificación y categorización se realizó de la siguiente manera:



Sobre esta base se tiene la siguiente distribución por categoría:

B15. EXPERIENCIA INTEGRAL		
	N	%
De acuerdo	244	26%
Un poco de acuerdo	486	52%
En desacuerdo	199	21%
Total	929	100%



Como se puede apreciar, la mayoría de los casos (52%) se concentra en la categoría ‘Un poco de acuerdo’, es decir que la valoración tiene una tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene que 26% manifestó estar ‘De acuerdo’, es decir, que calificó su experiencia integral como positiva y 21% ‘En desacuerdo’, es decir que calificó su experiencia integral como negativa.

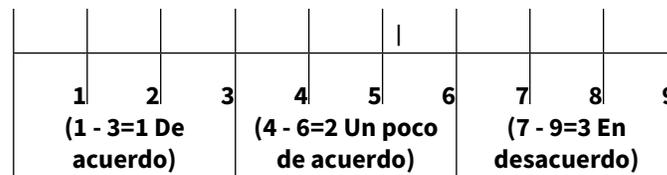
Se puede concluir que, de modo general, la tendencia es a valorar su experiencia integral (comunicación del estatus VIH + el apoyo recibido de las personas + la comunicación fue más fácil con el tiempo), como positiva, descartando la hipótesis planteada. Sin embargo, se debe considerar que la diferencia de los extremos es de 5%, similar al margen de error de la encuesta.

b. Escala de Likert EXPERIENCIA COMUNICACIÓN

El procedimiento ha seguido el mismo método, pero, referido estrictamente a la medición de las variables que hacen referencia a la comunicación del estatus seropositivo (B15a; B15c; B15e).

Esta variable referida a la experiencia específica con la comunicación del estatus VIH, tampoco se ajusta a una distribución normal, el coeficiente de variación es 0,45 que indica dispersión de los datos.

La clasificación y categorización se realizó de la siguiente manera:



Sobre esta base, se tiene la siguiente distribución por categoría:

B15. EXPERIENCIA COMUNICACIÓN

	N	%
De acuerdo		
227		
25%		
Un poco de acuerdo	411	44%
En desacuerdo	288	31%
Total	926	100%



Como se puede apreciar, la mayor proporción de los encuestados (44%) tiene una valoración de tendencia neutral de su experiencia específica de comunicación. En el contraste de los extremos, se tiene que 25% tiene una valoración positiva; en tanto que, 31%, una valoración negativa.

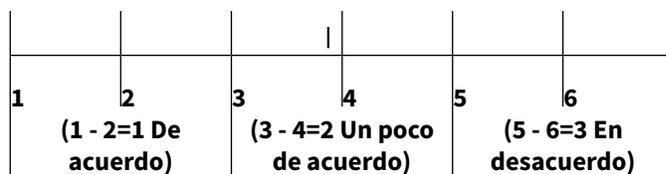
Se puede concluir que, de modo general, existe una ligera tendencia a valorar su experiencia general como negativa, validando la hipótesis específica planteada para esta dimensión. Asimismo, la diferencia entre los extremos es de 6%, mayor al margen de error de la encuesta.

c. Escala de Likert EXPERIENCIA APOYO

El procedimiento ha seguido el mismo método, pero, referido estrictamente a la medición de las variables que hacen referencia al apoyo que recibió cuando comunicó el estatus seropositivo (B15b; B15d).

La variable, tampoco se ajusta a una distribución normal, con un marcado sesgo negativo, hacia los valores inferiores y el coeficiente de variación es de 0,52 que indica dispersión de los datos.

La clasificación y categorización se realizó de la siguiente manera:



Sobre esta base se tiene la siguiente distribución por categoría:

B15. EXPERIENCIA APOYO

	N	%
De acuerdo		62%
560		
Un poco de acuerdo	233	26%
En desacuerdo	105	12%
Total	898	100%



Como se puede apreciar, 62% de los encuestados ha valorado como positiva la experiencia de haber recibido apoyo de las personas a las que se comunicó el estatus VIH; solamente 12% valoró como negativa y 26% valoró con tendencia neutral.

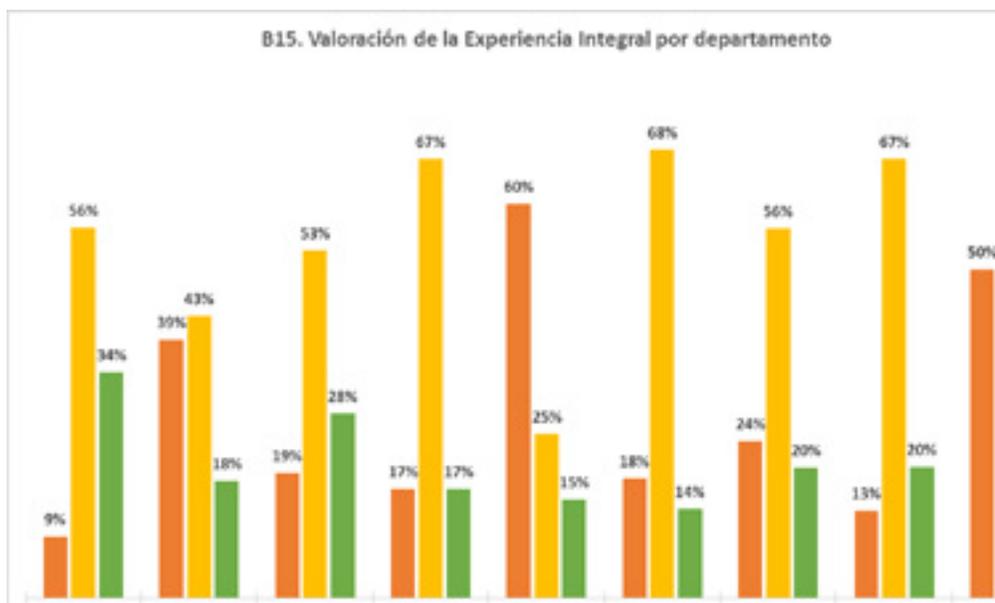
Se puede concluir que existe una valoración positiva respecto del apoyo que recibieron de otras personas (familiares, amistades y no conocidas) cuando comunicaron su estatus seropositivo; descartando la hipótesis de planteada para esta dimensión y también para la valoración condicionada, pues, esta valoración es inversa a la valoración de la experiencia en comunicación.

d. Distribución de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, según localidad

La siguiente tabla muestra la distribución, según localidad, de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, tanto a nivel del concepto general, experiencia integral, como, a nivel de las dimensiones, experiencia específica con la comunicación y el apoyo recibido.

A0. Localidad * B15. Valoración de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, el apoyo recibido de las personas y comunicar el estatus VIH fue más fácil con el tiempo										
Variable	Categoría	CHU	LPZ	CBA	ORU	POT	TJA	SCZ	BEN	PAN
B15. Experiencia integral	De acuerdo	9%	39%	19%	17%	60%	18%	24%	13%	50%
	Un poco de acuerdo	56%	43%	53%	67%	25%	68%	56%	67%	50%
	En desacuerdo	34%	18%	28%	17%	15%	14%	20%	20%	0%
B15. Experiencia comunicación	De acuerdo	6%	33%	19%	17%	55%	18%	24%	10%	50%
	Un poco de acuerdo	34%	44%	43%	67%	20%	50%	46%	57%	50%
	En desacuerdo	59%	23%	39%	17%	25%	32%	30%	33%	0%
B15. Experiencia apoyo recibido	De acuerdo	58%	63%	61%	58%	69%	82%	63%	45%	100%
	Un poco de acuerdo	26%	27%	26%	33%	19%	14%	25%	45%	0%
	En desacuerdo	16%	10%	14%	8%	13%	5%	12%	10%	0%

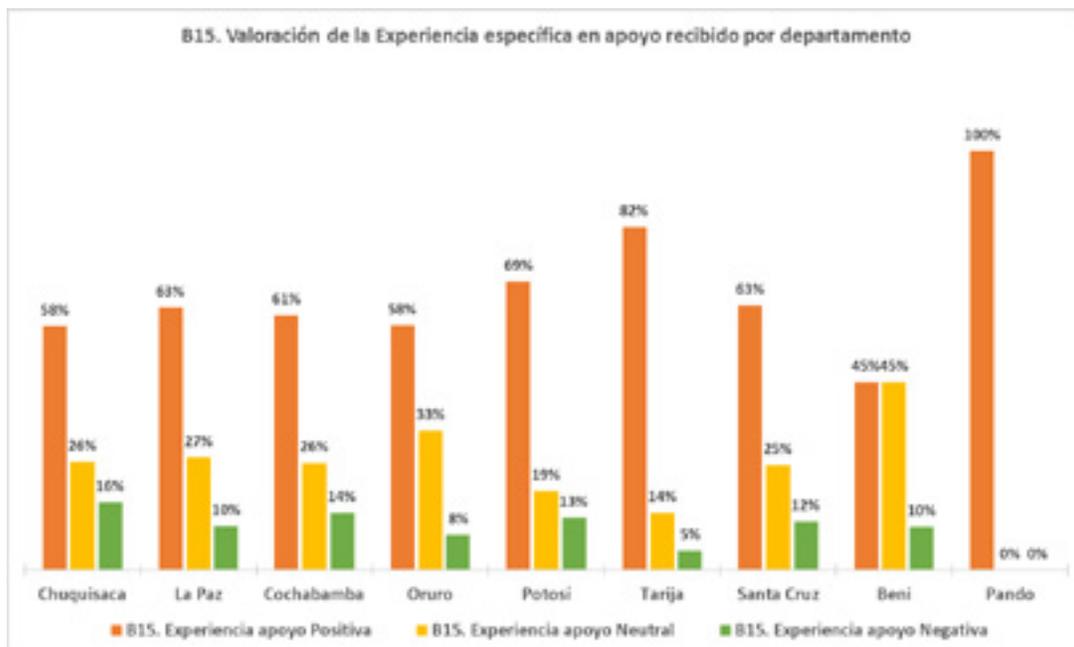
Los datos relevantes muestran:



- **En la experiencia integral, se puede apreciar, con excepción de Potosí que las valoraciones se concentran en la tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene:**
- POSITIVA. Los departamentos con mayor valoración positiva: Potosí 60% de valoración positiva y 15% de valoración negativa; Pando con 50% de valoración positiva y; 0% de valoración negativa; La Paz 39% de valoración positiva y 18% de valoración negativa, Santa Cruz con 24% de valoración positiva y 20% de valoración negativa Y Tarija con 18% de valoración positiva y 14% de valoración negativa.
- NEGATIVA. Los departamentos con mayor valoración negativa: Chuquisaca con 36% de valoración negativa y 9% de valoración positiva; Cochabamba con 28% de valoración negativa y 19% de valoración positiva; Beni con 20% de valoración negativa y 13% de valoración positiva y Oruro que tiene igual proporción, 17% de valoración negativa y positiva.



- **En la experiencia específica con la comunicación, con excepción de Chuquisaca y Potosí, las valoraciones se concentran mayoritariamente en una tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene:**
 - POSITIVA. Los departamentos con mayor valoración positiva: Potosí con 55% de valoración positiva y 25% de valoración negativa; Pando con 50% de valoración positiva y 0% de valoración negativa y La Paz con 33% de valoración positiva y 23% de valoración negativa.
 - NEGATIVA. Los departamentos con mayor valoración negativa: Chuquisaca con 59% de valoración negativa y 6% de valoración positiva; Cochabamba con 39% de valoración negativa y 19% de valoración positiva; Beni con 33% de valoración negativa y 10% de valoración positiva; Tarija con 32% de valoración negativa y 18% de valoración positiva; Santa Cruz con 30% de valoración negativa y 24% de valoración positiva y Oruro que tiene igual proporción, 17% de valoración negativa y positiva.



- En la experiencia específica con el apoyo recibido, a diferencia de las anteriores, todos los departamentos tienen una valoración positiva.

Los datos muestran que, en la experiencia integral 5 de los 9 departamentos tienen una valoración positiva y 4 una valoración negativa; en la experiencia específica con la comunicación, 3 de los 9 departamentos tienen una valoración positiva y 6 una valoración negativa y, finalmente, en la experiencia con el apoyo, los 9 departamentos tienen una valoración positiva.

Un caso notorio es el de Chuquisaca que tiene las valoraciones positivas más bajas en la experiencia integral y específica con la comunicación, así, como, las valoraciones negativas más altas; sin embargo, tiene una valoración positiva respecto del apoyo recibido. La pregunta central es ¿por qué valoran tan negativamente su experiencia con la comunicación del estatus VIH, al mismo tiempo que valoran positivamente su experiencia con el apoyo recibido de las personas a las que comunicaron su estatus VIH? ¿Es lógico pensar que el apoyo recibido, positivamente valorado, actúe como estímulo para valorar, también, positivamente, la comunicación del estatus VIH? Una posible explicación es que la experiencia específica con el hecho mismo de comunicar, hablar sobre el estatus VIH, resulte, al menos, molesto para la PVV, más que por la reacción de las otras personas, por una percepción de sí misma, es decir, debido al estigma interno.

Otro caso notorio, es el de Potosí que, de modo inverso al de Chuquisaca, tiene valoración positiva tanto en la experiencia integral, como, en las específicas con la comunicación y el apoyo recibido.

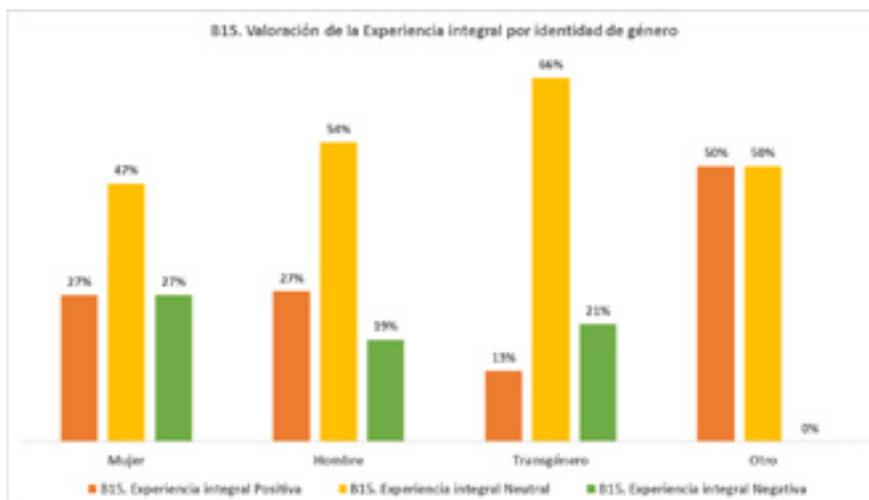
Pando tiene, también valoración positiva en los tres niveles; sin embargo; la información carece de valor estadístico, porque se trata de, apenas, 2 casos.

e. Distribución de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, según identidad de género

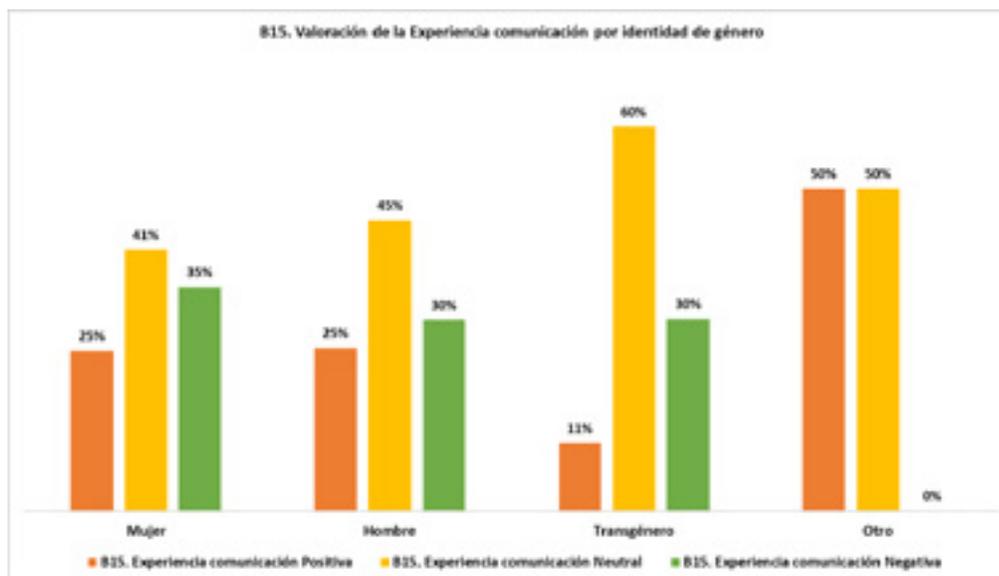
La siguiente tabla muestra la distribución, según identidad de género, de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, tanto a nivel del concepto general, experiencia integral, como, a nivel de las dimensiones, experiencia específica con la comunicación y el apoyo recibido.

A3. identidad de género * B15. Valoración de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, el apoyo recibido de las personas y comunicar el estatus VIH fue más fácil con el tiempo		Mujer	Hombre	Transgénero	Otro
B15. Experiencia integral	Positiva	27%	27%	13%	50%
	Neutral	47%	54%	66%	50%
	Negativa	27%	19%	21%	0%
B15. Experiencia comunicación	Positiva	25%	25%	11%	50%
	Neutral	41%	45%	60%	50%
	Negativa	35%	30%	30%	0%
B15. Experiencia apoyo	Positiva	58%	66%	55%	75%
	Neutral	26%	25%	34%	25%
	Negativa	15%	9%	11%	0%

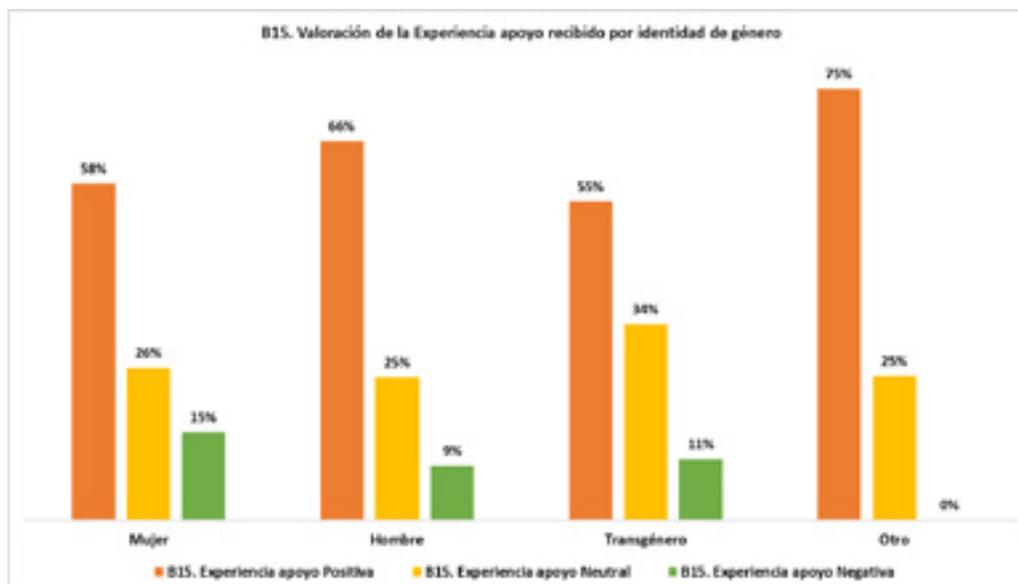
Los datos relevantes muestran:



- **En la experiencia integral, se puede apreciar que las valoraciones se concentran en la tendencia neutral y, en el contraste de los extremos, no existen notorias diferencias entre las categorías respecto de la valoración positiva y negativa**
- POSITIVA. La categoría ‘Hombre’ tiene 27% de valoración positiva y 19% de valoración negativa.
- NEGATIVA. La categoría ‘Transgénero’ registra 21% de valoración negativa y 13% de valoración positiva; ‘Mujer’ que tiene la misma proporción de valoración negativa y positiva (27%).
- El caso de la categoría ‘Otro’ que corresponde a las PVVs que no se identifican con mujer, hombre ni transgénero, los resultados carecen de valor estadístico ya que se trata de apenas 8 casos.



- **En la experiencia específica con comunicación, se puede apreciar que las valoraciones se concentran en la tendencia neutral y, en el contraste de los extremos, ninguna categoría muestra superioridad de la valoración positiva.**
- NEGATIVA. La categoría ‘Mujer’ tiene 35% de valoración negativa y 25% de valoración positiva; la categoría ‘Transgénero’ tiene 30% de valoración negativa y 11% de valoración positiva; la categoría ‘Hombre’ tiene 30% de valoración negativa y 25% de valoración positiva.
- El caso de la categoría ‘Otro’ que corresponde a las PVVs que no se identifican con mujer, hombre ni transgénero, los resultados carecen de valor estadístico ya que se trata de apenas 8 casos.



- **En la experiencia específica con apoyo recibido, se puede apreciar que la valoración positiva es predominante, siendo mayor o igual a 55% en todas las categorías**
- El caso de la categoría 'Otro' que corresponde a las PVVs que no se identifican con mujer, hombre ni transgénero, los resultados carecen de valor estadístico ya que se trata de apenas 8 casos.

Los datos muestran que, en la experiencia integral, existe una ligera tendencia a valorar positivamente la experiencia; en tanto que, las PVVs transgénero tienden a valorar negativamente; en la experiencia específica con la comunicación, la tendencia es a una valoración negativa en todos los casos y, finalmente, en la experiencia con el apoyo recibido, mujeres, hombres y transgénero, tienen una valoración positiva.

Se puede concluir que, si bien, la valoración general es positiva, existe un problema con el hecho específico de comunicar o hablar del estatus VIH que no tiene que ver con la reacción de las personas a las que se les informó, ya que la valoración es masivamente positiva, sino más bien, con algún tema más íntimo, psicológico o de creencias que puede estar asociado con el estigma interno.

f. Distribución de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, según nivel educativo

La siguiente tabla muestra la distribución, según nivel educativo, de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, tanto a nivel del concepto general, experiencia integral, como, a nivel de las dimensiones, experiencia específica con la comunicación y con el apoyo recibido.

A9. Nivel educativo * B15. Valoración de la experiencia con la comunicación del estatus VIH, el apoyo recibido de las personas y comunicar el estatus VIH fue más fácil con el tiempo

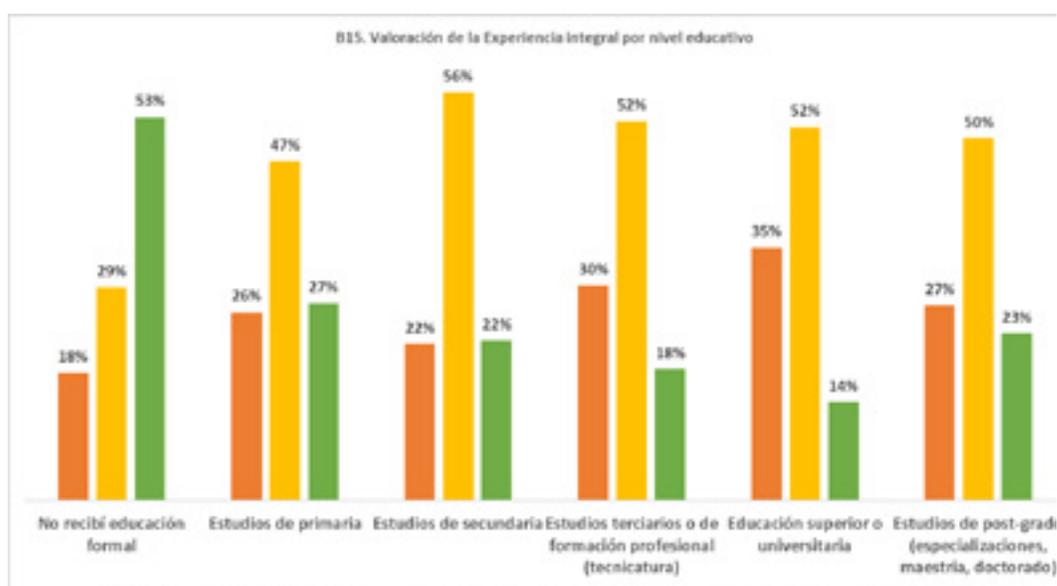
	B15. Experiencia integral			B15. Experiencia comunicación			B15. Experiencia apoyo		
	Positiva	Neutral	Negativa	Positiva	Neutral	Negativa	Positiva	Neutral	Negativa
No recibí educación formal	18%	29%	53%	18%	18%	65%	38%	44%	19%
Estudios de primaria	26%	47%	27%	24%	43%	33%	53%	31%	16%
Estudios de secundaria	22%	56%	22%	20%	45%	36%	61%	27%	12%
Estudios terciarios*	30%	52%	18%	31%	45%	25%	64%	25%	11%
Educación superior**	35%	52%	14%	30%	47%	23%	73%	19%	8%
Estudios de posgrado***	27%	50%	23%	27%	50%	23%	77%	12%	12%

*Formación Profesional (tecnicultura)

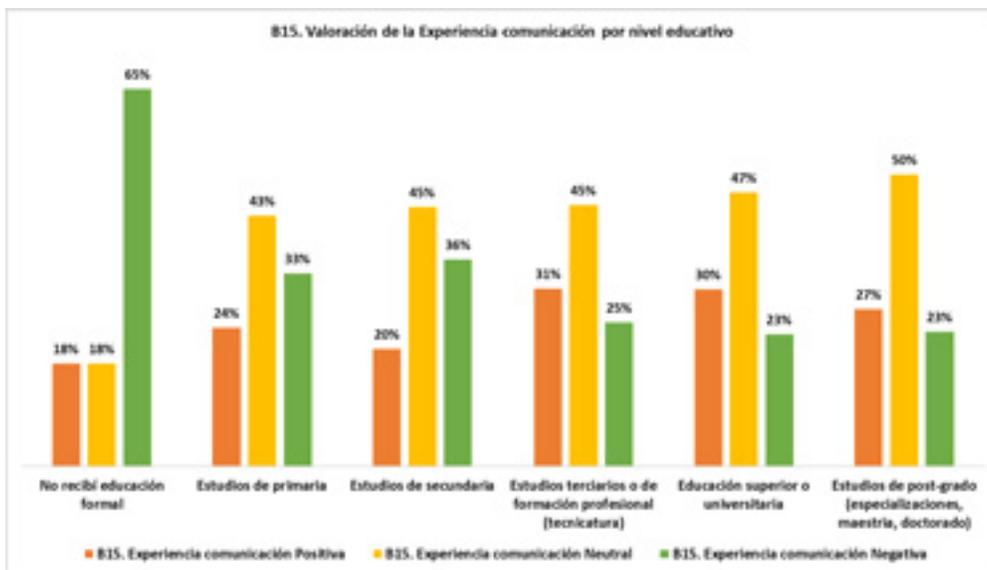
** universitaria

*** (especializaciones, maestría, doctorado)

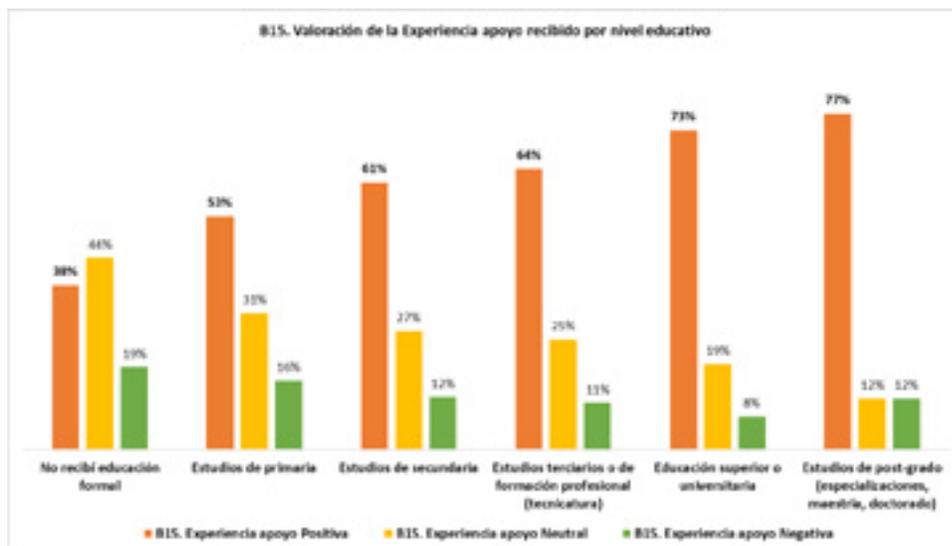
Los datos relevantes muestran:



- **En la experiencia integral, se puede apreciar que, con excepción de la categoría ‘No recibí educación formal’, las valoraciones se concentran en la tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene:**
- POSITIVA. Se tiene tres categorías en las que la valoración positiva es superior: ‘Educación superior’ con 35% de valoración positiva y 14% de valoración negativa; ‘Estudios terciarios’ con 30% de valoración positiva y 18% de valoración negativa y, ‘Estudios de posgrado’ con 27% de valoración positiva y 23% de valoración negativa.
- NEGATIVA. Se tiene tres categorías con valoración negativa: ‘No recibí educación formal’ con 53% de valoración negativa y 18% de valoración positiva; ‘Estudios de primaria’ con 27% de valoración negativa y 26% de valoración positiva y, ‘Estudios de secundaria’ con igual proporción de valoración negativa y positiva 22%.



- **En la experiencia específica con comunicación, se puede apreciar que, con excepción de la categoría ‘No recibí educación formal’, las valoraciones se concentran en la tendencia neutral. En el contraste de los extremos, se tiene:**
- POSITIVA. Se tiene tres categorías en las que la valoración positiva es superior: ‘Estudios terciarios’ con 31% de valoración positiva y 23% de valoración negativa; ‘Educación superior’ con 30% de valoración positiva y 23% de valoración negativa y, ‘Estudios de posgrado’ con 27% de valoración positiva y 23% de valoración negativa.
- NEGATIVA. Se tiene tres categorías con valoración negativa: ‘No recibí educación formal’ con 65% de valoración negativa y 18% de valoración positiva; ‘Estudios de secundaria’ con 36% de valoración negativa y 20% de valoración positiva y, ‘Estudios de primaria’ con 33% de valoración negativa y 24% de valoración positiva.



- En la experiencia específica con apoyo recibido, se puede apreciar que, con excepción de la categoría 'No recibí educación formal', la valoración positiva es predominante, siendo mayor o igual a 53% en todas las categorías restantes.

Los datos muestran que, en la experiencia integral, existe una diferencia marcada entre las PVVs que tienen un mayor nivel de educación (terciaria, superior y posgrado) y las que tienen un menor nivel educativo (sin educación formal, primaria y secundaria) respecto a las valoraciones; las PVVs de mayor nivel educativo tienden a una valoración positiva; en tanto que las de menor nivel educativo tienden a una valoración negativa. Lo propio ocurre con la valoración de la experiencia específica con la comunicación y, finalmente, en la valoración del apoyo recibido, no existe diferencia por nivel educativo.

Resalta el caso de las PVVs que no recibieron educación formal que tiene una tendencia a valorar negativamente sus experiencias: integral y específicas, marcando diferencias notorias con las PVVs que recibieron educación formal.

Para comprobar estadísticamente la asociación entre las variables, se utilizó el indicador **Gamma y d de Sommer**, con los siguientes resultados:

- Para la relación entre el nivel educativo con la experiencia integral, el indicador *Gamma* fue de $-0,216$ lo que significa que existe una relación moderada inversa entre ambas variables, es decir que a menor nivel educativo, mayor será la valoración negativa de la experiencia y viceversa; por su parte, el indicador *d* de Sommer arroja un valor de $-0,133$ para relación entre nivel educativo como variable independiente y la experiencia integral como variable dependiente, este valor confirma la relación inversa entre ambas variables, pero, también, indica que esta relación no es lo suficientemente intensa o fuerte para predecir con el nivel educativo, la respuesta en la experiencia integral.
- Para la relación entre el nivel educativo con la experiencia específica con comunicación, el indicador *Gamma* fue de $-0,236$ lo que significa que existe una relación moderada inversa entre ambas variables, es decir que a menor nivel educativo, mayor será la valoración negativa de la experiencia y viceversa; por su parte, el indicador *d* de Sommer arroja un valor de $-0,154$ para relación entre nivel educativo como variable independiente y la experiencia integral como variable dependiente, este valor confirma la relación inversa entre ambas variables, pero, también, indica que esta relación no es lo suficientemente intensa o fuerte para predecir, con el nivel educativo, la respuesta en la experiencia específica con comunicación.

Se puede concluir que, por una parte, si bien, la valoración general es positiva, existe un problema con el hecho específico de comunicar o hablar del estatus VIH que no tiene que ver con la reacción de las personas a las que se les informó, ya que la valoración es masivamente positiva, sino más bien, con algún tema más íntimo, psicológico o de creencias que puede estar asociado con el estigma interno. Por otra parte, el nivel educativo, es un factor que influye de manera moderada en la valoración positiva o negativa de la experiencia específica con la comunicación del estatus VIH y que, a menor nivel educativo, mayor la valoración negativa.

3. Conclusiones de la sección B

1. 85% de las PVVs afirmaron que su estatus seropositivo esta divulgado en los distintos ámbitos de sus relaciones sociales, siendo los ámbitos de la pareja, familia y amistades, es decir, el círculo de mayor confianza de la PVV, donde se concentra 78% de las respuestas afirmativas referidas a la divulgación del estatus seropositivo; el restante 22% corresponde a la divulgación en ámbitos más abiertos o de poca o ninguna confianza de la PVV.
2. 42% de las PVVs afirmaron que su estatus seropositivo fue divulgado sin su consentimiento, constituyendo una primera violación de sus derechos.
3. 36% es la incidencia de este tipo de violación de derechos, en el conjunto de la población de PVVs.
4. La variable divulgación del estatus seropositivo es independiente, en consecuencia, no se puede explicar la ocurrencia ni por localidad ni por variables sociales. En el análisis estadístico, se ha contrastado todas variables de divulgación, con variables sociales que podrían tener relación con la divulgación; no obstante, haberse encontrado relaciones significativas a

través de la prueba de Chi cuadrado, el indicador de intensidad de la relación, V de Cramer, mostró valores cercanos a 0, lo que impide tener certeza estadística.

5. La variable divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento es dependiente, en consecuencia, la ocurrencia puede ser explicada por otras variables. En el análisis estadístico, se ha contrastado todas variables de divulgación sin consentimiento, con variables sociales; la prueba de Chi cuadrado indicó que existían relaciones significativas y, la prueba V de Cramer, arrojó dos tipos de resultados: baja intensidad en la relación, por lo que se desechó estas relaciones; intensidad moderada y fuerte, lo que permitió el análisis inferencial, utilizando la estimación de riesgo, cuyos resultados muestran la probabilidad de ocurrencia con certeza estadística aceptable.
6. En el análisis de la probabilidad de ocurrencia de la divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento o, dicho de manera sinonímica, la violación del derecho humano a la privacidad, se encontró que, por una parte, las PVVs que pertenecen a una comunidad indígena tienen mayor probabilidad de que su derecho humano sea vulnerado y, por otra parte, está el segmento de los jóvenes, personas menores a 25 años que también tienen mayor probabilidad de que la vulneración de su derecho humano ocurra.
7. La divulgación del estatus seropositivo sin consentimiento se realizó a: i) profesores y/o directores de escuela, así, como, a compañeros de clase, afectando, posiblemente a profesores y, con seguridad a estudiantes; ii) figuras de autoridad, afectando a jóvenes; iii) amistades y, iv) la pareja, esposa/o.
8. La valoración de las PVVs respecto de su experiencia integral con la comunicación de su estatus VIH, el apoyo recibido de las personas a las que informaron y la facilidad adquirida con el tiempo para comunicar su estatus VIH, tiende a ser positiva en términos generales; sin embargo, la valoración sobre a la experiencia específica con hecho de comunicar o hablar sobre su estatus VIH con otras personas, tiene una valoración con tendencia negativa; contrariamente, el apoyo recibido de las personas tiene valoración positiva.
9. En la distribución de la valoración de la experiencia integral por departamento, se tiene que, en los departamentos de Potosí, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija, se registra mayores valoraciones positivas que negativas; por el contrario, en los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, Oruro y Beni, se registran mayores valoraciones negativas que positivas.
10. En la experiencia específica con la comunicación, solamente los departamentos de Potosí y La Paz registran valoraciones positivas mayores que las negativas; por el contrario, los departamentos Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro y Beni registran mayor valoración negativa que positiva.
11. En la experiencia específica con el apoyo recibido, el único departamento que registra una valoración negativa mayor que positiva es Chuquisaca, el resto de los departamentos tienen una valoración positiva mayor, pero mucho mayor, que la negativa.
12. En la distribución de la experiencia integral por identidad de género, se tiene que los hombres registran una valoración positiva mayor que la negativa; en tanto que, las mujeres registran valoración similar positiva y negativa y, las PVV transgénero registran mayor valoración negativa que positiva.
13. En la experiencia específica con la comunicación del estatus VIH, en todas las categorías de identidad de género se registra mayor valoración negativa que positiva.
14. En la experiencia con el apoyo recibido, en todas las categorías de identidad de género se registra mayor valoración positiva que negativa.
15. En la distribución por nivel educativo, se tiene, en la experiencia integral, se tiene que las PVVs que tienen estudios terciarios, superior y posgrado, tienen una valoración positiva mayor que negativa; en tanto que las PVVs que no recibieron educación formal, primaria y secundaria, registran una valoración negativa mayor que positiva.
16. En la experiencia específica con la comunicación, se tiene que, también, las PVVs con estudios terciarios, superior y posgrado, registran mayor valoración positiva que negativa; en

tanto que las PVVs que no recibieron educación formal, primaria y secundaria, registran una valoración negativa mayor que positiva.

17. En la experiencia específica con el apoyo recibido, todas la PVVs que recibieron educación formal (primaria, secundaria, terciaria, superior y posgrado) registran mayor valoración positiva que negativa; en tanto que las PVVs que no recibieron educación formal registran mayor valoración negativa que positiva.
18. En conclusión, se puede establecer que cuanto mayor es el nivel educativo, mayor es la tendencia a valorar positivamente la experiencia con la comunicación del estatus VIH y viceversa, cuando menor es el nivel educativo, mayor es la tendencia a valorar negativamente la experiencia con la comunicación del estatus VIH.
19. En términos generales, tomando en cuenta las valoraciones sobre la experiencia con la comunicación del estatus VIH, los casos que pueden ser de importancia son: Las PVVs que residen en el departamento de Chuquisaca, las mujeres y transexuales y, finalmente, las PVVs que no recibieron educación formal.

5.6. SECCIÓN D. EXPERIENCIA DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Esta sección, indaga sobre la experiencia vivida por las PVVs de haber sido sometidos a actos de exclusión, acoso o discriminación a raíz de su estatus VIH, realizados por otras personas, sean familiares, amistades o no. Dicho de otra manera, la utilización del estatus VIH de la PVVs, como un estigma, para excluirlos de actividades sociales, religiosas y familiares; discriminarlos en el ámbito laboral y acosarlos, verbal y físicamente; prácticas que constituyen violaciones a sus derechos humanos y constitucionales.

Por la forma en que están formuladas las preguntas, se puede categorizar de la siguiente manera:

Categoría	Concepto	Variabes
Exclusión	Rechazo o dejar fuera de un grupo o actividad a una persona con VIH.	C16a Reuniones o actividades sociales C16b Actividades religiosas C16c Actividades familiares
Acoso	Atentado verbal contra la autoestima de la PVV.	C16d Comentarios de familiares C16e Comentarios de otras personas C16f Increpaciones C16g Chantaje C16h Abuso físico y verbal bullying
Discriminación	Trato diferenciado y perjudicial hacia una persona con VIH. En la encuesta se enfoca, por una parte, en el ambiente laboral y, por otra, en la discriminación hacia esposa/o, hijas/os de la PVV.	C16i Negación de trabajo C16j Cambio en condiciones laborales C16k Discriminación a esposa/o, hijas/os

Adicionalmente, se pregunta por la temporalidad de los hechos, si fueron en el último año, antes del último año o en ambas temporalidades. Para interpretar la temporalidad, se categoriza de la siguiente manera:

Categoría	Concepto
Reciente	Si el hecho se produjo el último año y, obviamente, no se sabe si volverá a repetirse
Ocasional	Si el hecho se produjo antes del último año y no se repitió el último año
Frecuente	Si el hecho se produjo en ambos tiempos, antes del último año y en el último año

Cabe mencionar que en esta sección no se incluye la valoración de la PVV sobre los actos de discriminación que sufrió, tampoco sobre sus sentimientos al respecto, simplemente se registra el dato de la ocurrencia y cuándo ocurrió.

5.6.1. Análisis estadístico de la variable Experiencia de Estigma y Discriminación (Variables C16a... C16k)

El análisis estadístico se presenta en dos partes una descriptiva y otra inferencial. En el primer caso se ha trabajado de manera agregada, tanto a nivel general, como, de acuerdo con la clasificación expuesta: exclusión, acoso y discriminación.

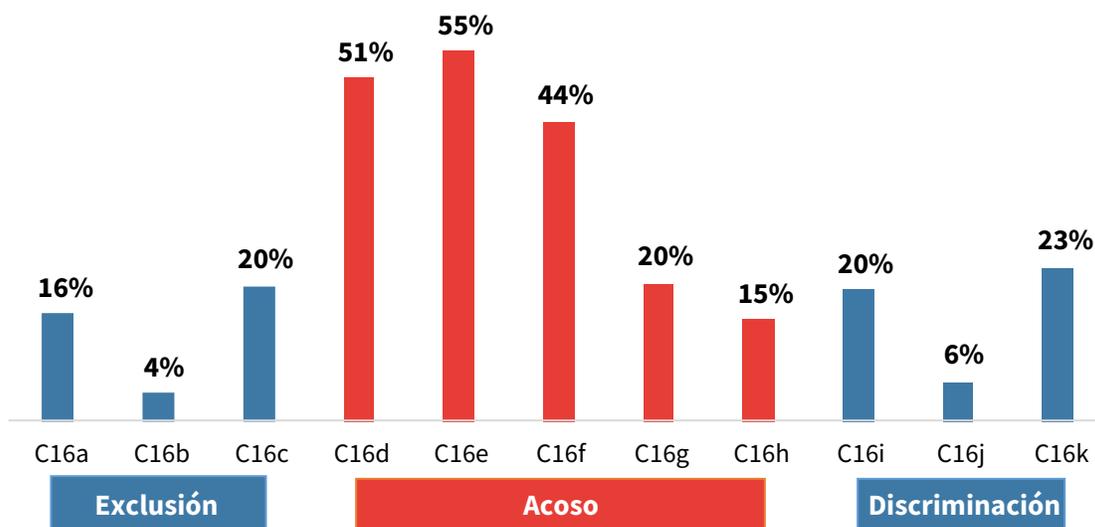
5.6.1.1. Análisis descriptivo de la variable C16

La siguiente tabla muestra los resultados agregados para las respuestas afirmativas sobre la ocurrencia de actos de discriminación, exclusión y acoso.

C16. Experiencias de estigma y discriminación a causa de estatus de VIH		
SI: 549 casos equivalentes a 58% de la muestra		
		% de
	N	casos válidos
C16a. Te han excluido de reuniones o actividades sociales	87	16%
C16b. Te han excluido de actividades religiosas o lugares de culto	23	4%
C16c. Te han excluido de actividades familiares	110	20%
C16d. Algún miembro de tu familia hizo comentarios discriminatorios o murmurado sobre ti	278	51%
C16e. Otras personas han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti	299	55%
C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma)	243	44%
C16g. Te han chantajeado	112	20%
C16h. Te acosaron o dañaron físicamente (empujado, golpeado o abusado verbalmente)	83	15%
C16i. Te han negado un trabajo o has perdido una fuente de ingreso	107	20%
C16j. Las funciones o naturaleza de tu cargo de trabajo han cambiado o te negaron un ascenso	33	6%
C16k. Tu esposo/a, pareja(s) o hijo/a(s) han sido discriminado/a(s)	125	23%

El primer dato a tomar en cuenta es que 549 encuestados que equivalen a 58% de la muestra, afirma haber sufrido la violación de sus derechos, bajo alguna de las formas: exclusión, acoso o discriminación.

Acoso, discriminación y exclusión a causa del estigma VIH



De acuerdo con la categorización propuesta, se puede observar que:

- El acoso, constituye la forma principal de violación de derechos a raíz del estigma VIH; en efecto, las mayores concentraciones de casos están en las variables C16e 55% (comentarios realizados por otras personas); C16d 51% (comentarios realizados por familiares); C16f

44% (increpaciones) y, en menor medida, en las variables C16g 20% (chantaje) y C16h 15% (bullying). Asimismo, el acoso, concentra 68% de las respuestas afirmativas.

- La segunda forma de violación de derechos a causa del estigma VIH es la discriminación, con concentraciones que van de: C16k 23% (discriminación a esposa/o, pareja e hijas/os); C16i 20% (negación o pérdida de trabajo) y C16j 6% (cambio en las condiciones de trabajo). Asimismo, 17% de las respuestas afirmativas se concentra en esta categoría.
- La tercera forma de violación de derechos por el estigma VIH es la exclusión, con concentraciones que van de: C16c 20% (exclusión de actividades familiares); C16a 16% (exclusión de actividades sociales) y C16b 4% (exclusión de actividades religiosas). Asimismo, 15% de las respuestas afirmativas se concentra en esta categoría.

Con relación a cuándo ocurrió el hecho, se tiene:

C16. Categoría temporal: Exclusión, acoso y discriminación			
	N	% de casos	% de muestra
Reciente	280	51%	30%
Ocasional	343	62%	36%
Frecuente	86	16%	9%



De este conjunto de 549 casos que sufrió exclusión, acoso y discriminación, 51% dijo que el hecho fue reciente (ocurrió en el último año), 62% dijo que fue ocasional (ocurrió antes del último año, pero no en el último año) y 16% que fue frecuente (ocurrió antes del último año y en el último año).

5.6.2. Análisis inferencial de la variable C16

5.6.1.2. Relación de las variables C16 con variables sociales

Para el análisis inferencial se realizó, primero, la prueba de Chi cuadrado para establecer qué variables están relacionadas. Se contrastó todas las variables C16, con las variables independientes A0. Localidad (recodificada en binaria: Eje LP-CB-SC/Otro departamento); A1. Edad (categorizada binaria: <25años/>=25años); A3. Identidad de Género (Recodificada binaria Mujer-Transexual-Otro/Hombre); A9. Nivel educativo (Recategorizada binaria: Sin educación formal-Primaria-Secundaria/Terciaria-Superior-Posgrado); A12a...A12g Pertenencia a algún grupo social especial y G55. HSH-Gay-Bisexual; con los siguientes resultados:

- En la mayor parte de los casos, se comprobó que no existe relación entre las variables, es decir que las experiencias de exclusión, acoso y discriminación a causa del VIH, es un fenómeno independiente.
- En los casos de las variables C16c (exclusión de actividades familiares), C16d (comentarios discriminatorios dentro de la familia) y C16f (acoso verbal) se ha encontrado relación significativa con las variables A3 (Identidad de género) y G55 (pertenencia al grupo de HSH, gay y bisexual). En estos casos, se ha procedido al análisis por estimación de riesgo, ya que, en los modelos de regresión logística binaria, el aporte a la explicación del modelo era muy bajo.

La siguiente tabla muestra los resultados de la estimación de riesgo para las variables mencionadas.

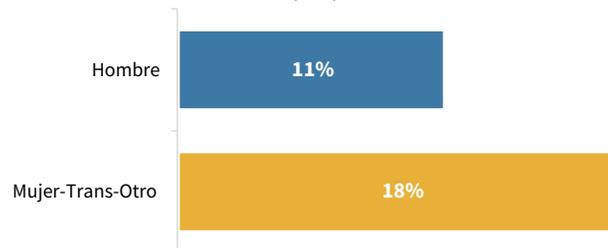
C16. Estimación de riesgo

	A3. Identidad de género			HSH, Gay, Bisexual		
	Chi	V de		Chi	V de	
	Cuadrado	Cramer	Odds	Cuadrado	Cramer	Odds
C16c. Te han excluido de actividades familiares	0,003	0,104	1,829			
C16d. Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti	0,000	0,141	1,827	0,000	0,137	0,543
C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma)	0,000	0,162	2,061	0,000	0,164	0,462

i. A3. Identidad de Género*C16c. Te han excluido de actividades familiares; C16d. Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti; C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma)

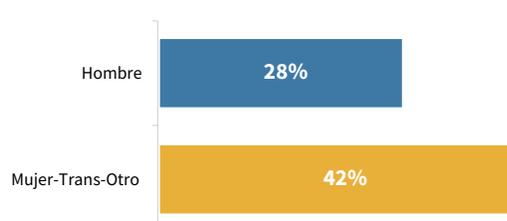
- La prueba Chi cuadrado arroja valores menores a 0,05 (A3*C16c 0,003; A3*C16d menor a 0,001 y A3*C16f menor a 0,001) indicando que existe relación significativa entre las variables.
- La prueba V de Cramer, sin embargo, arroja valores bajos (A3*C16c 0,104; A3*C16d 0,141 y A3*C16f 0,162) lo que indica que la intensidad de la relación o el efecto es débil.
- Los Odd ratio o razón de probabilidades, muestran que:

C16c. ¿Alguna vez te han excluido de actividades familiares porque tienes VIH? : SI

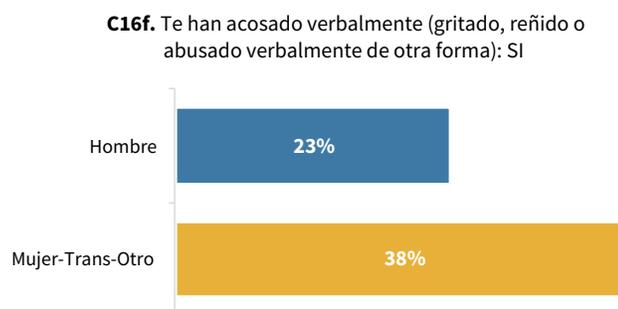


- En la relación A3. Identidad de Género con C16c. Te han excluido de actividades familiares, existe una probabilidad 1,8 veces mayor que, la PVV, sea excluida de actividades familiares, si es mujer o transexual que si es hombre. De manera ilustrativa, el gráfico que acompaña, muestra la diferencia de proporciones entre las categorías; se puede apreciar que, proporcionalmente, 18% de las PVV en la categoría Mujer-Trans-Otro sufrieron exclusión de actividades familiares, frente a 11% en la categoría Hombre.
- En la relación A3. Identidad de Género con C16d. Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti, existe una probabilidad de 1,8 veces mayor que, algún miembro de la familia haga comentarios discriminatorios si la PVV es mujer o transexual que si es hombre. De manera ilustrativa, el gráfico que acompaña, muestra la diferencia de proporciones entre las categorías; se puede apreciar que, proporcionalmente, 42% de las PVV en la categoría Mujer-Trans-Otro sufrieron comentarios discriminatorios dentro de su familia, frente a 28% en la categoría Hombre.

C16d. Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti: SI



- En la relación A3. Identidad de Género con C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma), existe una probabilidad 2,1 veces mayor que la PVV sea acosada verbalmente si es mujer o transexual que si es hombre.



Como se puede apreciar, principalmente, ser mujer eleva la probabilidad de sufrir ciertas formas de discriminación, acoso y exclusión a raíz del estigma VIH.

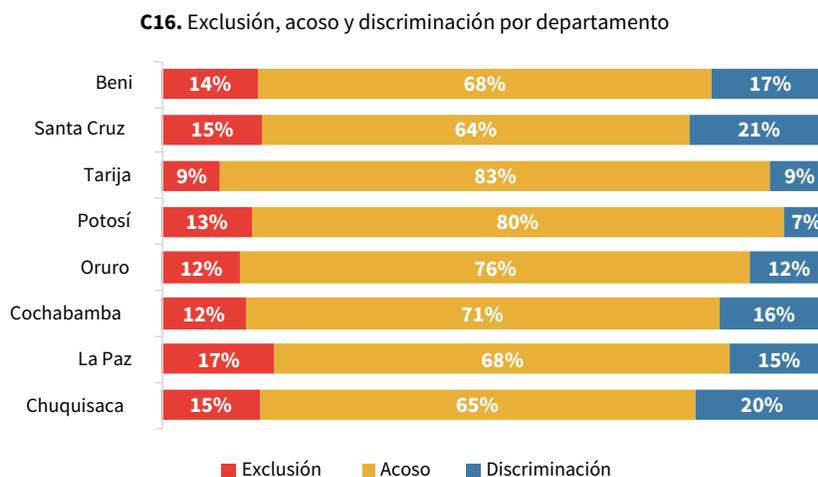
ii. G55. HSH-Gay-Bisexual*C16d. Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti; C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma)

- La prueba Chi cuadrado arroja valores menores a 0,05 (G553*C16d menor a 0,001 y G55*C16f menor a 0,001) indicando que existe relación significativa entre las variables.
- La prueba V de Cramer, sin embargo, arroja valores bajos (G55*C16d 0,137 y A3*C16f 0,164) lo que indica que la intensidad de la relación o el efecto es débil.
- Los Odds ratio muestran que:
- En la relación G55. Pertenencia al grupo de HSH, gay y transexual con C16d. Algún miembro de tu familia ha hecho comentarios discriminatorios o ha murmurado sobre ti, existe una probabilidad de 1,8 veces menor que, algún miembro de la familia haga comentarios discriminatorios si la PVV es HSH, gay o bisexual que aquellas que no pertenecen a este grupo.
- En la relación G55. Pertenencia al grupo de HSH, gay y transexual con C16f. Te han acosado verbalmente (gritado, reñido o abusado verbalmente de otra forma), existe una probabilidad 2,2 veces menor que la PVV sea acosada verbalmente si es HSH, gay o bisexual que aquellas que no pertenecen a este grupo.

Como se puede apreciar, el ser HSH, gay o bisexual no eleva la probabilidad de sufrir acoso a raíz del estigma VIH.

5.6.3. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por departamento

El siguiente gráfico muestra las proporciones de la distribución de las respuestas afirmativas sobre casos de exclusión, acoso y discriminación por departamento.



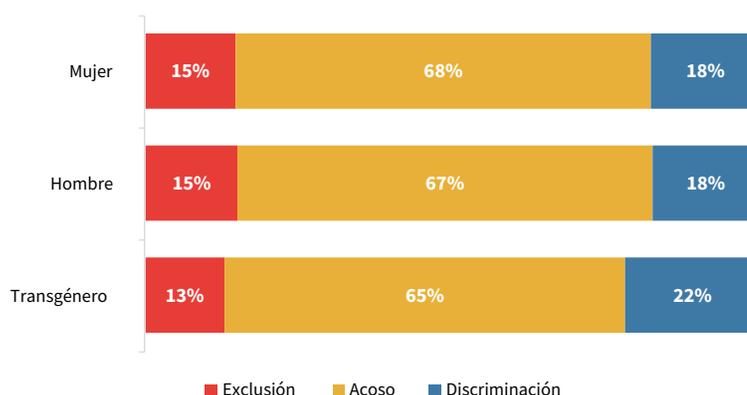
Como se puede observar:

- El acoso, dentro de la familia y fuera de ella, consistente en comentarios discriminatorios, increpaciones, chantaje y bullying, constituye la forma principal de vulneración de derechos en todos los departamentos, el rango de proporción va de 65% en Chuquisaca a 83% en Tarija y, con las mayores proporciones, destacan Tarija (83%) y Potosí (80%).
- La discriminación, en el ambiente laboral y hacia la pareja, esposa/o e hijas/os de la PVV, constituye la segunda forma de violación de derechos, el rango de proporciones va de 7% en Potosí a 21% en Santa Cruz y, con las mayores proporciones, destacan Chuquisaca (20%) y Santa Cruz (21%).
- La exclusión, de actividades religiosas, sociales y familiares, representa la tercera forma de violación de derechos; el rango de proporciones va de 9% en Tarija a 17% en La Paz; destacan Santa Cruz (15%), Chuquisaca (15%) y La Paz (17%).

5.6.4. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por Identidad de género

El siguiente gráfico muestra la distribución de la violación de derechos a causa del estigma VIH por identidad de género.

C16. Exclusión, acoso y discriminación por identidad de género

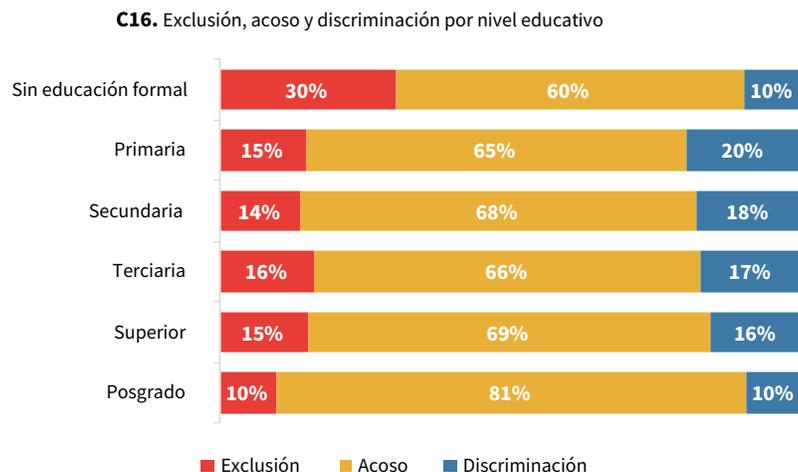


Se puede observar que:

- Las proporciones son similares en todas las categorías.
- El acoso constituye la forma principal de violación de derechos, con un rango de proporciones de 65% a 68%.
- La discriminación constituye la segunda forma de violación de derechos y el rango oscila entre 18% y 22%.
- Finalmente, está la exclusión como tercera forma de violación de derechos, cuyo rango oscila entre 13% y 15%.
- No se tomó en cuenta la categoría 'No me identifico con mujer, hombre ni con transexual, porque la muestra es pequeña.

5.6.5. Distribución de exclusión, acoso y discriminación por nivel educativo

El siguiente gráfico muestra la distribución de la exclusión, acoso y discriminación sufrida por las PVVs, por nivel de educación.



Se puede observar que:

- El acoso constituye la forma principal de violación de derechos a causa del estigma VIH; el rango va de 60% en las PVVs que no recibieron educación formal a 81% en la PVVs que tienen estudios de posgrado.
- La discriminación constituye la segunda forma de violación de derechos, el rango de proporciones va de 10% en PVVs con estudios de posgrado a 30% en PVVs que no recibieron educación formal.
- La exclusión constituye la tercera forma de violación de derechos a causa del estigma VIH, el rango va de 10% en las PVVs con estudios de posgrado y las que no recibieron educación formal a 20% en las que solo cursaron hasta primaria.
- Resaltan, nítidamente, los extremos. Por una parte, las PVVs que no recibieron educación formal que reportan la mayor proporción de respuestas referidas a exclusión; frente a las PVVs con estudios de posgrado que reportan la menor proporción de respuestas sobre exclusión; por otra parte, de manera inversa, Las PVVs con estudios de posgrado reportan la mayor proporción de respuestas referidas al acoso; en tanto que las PVVs sin estudios formales la menor proporción de respuestas sobre acoso.
- También se debe mencionar los casos de las PVVs con estudios hasta primaria y las con estudios hasta secundaria que reportan las mayores proporciones de discriminación 20% y 18% respectivamente; frente a las PVVs con estudios de posgrado y las que no recibieron educación formal con 10% cada una.

4. Conclusiones de la sección C

1. Se tiene 549 casos que equivalen a 58% de la muestra que han sufrido la violación de sus derechos, bajo alguna de las formas: exclusión, acoso o discriminación.
2. El acoso constituye la forma más importante de violación de derechos, forman parte de este tipo los comentarios discriminatorios fuera de la familia (55%), los comentarios discriminatorios dentro de la familia (51%), las increpaciones (44%) y, en menor medida, el chantaje (20%) y el bullying, incluyendo violencia física (15%).
3. La discriminación constituye la segunda forma de violación de derechos de las PVVS a causa del estigma VIH, forman parte de este tipo, el trato diferente y perjudicial en el ambiente laboral, bajo las formas de negación o pérdida de trabajo (20%) y cambio en las condiciones laborales (6%), así, como, el trato hacia la pareja, esposa/o e hijas/os (23%).

4. La exclusión constituye la tercera forma violación de derechos a raíz del estigma VIH, forman parte de este tipo, el rechazo o separación forzada de actividades sociales (16%) religiosas (4%), y familiares (20%).
5. La temporalidad de la exclusión, acoso y discriminación, 51% de las violaciones de derechos a causa del VIH fue reciente (ocurrió en el último año), 62% fue ocasional (ocurrió antes del último año, pero no en el último año) y 16% fue frecuente (ocurrió antes del último año y en el último año).
6. Ser mujer, eleva las probabilidades de sufrir violación de derechos a causa del estigma VIH, principalmente, exclusión de actividades familiares, donde la probabilidad es 1,8 veces mayor si se es mujer y acoso bajo los tipos de comentarios discriminatorios, con una probabilidad 1,8 veces mayor e increpaciones con una probabilidad 2,2 veces mayor.
7. En la distribución de las respuestas afirmativas obtenidas por departamento, las mayores concentraciones de violación de derechos, bajo la forma de acoso, se concentra en Tarija (83%) y Potosí (80%) y, las menores, en los departamentos de Santa Cruz (64%) y Chuquisaca (65%).
8. Los departamentos con mayor proporción de discriminación, son Santa Cruz (21%) y Chuquisaca (20%) y, los de menor proporción Potosí (7%) y Tarija (9%).
9. Los departamentos con mayor proporción de exclusión son La Paz (17%) y Santa Cruz y Chuquisaca (15% ambos).
10. En la distribución de respuestas afirmativas obtenidas por identidad de género, la principal forma de violación de derechos a raíz del estigma VIH es el acoso con proporciones homogéneas (entre 65% y 68%), la segunda forma es la discriminación, igualmente homogénea (entre 18% y 22%) y, tercera forma, la exclusión, también homogénea (entre 13% y 15%).
11. En la distribución de respuestas afirmativas obtenidas por nivel educativo, por una parte, se encuentra que en los casos de PVVs con estudios hasta primaria, hasta secundaria, estudios terciarios y estudios superiores el acoso constituye la forma principal de violación de derechos a raíz del estigma VIH, con proporciones homogéneas que van de 65% a 69%; la discriminación es la segunda forma con proporciones igualmente homogéneas entre 16% y 20% y la exclusión la tercera, también con proporciones homogéneas entre 14% y 16%.
12. Por otra parte, se encuentra un contraste marcado entre los extremos del nivel educativo, las PVVs que no recibieron educación formal y las que cuentan con estudios de posgrado. Respecto al acoso, la mayor proporción se encuentra en las PVVs con estudios de posgrado (80%) y, la menor proporción en las PVVs que no recibieron educación formal (60%), con relación a la discriminación, ambos registran las menores proporciones: 10% para ambos y, con relación a la exclusión, las PVVs con estudios de posgrado registran la menor proporción (10%); en tanto que las PVVs que no recibieron educación formal registran la mayor proporción (30%).

5.7. Sección E. ESTIGMA INTERNO Y RESILIENCIA

Tal como se establece en el Protocolo INDEX 2.0 de 2022, esta sección explora sobre la actitud de las PVVs ante el hecho de haber contraído la infección con el VIH; saber si las PVVs asumieron una actitud de internalizar y sufrir el estigma VIH o, contrariamente, fueron resilientes y superaron el peso de los prejuicios al respecto. La actitud de la PVV es determinante para su calidad de vida, principalmente, internalizar y sufrir el estigma, reduce su performance en la vida cotidiana, sus capacidades para desarrollar sus relaciones sociales, sentimentales y, posiblemente, su economía.

En la variable D17 (tipo Likert de 3 valoraciones), la batería de preguntas o frases afirmativas puestas en juego, están orientadas a medir el impacto del VIH en 10 aspectos de la vida de las PVVs, si fue positivo o negativo; al respecto, para fines de comprender lo positivo y lo negativo, se puede asimilar estos conceptos con resiliencia o estigma interno; así, el impacto positivo indicará la resiliencia y el impacto negativo el estigma interno.

En la variable D19 (dicotómica), la batería de preguntas o afirmaciones, están orientadas a medir si la PVV tuvo actitudes negativas de aislamiento, muy propias del estigma interno; en consecuencia, las respuestas afirmativas, serán indicador del estigma interno y, por el contrario, las negativas indicarán resiliencia.

En la variable D20 (dicotómica), la batería de preguntas o afirmaciones, están orientadas a medir si la PVV tuvo actitudes negativas de autculpabilidad por haber contraído VIH, muy propias del estigma interno; en consecuencia, las respuestas afirmativas, serán indicador del estigma interno y, por el contrario, las negativas indicarán resiliencia.

5.7.1. Análisis estadístico de las Variables D17 (D17a. ...D17k.) y D18

5.7.1.1. Análisis descriptivo D17

La siguiente tabla muestra las frecuencias simples del impacto que tuvo el VIH sobre la capacidad de las PVVs para satisfacer ciertas necesidades de tipo emocional y sentimental.

B17. Impacto del VIH sobre la capacidad para satisfacer necesidades			
	Impacto Positivo	Ningún Impacto	Impacto Negativo
D17a. Confianza en mí mismo/a	53%	17%	30%
D17b. Respeto hacia mí mismo/a	61%	19%	20%
D17c. Respetar a otros	67%	27%	6%
D17d. Manejar el estrés	37%	30%	33%
D17e. Tener relaciones íntimas y sólidas	38%	28%	34%
D17f. Capacidad para encontrar el amor	34%	28%	38%
D17g. Deseo de tener hijos	30%	28%	41%
D17h. Alcanzar metas personales y/o profesionales	60%	26%	15%
D17i. Contribuir con mi comunidad	52%	39%	9%
D17j. Practicar una religión/fe como deseo	44%	48%	8%

D17. Impacto del VIH sobre la capacidad para satisfacer necesidades



Se puede observar que, la categoría neutral 'Ningún Impacto', aparece más reducida que las otras dos categorías; en la mayoría de las variables, las mayores proporciones de las valoraciones se sitúan en la categoría 'Impacto Positivo' y, en algunas variables, en la categoría 'Impacto Negativo'. Por orden de importancia, en función de la categoría con mayor proporción, se puede decir:

a. Impacto Positivo

- D17c. Respetar a otros, con 67% de impacto positivo, es decir fueron resilientes; 27% de ningún impacto y, tan solo, 6% de impacto negativo, es decir que aún viven afectados por el estigma interno.
- D17b. Respeto hacia mí mismo/a, con 61% de impacto positivo, es decir fueron resilientes; 19% de ningún impacto y 20% de impacto negativo, es decir que aún viven afectados por el estigma interno.
- D17h. Alcanzar metas personales y/o profesionales, con 60% de impacto positivo, fueron resilientes; 26% de ningún impacto y 15% de impacto negativo, aún viven con el estigma interno.
- D17i. Mi capacidad para contribuir con mi comunidad, con 52% de impacto positivo, fueron resilientes; 39% de ningún impacto y 9% de impacto negativo, aún viven con el estigma interno.
- D17a. Mi confianza en mí mismo/a, con 53% de impacto positivo, fueron resilientes; 17% de ningún impacto y 30% de impacto negativo, aún viven con el estigma interno.
- D17e. Mi habilidad para tener relaciones íntimas y sólidas con otros, con 38% de impacto positivo, fueron resilientes; 28% de ningún impacto y 34% de impacto negativo, aún viven con el estigma interno.
- D17d. Mi habilidad para manejar el estrés, con 37% de impacto positivo, fueron resilientes; 30% de ningún impacto y 33% de impacto negativo, aún viven con el estigma interno.

b. Impacto Negativo

- D17g. Mi deseo de tener hijos, con 41% de impacto negativo, es decir que viven con el estigma interno, 28% ningún impacto y 30% de impacto positivo, fueron resilientes.
- D17f. Mi capacidad para encontrar el amor, con 39% de impacto negativo, es decir que viven con el estigma interno, 27% ningún impacto y 34% de impacto positivo, fueron resilientes.

c. Ningún Impacto

- D17j. Mi capacidad para practicar una religión/fe como deseo, con 48% de ningún impacto, 44% de impacto positivo, fueron resilientes y 8% de impacto negativo, aún viven con el estigma interno.

En conclusión, se puede observar que, de las 10 variables, en 7 se muestra que las PVVs fueron resilientes y en 5 de ellas se registra proporciones mayores a 50%: D17c (respeto hacia los otros, 67%); D17b (respeto hacia uno mismo, 61%); D17h (capacidad para alcanzar metas personales, 60%); D17i (capacidad para contribuir con la comunidad, 53%) y D17a (confianza en uno mismo, 53%). En cambio, el impacto negativo es mayoritario en solo 2 variables y en ningún caso supera el 50%.

5.7.1.2. Análisis inferencial

La variable D17, está estructurada como una escala tipo Likert, con tres valores (1=Impacto positivo; 2=Ningún impacto; 3=Impacto negativo), lo que permite consolidar resultados para el conjunto de las respuestas, mediante un índice aditivo y, de esta manera, saber, para el conjunto, las magnitudes de las PVVs que sufren el estigma interno y de las que han sido resilientes.

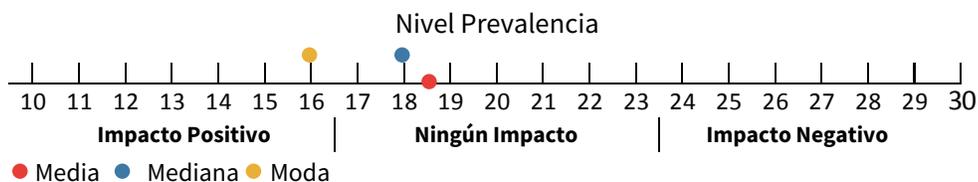
Siendo 3 el mayor valor, se deduce que, con la batería de afirmaciones puestas aprueba, se pretende medir el impacto negativo del VIH en la PVV; en consecuencia, la hipótesis general sería que cuanto mayor es la cantidad de respuestas en 3, mayor será el estigma internalizado y, a la inversa, cuanto mayor sea la cantidad de respuestas en 1, menor será el estigma internalizado o, dicho de otra manera, mayor será la resiliencia de la PVV; entonces, el valor 3 (Impacto negativo) es la medida del estigma internalizado y el valor 1 (Impacto positivo) es la medida de la resiliencia. El valor 2 (Ningún impacto), indica neutralidad y se refiere a las PVVs que no reportaron impacto positivo ni impacto negativo en las diferentes categorías de la variable D17.

Para la interpretación, se ha elaborado un constructo, con tres dimensiones, identificadas mediante análisis factorial:

Concepto	Dimensión	Indicador
Prevalencia de Estigma interno y Resiliencia como resultado de la valoración del impacto del VIH en la vida amorosa, la autoestima y la capacidad de logro de las PVVs. (Para facilitar la interpretación este nivel será tratado en adelante como nivel de Prevalencia)	Impacto en la vida Amorosa	D17e. Mi habilidad para tener relaciones íntimas y sólidas con otros
		D17f. Mi capacidad para encontrar el amor
		D17g. Mi deseo de tener hijos
	Impacto en la Autoestima	D17a. Mi confianza en mí mismo/a
		D17b. Mi respeto hacia mí mismo/a
		D17c. Mi capacidad de respetar a otros
	Impacto en capacidad de logro	D17h. Mi capacidad para alcanzar metas personales y/o profesionales
		D17i. Mi capacidad para contribuir con mi comunidad
		D17j. Mi capacidad para practicar una religión/fe como deseo

d. Escala Likert nivel de Prevalencia

El nivel de Prevalencia muestra resultados agregados de todas las valoraciones realizadas por las PVVs en la batería de frases puestas en juego. La suma total de las valoraciones, arrojó una escala de puntuaciones entre 9 que corresponde a la puntuación más baja y 27 a la puntuación más alta. Como el sistema establecido es inverso, las puntuaciones más bajas corresponden a las valoraciones positivas y las más altas a valoraciones negativas.



En la recategorización, se siguió el procedimiento estándar con base en el rango y, la subsecuente, división entre el número categorías 3 y la respectiva asignación de los códigos 1=Impacto Positivo; 2=Ningún Impacto; 3=Impacto Negativo, obteniendo la distribución para cada una de las categorías.

El conjunto de datos no corresponde a una curva normal, es, más bien, asimétrico con sesgo positivo (coeficiente de asimetría 0,39) y una forma platicúrtica (curtosis -0,71); en consecuencia, media, mediana y moda no son indicadores representativos; sin embargo, muestran que la mayoría de las frecuencias están asociadas a los valores inferiores, es decir, a la categoría 1 (Impacto Positivo).

Impacto VIH nivel Prevalencia		
	Casos	%
Impacto Positivo	457	48%
Ningún Impacto	356	38%
Impacto Negativo	131	14%
Total	944	100%



Como se puede apreciar, los resultados a nivel de Prevalencia muestran que 48% expresaron que, saber su estatus seropositivo, tuvo un Impacto positivo en lo referente a su vida amorosa, su autoestima y su capacidad de logro; por el contrario, 14% expresó que tuvo un impacto negativo. Esta información está

mostrando que, la población de PVV, es mayoritariamente resiliente y una minoría aún sufre el estigma interno.

La categoría ‘Ningún Impacto’ que representa 38% de los casos, resulta un tanto difícil de interpretar; se puede realizar el siguiente razonamiento para ilustrar el problema: Si, ser seropositivo no tuvo ningún impacto en su vida amorosa, su autoestima y su capacidad de logro; entonces, ... ¿resiliencia? Comprendida la complejidad, este punto debe ser interpretado a la luz del marco teórico de encuesta.

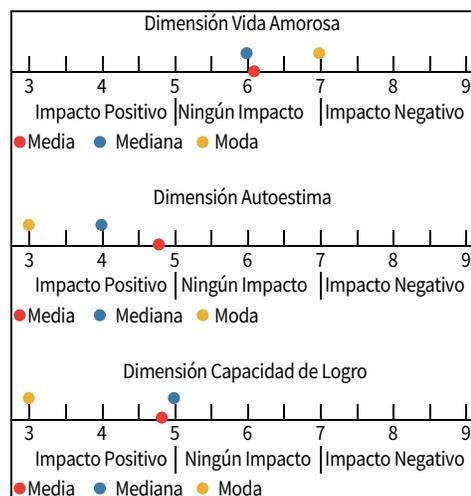
De todas maneras, se puede decir, con 95% de certeza estadística que la prevalencia del estigma interno es de 14% ($\pm 3\%$ que es el margen de error muestral)

e. Escala Likert a nivel de dimensiones

Tal como se estableció en la parte teórica, la variable D17 fue descompuesta mediante análisis factorial, identificándose tres dimensiones: Impacto en la afectividad de las PVVs (D17e, D17f y D17g; en adelante Afectividad), impacto en la autoestima de las PVVs (D17a, D17b y D17c; en adelante Autoestima) e impacto en la capacidad para lograr metas personales y contribuir con la comunidad (D17h, D17i y D17j; en adelante Logros). La D17d que hace referencia al manejo de estrés fue excluida, pues el análisis factorial no encontró correlación con el conjunto.

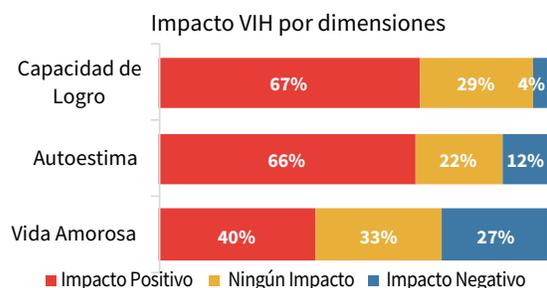
La recategorización fue realizada con base en el procedimiento estándar, dividiendo el rango entre las tres categorías.

Cabe mencionar que los conjuntos de datos de las distribuciones de las dimensiones no corresponden a una curva normal, siendo asimétricos. En el caso de la dimensión vida amorosa, el coeficiente de asimetría es $-0,06$ y la curtosis $1,12$; mostrando un sesgo negativo y una forma leptocúrtica, es decir que la mayoría de los casos se concentran en las categorías 2 (Ningún Impacto) y 3 (Impacto Negativo). En el caso de la dimensión autoestima, el coeficiente de asimetría es de $-0,67$ y la curtosis $-0,89$; mostrando un sesgo positivo y una forma platicúrtica, es decir que la mayoría de los casos se concentran en la categoría 1 (Impacto Positivo). En el caso de la dimensión capacidad de logro, el coeficiente de asimetría es de $0,60$ y la curtosis $-0,26$; mostrando un sesgo positivo y una forma platicúrtica, es decir que la mayoría de los casos se concentran en la categoría 1 (Impacto Positivo).



Los resultados son los siguientes:

Impacto VIH por dimensiones			
	Vida Amorosa		Capacidad de Logro
	Amorosa	Autoestima	de Logro
Impacto Positivo	40%	66%	67%
Ningún Impacto	33%	22%	29%
Impacto Negativo	27%	12%	4%



i. Dimensión Vida Amorosa

Esta dimensión está compuesta por los factores: habilidad para sostener relaciones íntimas, la capacidad de amar y el deseo de tener hijos.

Con relación al impacto del VIH sobre la vida amorosa de las PVVs, 40% reportó que tuvo impacto positivo, es decir que fue resiliente y 27% impacto negativo, es decir que aún sufren el estigma interno.

Comparada con las otras dimensiones, es la que muestra menor impacto positivo y mayor impacto negativo, siendo el factor de más sentido, el deseo de tener hijos.

ii. Dimensión Autoestima

Esta dimensión está compuesta por los factores: confianza y respeto a sí mismo y capacidad para respetar las otras personas.

Con relación al impacto del VIH sobre la autoestima, 66% reportó que tuvo un Impacto Positivo, es decir, fue resiliente y, tan solo, 12% un Impacto Negativo, es decir que, aún, sufre el estigma interno.

iii. Dimensión Capacidad de Logro

Esta dimensión está compuesta por los factores: capacidad para alcanzar metas personales y profesionales, contribuir con la comunidad y practicar una religión.

Con relación al impacto del VIH sobre la capacidad de logro, 67% reportó que tuvo un Impacto Positivo, es decir, fue resiliente y, tan solo, 4% un Impacto Negativo, es decir que, aún, sufre el estigma interno.

Como conclusiones preliminares de puede señalar:

- En las dimensiones Autoestima y Capacidad de Logro, dos tercios de las PVVs fueron resilientes y lograron superar el estigma, mejorando la confianza y el respeto por uno mismo, el respeto por los otros, el alcanzar metas personales y profesionales y practicar una religión; en tanto que, una minoría (entre 4% y 12%), está afectada por el estigma interno.
- En la dimensión Vida Amorosa es donde se registra menor proporción de PVVs resilientes (40%) y mayor afectación por el estigma interno (27%).

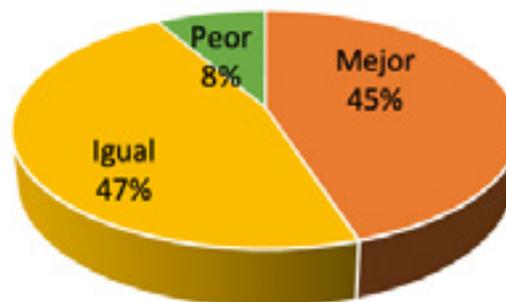
5.6.2. Análisis estadístico de la variable D18

5.6.2.1. Frecuencia simple

La variable D18 indaga el efecto que tuvo, hace un año, el saber el diagnóstico seropositivo, sobre los aspectos de afectividad, autoestima y logros personales, comparado con el impacto actual expresado en la variable D17.

El siguiente gráfico resume las respuestas de las PVVs.

Se puede observar que 47% afirmó que el efecto fue igual que el actual, es decir que no hubo cambio respecto del impacto del VIH en los aspectos de afectividad, autoestima y logros personales; 45% declaró que, hace un año el efecto fue mejor que el impacto actual, es decir que, por usar un término, hubo retroceso en la valoración del impacto y, finalmente, 8% dijo que, hace un año, fue peor, podría decirse que hubo un avance en la valoración del impacto actual.



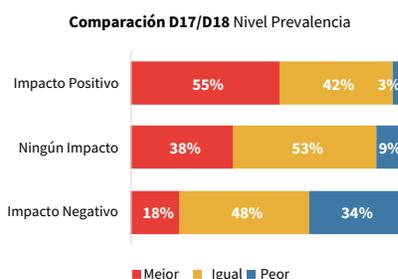
5.6.2.2. Comparación entre el efecto de hace un año (D18) con la valoración del impacto actual (D17)

Dado que la variable D18 plantea una comparación con la variable D17, a continuación, se muestran resultados de las respuestas cruzadas entre ambas variables, con la finalidad de identificar cual es el retroceso, avance y status quo en las valoraciones del impacto actual, tanto a nivel de concepto, como, de las dimensiones afectiva, autoestima y logros personales.

i. Nivel de Prevalencia por D18

La siguiente tabla de contingencia muestra la distribución de la variable D17: valoración del impacto actual del VIH actual a nivel de Prevalencia (Vida Amorosa, Autoestima y Capacidad de Logro), cruzada con la variable D18: valoración del efecto del VIH hace un año.

Comparación D17/D18 Nivel Prevalencia			
	Mejor	Igual	Peor
Impacto Positivo	55%	42%	3%
Ningún Impacto	38%	53%	9%
Impacto Negativo	18%	48%	34%



ii. Impacto Positivo

55% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que el saber que son seropositivo, tuvo un impacto positivo en lo afectivo, autoestima y logros personales, en la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saber que se es seropositivo fue mejor, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad, pese a tener una valoración positiva; asimismo, 42% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración positiva es similar hace un año y en la actualidad y, finalmente, 3% considera que, hace un año, su valoración del efecto peor que el actual, lo que significa que hubo progreso.

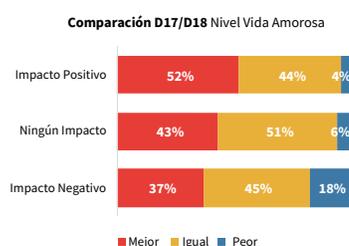
iii. Impacto Negativo

18% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que el ser seropositivo, tuvo un Impacto Negativo, en la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saber que se es seropositivo fue mejor que el impacto actual, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad; asimismo, 48% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración negativa es similar, hace un año y en la actualidad y, finalmente, 34% considera que, hace un año, el efecto de ser seropositivo fue peor que el impacto actual, lo que significa que hubo progreso.

5.6.2.3. Dimensión Vida Amorosa por D18

La siguiente tabla de contingencia muestra la distribución de la variable D17: valoración del impacto actual del VIH actual a nivel de la dimensión Vida Amorosa, cruzada con la variable D18: valoración del efecto del VIH hace un año.

Comparación D17/D18 Dimensión Vida Amorosa			
	Mejor	Igual	Peor
Impacto Positivo	52%	44%	4%
Ningún Impacto	43%	51%	6%
Impacto Negativo	37%	45%	18%



i. Impacto Positivo

Como se puede apreciar, 52% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que el saber que son seropositivo, tuvo un impacto positivo en la Vida Amorosa, en la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saber que se es seropositivo fue mejor, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad, pese a tener una valoración positiva; asimismo, 44% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración positiva es similar hace un año y en la actualidad y, finalmente, 4% considera que, hace un año, su valoración del efecto fue peor que el actual, lo que significa que hubo progreso.

ii. Impacto Negativo

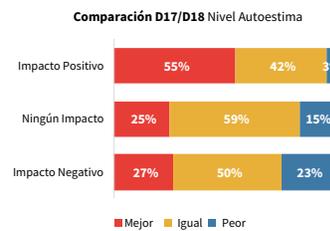
37% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que ser seropositivo, tuvo un Impacto Negativo, en

la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saberse seropositivo fue mejor que el impacto actual, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad; asimismo, 45% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración negativa es similar, hace un año y en la actualidad y, finalmente, 18% considera que, hace un año, el efecto de ser seropositivo fue peor que el impacto actual, lo que significa que hubo progreso.

5.6.2.4. Dimensión Autoestima por D18

La siguiente tabla de contingencia muestra la distribución de la variable D17: valoración del impacto actual del VIH actual a nivel de la dimensión Autoestima, cruzada con la variable D18: valoración del efecto del VIH hace un año.

Comparación D17/D18 Dimensión Autoestima			
	Mejor	Igual	Peor
Impacto Positivo	55%	42%	3%
Ningún Impacto	25%	59%	15%
Impacto Negativo	27%	50%	23%



i. Impacto Positivo

Como se puede apreciar, 55% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que el saber que son seropositivo, tuvo un impacto positivo en la Autoestima, en la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saber que se es seropositivo fue mejor, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad, pese a tener una valoración positiva; asimismo, 42% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración positiva es similar hace un año y en la actualidad y, finalmente, 3% considera que, hace un año, su valoración del efecto fue peor que el actual, lo que significa que hubo progreso.

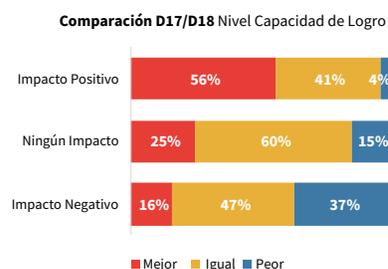
ii. Impacto Negativo

27% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que ser seropositivo, tuvo un Impacto Negativo, en la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saberse seropositivo fue mejor que el impacto actual, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad; asimismo, 50% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración negativa es similar, hace un año y en la actualidad y, finalmente, 23% considera que, hace un año, el efecto de ser seropositivo fue peor que el impacto actual, lo que significa que hubo progreso.

5.6.2.5. Dimensión Capacidad de Logro por D18

La siguiente tabla de contingencia muestra la distribución de la variable D17: valoración del impacto actual del VIH actual a nivel de la dimensión Autoestima, cruzada con la variable D18: valoración del efecto del VIH hace un año.

Comparación D17/D18 Dimensión Capacidad de Logro			
	Mejor	Igual	Peor
Impacto Positivo	56%	41%	4%
Ningún Impacto	25%	60%	15%
Impacto Negativo	16%	47%	37%



i. Impacto Positivo

Como se puede apreciar, 56% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que el saber que son seropositivo, tuvo un impacto positivo en la Vida Amorosa, en la variable D18 expresaron que, hace un año,

el efecto de saber que se es seropositivo fue mejor, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad, pese a tener una valoración positiva; asimismo, 41% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración positiva es similar hace un año y en la actualidad y, finalmente, 4% considera que, hace un año, su valoración del efecto fue peor que el actual, lo que significa que hubo progreso.

ii. Impacto Negativo

16% de las PVVs que en la variable D17 expresaron que ser seropositivo, tuvo un Impacto Negativo, en la variable D18 expresaron que, hace un año, el efecto de saberse seropositivo fue mejor que el impacto actual, lo que significa que, la mayoría de ellos/as, considera que tuvieron un retroceso en cómo se sentían hace un año y cómo se sienten en la actualidad; asimismo, 47% considera que no hubo cambio, es decir que su valoración negativa es similar, hace un año y en la actualidad y, finalmente, 37% considera que, hace un año, el efecto de ser seropositivo fue peor que el impacto actual, lo que significa que hubo progreso.

5.6.3. Análisis estadístico de la Variable D19

La pregunta D19 contiene seis variables que indagan sobre las actitudes negativas de aislamiento, muy propias del estigma interno; en consecuencia, las respuestas afirmativas, serán indicador del estigma interno y, por el contrario, las negativas indicarán resiliencia.

5.6.3.1. Análisis descriptivo

La siguiente tabla muestra las respuestas para cada una de las situaciones en las la PVV tuvo una actitud de aislamiento.

D19. Actitudes de aislamiento			D19. Actitudes de aislamiento	
	Si	No		
D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	17%	83%	17%	83%
D19b. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo	29%	71%	29%	71%
D19c. He decidido no postularme a algún(os) trabajo(s)	20%	80%	20%	80%
D19d. He decidido no buscar apoyo social	19%	81%	19%	81%
D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	29%	71%	29%	71%
D19f. He decidido no tener sexo	31%	69%	31%	69%

Como se puede observar, en cada una de las variables aisladas, la gran mayoría de las PVVs, respondió negativamente a haber desarrollado alguna

Las actitudes de aislamiento más importantes son:

- La decisión de no tener sexo (31%); el alejamiento de amigos/as y/o familiares (29%); evitar ir a clínicas u hospitales (29%).

Las situaciones en las que se registra menor proporción de actitudes de aislamiento son:

- La decisión de no postularse a algún trabajo (20%); la decisión de no buscar apoyo social (19%) y, finalmente, La decisión de no ir a reuniones sociales (17%).

5.6.3.2. Análisis inferencial

El análisis inferencial abordará, por una parte, la explicación del conjunto de las PVVs respecto a cada una de las actitudes de aislamiento puestas en juego y, por otra parte, se tratará de exponer si, estas actitudes, son independientes de las condiciones sociales de las PVVs y, si no son independientes, cuánto de estas actitudes pueden explicarse por las condiciones sociales.

a. Análisis de respuestas múltiples

En la siguiente tabla se presenta los resultados agregados por respuesta afirmativa en todas las variables; dado que se trata de respuestas múltiples, es decir que, cada PVV encuestada, pudo contestar en más de una actitud de aislamiento, se podrá tener información de la razón de casos (PVVs) afirmativos por cada variable.

La siguiente tabla muestra el número y proporción de PVVs que respondieron afirmativamente en las distintas variables.

D19. Respuestas múltiples por encuestado

0 variables	346	37%	*
1 variable	245	26%	41%
2-5 variables	338	36%	56%
6 variables	16	2%	3%

*% sobre 599 casos de respuestas afirmativas



Como se puede observar, del total de PVVs encuestadas:

- 0 variables. 37% respondieron negativamente en todas las variables, lo que se puede interpretar que no expresaron ninguna actitud de aislamiento;
- 1 variable. 26% contestaron afirmativamente en una sola variable, expresando una actitud de aislamiento;
- 2 a 5 variables. 36% lo hicieron entre 2 a 5 variables, expresando más de una actitud de aislamiento, y
- 6 variables. 2% contestó afirmativamente en todas las variables; lo que se puede interpretar como un extremo en lo referente al aislamiento a causa del VIH.

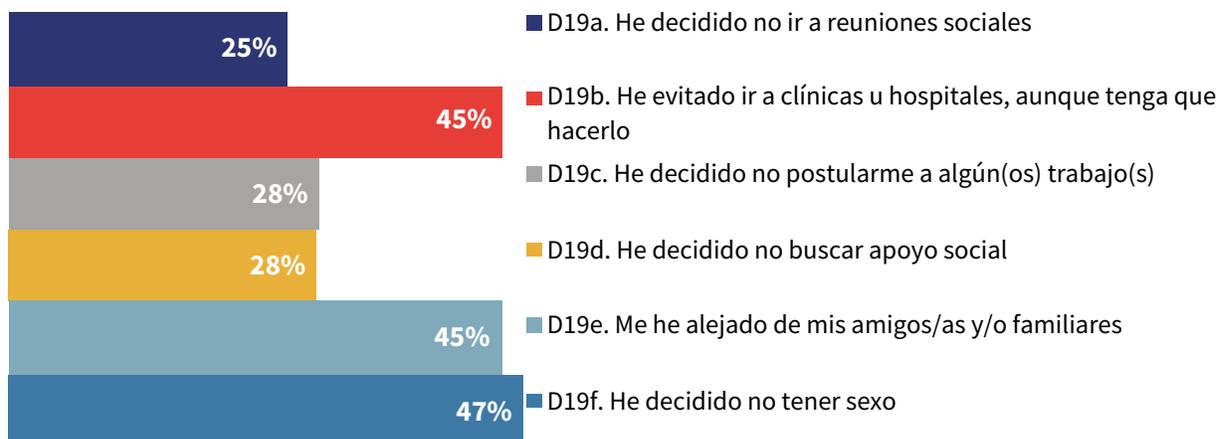
La segunda columna de porcentajes, se refiere a 599 casos que son los que contestaron afirmativamente. De las que contestaron afirmativamente, se tiene que 41% respondieron afirmativamente en una sola variable, 56% lo hicieron entre 2 y 5 variables y, finalmente, 3% respondieron afirmativamente en las seis variables.

A continuación, se expone la distribución de las respuestas múltiples afirmativas por cada una de las variables.

D19. Actitudes de aislamiento

Casos=599 (63% de la muestra)	Respuestas	
	n	% de casos
D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	152	25%
D19b. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo	269	45%
D19c. He decidido no postularme a algún(os) trabajo(s)	169	28%
D19d. He decidido no buscar apoyo social	168	28%
D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	268	45%
D19f. He decidido no tener sexo	280	47%

D19. Proporción de casos por respuesta afirmativa



El primer dato a tomar en cuenta es que 599 PVVs que representan 63% de la muestra, respondieron afirmativamente en una o varias variables. De éstas, por orden de importancia:

- 47% señalaron que decidieron no tener sexo, mostrando que, uno de los efectos más importantes del haber contraído VIH, recae sobre la vida amorosa, siendo concordante con los resultados de la variable D17 que mostró que el mayor impacto negativo del VIH es en la vida amorosa, así, como, con la variable A5 referida a si tiene actualmente una relación sexual.

136

La tabla que acompaña, muestra que las PVVs que no tienen actualmente una relación íntima/sexual, contestaron que decidieron no tener sexo a raíz del VIH.

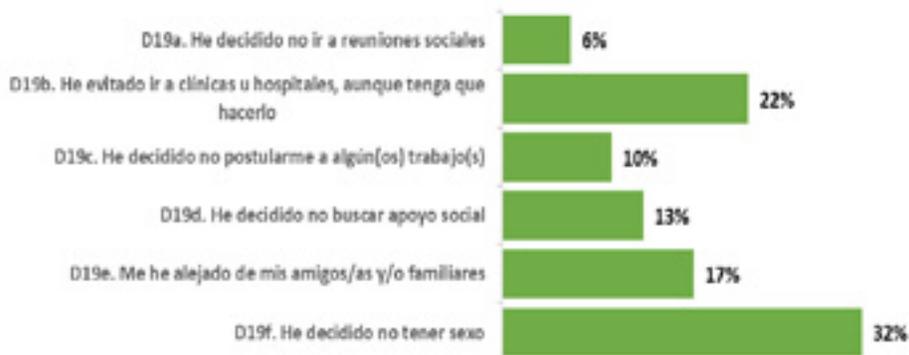
		D19f. He decidido no tener sexo	
		Si	No
A5. ¿Tienes actualmente una relación íntima/sexual?	Si	19%	81%
	No	52%	48%

- 45% que evitaron ir a clínicas u hospitales que, junto a 28% que decidió no buscar apoyo social, constituye un potencial problema de deterioro de la salud de las PVVs.
- 45% se alejó de amistades y/o familiares que, junto a 25% que decidió no ir a reuniones sociales, puede interpretarse como aislamiento social.
- 28% decidió no postularse a algún trabajo,

A continuación, de manera ilustrativa, se analiza en detalle la distribución de los casos que contestaron afirmativamente en una sola variable. Los casos de respuesta afirmativa en una sola variable son 245 y representan 41% de todos las PVVs que contestaron afirmativamente en una o varias variables.

D19. Distribución de respuestas afirmativas en 1 variable		
D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	15	6%
D19b. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo	54	22%
D19c. He decidido no postularme a algún(os) trabajo(s)	24	10%
D19d. He decidido no buscar apoyo social	31	13%
D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	42	17%
D19f. He decidido no tener sexo	79	32%

D19. Respuesta afirmativa en una variable



Como se puede observar, la actitud de aislamiento más importante es la decisión de no tener sexo y, la segunda en importancia, es la decisión de evitar ir a clínicas u hospitales, confirmando que no hay variación en el conjunto.

Como conclusiones preliminares se puede señalar:

- La mayoría de las PVVs encuestadas desarrollaron actitudes de autoaislamiento a raíz del estigma internalizado. Son 599 casos que corresponden a 63% de las PVVs encuestadas.
- La actitud de autoaislamiento más importante, a causa del estigma internalizado, es la decisión de no tener sexo. Son 280 casos que representan 29% de la muestra y 47% de las PVVs que respondieron afirmativamente. Esto, resulta concordante con los resultados del acápite anterior.
- La segunda actitud de autoaislamiento por estigma interno es evitar ir a clínicas u hospitales, restando, de esta manera, la posibilidad de asistencia médica. Son 269 casos que representan 28% de la muestra y 45% de las PVVs que respondieron afirmativamente. Si, a esta actitud, se añade aquellas PVVs que decidieron no buscar apoyo social, se podría estar ante un cuadro complejo de deterioro de la salud. Son 168 casos que representan 18% de la muestra y 28% de las PVVs que respondieron afirmativamente.
- La tercera actitud de autoaislamiento debido al estigma interno, es la decisión de alejarse de amistades y familiares. Son 268 casos que representan 28% de la muestra y 45% de las PVVs que contestaron afirmativamente.

b. Análisis relacional

Hasta acá se ha analizado el efecto de aislamiento a causa del VIH; sin embargo, una parte de las PVVs encuestadas tuvo respuestas negativas ¿a qué se debe este comportamiento diferenciado? La respuesta debe buscarse en la influencia de ciertos factores sociales que condicionan el comportamiento. Entonces, la hipótesis general es:

Las respuestas afirmativas o negativas están relacionadas con la ciudad en la que viven, la edad, la identidad de género, el nivel educativo, la orientación sexual y/o la pertenencia a algún grupo social especial (religioso, indígena, de personas con discapacidad).

Para saber si las variables sociales están relacionadas con las variables referidas a las actitudes de aislamiento, la prueba estadística es el Chi Cuadrado.

Pero no basta con saber si las variables están relacionadas, sino, además, saber cómo influyen unas sobre las otras, saber si las variables sociales condicionan una determinada respuesta afirmativa o negativa. Para este fin, se utilizará, alternativamente dos instrumentos: la regresión logística o la estimación de riesgo; ambos arrojan resultados similares en la relación bilateral; empero la regresión logística da la posibilidad de relacionar dos o más factores con la variable dependiente.

i. Prueba de Chi Cuadrado

La siguiente tabla muestra los resultados de la prueba Chi cuadrado

Asociación significativa X ² <0,05	D19a		D19b		D19c		D19d		D19e		D19f	
	V	X ²										
A0. Localidad	0,038	0,260	0,004	0,900	0,051	0,140	0,027	0,413	0,043	0,194	0,037	0,267
A1. Edad	0,016	0,628	0,033	0,322	0,032	0,353	0,072	0,031	0,108	0,001	0,058	0,079
A3. Identidad de Género	0,031	0,363	0,030	0,369	0,000	0,990	0,005	0,876	0,052	0,118	0,065	0,050
A9. Nivel educativo	0,028	0,400	0,023	0,484	0,067	0,055	0,010	0,762	0,099	0,003	0,084	0,011
G55.HSHGayBisex	0,032	0,346	0,000	0,993	0,025	0,465	0,052	0,123	0,017	0,601	0,036	0,275
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	0,149	0,000	0,047	0,156	0,004	0,919	0,080	0,018	0,065	0,053	0,064	0,056
A12b. Comunidad indígena	0,085	0,012	0,081	0,016	0,003	0,939	0,086	0,011	0,051	0,125	0,081	0,016
A12c. Personas con discapacidades	0,075	0,026	0,000	0,998	0,017	0,634	0,013	0,693	0,020	0,551	0,006	0,867
A12f. Migrantes	0,001	0,984	0,018	0,582	0,010	0,774	0,025	0,457	0,036	0,280	0,049	0,138
A12g. Privadas de libertad	0,003	0,926	0,020	0,550	0,001	0,987	0,028	0,398	0,038	0,250	0,050	0,132

V=V de Cramer, indica la fuerza de la relación

X²= significación de la asociación

Como se observa, son muy pocas las variables que tienen relaciones de asociación significativas y, de éstas, la mayor parte tienen asociación muy débil:

Variable independiente	Variable dependiente	Coefficientes	Observaciones
A1. Edad	D19d. He decidido no buscar apoyo social	Sig. X ² =0,031 V de Cramer=0,072	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A1. Edad	D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	Sig. X ² =0,001 V de Cramer=0,108	Asociación significativa<0,05 Relación muy débil
A9. Nivel educativo	D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	Sig. X ² =0,003 V de Cramer=0,099	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A9. Nivel educativo	D19f. He decidido no tener sexo	Sig. X ² =0,011 V de Cramer=0,084	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	Sig. X ² =0,000 V de Cramer=0,149	Asociación significativa<0,05 Relación muy débil
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D19d. He decidido no buscar apoyo social	Sig. X ² =0,018 V de Cramer=0,080	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A12b. Comunidad indígena	D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	Sig. X ² =0,012 V de Cramer=0,085	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A12b. Comunidad indígena	D19b. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo	Sig. X ² =0,016 V de Cramer=0,081	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A12b. Comunidad indígena	D19d. He decidido no buscar apoyo social	Sig. X ² =0,011 V de Cramer=0,086	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A12b. Comunidad indígena	D19f. He decidido no tener sexo	Sig. X ² =0,016 V de Cramer=0,081	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil
A12c. Personas con discapacidades	D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	Sig. X ² =0,026 V de Cramer=0,075	Asociación significativa<0,05 Relación extremadamente débil

Dados los valores bajos del coeficiente V, se ha realizado, adicionalmente, la prueba de Residuos Tipificados Corregidos, con la finalidad de confirmar las relaciones entre las variables.

D19. Relación entre variables por residuos tipificados corregidos													
Variable independiente		Variable dependiente											
		D19a		D19b		D19c		D19d		D19e		D19f	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
A0	Eje LPZ-CBA-SCZ	1,1	-1,1	-0,1	0,1	1,5	-1,5	-0,8	0,8	1,3	-1,3	1,1	-1,1
	Otros departamentos	-1,1	1,1	0,1	-0,1	-1,5	1,5	0,8	-0,8	-1,3	1,3	-1,1	1,1
A1	Joven	-0,5	0,5	1	-1	0,9	-0,9	2,2	-2,2	3,3	-3,3	1,8	-1,8
	Adulto	0,5	-0,5	-1	1	-0,9	0,9	-2,2	2,2	-3,3	3,3	-1,8	1,8
A3	Mujer-Trans-Otro	0,9	-0,9	0,9	-0,9	0	0	0,2	-0,2	1,6	-1,6	2	-2
	Hombre	-0,9	0,9	-0,9	0,9	0	0	-0,2	0,2	-1,6	1,6	-2	2
A9	Sin escuela/Primaria/ Secundaria	0,8	-0,8	0,7	-0,7	1,9	-1,9	0,3	-0,3	3	-3	2,5	-2,5
	Terciaria/Superior/Posgrado	-0,8	0,8	-0,7	0,7	-1,9	1,9	-0,3	0,3	-3	3	-2,5	2,5
G55	HSH/Gay/Bisexual	-0,9	0,9	0	0	-0,7	0,7	-1,5	1,5	-0,5	0,5	-1,1	1,1
	No	0,9	-0,9	0	0	0,7	-0,7	1,5	-1,5	0,5	-0,5	1,1	-1,1
A12a	Si	4,4	-4,4	1,4	-1,4	0,1	-0,1	2,4	-2,4	1,9	-1,9	1,9	-1,9
	No	-4,4	4,4	-1,4	1,4	-0,1	0,1	-2,4	2,4	-1,9	1,9	-1,9	1,9
A12b	Si	2,5	-2,5	2,4	-2,4	-0,1	0,1	2,5	-2,5	1,5	-1,5	2,4	-2,4
	No	-2,5	2,5	-2,4	2,4	0,1	-0,1	-2,5	2,5	-1,5	1,5	-2,4	2,4
A12c	Si	2,2	-2,2	0	0	0,5	-0,5	0,4	-0,4	0,6	-0,6	0,2	-0,2
	No	-2,2	2,2	0	0	-0,5	0,5	-0,4	0,4	-0,6	0,6	-0,2	0,2
A12f	Si	0	0	-0,6	0,6	-0,3	0,3	-0,7	0,7	1,1	-1,1	1,5	-1,5
	No	0	0	0,6	-0,6	0,3	-0,3	0,7	-0,7	-1,1	1,1	-1,5	1,5
A12g	Si	-0,1	0,1	-0,6	0,6	0	0	-0,8	0,8	1,2	-1,2	1,5	-1,5
	No	0,1	-0,1	0,6	-0,6	0	0	0,8	-0,8	-1,2	1,2	-1,5	1,5

Los resultados de la prueba de residuos confirman las relaciones entre las variables y añaden una relación más: A3. Identidad de Género*D19f. He decidido no tener sexo que tiene una significación de Chi Cuadrado de 0,05 y un coeficiente V de 0,065.

Dados los resultados, se ha optado por aplicar el estadígrafo Estimación de Riesgo para explicar el efecto de la variable dependiente.

c. Estimación de Riesgo

A continuación, se presenta una tabla resumen con los resultados de la estimación de riesgo. Este indicador muestra la probabilidad de que la variable independiente explique la variable dependiente, con resultados por categoría.

Variable independiente	Variable dependiente	Probabilidad
A1. Edad	D19d. He decidido no buscar apoyo social	Odd=1,579
A1. Edad	D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	Odd=1,829
A3. Identidad de Género	D19f. He decidido no tener sexo	Odd=1,33
A9. Nivel educativo	D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares	Odd=1,588
A9. Nivel educativo	D19f. He decidido no tener sexo	Odd=1,467
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	Odd=2,28
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D19d. He decidido no buscar apoyo social	Odd=1,565
A12b. Comunidad indígena	D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	Odd=1,61
A12b. Comunidad indígena	D19b. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo	Odd=1,47
A12b. Comunidad indígena	D19d. He decidido no buscar apoyo social	Odd=1,595
A12b. Comunidad indígena	D19f. He decidido no tener sexo	Odd=1,463
A12c. Personas con discapacidades	D19a. He decidido no ir a reuniones sociales	Odd=1,843

i. A1. Edad* D19d. He decidido no buscar apoyo social

La probabilidad de que una PVV joven (menor a 25 años) decida no buscar apoyo social es 1,6 veces mayor, comparada con la probabilidad que una PVV adulto tome esta decisión.

ii. A1. Edad* D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares

La probabilidad de que una PVV joven (menor a 25 años) decida alejarse de amistades y/o familiares es 1,8 veces mayor, comparada con la probabilidad que una PVV adulto tome esta decisión.

iii. A3. Identidad de Género* D19f. He decidido no tener sexo

La probabilidad de que una PVV mujer decida no tener sexo es 1,3 veces mayor, comparada con la probabilidad que una PVV hombre tome esta decisión.

iv. A9. Nivel educativo* D19e. Me he alejado de mis amigos/as y/o familiares

La probabilidad de que una PVV sin educación formal o con estudios hasta primaria o hasta nivel secundario decida alejarse de sus amistades y/o familiares es 1,6 veces mayor, comparada con la probabilidad que una PVV con estudios terciarios, superiores o posgrado tome esta decisión.

v. A9. Nivel educativo* D19f. He decidido no tener sexo

La probabilidad de que una PVV sin educación formal o con estudios hasta primaria o hasta nivel secundario decida no tener sexo es 1,5 veces mayor, comparada con la probabilidad que una PVV con estudios terciarios, superiores o posgrado tome esta decisión.

vi. A12a. Minoría racial, étnica, religiosa* D19a. He decidido no ir a reuniones sociales

La probabilidad de que una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa decida no ir a reuniones sociales es 2,3 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no pertenece a ninguno de estos grupos tome la misma decisión.

vii. A12a. Minoría racial, étnica, religiosa* D19d. He decidido no buscar apoyo social

La probabilidad de que una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa decida no buscar apoyo social es 1,6 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no pertenece a ninguno de estos grupos tome la misma decisión.

viii. A12b. Comunidad indígena* D19a. He decidido no ir a reuniones sociales

La probabilidad de que una PVV que pertenece a una comunidad indígena decida no ir a reuniones sociales es 1,6 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no pertenece a una comunidad indígena tome la misma decisión.

ix. A12b. Comunidad indígena* D19b. He evitado ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo

La probabilidad de que una PVV que pertenece a una comunidad indígena decida evitar ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo es 1,5 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no pertenece a una comunidad indígena tome la misma decisión.

x. A12b. Comunidad indígena* D19d. He decidido no buscar apoyo social

La probabilidad de que una PVV que pertenece a una comunidad indígena decida no buscar apoyo social es 1,6 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no pertenece a una comunidad indígena tome la misma decisión.

xi. A12b. Comunidad indígena* D19f. He decidido no tener sexo

La probabilidad de que una PVV que pertenece a una comunidad indígena decida no tener sexo es 1,5 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no pertenece a una comunidad indígena tome la misma decisión.

xii. A12c. Personas con discapacidades* D19a. He decidido no ir a reuniones sociales

La probabilidad de que una PVV con alguna discapacidad decida no ir a reuniones sociales es 1,8 veces mayor, comparada con la probabilidad de una PVV que no tiene discapacidad tome la misma decisión.

Como se puede observar, la mayoría de las probabilidades tienen un valor bajo cercanos a 1, se debe considerar que una probabilidad nula es igual a 1; esto se debe a los bajos valores del coeficiente V, es decir a las relaciones de asociación débiles.

Desde el punto de vista de las distintas cualidades sociales de las PVV, se tiene los siguientes resultados relevantes:

- Ser PVV que pertenece a una comunidad indígena eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento a causa del VIH; en efecto, es la variable independiente que explica la ocurrencia de la mayor cantidad de variables dependientes, es decir, de actitudes de aislamiento como las decisiones de no ir a reuniones sociales (1,6), evitar ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo (1,5), no buscar apoyo social (1,6) y la decisión de no tener sexo (1,5).
- Ser PVV joven eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento a causa del VIH; en efecto, explica la ocurrencia de dos variables dependientes, las decisiones de no buscar apoyo social (1,6) y alejarse de amistades y/o familiares (1,8).
- Ser PVV con menor nivel de educación eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento a causa del VIH; en efecto, explica la ocurrencia de dos variables dependientes, las decisiones de alejarse de amistades y/o familiares (1,6) y no tener sexo (1,5).
- Ser PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento; en efecto, explica la ocurrencia de dos variables dependientes, las decisiones de no ir a reuniones sociales (2,3) y no buscar apoyo social (1,6). Este grupo, registra la probabilidad más alta.
- Ser PVV con discapacidad eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento; en efecto, explica la ocurrencia de no ir a reuniones sociales (1,8).
- Ser PVV mujer eleva la probabilidad de asumir actitudes de aislamiento; en efecto, explica la ocurrencia de decidir no tener sexo (1,3).

Desde el punto de vista de las variables dependientes o efectos, se tiene:

- El efecto de asumir la actitud de aislamiento de decidir no ir a reuniones sociales, es explicado por las PVV que pertenecen a una minoría racial, étnica o religiosa o a una comunidad indígena y tener alguna discapacidad.
- El efecto de asumir la actitud de aislamiento de no buscar apoyo social, es explicado por las PVV que son jóvenes, las que pertenecen a alguna minoría racial, étnica o religiosa y las que pertenecen a una comunidad indígena.
- El efecto de asumir la actitud de aislamiento de no tener sexo, es explicado por las PVV que pertenecen a una comunidad indígena, las mujeres y las que tienen un nivel educativo bajo.
- El efecto de asumir la actitud de aislamiento de alejarse de amistades y/o familiares, es explicado por las PVV que son jóvenes y las que tienen un nivel educativo bajo.
- El efecto de asumir la actitud de aislamiento de no ir a clínicas u hospitales, aunque tenga que hacerlo, es explicado por las PVV que pertenecen a una comunidad indígena.



5.6.3.3. Resumen D19

Esta variable ha mostrado el peso del estigma internalizado a raíz de haber contraído el VIH, expresado en el acuerdo o desacuerdo sobre una batería de frases que indican decisiones de alejamiento de amistades y familiares, no asistir a reuniones sociales y no postularse a algún trabajo, de evitar asistir a centros de salud y apoyo social y, finalmente, la decisión de no tener sexo. Este conjunto de decisiones, constituyen actitudes de aislamiento, provocadas por el estigma interno a raíz del VIH.

Los hallazgos relevantes son:

- En el análisis de las frecuencias simples de las seis variables, se identificó que las tres variables con mayor proporción de respuestas fueron la decisión de no tener sexo, el alejamiento de amistades y/o familiares y el evitar asistir a centros de salud.
- En el análisis inferencial, se analizó el conjunto de respuestas múltiples mostrando que 63% de la muestra manifestó haber asumido alguna de las actitudes de aislamiento y 37% no tuvo ninguna actitud de aislamiento.
- En el análisis de respuestas múltiples se demostró que 30% de la muestra expresó que decidió no tener sexo, siendo el problema más importante derivado del estigma interno, luego, están la decisión de evitar asistir a centros de salud y el alejamiento de amistades y/o familiares que cada una representa 28% de la muestra.
- La decisión de no tener sexo es congruente con la variable D17, en la que se evidenciaba que el mayor impacto negativo del VIH recaía justamente sobre las relaciones sexuales y, también, con la variable A5 en la que la mayoría de las PVVs expresan que no sostienen relaciones íntimas.
- En el análisis relacional se encontró que 5 de las 6 variables de D19, tienen relación significativa con 6 de las 10 variables sociales de la sección A. Sin embargo, estas relaciones son de intensidad baja o débil, lo que indica que las variables de D19 pueden ser explicadas, además, por otras variables que no están en la encuesta.
- Los resultados de la estimación de riesgo, mostró que las PVV que pertenecen a una comunidad indígena, jóvenes, mujeres y las de bajo nivel educativo, explican la probabilidad de ocurrencia de decisiones de no tener sexo, evitar asistir a centros de salud y buscar apoyo social, así como, alejarse de amistades y/o familiares y no ir reuniones sociales.

5.6.4. Análisis estadístico Variable 20

La variable D20, indaga respecto del efecto del VIH en la autoestima o la dignidad de las PVVs, para ello, pone en juego una batería de frases que expresan el estigma internalizado, ante las cuales, el encuestado tiene dos opciones: De acuerdo/En desacuerdo, de modo que el acuerdo representa que la PVV sufre el estigma interno y, el desacuerdo que no padece el estigma interno.

5.6.4.1. Análisis descriptivo

La siguiente tabla resume las frecuencias simples variable por variable.

D20. Autoestima y Estigma Interno		
	De acuerdo	En desacuerdo
D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	85%	15%
D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	34%	67%
D20c. Me siento culpable por tener VIH	51%	49%
D20d. Me da vergüenza tener VIH	44%	56%
D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	43%	57%
D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	85%	15%

D20. Autoestima y Estigma Interno



Las respuestas en cada variable son:

a. Categoría 'De acuerdo'

Las variables que tienen respuestas afirmativas mayoritarias son:

- D20a. 85% afirma que es difícil decir a otras personas que se es seropositivo; en tanto que al 15% no le resulta difícil hablar de su estatus VIH con otras personas.
- D20f. 85% afirma que esconde a los demás su estatus VIH; en tanto que el 15% no esconde su estatus seropositivo.
- D20c. 51% afirma que se siente culpable por haberse infectado con VIH; en tanto que 49% no siente culpa.

b. Categoría 'En desacuerdo'

Las variables que tienen respuestas negativas mayoritarias son:

- D20b. 67% niega que tener VIH le haga sentir sucio; en tanto que 33% afirma que el ser seropositivo le hace sentir sucio.
- D20e. 57% niega que tener VIH le haga sentir que no tiene valor; en tanto que 43% afirma que tener VIH le hace sentir que no tiene valor.
- D20d. 56% niega tener vergüenza por tener VIH; en tanto que 44% afirma que siente vergüenza por tener VIH.

A modo de resumen se puede decir que, para una PVV, hablar de su estatus seropositivo con las personas, constituye la mayor expresión del estigma interno, luego, está el sentimiento de autoculpabilidad y vergüenza por haber contraído la infección y, en menor medida, los sentimientos más depresivos, como pensar que uno/a no tiene valor y el sentirse sucio.

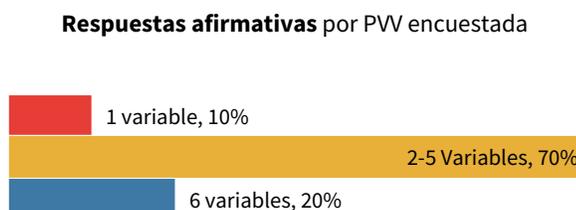
5.6.4.2. Análisis inferencial

En el análisis inferencial, se explicará, por una parte, las variables desde el punto de vista de las respuestas múltiples y, por otra parte, la asociación de las variables D20 con otras variables sociales de la sección A, de modo que se pueda explicar la ocurrencia o el comportamiento de las PVVs respecto de su autoestima.

a. Análisis de respuestas múltiples

Por otra parte, cada PVV encuestada respondió afirmativamente o negativamente en más de una variable, la siguiente tabla muestra el número de respuestas afirmativas por variable, según PVV encuestada y, el gráfico, de manera agrupada.

D20. Respuestas afirmativas por encuestado				
	N	%	Solo afirmativas	
0 variables	48	5%	N	%
1 variable	85	9%	85	10%
2-5 Variables	632	67%	632	70%
6 variables	180	19%	180	20%



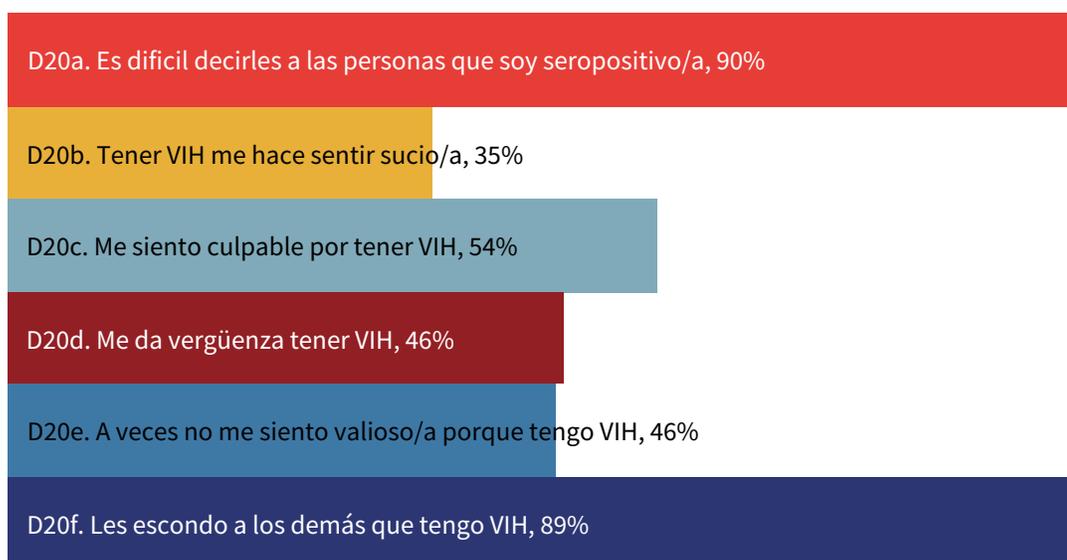
Se puede observar que:

- 95% contestó afirmativamente en 1 o más variables y 5% contestó negativamente en todas las variables, es decir que no experimentó ninguno de los sentimientos expresivos de estigma interno;
- De los 897 casos que respondieron afirmativamente:
- 10% contestó afirmativamente en una sola variable, es decir que solo experimentó un sentimiento relacionado al estigma interno;
- 70% contestó afirmativamente entre 2 a 5 variables, experimentando más de un sentimiento de pérdida de autoestima; y,
- 20% contestó afirmativamente en las seis variables, constituyendo los casos más extremos de internalización del estigma VIH, al haber experimentado todos los sentimientos de pérdida de autoestima.

A continuación, se muestra la distribución de las respuestas múltiples afirmativas entre las distintas variables.

D20. Distribución de respuestas afirmativas por encuestado		
897 casos = 95% de la muestra	Casos	%
D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	806	90%
D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	317	35%
D20c. Me siento culpable por tener VIH	486	54%
D20d. Me da vergüenza tener VIH	415	46%
D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	409	46%
D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	799	89%

D20. Distribución de respuestas afirmativas por encuestado



Como se puede apreciar:

- Tal como se identificó en el análisis descriptivo, las dos respuestas más importantes se refieren a la dificultad de hablar sobre su estatus VIH o esconderlo a los demás:
- 90% contestó afirmativamente, expresó que le es difícil decir a las personas que es seropositivo; y,
- 89% contestó que esconde su estatus seropositivo a los demás;

- Adicionalmente, de las PVVs que respondieron afirmativamente, en 731 casos que representan 81%, respondieron afirmativamente en ambas frases.

D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH

D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a 731

- 54% contestó que se siente culpable por tener VIH;
- 46% manifestó que tiene sentimiento de vergüenza;
- 46% manifestó que no se siente valioso; y,
- 35% expresó que se siente sucio.

Se puede distinguir dos tipos de variables: actitudes y sentimientos; a las actitudes corresponden D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a y D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH y a los sentimientos: D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a, D20c. Me siento culpable por tener VIH, D20d. Me da vergüenza tener VIH y D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH.

Ahora bien, es lógico pensar que estas variables están asociadas entre sí y que los sentimientos influyen sobre las actitudes, es decir que los sentimientos de culpa, vergüenza, desvalorización y sentirse sucio, expliquen la ocurrencia de las actitudes de dificultad para decir que se tiene VIH o esconder a los demás que se tiene VIH.

Prueba X² entre variables de D20

	D20a		D20f	
	Sig. X ²	V	Sig. X ²	V
D20b	0,000	0,150	0,000	0,220
D20c	0,000	0,180	0,000	0,240
D20d	0,000	0,220	0,000	0,270
D20e	0,000	0,180	0,000	0,210

Para comprobar esta relación se ha realizado la prueba Chi Cuadrado; la tabla que acompaña muestra que los resultados son significativos, aunque, la fuerza de la asociación o la intensidad del efecto es débil.

La siguiente tabla resume la relación entre variables de acuerdo a la prueba Chi Cuadrado:

Variable independiente	Variable dependiente	Coefficientes	Observaciones
D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Sig. X ² =0,000 V=0,150	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X ² =0,000 V=0,220	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20c. Me siento culpable por tener VIH	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Sig. X ² =0,000 V=0,180	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20c. Me siento culpable por tener VIH	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X ² =0,000 V=0,240	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20d. Me da vergüenza tener VIH	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Sig. X ² =0,000 V=0,220	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20d. Me da vergüenza tener VIH	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X ² =0,000 V=0,270	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	X ² =0,000 V=0,180	Asociación significativa<0,05 Relación débil
D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	X ² =0,000 V=0,210	Asociación significativa<0,05 Relación débil

En función de los resultados, se ha procedido a establecer la Estimación de Riesgo que proporciona información sobre la probabilidad de ocurrencia. La siguiente tabla proporciona los indicadores de probabilidad en la relación bilateral de las variables independientes con las variables dependientes:

Variable independiente	Variable dependiente	Probabilidad
D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Odd ratio = 2,896
D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio = 5,76
D20c. Me siento culpable por tener VIH	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Odd ratio = 2,946
D20c. Me siento culpable por tener VIH	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio = 4,11
D20d. Me da vergüenza tener VIH	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Odd ratio = 4,275
D20d. Me da vergüenza tener VIH	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio = 6,568
D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Odd ratio = 3,225
D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio = 4,037

Los resultados proporcionan probabilidades interesantes. Las probabilidades más altas son para la ocurrencia de la variable D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH:

i. Probabilidades para la ocurrencia de D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH

- La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 6,6 veces mayor para una PVV que le da vergüenza por tener VIH que para una PVV; que para una PVV que no le da vergüenza por tener VIH.
- La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 5,8 veces mayor para una PVV que tener VIH le hace sentir sucia; que para una PVV que tener VIH no le hace sentir sucia.
- La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 4 veces mayor para una PVV que se siente culpable por tener VIH; que para una PVV que no se siente culpable por tener VIH.
- La probabilidad que tiene una PVV de esconder a los demás que tiene VIH, es 4 veces mayor para una PVV que a veces no se siente valiosa porque tiene VIH; que para una PVV que no tiene el sentimiento de a veces no sentirse valiosa.

ii. Probabilidades para la ocurrencia de D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a

- La probabilidad que tiene una PVV de sentir que le es difícil decirles a las personas que es seropositivo, es 4 veces mayor para una PVV que tiene vergüenza por tener VIH que para una PVV que no tiene vergüenza por tener VIH.
- La probabilidad que tiene una PVV de sentir que le es difícil decirles a las personas que es seropositivo, es 3 veces mayor para una PVV que a veces no se siente valiosa porque tiene VIH; que para una PVV que para una PVV que no tiene el sentimiento de a veces no sentirse valiosa.
- La probabilidad que tiene una PVV de sentir que le es difícil decirles a las personas que es seropositivo, es 3 veces mayor para una PVV que se siente culpable por tener VIH; que para una PVV que no se siente culpable.
- La probabilidad que tiene una PVV de sentir que le es difícil decirles a las personas que es seropositivo, es 3 veces mayor para una PVV que tener VIH le hace sentir sucia; que para una PVV tener VIH no le hace sentir sucia.

Como se puede observar, los sentimientos de vergüenza, culpabilidad, sentirse sucio/a y no valioso/a, explican con mayores probabilidades el esconder a los demás que se tiene VIH y, con menores probabilidades, la ocurrencia de tener dificultad para decirles a otras personas que se es seropositivo/a.

El sentimiento de vergüenza es el que con mayor probabilidad explica tanto que la PVV considere que es difícil decir a otras personas que es seropositivo/a, como, esconder a los demás que tiene VIH.

b. Análisis relacional con variables sociales de la sección A

i. Prueba de Chi Cuadrado

La siguiente tabla muestra la significación de las relaciones entre las variables independientes y dependientes, así, como, la intensidad de la relación a través del coeficiente V.

Variables independientes	Variables dependientes											
	D20a		D20b		D20c		D20d		D20e		D20f	
	V	X2	V	X2	V	X2	V	X2	V	X2	V	X2
A0. Localidad	0,060	0,066	0,037	0,251	0,090	0,006	0,013	0,684	0,143	0,000	0,075	0,021
A1. Edad	0,018	0,580	0,020	0,529	0,129	0,000	0,033	0,309	0,074	0,023	0,011	0,744
A3. Identidad de Género	0,015	0,642	0,106	0,001	0,039	0,237	0,082	0,012	0,108	0,001	0,058	0,076
A9. Nivel educativo	0,104	0,001	0,148	0,000	0,099	0,002	0,101	0,002	0,118	0,000	0,092	0,005
G55. HSH/Gay/Bisexual	0,051	0,118	0,115	0,000	0,034	0,289	0,070	0,032	0,046	0,156	0,087	0,008
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	0,057	0,084	0,114	0,001	0,098	0,003	0,095	0,004	0,121	0,000	0,058	0,079
A12b. Comunidad indígena	0,027	0,418	0,085	0,010	0,070	0,033	0,044	0,179	0,070	0,034	0,052	0,112
A12c. Persona con discapacidad	0,080	0,014	0,037	0,257	0,013	0,686	0,025	0,442	0,006	0,859	0,084	0,010
A12f. Migrante	0,021	0,513	0,049	0,133	0,024	0,462	0,021	0,511	0,053	0,106	0,025	0,438
A12g. Privado/a de libertad	0,001	0,982	0,063	0,054	0,033	0,306	0,002	0,962	0,038	0,241	0,006	0,858

Como se observa, existen relaciones significativas entre la mayoría de las variables; sin embargo, éstas son débiles o de baja intensidad y en los casos en los que el coeficiente V es menor a 0,1, incluso la relación podría ser inexistente; en consecuencia, se realizó, además, la prueba de residuos tipificados corregidos, con la finalidad de confirmar todas las asociaciones entre variables.

Variables independientes		Variables dependientes											
		D20a		D20b		D20c		D20d		D20e		D20f	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
A0	Eje LPZ-CBA-SCZ	-1,8	1,8	-1,1	1,1	-2,8	2,8	-0,4	0,4	-4,4	4,4	-2,3	2,3
	Otros departamentos	1,8	-1,8	1,1	-1,1	2,8	-2,8	0,4	-0,4	4,4	-4,4	2,3	-2,3
A1	Joven	0,6	-0,6	0,6	-0,6	4	-4	1	-1	2,3	-2,3	0,3	-0,3
	Adulto	-0,6	0,6	-0,6	0,6	-4	4	-1	1	-2,3	2,3	-0,3	0,3
A3	Mujer-Trans-Otro	0,5	-0,5	3,2	-3,2	-1,2	1,2	2,5	-2,5	3,3	-3,3	1,8	-1,8
	Hombre	-0,5	0,5	-3,2	3,2	1,2	-1,2	-2,5	2,5	-3,3	3,3	-1,8	1,8
A9	Sin escuela/Primaria/Secundaria	3,2	-3,2	4,6	-4,6	3	-3	3,1	-3,1	3,6	-3,6	2,8	-2,8
	Terciaria/Superior/Posgrado	-3,2	3,2	-4,6	4,6	-3	3	-3,1	3,1	-3,6	3,6	-2,8	2,8
G55	HSH/Gay/Bisexual	-1,6	1,6	-3,5	3,5	1,1	-1,1	-2,1	2,1	-1,4	1,4	-2,7	2,7
	No	1,6	-1,6	3,5	-3,5	-1,1	1,1	2,1	-2,1	1,4	-1,4	2,7	-2,7
A12a	Si	1,7	-1,7	3,5	-3,5	3	-3	2,9	-2,9	3,7	-3,7	1,8	-1,8
	No	-1,7	1,7	-3,5	3,5	-3	3	-2,9	2,9	-3,7	3,7	-1,8	1,8
A12b	Si	0,8	-0,8	2,6	-2,6	2,1	-2,1	1,3	-1,3	2,1	-2,1	1,6	-1,6
	No	-0,8	0,8	-2,6	2,6	-2,1	2,1	-1,3	1,3	-2,1	2,1	-1,6	1,6
A12c	Si	-2,5	2,5	1,1	-1,1	-0,4	0,4	0,8	-0,8	0,2	-0,2	-2,6	2,6
	No	2,5	-2,5	-1,1	1,1	0,4	-0,4	-0,8	0,8	-0,2	0,2	2,6	-2,6
A12f	Si	-0,7	0,7	1,5	-1,5	0,7	-0,7	0,7	-0,7	1,6	-1,6	0,8	-0,8
	No	0,7	-0,7	-1,5	1,5	-0,7	0,7	-0,7	0,7	-1,6	1,6	-0,8	0,8
A12g	Si	0	0	1,9	-1,9	1	-1	0	0	1,2	-1,2	0,2	-0,2
	No	0	0	-1,9	1,9	-1	1	0	0	-1,2	1,2	-0,2	0,2

Como se observa, la prueba de residuos confirmó plenamente la existencia de las relaciones significativas, obtenidas en la prueba de Chi Cuadrado. La siguiente tabla resume las relaciones significativas.

Variable independiente	Variable dependiente	Coefficientes	Observaciones
A0. Localidad	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Sig. X2=0,006 V=0,090	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A0. Localidad	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Sig. X2=0,000 V=0,143	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A0. Localidad	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X2=0,021 V=0,075	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A1. Edad	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Sig. X2=0,000 V=0,129	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A1. Edad	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Sig. X2=0,023 V=0,074	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A3. Identidad de Género	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Sig. X2=0,001 V=0,106	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A3. Identidad de Género	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Sig. X2=0,012 V=0,082	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A3. Identidad de Género	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Sig. X2=0,001 V=0,108	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A9. Nivel educativo	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Sig. X2=0,001 V=0,104	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A9. Nivel educativo	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Sig. X2=0,000 V=0,148	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A9. Nivel educativo	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Sig. X2=0,002 V=0,099	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A9. Nivel educativo	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Sig. X2=0,002 V=0,101	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A9. Nivel educativo	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Sig. X2=0,000 V=0,118	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A9. Nivel educativo	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X2=0,005 V=0,092	Asociación significativa<0,05 Relación débil
G55. HSH/Gay/Bisexual	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Sig. X2=0,000 V=0,115	Asociación significativa<0,05 Relación débil

Variable independiente	Variable dependiente	Coefficientes	Observaciones
G55. HSH/Gay/Bisexual	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Sig. X2=0,032 V=0,070	Asociación significativa<0,05 Relación débil
G55. HSH/Gay/Bisexual	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X2=0,008 V=0,087	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Sig. X2=0,001 V=0,114	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Sig. X2=0,003 V=0,098	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Sig. X2=0,004 V=0,095	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Sig. X2=0,000 V=0,121	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12b. Comunidad indígena	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Sig. X2=0,010 V=0,085	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12b. Comunidad indígena	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Sig. X2=0,033 V=0,070	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12b. Comunidad indígena	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Sig. X2=0,034 V=0,070	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12c. Persona con discapacidad	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Sig. X2=0,014 V=0,080	Asociación significativa<0,05 Relación débil
A12c. Persona con discapacidad	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Sig. X2=0,010 V=0,084	Asociación significativa<0,05 Relación débil

Resulta, además, interesante analizar las interacciones entre las variables, pues, el número de interacciones, da una idea, desde el punto de vista de las variables dependientes, muestra cuántas variables independientes o factores, explican la ocurrencia de una misma variable dependiente y, desde el punto de vista de las variables independientes, muestra que una sola variable independiente, explica la ocurrencia de muchas variables dependientes. La tabla que acompaña resume las interacciones entre las variables.

Desde el punto de vista de las variables dependientes (variables D20):

- La variable D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH tiene 6 interacciones con variables independientes que explican su ocurrencia;

Número de interacciones entre las variables

	D20a	D20b	D20c	D20d	D20e	D20f	Total
A0			A0		A0	A0	3
A1			A1		A1		2
A3		A3		A3	A3		3
A9	A9	A9	A9	A9	A9	A9	6
G55		G55		G55	G55		3
A12a		A12a	A12a	A12a	A12a		4
A12b		A12b	A12b		A12b		3
A12c	A12c					A12c	2
A12f							0
A12g							0
Total	2	5	5	4	6	4	26



- Las variables D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a y D20c. Me siento culpable por tener VIH, tienen 5 interacciones, tienen 5 interacciones con variables independientes que explican sus ocurrencias;
- Las variables D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH y D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH, tienen 4 interacciones con variables independientes que explican sus ocurrencias;
- La variable D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a tiene dos interacciones con variables independientes que explican su ocurrencia.

Desde el punto de vista de las variables independientes:

- La variable A9. Nivel educativo tiene 6 interacciones y explica, prácticamente a todas las variables dependientes;
- La variable A12a. Pertenencia a una minoría racial, étnica o religiosa tiene 4 interacciones y explica 4 variables dependientes;
- Las variables A3. Identidad de Género, G55. Pertenecer al grupo HSH, Gay, Bisexual y A12b. Pertenecer a una comunidad indígena, tienen 3 interacciones que explican, cada una, a tres variables dependientes;
- Las variables A1. Edad y A12c. Pertenecer al grupo de personas con discapacidad, tienen dos interacciones y, cada una, explica a dos variables dependientes;
- Las variables A12f. Desplazados/as internos (migrantes) y A12g. Personas privadas de libertad, no registraron interacciones.

Con estos resultados, se ha optado por utilizar el instrumento de Estimación de Riesgo, para explicar la relación bilateral entre las variables independientes y dependientes.

c. Estimación de Riesgo D20

La siguiente tabla resume los indicadores de estimación de riesgo que permite explicar la variable dependiente, a través de la probabilidad de su ocurrencia, dada la presencia de la variable independiente.

Variable independiente	Variable dependiente	Probabilidad
A0. Localidad (Eje LP-CB-SC)	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Odd ratio=0,526
A0. Localidad (Eje LP-CB-SC)	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Odd ratio=0,366
A0. Localidad (Eje LP-CB-SC)	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio=0,38
A1. Edad (Joven <25años)	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Odd ratio=2,073
A1. Edad (Joven <25años)	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Odd ratio=1,495
A3. Identidad de Género (Mujer/Trans/Otro)	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Odd ratio=1,578
A3. Identidad de Género (Mujer/Trans/Otro)	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Odd ratio=1,402
A3. Identidad de Género (Mujer/Trans/Otro)	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Odd ratio=1,564
A9. Nivel educativo (Sin escuela /Primaria/Secundaria)	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Odd ratio=1,792
A9. Nivel educativo (Sin escuela /Primaria/Secundaria)	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Odd ratio=1,968
A9. Nivel educativo (Sin escuela /Primaria/Secundaria)	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Odd ratio=1,505

Variable independiente	Variable dependiente	Probabilidad
A9. Nivel educativo (Sin escuela /Primaria/Secundaria)	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Odd ratio=1,528
A9. Nivel educativo (Sin escuela /Primaria/Secundaria)	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Odd ratio=1,644
A9. Nivel educativo (Sin escuela /Primaria/Secundaria)	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio=1,661
G55. HSH/Gay/Bisexual	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Odd ratio=0,603
G55. HSH/Gay/Bisexual	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Odd ratio=0,75
G55. HSH/Gay/Bisexual	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio=0,62
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Odd ratio=1,711
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Odd ratio=1,58
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20d. Me da vergüenza tener VIH	Odd ratio=1,551
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Odd ratio=1,744
A12b. Comunidad indígena	D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a	Odd ratio=1,482
A12b. Comunidad indígena	D20c. Me siento culpable por tener VIH	Odd ratio=1,372
A12b. Comunidad indígena	D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH	Odd ratio=1,367
A12c. Persona con discapacidad	D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a	Odd ratio=0,506
A12c. Persona con discapacidad	D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH	Odd ratio=0,496

La interpretación se realizará desde los puntos de vista, tanto, de la variable explicada o dependiente, como, de la variable predictiva o variable independiente.

i. Probabilidad por variable dependiente o explicada

Se presentan los resultados por orden de importancia basada en el número de interacciones de cada variable dependiente:

Variables independientes	Variable dependiente: D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH
A0. Localidad	Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo de que a veces no se sienta valiosa por tener VIH. La probabilidad que tiene una PVV de a veces no sentirse valiosa, es 2,7 mayor para una PVV que reside en otro departamento fuera del eje LP-CB-SC; que para una PVV que reside en el eje LP-CB-Sc.
A1. Edad	Cuanto más joven es la PVV, mayor es el riesgo de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH. La probabilidad que tiene una PVV de a veces no sentirse valiosa, es 1,5 mayor para una PVV que es joven (<25 años); que para una PVV que es adulta (>25 años).
A3. Identidad de Género	Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otro tipo de identidad, incrementa el riesgo de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH. La probabilidad que tiene una PVV de a veces no sentirse valiosa, es 1,6 veces mayor para una PVV que tiene identidad de género mujer, transexual u otra identidad de género; que para una PVV que tiene identidad de género hombre.

Variables independientes	Variable dependiente: D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH
A9. Nivel educativo	<p>Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que a veces no se sienta valiosa, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de a veces no sentirse valiosa, es 1,6 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria; que para una PVV que tuvo estudios de tecnicatura o superiores de grado o posgrado.</p>
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	<p>Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de a veces no sentirse valiosa, es 1,7 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa; que para una PVV que no pertenece a alguno de estos grupos.</p>
A12b. Comunidad indígena	<p>Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de a veces no sentirse valiosa, es 1,4 veces mayor para una PVV que pertenece a una comunidad indígena; que para una PVV que no pertenece a una comunidad indígena.</p>

Variables independientes	Variable dependiente: D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a
A3. Identidad de Género	<p>Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otra identidad, incrementa el riesgo de que se sienta sucia, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse sucia por tener VIH, es 1,6 veces mayor para una PVV que tiene identidad de género mujer, transexual u otra identidad de género; que para una PVV que tiene identidad de género hombre.</p>
A9. Nivel educativo	<p>Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que se sienta sucia, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse sucia por tener VIH, es 2 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria; que para una PVV que tuvo estudios de tecnicatura o superiores de grado o posgrado.</p>
G55. HSH/Gay/Bisexual	<p>Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, se sienta sucia por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse sucia por tener VIH, es 1,7 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de Hombres que tienen sexo con hombres, Gays y bisexuales; que para una PVV que no pertenece a este grupo.</p>
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	<p>Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que se sienta sucia, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse sucia por tener VIH, es 1,7 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa; que para una PVV que no pertenece a alguno de estos grupos.</p>
A12b. Comunidad indígena	<p>Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de que se sienta sucia, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse sucia por tener VIH, es 1,5 veces mayor para una PVV que pertenece a una comunidad indígena; que para una PVV que no pertenece a una comunidad indígena.</p>

Variables independientes	Variable dependiente: D20c. Me siento culpable por tener VIH
A0. Localidad	<p>Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse culpable por tener VIH, es 1,9 menor para una PVV que reside en el eje LP-CB-SC; que para una PVV que reside en otro departamento.</p>
A1. Edad	<p>Cuanto más joven es la PVV, mayor es el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse culpable por tener VIH, es 2,1 mayor para una PVV que es joven (<25 años); que para una PVV que es adulta (>25 años)</p>
A9. Nivel educativo	<p>Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse culpable por tener VIH, es 1,5 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria; que para una PVV que tuvo estudios de tecnicatura o superiores de grado o posgrado</p>
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	<p>Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse culpable por tener VIH, es 1,6 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa; que para una PVV que no pertenece a alguno de estos grupos.</p>
A12b. Comunidad indígena	<p>Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de que se sienta culpable, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentirse culpable por tener VIH, es 1,4 veces mayor para una PVV que pertenece a una comunidad indígena; que para una PVV que no pertenece a una comunidad indígena.</p>

Variables independientes	Variable dependiente: D20d. Me da vergüenza tener VIH
A3. Identidad de Género	<p>Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otra identidad, incrementa el riesgo de que se sienta vergüenza, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentir vergüenza tener VIH, es 1,4 veces mayor para una PVV que tiene identidad de género mujer, transexual u otra identidad de género; que para una PVV que tiene identidad de género hombre.</p>
A9. Nivel educativo	<p>Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que sienta vergüenza, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentir vergüenza tener VIH, es 1,5 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria; que para una PVV que tuvo estudios de tecnicatura o superiores de grado o posgrado.</p>
G55. HSH/Gay/Bisexual	<p>Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, sienta vergüenza por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentir vergüenza tener VIH, es 1,3 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de Hombres que tienen sexo con hombres, Gays y bisexuales; que para una PVV que no pertenece a este grupo.</p>
A12a. Minoría racial, étnica, religiosa	<p>Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que sienta vergüenza, por tener VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentir vergüenza tener VIH, es 1,6 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa; que para una PVV que no pertenece a alguno de estos grupos.</p>

Variables independientes	Variable dependiente: D20f. Les esconda a los demás que tengo VIH
A0. Localidad	<p>Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de esconderles a los demás que tiene VIH, es 2,6 menor para una PVV que reside en el eje LP-CB-SC; que para una PVV que reside en otro departamento.</p>
A9. Nivel educativo	<p>Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de esconderles a los demás que tiene VIH, es 1,7 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria; que para una PVV que tuvo estudios de tecnicatura o superiores de grado o posgrado</p>
G55. HSH/Gay/Bisexual	<p>La pertenencia al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de esconderles a los demás que tiene VIH, es 1,6 veces mayor para una PVV que pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa; que para una PVV que pertenece al grupo de Hombres que tienen sexo con hombres, Gays y bisexuales; que para una PVV que no pertenece a este grupo.</p>
A12b. Persona con discapacidad	<p>Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad, esconda a las demás personas que tiene VIH.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de esconderles a los demás que tiene VIH, es 2 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad; que para una PVV que no pertenece al grupo de personas con discapacidad.</p>

Variables independientes	Variable dependiente: D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a
A9. Nivel educativo	<p>Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que le sea difícil decirles a las personas que es seropositivo.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentir que le es difícil decirles a las personas que es seropositivo, es 1,8 veces mayor para una PVV que no tuvo escuela o estudió solo hasta primaria o estudió solo hasta secundaria; que para una PVV que tuvo estudios de tecnicatura o superiores de grado o posgrado</p>
A12b. Persona con discapacidad	<p>Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad, le sea difícil decirles a las personas que es seropositivo.</p> <p>La probabilidad que tiene una PVV de sentir que le es difícil decirles a las personas que es seropositivo, es 2 veces menor para una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad; que para una PVV que no pertenece al grupo de personas con discapacidad.</p>

Una primera observación de los resultados, es que, en general, las probabilidades tienen valores bajos, la regla dice que una Odd ratio o razón de probabilidad igual a 1, es una probabilidad nula, por tanto, los valores cercanos a 1, constituyen bajas probabilidades. Esto se explica por los bajos valores obtenidos en el coeficiente V (V de Cramer) que mide la intensidad del efecto entre las variables que están asociadas.

La mayoría de los valores de Odd son mayores a 1, lo que indica probabilidades positivas; sin embargo, en los casos de asociación con las variables A0. Localidad, G55. HSH, Gay, Bisexual y A12c. Personas con alguna discapacidad, se obtuvieron valores Odd menores a 1, indicando probabilidades negativas o inversas; en estos casos, la regla indica que se debe obtener la razón de 1 entre el valor Odd e interpretar como menos probable.

ii. Probabilidad por variable independiente o predictora

En cuanto a las variables independientes o predictoras, se tiene dos grupos: variables con probabilidad positiva y variables con probabilidad negativa.

Desde el punto de vista de las variables predictoras, con probabilidad positiva, se tiene que:

- La variable más importante es A9. Nivel educativo que es una variable potente, pues, contribuye a explicar todas las variables dependientes, con valores Odd que oscilan entre 1,51 y 1,97 indicando probabilidad positiva en todos los casos

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Sin escuela/Primaria/Secundaria (expresiva de un nivel educativo bajo) y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

En conclusión, lo que indica es que, a un bajo nivel educativo, mayor es la probabilidad (o riesgo) de que una PVV exprese baja autoestima, producto del estigma internalizado.

- La segunda variable en importancia es la A12a. Pertenencia a una minoría racial, étnica o religiosa que contribuye a explicar las variables: D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a; D20c. Me siento culpable por tener VIH; D20d. Me da vergüenza tener VIH y D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH, todas expresivas de los sentimientos más profundos de pérdida de autoestima o dignidad; los valores Odd oscilan entre 1,55 y 1,74, indicando probabilidad positiva en todos los casos.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Si (pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa) y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

En conclusión, lo que indica es que la pertenencia a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse, sucio/a, culpable, vergüenza y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.

- La tercera variable en importancia es A3. Identidad de Género que contribuye a explicar las variables: D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a; D20d. Me da vergüenza tener VIH y D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH, todas expresivas de algunos sentimientos más profundos de pérdida de autoestima o dignidad; los valores Odd oscilan entre 1,40 y 1,58, indicando probabilidad positiva en todos los casos.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Mujer/ Transgénero/Otra y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

En conclusión, lo que indica es que tener identidad de género como Mujer, Transgénero u Otra incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse, sucio/a, vergüenza y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.

- La cuarta variable en importancia es A12b. Pertenencia a una comunidad indígena que contribuye a explicar las variables: D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a; D20c. Me siento culpable por tener VIH y D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH, todas expresivas de algunos de los sentimientos más profundos de pérdida de autoestima o dignidad; los valores Odd oscilan entre 1,37 y 1,48, indicando probabilidad positiva en todos los casos.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Si (pertenece a una comunidad indígena) y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

En conclusión, lo que indica es que pertenecer a una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse, sucio/a, culpable y a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.



- La quinta variable en importancia es A1. Edad que contribuye a explicar las variables: D20c. Me siento culpable por tener VIH y D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH, expresivas de algunos de los sentimientos más profundos de pérdida de autoestima o dignidad; los valores Odd oscilan entre 1,50 y 2,07, indicando probabilidad positiva en todos los casos.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Joven (menor a 25 años) y, en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

En conclusión, lo que indica es que, a menor edad, se incrementa la probabilidad de sufrir sentimientos de sentirse, culpable y, a veces, no sentirse valioso/a por tener VIH.

Desde el punto de vista de las variables predictoras, con probabilidad negativa, se tiene que:

- La variable A0. Localidad que contribuye a explicar las variables: D20c. Me siento culpable por tener VIH, D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH, y D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH; cuyos valores Odd oscilan entre 0,37 y 0,53, indicando probabilidad negativa en todos los casos, es decir que expresan la reducción de la probabilidad o riesgo del efecto.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Eje LP-CB-SC (Reside en los departamentos de La Paz, Cochabamba o Santa Cruz) y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

Dado que se trata de una probabilidad negativa, la medida de la probabilidad es inversa (1/Odd) y se puede interpretar de dos maneras: como reducción de la probabilidad en la categoría de referencia o, en su defecto, como probabilidad positiva trasladada a la segunda categoría 2=Otro departamento (reside en un departamento que no está en el eje La Paz, Cochabamba y Santa Cruz).

En conclusión, lo que indica es que, es menos probable que una PVV que reside en el eje La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, se sienta culpable o, a veces, no sienta valioso o esconda a los demás que tiene VIH; alternativamente, se puede interpretar como, es probable que una PVV que residen en otro departamento (fuera del eje La Paz Cochabamba y Santa Cruz), se sienta culpable, a veces, no se sienta valioso/a y esconda a los demás que tiene VIH.

- La variable G55. Pertenece al grupo HSH/Gay/Bisexual (Hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual), contribuye a explicar las variables: D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a, D20d. Me da vergüenza tener VIH y D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH; cuyos valores Odd oscilan entre 0,60 y 0,75, indicando probabilidad negativa en todos los casos, es decir que expresan la reducción de la probabilidad o riesgo del efecto.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1= HSH/ Gay/Bisexual (Hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual) y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

Dado que se trata de una probabilidad negativa, la medida de la probabilidad es inversa (1/Odd) y se puede interpretar de dos maneras: como reducción de la probabilidad en la categoría de referencia o, en su defecto, como probabilidad positiva trasladada a la segunda categoría 2=No (No pertenece al grupo Hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual).

En conclusión, lo que indica es que, es menos probable que una PVV que pertenece al grupo HSH/Gay/Bisexual (Hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual), se sienta sucio/a, sienta vergüenza o esconda a los demás que tiene VIH.

Alternativamente, se puede interpretar como, es probable que una PVV que no pertenece al grupo Hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, se sienta sucio/a, sienta

vergüenza o esconda a los demás que tiene VIH, comparada con una PVV que si pertenece al grupo.

- La variable A12a. Pertenece a una minoría racial, étnica, religiosa, contribuye a explicar las variables: D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a y D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH; cuyos valores Odd oscilan entre 0,50 y 0,51, indicando probabilidad negativa en todos los casos, es decir que expresan la reducción de la probabilidad o riesgo del efecto.

Las categorías de referencia para la asociación son: en la variable independiente, 1=Si (Pertenece al grupo de personas con alguna discapacidad) y en las variables dependientes, 1=De acuerdo/Si (expresiva de la manifestación de baja autoestima producto del estigma VIH).

Dado que se trata de una probabilidad negativa, la medida de la probabilidad es inversa (1/Odd) y se puede interpretar de dos maneras: como reducción de la probabilidad en la categoría de referencia o, en su defecto, como probabilidad positiva trasladada a la segunda categoría 2=No (No pertenece al grupo de personas con alguna discapacidad).

En conclusión, lo que indica es que, es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con alguna discapacidad, sienta que es difícil decirles a las demás personas que tiene VIH o esconda a los demás que tiene VIH.

Alternativamente, se puede interpretar como, es probable que una PVV que no pertenece al grupo personas con discapacidad, comparada con una PVV que si pertenece al grupo.

5.6.4.2. Resumen D20

- La variable D20, indaga respecto del efecto del VIH en la autoestima o la dignidad de las PVVs; trata de los sentimientos internos y profundos ante el hecho de haber contraído el VIH y el peso del estigma en las PVVs.
- Se indaga sobre seis sentimientos específicos que pueden ser distribuidos en dos grupos: (i) la dificultad de decir esconder a otras personas que se tiene VIH y, (ii) sentimientos profundos de pérdida de autoestima como, sentir que no se tiene valor, culpa, vergüenza o sentirse sucio/a.
- En el análisis descriptivo, se muestra que los sentimientos más importantes son los de considerar que es difícil decirles a las demás personas que se tiene VIH y ocultar a los demás que se tiene VIH que muestran proporciones de 85% y, entre los sentimientos profundos de pérdida de autoestima, resalta el sentimiento de culpa con 51%, luego siguen los sentimientos de vergüenza (44%), no sentirse valioso (43%) y, finalmente, sentirse sucio/a (33%).
- En el análisis inferencial, se abordó, primero, el análisis de respuestas múltiples con los siguientes resultados:
 - 897 casos, 95% de las PVVs encuestadas reaccionó afirmativamente a la batería de frases y, solamente, 5% lo hizo negativamente, es decir que no manifestó ninguno de los sentimientos de baja autoestima.
 - De los 897 casos, 20% experimentó todos los sentimientos de pérdida de autoestima; en tanto que 10% experimentó solo un sentimiento de pérdida de autoestima y 70% entre 2 y 5 sentimientos.
- En la distribución de las respuestas múltiples por cada variable, se observó que;
 - 90% de los 897 casos, contestó en las variables referidas a la dificultad para decir y esconder a los demás que se tiene VIH y 81% contestó afirmativamente en ambas variables.
 - Con relación a las variables que reflejan los sentimientos más profundos de pérdida



de autoestima, 54% experimento el sentimiento de culpa, seguido de los sentimientos de vergüenza y, a veces no sentirse valioso con 46% y, finalmente, el sentirse sucio/a con 35%.

- También, se observó que existen dos tipos de variables: sentimientos (D20b, D20c, D20d y D20e) y actitudes (D20a y D20f) y que, a partir de los sentimientos, se puede explicar las actitudes. Se comprobó la asociación estadística y se realizó la estimación de riesgo con los siguientes resultados:
 - Los sentimientos explican las actitudes, todas con valores Odd que van de 2,9 a 6,6, indicando en todos los casos probabilidad positiva.
 - Se puede decir que los sentimientos de vergüenza, culpa, desvalorización y sentirse sucio/a, incrementan la probabilidad de actitudes como, esconder a los demás que se tiene VIH o tener dificultad para decirles a las personas que se es seropositivo.
- Para completar el análisis inferencial, se realizó el análisis de asociación de las variables D20 con variables de la sección A, con la finalidad de establecer si las respuestas referidas a la pérdida de autoestima, pueden ser explicadas por determinadas variables sociales.
- Los resultados fueron que todas las variables D20 tienen asociación significativa, al menos, con una variable social. Los resultados por número de interacciones son:

Número de interacciones entre las variables							
	D20a	D20b	D20c	D20d	D20e	D20f	Total
A0			A0		A0	A0	3
A1			A1		A1		2
A3		A3		A3	A3		3
A9	A9	A9	A9	A9	A9	A9	6
G55		G55		G55		G55	3
A12a		A12a	A12a	A12a	A12a		4
A12b		A12b	A12b		A12b		3
A12c	A12c					A12c	2
A12f							0
A12g							0
Total	2	5	5	4	6	4	26

- En el análisis de estimación de riesgo se obtuvo los siguientes resultados:

Valores de Odd ratio						
	D20a	D20b	D20c	D20d	D20e	D20f
A0			0,53		0,37	0,38
A1			2,07		1,50	
A3		1,58		1,40	1,56	
A9	1,79	1,97	1,51	1,53	1,64	1,66
G55		0,60		0,75		0,62
A12a		1,71	1,58	1,55	1,74	
A12b		1,48	1,37		1,37	
A12c	0,51					0,50

- D20e. A veces no me siento valioso/a porque tengo VIH
 - Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo de que a veces no se sienta valiosa por tener VIH.
 - Cuanto más joven es la PVV, mayor es el riesgo de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH.
 - Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otro tipo de identidad, incrementa el riesgo de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH.

- Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que a veces no se sienta valiosa, por tener VIH.
- Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH.
- Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de que, a veces, no se sienta valiosa, por tener VIH.
- D20b. Tener VIH me hace sentir sucio/a:
 - Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otra identidad, incrementa el riesgo de que se sienta sucia, por tener VIH.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que se sienta sucia, por tener VIH.
 - Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, se sienta sucia por tener VIH.
 - Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que se sienta sucia, por tener VIH.
 - Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de que se sienta sucia, por tener VIH.
- D20c. Me siento culpable por tener VIH:
 - Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.
 - Cuanto más joven es la PVV, mayor es el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.
 - Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que se sienta culpable, por tener VIH.
 - Que una PVV forme parte de una comunidad indígena, incrementa la probabilidad de que se sienta culpable, por tener VIH.
- D20d. Me da vergüenza tener VIH:
 - Que una PVV tenga una identidad de género como mujer, transexual u otra identidad, incrementa el riesgo de que se sienta vergüenza, por tener VIH.
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que sienta vergüenza, por tener VIH.
 - Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, sienta vergüenza por tener VIH.
 - Que una PVV pertenezca a una minoría racial, étnica o religiosa, incrementa el riesgo de que sienta vergüenza, por tener VIH.
- D20f. Les escondo a los demás que tengo VIH:



- Que una PVV resida en otro departamento, fuera del eje LP-CB-SC, incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.
- Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.
- La pertenencia al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, gay o bisexual, incrementa el riesgo de que esconda a las demás personas que tiene VIH.
- Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad, esconda a las demás personas que tiene VIH.
- D20a. Es difícil decirles a las personas que soy seropositivo/a:
 - Cuanto menor es el nivel educativo de una PVV, se incrementa el riesgo de que le sea difícil decirles a las personas que es seropositivo.
 - Es menos probable que una PVV que pertenece al grupo de personas con discapacidad, le sea difícil decirles a las personas que es seropositivo.

5.8. SECCIÓN F. EXPERIENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

Esta sección contiene 5 bloques: Bloque 1 (E21-E24) Sobre la Prueba VIH; Bloque 2 (E25-E34) Sobre el tratamiento; Bloque 3 (E35-E37) Sobre el Estado de Salud; Bloque 4 (E38-E45) Sobre Servicios de Salud; Bloque 5 (E46-E47) Sobre Salud Sexual y Reproductiva.

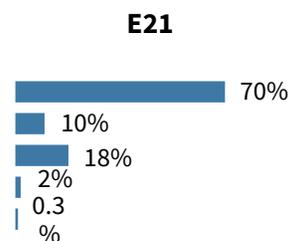
5.8.1. Sobre la Prueba VIH (E21-E24)

La Sección inicia indagando sobre cómo, las PVVs, tomaron la decisión de hacerse la prueba serológica de VIH, luego, las razones por las que se hizo la prueba, el tiempo que les tomó decidir y, finalmente, si tuvo dudas de realizarse la prueba por miedo a la reacción de las otras personas.

5.8.1.1. Cómo se tomó la decisión de realizarse la prueba VIH

La siguiente tabla muestra cómo tomaron las decisiones:

E21. ¿Tú mismo decidiste hacerte la prueba del VIH, cuando te salió reactivo/positivo?		
Sí, yo lo decidí	661	70%
No, otras personas me presionaron	94	10%
No, me hicieron la prueba sin que yo lo supiera	166	18%
No, me obligaron a hacerme la prueba del VIH sin mi consentimiento	21	2%
No, nací con VIH o lo adquirí durante mi infancia/niñez	3	0,3%
Total	945	100%



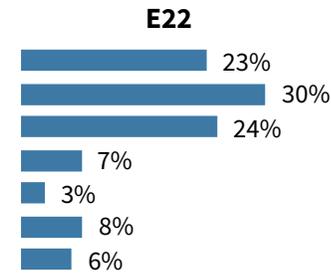
Se observa que 70% se hizo la prueba VIH por decisión propia, 18% expresó que se le hizo la prueba sin que lo supiera, 10% se hizo la prueba por presión, a 2% le hizo la prueba de manera forzada y, finalmente, 0,3% nació con VIH o lo adquirió en su niñez.

5.8.1.2. La razón principal por la que se hizo la prueba VIH

En la siguiente tabla se muestra la razón principal que condujo a hacerse la prueba VIH. Cabe aclarar que, en esta pregunta, se encuestó solo a las PVVs que en la anterior pregunta contestó 'Sí, yo lo decidí' (661 casos) y 'No, otras personas me presionaron' (94 casos), pues, son las que, de alguna manera, tomaron la decisión de hacerse la prueba VIH y, en consecuencia, son la que pueden expresar las razones de la decisión (755 casos).

E22. ¿Cuál es la razón principal por la que te hiciste la prueba de VIH?

Recomendación de proveedor de servicios de salud por otra atención médica	170	23%
Creí que estaba en riesgo de haber adquirido VIH	224	30%
Estaba enfermo y pensé que podía estar relacionado con el VIH	180	24%
Como parte de o debido a un programa comunitario	55	7%
Porque era obligatorio	22	3%
Porque quería saber	57	8%
Por otras razones	47	6%
Total	755	100%



Se observa que 30% tomó la decisión de hacerse la prueba VIH porque sospechaba que podía haber adquirido VIH, 24% porque estaba enfermo, 23% por recomendación en un servicio de salud, 8% porque quería saber, 7% como parte de un programa comunitario, 3% porque era obligatorio y, finalmente, 6% por otras razones.

Las respuestas: recomendación en un servicio de salud, como parte de un programa comunitario y porque era obligatorio, llevan a pensar que 33% de las decisiones que tomaron las PVVs, motu proprio o por presión, fueron motivadas por acción o influencia de instituciones que, de una u otra manera, están relacionadas con la problemática del VIH.

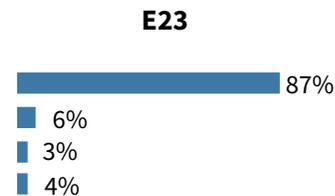
Asimismo, 62% de las decisiones tienen su motivación en la sospecha personal de haber adquirido el VIH.

5.8.1.3. Tiempo transcurrido para hacerse la prueba

La siguiente tabla muestra el tiempo que tomó, a la PVV, tomar la decisión de hacerse la prueba VIH.

E23. ¿Cuánto tiempo pasó entre el momento en el que pensaste hacerte una prueba de VIH y el momento en el que te la hiciste por primera vez?

6 meses o menos	654	87%
Más de 6 meses a 2 años	48	6%
Más de 2 años	24	3%
No lo sé/No lo recuerdo	29	4%
Total	755	100%



Se observa que 87% tomó la decisión dentro del rango de 6 meses, desde el momento en que se planteó la necesidad de realizar una prueba VIH, 6% lo hizo entre 6 meses y 2 años, 3% tardó más de 2 años y 4% no recuerda el tiempo que tardó en ejecutar la decisión.

5.8.1.4. Duda de hacerse la prueba por miedo

La siguiente tabla muestra si la PVV tuvo no dudas de hacerse la prueba por miedo a la reacción de las otras personas con las que tiene relación familiar, de amistad o laboral.

E24. ¿El miedo a la reacción de otras personas (familiares, amigos, jefes o comunidades) si el resultado era positivo te hizo dudar sobre hacerte la prueba?

Sí	364	48%
No	391	52%
Total	755	100%



Como se puede observar, 52% expresó que no tuvo miedo a la reacción de las otras personas, sean familiares, amistades, jefes o comunidades; en tanto que 48% tuvo dudas a raíz del miedo a la reacción de las otras personas.

5.8.1.5. Resumen

Los resultados importantes en este acápite, son:

- 70% de la muestra se hizo la prueba VIH por decisión propia; en tanto que, 30% de la muestra, se hizo la prueba por presión, de manera forzada o fue sin que lo supieran.
- 49% de la muestra, se hizo la prueba VIH, motivado por sospecha personal y, en menor medida, 26% de la muestra, por influencia de alguna institución relacionada, sea servicio de salud o programa comunitario.
- 69% de la muestra, se hizo la prueba VIH en un tiempo máximo 6 meses.
- 41% de la muestra no tuvo dudas para hacerse la prueba por miedo a la reacción de otras personas como familiares, amistades, jefes o comunidades; en tanto que, 36% de la muestra, manifestó dudas.

También, debe prestarse atención a respuestas las minoritarias:

- 15% de la muestra, fue reticente a realizarse la prueba, algunos, lo hicieron por presión o de manera forzada, otros, porque era obligatorio.
- 5% de la muestra, dilató su decisión de hacerse la prueba VIH hasta seis meses y, otro 6% de la muestra dilató su decisión entre seis meses a más de dos años.
- 38% de la muestra, tuvo dudas para decidir hacerse la prueba VIH, por temor a la reacción de familiares, amistades, jefes o su comunidad.

5.8.2. Sobre el Tratamiento del VIH (E25-E34)

En este acápite se indaga sobre si la PVV está en tratamiento con antirretrovirales, si tuvo dudas sobre el tratamiento por temor a que otras personas se enteren de su estatus VIH, si la decisión de tomar el tratamiento fue propia, si interrumpió el tratamiento y si fue debido al estigma.

5.8.2.1. Tratamiento: decisión y dudas (E25-E30)

La siguiente tabla muestra si la cantidad y proporción de PVVs que están o no en tratamiento para controlar el VIH.

E25. ¿Estás o has estado en tratamiento para el VIH?			E25	
Si	916	97%	97%	
No	29	3%	3%	
Total	945	100%		

Del total de la muestra, 97% (916 casos), ha expresado que está o estuvo en tratamiento; en tanto que, una mínima proporción 3%, dijo que no está ni estuvo en tratamiento para controlar el VIH.

La E26, trata sobre las dudas que pudo tener, la PVV, para tomar la decisión de realizar el tratamiento, tomadas con base en una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente las dudas que tuvieron las PVVs.

La siguiente tabla muestra la cantidad de PVVs que respondió en cada una de las variables.

E26. Numero de respuestas, por variable				E26	
0 variables	224	24%	Solo afirmativas	72%	
1 variable	93	10%	93	13%	
2 a 4 variables	521	55%	521	15%	
5 variables	107	11%	107	15%	
Total	945	100%	721	100%	

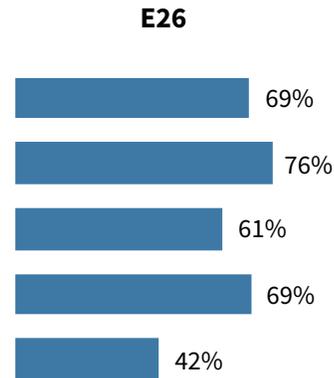
Un primer dato es que 24% contestó negativamente en todas las variables, es decir, que no tuvo dudas para iniciar el tratamiento; en tanto que 76% (721 PVVs) contestó afirmativamente respecto a haber tenido dudas para iniciar el tratamiento. De las respuestas afirmativas, 72% contestó en 2 a 4 variables, expresando varias razones simultáneas para dudar sobre el inicio del tratamiento, 15% respondió afirmativamente en todas las variables, es decir, tuvo todos los motivos para dudar y 13% contestó afirmativamente en una sola variable, expresando solamente un motivo de duda para iniciar el tratamiento.

A continuación, se presenta la distribución de las respuestas múltiples afirmativas por cada variable.

E26. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el tratamiento para el VIH? (n=721, representa 76% de la muestra)

E26a. Me preocupaba que mi pareja, familia o amigos/as se enteren de mi estatus	497	69%
E26b. Me preocupaba que otras personas (además de mi familia y amigos/as) se enteren de mi estatus	547	76%
E26c. No estaba preparado/a para hacer frente a mi infección por VIH	439	61%
E26d. Me daba miedo que los trabajadores de salud* me trataran mal o divulgaran mi estatus sin mi consentimiento	499	69%
E26e. Tuve una mala experiencia previa con un(a) trabajador(a) de salud	304	42%

*(doctores, enfermeros/as y personal)



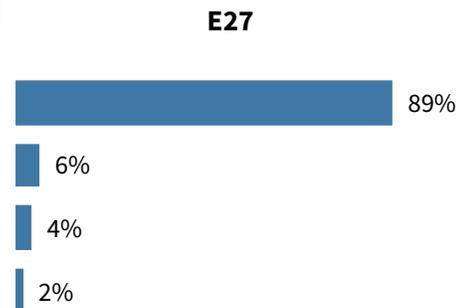
A continuación, se expone los motivos por orden de importancia:

- El motivo más importante, para dudar sobre el inicio del tratamiento, es que las otras personas que no son cercanas a la PVV se enteren de su estatus VIH en el que confluyeron 547 PVVs que representan 76% de del total de PVVs que respondieron afirmativamente y 58% de la muestra;
- El segundo motivo, en importancia, es el miedo a que los trabajadores de salud (doctores, enfermeros/as y personal) les traten mal o divulguen su estatus VIH sin su consentimiento, son 499 casos que representan 69% de los que contestaron afirmativamente y 53% de la muestra;
- El tercer motivo de duda, es la preocupación (¿o temor?) a que las personas cercanas (pareja, familiares y amistades) se enteren de su estatus VIH, son 497 casos que representan 69% de los que contestaron afirmativamente y 52% de la muestra;
- El cuarto motivo, es que no estaba preparado para hacer frente a la infección, son 439 casos que representan 61% de los que contestaron afirmativamente y 46% de la muestra;
- El quinto motivo de duda para iniciar el tratamiento, es que se tuvo mala experiencia previa con algún personal de salud, son 304 casos que representan 42% de los que respondieron afirmativamente y 32% de la muestra.

La siguiente tabla muestra cómo, las PVVs, tomaron la decisión de iniciar el tratamiento.

E27. ¿Tú mismo/a decidiste empezar a tomar antirretrovirales o te presionó alguien a hacerlo?

Me explicaron los beneficios de hacerlo y empecé tan pronto como me lo ofrecieron	815	89%
Cuando me ofrecieron el tratamiento, decidí esperar y empecé más adelante	51	6%
Me sentí presionado/a empezar tratamiento por el personal de salud	34	4%
Otras razones	16	1%
Total	916	100%



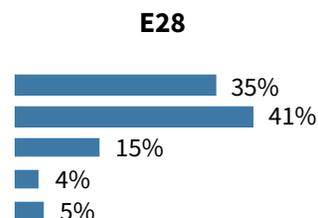
Como se puede ver, 89% contestó que, una vez recibida la explicación sobre los beneficios del tratamiento, comenzó tan pronto como se lo ofrecieron; 6% decidió esperar y empezar más adelante, 4% de las PVVs se sintió presionada por el personal de salud a iniciar el tratamiento y, finalmente, 1% decidió comenzar el tratamiento por otras razones.

En general, se puede decir que 95% de las PVVs, decidió iniciar el tratamiento por voluntad propia y, solo 4%, lo hizo porque se sintió presionada por el personal de salud.

La siguiente tabla muestra el tiempo en el que iniciaron el tratamiento después de haber sido diagnosticados/as como portadores de VIH.

E28. Tras ser diagnosticado/a con VIH ¿cuánto tiempo pasó antes de empezar a tomar antirretrovirales?

Inmediatamente – o el mismo día que fui diagnosticado/a	312	35%
Entre 1 día a un mes (30 días) después de ser diagnosticado/a	370	41%
Entre 1 mes a 6 meses después de ser diagnosticado/a	132	15%
Entre 6 meses a 2 años después de ser diagnosticado/a	39	4%
Entre 2 años después de ser diagnosticado/a	46	5%
Total	899	100%



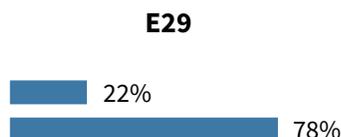
Un primer dato a tomar en cuenta es que solo 899 de 916 respondieron la pregunta, de éstas 41% dijo que inició el tratamiento dentro del rango de un mes después de ser diagnosticada, 35% lo hizo inmediatamente, 15% tardó entre un mes a seis meses, 5% lo hizo más de dos años después del diagnóstico y, finalmente, 4% lo hizo en el rango de seis meses a dos años.

Siguiendo el acumulado, 76% inició el tratamiento, a más tardar, en un mes, 91% en un máximo de seis meses.

La siguiente tabla muestra si, debido al miedo a que su estatus VIH sea conocido, la PVV dejó de tomar una dosis, en el último año.

E29. En los últimos 12 meses ¿el miedo a que alguien se enterara de tu estatus de VIH te hizo dejar de tomar una dosis de antirretrovirales?

Sí	206	22%
No	710	78%
Total	916	100%

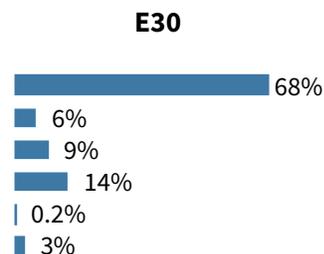


Como se puede ver, 78% contestó que no dejó de tomar una dosis por miedo a que alguien se enterara de su estatus VIH; en tanto que 23% afirmó que, en los últimos doce meses, sí dejó de tomar una dosis por temor a que alguien se enterara de su estatus VIH.

La siguiente tabla muestra información sobre si la PVV tiene carga viral indetectable.

E30. ¿Tu última prueba de carga viral en los últimos 12 meses muestra que eres indetectable?

Sí	622	68%
No, No me he hecho una prueba de carga viral en los últimos 12 meses	53	6%
No, Me hice una prueba de carga viral y estoy esperando los resultados	82	9%
No, El virus es detectable/Mi carga viral no está suprimida	132	14%
No, Nunca me he hecho una prueba de carga viral	2	0,2%
No sé lo que son la carga viral ni la supresión viral	25	3%
Total	916	100%



Como se puede observar, de las 916 PVVs que declararon haber iniciado el tratamiento, por orden de importancia:

- 68% de las PVVs que han optado por tomar el tratamiento con antirretrovirales, afirma que, en sus pruebas de carga viral de los últimos doce meses, se muestra que son indetectables, lo que significa que el tratamiento fue eficaz, pero, al mismo tiempo, representa un riesgo, ya que, al ser indetectables, es posible que algunas PVVs suspendan el tratamiento;
- 14% afirma que su carga viral no está suprimida, es decir que el tratamiento no fue eficaz;
- 9% no sabe aún, porque está esperando el resultado de su prueba de carga viral;
- 6% no se hizo la prueba de carga viral;
- 3% ignora de qué se trata una prueba de carga viral;
- 0,2% nunca se hizo una prueba de carga viral.

5.8.2.2. Suspensión e interrupción del tratamiento (E31-E34)

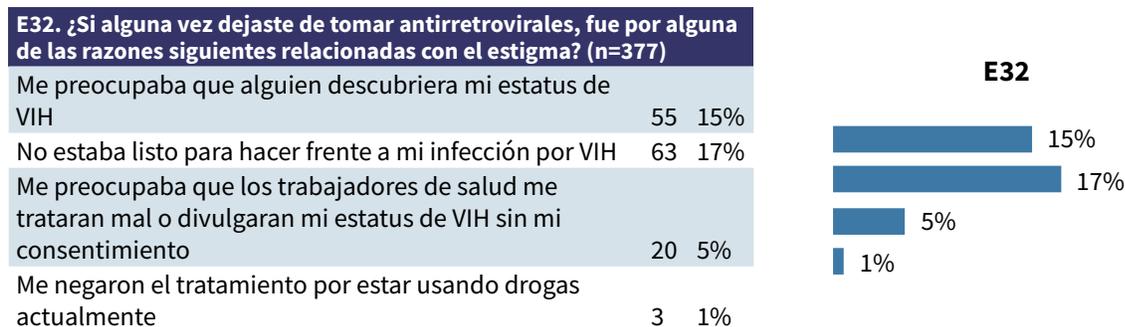
En este acápite se analizará si se suspendió o interrumpió el tratamiento, las razones para la interrupción o suspensión y si se debió al estigma.

La siguiente tabla muestra si la PVV suprimió alguna vez el tratamiento con antirretroviral.



Se puede observar que 57% no interrumpió nunca el tratamiento con antirretrovirales, 41% si suprimió alguna vez el tratamiento y, finalmente, 2% no recuerda si alguna vez suprimió el tratamiento.

La siguiente tabla muestra la cantidad de PVVs que interrumpió su tratamiento debido al estigma.

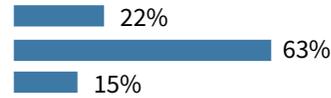


De las 377 PVVs que, en la pregunta E31, afirmaron que alguna vez interrumpieron su tratamiento con antirretrovirales, 17% lo hizo porque no estaba listo para hacer frente a la infección, 15% porque le preocupaba que alguien se enterara de su estatus VIH, 5% porque le preocupaba que los trabajadores de salud lo trataran mal o difundieran su estatus sin su consentimiento y, por último, 1% porque le negaron el tratamiento por haber estado usando drogas.

La E33, trata sobre las dudas que pudo tener la PVV para tomar la decisión de reiniciar el tratamiento después de haberlo interrumpido, tomadas con base en una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente las dudas que tuvieron las PVVs.

E33. Si alguna vez has interrumpido el tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio?

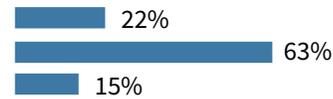
0 variables	712	75%	Solo Si	
1 variable	51	5%	51	22%
2 a 4 variables	146	15%	146	63%
5 variables	36	4%	36	15%
Total	945	100%	233	100%



La E33, abarca al total de la muestra, lo que lleva a cierta confusión al momento de interpretar los datos. Hasta la pregunta E32 se siguió una lógica selectiva: del total de la muestra (945) 916 casos dijeron que están en tratamiento, de éstos, 377 que alguna vez interrumpió su tratamiento, de modo que interpretar que los 712 casos que aparece en '0 variables' y representan 75%, como que no tuvo dudas para reiniciar el tratamiento, sería erróneo. Para corregir esta imprecisión, se ha calculado los resultados sobre 377 casos que son los que alguna vez interrumpieron su tratamiento. La nueva tabla es como sigue:

E33. Si alguna vez has interrumpido el tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio?

0 variables	144	38%	Solo Si	
1 variable	51	14%	51	22%
2 a 4 variables	146	39%	146	63%
5 variables	36	10%	36	15%
Total	377	100%	233	100%



Como se puede apreciar, 144 PVVs que representan 38% de las PVVs que interrumpió alguna vez el tratamiento, contestó negativamente en todas las variables (0 variables), es decir que no manifestó ninguna duda para reiniciar su tratamiento; en tanto que 233 PVVs que representan 62% expresó que sí tuvo dudas para reiniciar el tratamiento.

De estos 233 casos, 22% respondieron afirmativamente en 1 sola variable, es decir que solo tuvieron un motivo para dudar, 15% respondió afirmativamente en todas las variables, expresando todos los motivos para dudar y 63% manifestó entre 2 a 4 motivos de duda.

A continuación, se expone la distribución de las respuestas múltiples afirmativas por cada una de las variables.

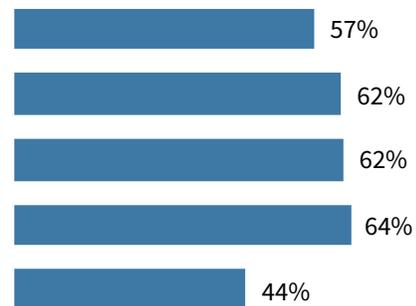
E33. Si alguna vez has interrumpido tus cuidados o tratamiento del VIH ¿alguna de las siguientes afirmaciones te hizo dudar, retrasar o evitar el reinicio de estos? (n=233 casos)

E33a. Me preocupaba que mi pareja, familia o amigos se enteren de mi estatus	132	57%
E33b. Me preocupaba que otras personas* se enteren de mi estatus	144	62%
E33c. No estaba preparado/a para hacer frente a mi infección por VIH	145	62%
E33d. Me daba miedo que los trabajadores de salud** me trataran mal o divulgaran mi estatus sin mi consentimiento	149	64%
E33e. Tuve una mala experiencia previa con un trabajador de salud	102	44%

* (además de mi familia y amigos)

** (doctores, enfermeras y personal)

E33



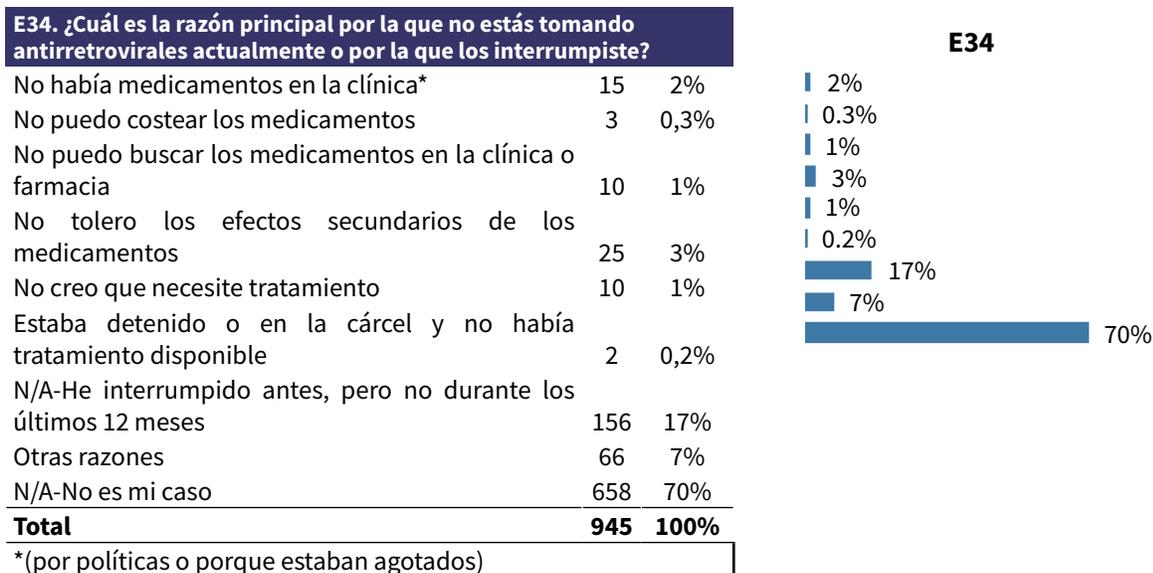
De los 233 casos que manifestaron haber tenido motivos para dudar sobre el reinicio del tratamiento:

- 64% tuvo dudas por miedo a que los trabajadores de salud, los traten mal o divulguen su estatus VIH,

- 62% expreso que su duda se debía a que no estaba preparado para hacer frente a la infección,
- 62% dudó porque tenía miedo que otras personas se enteren de su estatus VIH,
- 54% tuvo dudas porque le preocupaba que su pareja, familia o amistades se enteren de su estatus VIH,
- 44% tuvo dudas porque tuvo mala experiencia previa con un trabajador de salud.

Se debe remarcar que, nuevamente, se expresa que la desconfianza en los servicios de salud, constituye uno de los mayores problemas para las PVVs.

La siguiente tabla muestra la razón principal por la que, en la actualidad, algunas PVVs, no están tomando antirretrovirales.



Los datos muestran que del total de la muestra (945 casos), al momento de la encuesta:

- 2% no está tomando antirretrovirales porque no había medicamentos en la clínica,
- 0,3% ha interrumpido su tratamiento porque no puede pagar el costo de los antirretrovirales,
- 1% dijo que no está tomando antirretrovirales, porque no puede buscar los medicamentos en la clínica o farmacia,
- 3% manifestó que no está tomando antirretrovirales, debido a los efectos secundarios,
- 1% dejó el tratamiento porque cree que no necesita el tratamiento,
- 0,2% porque estaba detenido en la cárcel y no tenía el tratamiento a disposición,
- 7% arguyó otras razones,
- 17% dijo que suspendió su tratamiento antes, pero no durante los últimos 12 meses
- 70% dijo que no es su caso

En resumen,

- En general, 131 casos que representan 14% de la muestra, dijo que, al momento de la encuesta, no estaba tomando antirretrovirales o, lo que es lo mismo, había interrumpido su tratamiento.
- 30 casos que representan 3,5% de la muestra, tuvo problemas de acceso a los antirretrovirales.

- 17% contestó que había interrumpido antes pero no en los últimos 12 meses, es decir que, actualmente, está siguiendo el tratamiento.
- 70% dijo que no es su caso (¿?).

Sin embargo, no se tiene información del tiempo que llevan sin tomar antirretrovirales, lo que restringe la inferencia de indicadores de incidencia.

5.8.2.3. Resumen

Con relación al inicio del tratamiento:

- 97% de la muestra (916 casos), está en tratamiento con antirretrovirales;
- De este conjunto, 95% decidió iniciar el tratamiento por voluntad propia y, solo 4%, lo hizo porque se sintió presionada por el personal de salud.
- No obstante, esta actitud decidida para iniciar el tratamiento, 76% tuvo dudas o preocupaciones, tales como, la preocupación que se enteren de su estatus VIH personas ajenas (76%) o las personas cercanas (69%), también el miedo a recibir mal trato del personal de salud o que éstos difundan su estatus VIH (69%) y el no estar preparado para hacer frente a la infección (61%), contribuyeron a retrasar el inicio de su tratamiento.
- En consecuencia, 35% comenzó el tratamiento inmediatamente, 41% tardó entre un día a un mes, 15% lo hizo entre un mes a seis meses. Se puede decir que 91% empezó su tratamiento en el plazo máximo de seis meses.
- 78% de las PVVs que inició el tratamiento, afirmó que, en los últimos 12 meses, no dejó de tomar su dosificación, debido al miedo a que otras personas se enteren de su estatus VIH.
- Finalmente, 68% indicó que, sus análisis de carga viral de los últimos doce meses, dieron el resultado de indetectable, lo que significa que el tratamiento fue eficaz; contrariamente, 14% dijo que su carga viral no fue suprimida.

Con relación a la interrupción del tratamiento:

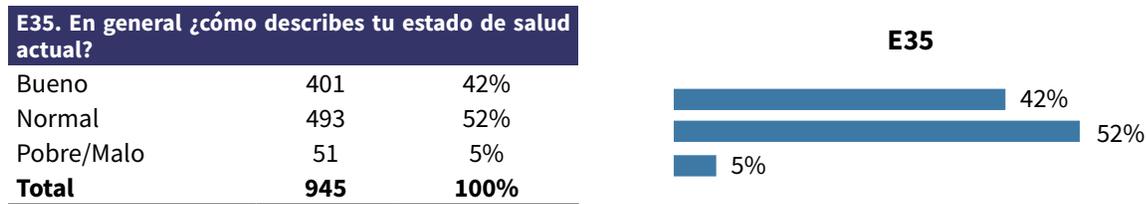
- 41% (377 casos de los 916 que inició el tratamiento) interrumpió o suprimió su tratamiento y, lo hizo por diversas razones, tales como, porque no estaba listo para hacer frente a la infección (17%), le preocupaba que alguien se entere de su estatus VIH (15%), porque le preocupaba que los trabajadores de salud lo trataran mal o difundieran su estatus sin su consentimiento (5%) y, una mínima parte, porque le negaron el tratamiento por haber estado usando drogas (1%)
- De este conjunto que interrumpió el tratamiento, 38% reinició su tratamiento sin dudas; en tanto que 62% experimentó dudas que retrasó el reinicio de su tratamiento, tales como, el miedo a que los trabajadores de salud, los traten mal o divulguen su estatus VIH (64%), no estaba preparado/a para hacer frente a la infección (62%), el miedo que otras personas se enteren de su estatus VIH (62%), le preocupaba que su pareja, familia o amistades se enteren de su estatus VIH (54%) y porque tuvo una mala experiencia previa con un trabajador de salud (44%).
- Finalmente, 131 casos que representan 14% de la muestra, dijo que, al momento de la encuesta, no estaba tomando antirretrovirales y, lo hizo por diversas razones, tales como, los efectos secundarios de los antirretrovirales (3% de la muestra), no había medicamentos en la clínica (2% de la muestra), no puede buscar los medicamentos en la clínica o farmacia (1% de la muestra), otro tanto, cree que no necesita el tratamiento (1% de la muestra), no puede pagar el tratamiento (0,3% de la muestra).

5.8.3. Sobre el estado de salud actual de las PVVs (E35-E37)

En este acápite, se indaga sobre cómo califican las PVVs su estado actual de salud y las enfermedades contraídas, asociadas con la infección VIH.

5.8.3.1. Estado de salud

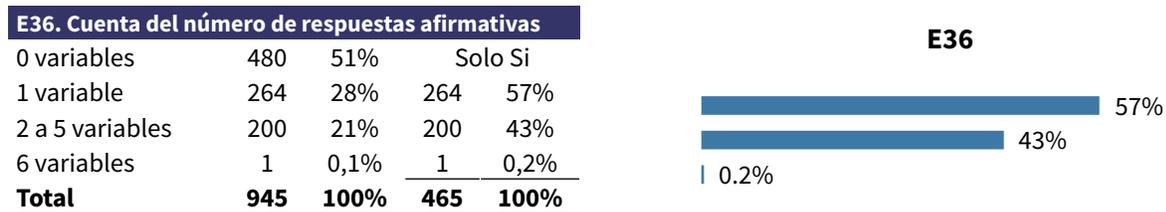
La siguiente tabla muestra la percepción de las PVVs sobre el estado actual de su salud.



Como se observa, 52% califica su estado de salud como normal, 42% dice que su estado de salud es bueno; en tanto que, 5% de la muestra, califica su estado actual de salud como pobre o malo.

5.8.3.2. Enfermedades asociadas al VIH

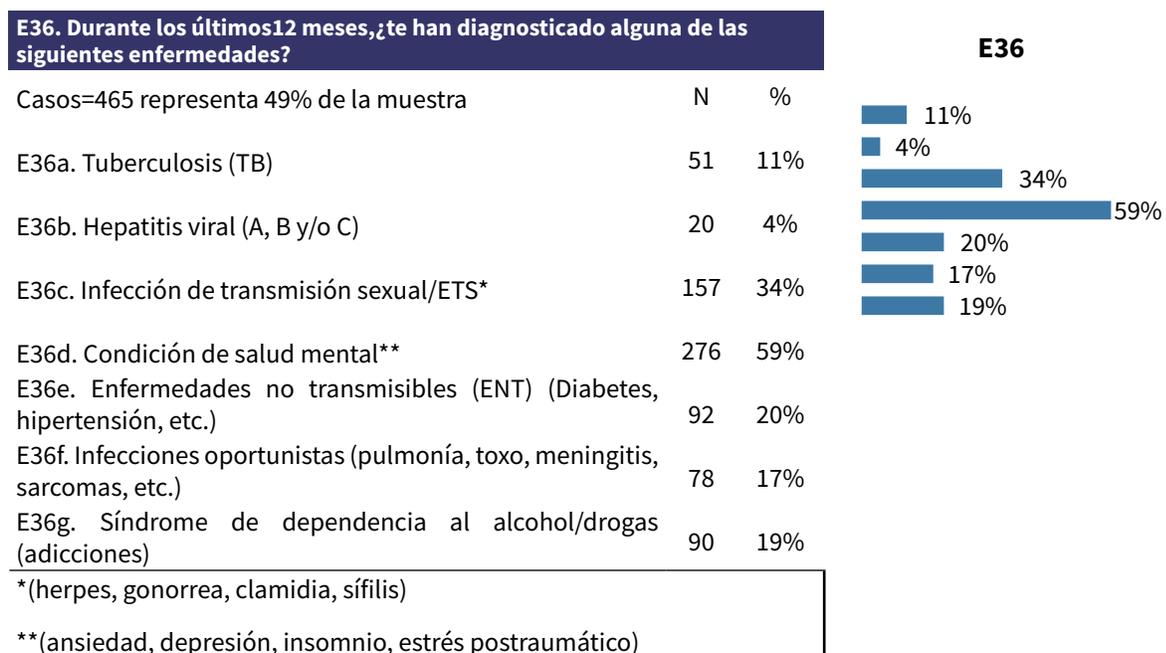
La E36, trata sobre las enfermedades contraídas, asociadas al VIH, tomadas con base en una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente la morbilidad asociada que sufrieron las PVVs.



La tabla precedente muestra que 51% respondió negativamente en todas las variables, es decir, no fue diagnosticada con ninguna enfermedad asociada con el VIH; en tanto que 49% reportó que, en los últimos doce meses, sí fue diagnosticada con alguna de las enfermedades asociadas con el VIH.

De las PVVs que respondieron afirmativamente (465 casos), 57% (264 casos) fue diagnosticada con una enfermedad, 43% (200 casos) reportó diagnósticos entre 2 a 5 enfermedades y, en un solo caso, la PVV dijo que padeció todas las enfermedades.

La distribución de las respuestas afirmativas por variable o enfermedad, se muestra en la siguiente tabla.



Por orden de importancia:

- El primer dato a tomar en cuenta, es que, 49% de las PVVs de la muestra (465 casos), dijo que fue diagnosticada con algún tipo de enfermedad asociada con el VIH.
- En 59% de los casos señalaron que fueron diagnosticados con afecciones a la salud mental, como, ansiedad, depresión, insomnio y/o estrés postraumático.
- 34% sufrieron enfermedades de transmisión sexual (ETS), como, herpes, gonorrea, clamidia, sífilis u otras.
- 20% padecen enfermedades no transmisibles, como, diabetes, hipertensión u otras.
- 19% sufren el síndrome de dependencia al alcohol y/o drogas.
- 17% fue diagnosticada con infecciones oportunistas, como, pulmonía, toxoplasmosis, meningitis, sarcomas u otras.
- 11% reportó diagnóstico de tuberculosis (TB).
- 4% fue diagnosticada con hepatitis viral (A, B y C).

5.8.3.3. Acceso a tratamiento para las enfermedades asociadas

La siguiente tabla muestra si a la PVV se le ofreció tratamiento para las enfermedades asociadas que contrajo.

E37. En los últimos 12 meses, ¿te han ofrecido tratamiento para las condiciones que te han diagnosticado según la E36?			E37	
Si	261	28%		28%
No	161	17%		17%
N/A - No me han diagnosticado ninguna de estas condiciones en los últimos 12 meses	523	55%		55%
Total	945	100%		

Como se puede apreciar, 28% de la muestra afirma que le fue ofrecido tratamiento para la/s enfermedad/es asociada con el VIH que contrajo, a 17% no se le ofreció tratamiento y, 55% de las PVVs, dijo que no fue diagnosticada con ninguna de las enfermedades citadas en la pregunta E36.

Este último dato, el de no haber sido diagnosticado durante los últimos doce meses, es contradictorio con el de dato de no diagnosticado de la pregunta E36. La siguiente tabla muestra la relación de las PVVs que, en la pregunta E36, dijo que fue diagnosticada y en la E37 que respondió que no fue diagnosticada. Esta divergencia, restringe la posibilidad de inferencia, por ejemplo, establecer tasas de tratamiento por enfermedad.

Contestó Si en la E36	N/A - No me han diagnosticado ninguna de estas condiciones en los últimos 12 meses en la E37
E36a	7
E36b	3
E36c	26
E36d	53
E36e	10
E36f	4
E36g	5

5.8.3.4. Resumen

En resumen, la mayor parte de las PVVs señala que su estado de salud es de normal a bueno, son 894 casos que representan 94% de la muestra y, 5% considera que su estado de salud es pobre o malo.

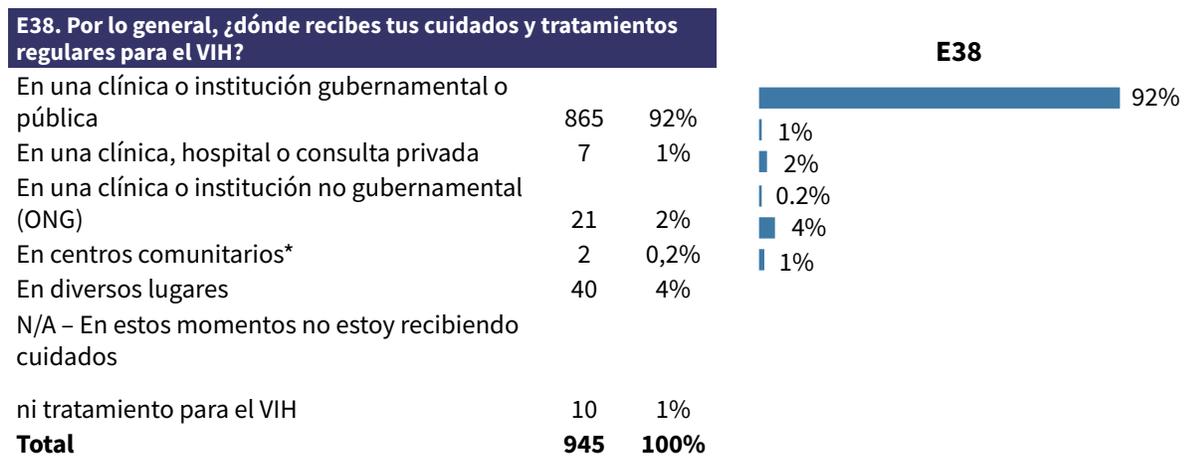
No obstante, esta percepción, casi la mitad de las PVVs, son 465 casos que representan 49% de la muestra reportan haber sido diagnosticados, durante los últimos doce meses, con algún tipo de enfermedad asociada a la infección con VIH. Las afecciones más importantes se refieren a la salud mental, como el padecimiento de ansiedad, depresión, insomnio o estrés postraumático que afecta a 276 PVVs que representan 59% de las que padecieron morbilidad y 29% de la muestra; luego, están las enfermedades virales y bacterianas que tienen efecto en el deterioro físico, son 139 casos que representan 32% de las que padecieron morbilidad y 16% de la muestra.

Finalmente, 28% de la muestra (261 casos), tuvo acceso a tratamiento para la/s enfermedad/es asociadas con la infección VIH.

5.8.4. Servicios de Salud para VIH (E38-E45)

En este acápite se analiza el acceso de las PVVs a los servicios de salud y la calidad de la atención en dichos servicios de salud.

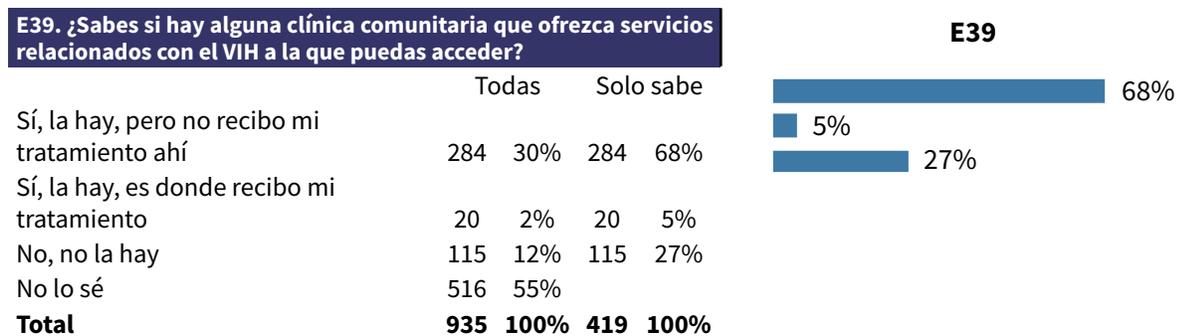
La siguiente tabla muestra el lugar donde la PVV recibe atención para el VIH.



*(como puntos de recogida dirigidos por grupos de poblaciones clave)

El 92% de las PVVs reciben cuidados y tratamientos regulares en una clínica o institución pública, 4% lo hace en diversos lugares (¿?), 2% en una clínica o institución no gubernamental, 1% en una clínica u hospital o consulta privada, 0,2% lo hace en un centro comunitario y, finalmente 1% dice que, en este momento, no está recibiendo cuidados ni tratamiento para el VIH.

La siguiente tabla muestra si la PVV sabe sobre algún centro comunitario.



Como se puede observar, del total de las PVVs encuestadas, 55% de la muestra (516 casos), no tiene información sobre ningún centro comunitario; en tanto que 45% de la muestra (419 casos) tiene información, sobre algún centro comunitario. De las PVVs que tienen información sobre algún centro comunitario:

- 68% sabe de la existencia de un centro comunitario, pero no recibe su tratamiento en ese lugar,
- 27% sabe que no hay una clínica comunitaria que ofrezca servicios relacionados con el VIH,
- 5% sabe que hay una clínica comunitaria y recibe su tratamiento en ese lugar.

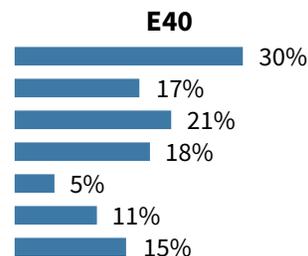
La siguiente tabla, muestra el conocimiento de las PVVs sobre los servicios que prestan los centros comunitarios.

E40. ¿Cuál de los siguientes servicios puedes recibir en la institución comunitaria?(n=945)

Información sobre el VIH	285	30%
Grupos de apoyo (Grupo de Ayuda Mutua-GAM)	157	17%
Asesoría/consejería para la adherencia al tratamiento	196	21%
Servicios y productos de prevención*	168	18%
Servicios de tratamiento para el VIH**	49	5%
Gestión de casos (seguimiento, vinculación, etc.,)	102	11%
Servicios de pruebas y atención del VIH (testeo de VIH, sífilis, hepatitis)	141	15%

*(talleres, entrega de condones y lubricantes, etc.,)

** (entrega de medicamentos, análisis, etc.)



172

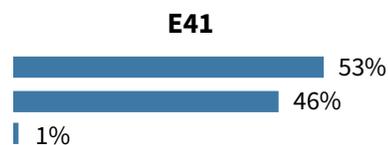
Por orden de importancia:

- 30% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir información sobre el VIH.
- 21% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir asesoría/consejería para la adherencia al tratamiento.
- 18% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir servicios de prevención, como, talleres, entrega de condones y lubricantes y otros similares.
- 17% sabe que, en la institución comunitaria, puede participar de grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua.
- 15% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir servicios de pruebas y atención de VIH, tales como, el testeo de VIH, sífilis, hepatitis y otras enfermedades asociadas.
- 11% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir apoyo en gestión de casos: seguimiento, vinculación y otros relacionados.
- 5% sabe que, en la institución comunitaria, puede recibir servicios de tratamiento para el VIH, tales como, entrega de medicamentos, análisis y otros relacionados.

La E41, trata sobre las diferentes formas de mal trato que sufren las PVVs, por parte del personal de salud, registradas mediante una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente la ocurrencia de mal trato que sufrieron las PVVs.

E41. Numero de respuestas afirmativas por número de variables

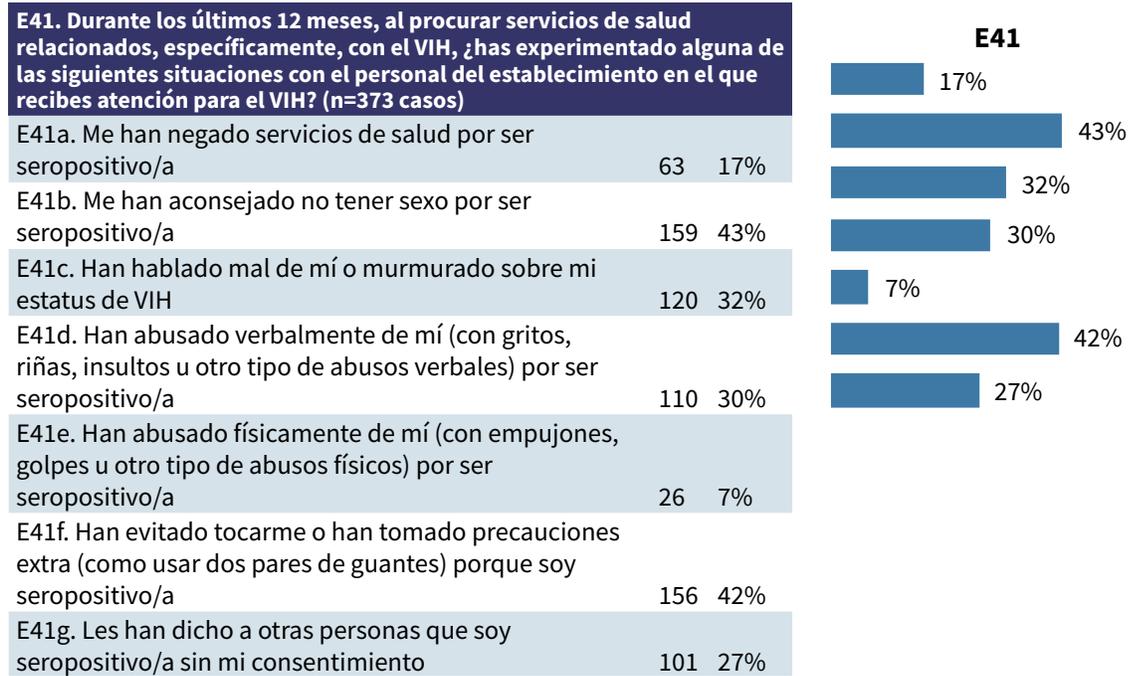
0 variables	572	61%	Solo Si	
1 variable	199	21%	199	53%
2 a 6 variables	170	18%	170	46%
7 variables	4	0,4%	4	1%
Total	945	100%	373	100%



Lo primero a considerar, es que 572 casos que representan 61% de la muestra, contestó negativamente en todas las variables (0 variables); en tanto que 373 casos que representan 39% de la muestra, respondió afirmativamente en una o más variables.

De los casos que respondieron afirmativamente, 53% lo hizo en una sola variable, es decir que solo sufrió una forma de maltrato, por parte del personal de salud, 46% entre 2 a 6 variables y, finalmente, 1% contestó afirmativamente en todas las variables, es decir que sufrió todas las formas de maltrato, por parte del personal de salud.

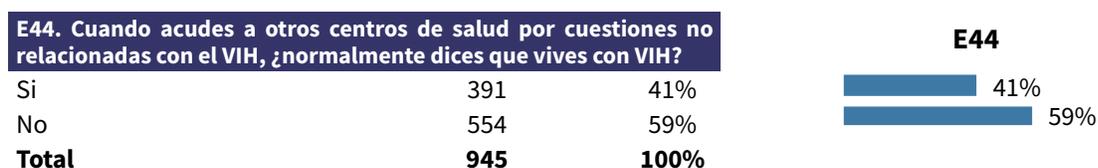
A continuación, se expone las respuestas de las PVVs por cada una de las formas de maltrato consultadas.



Por orden de importancia:

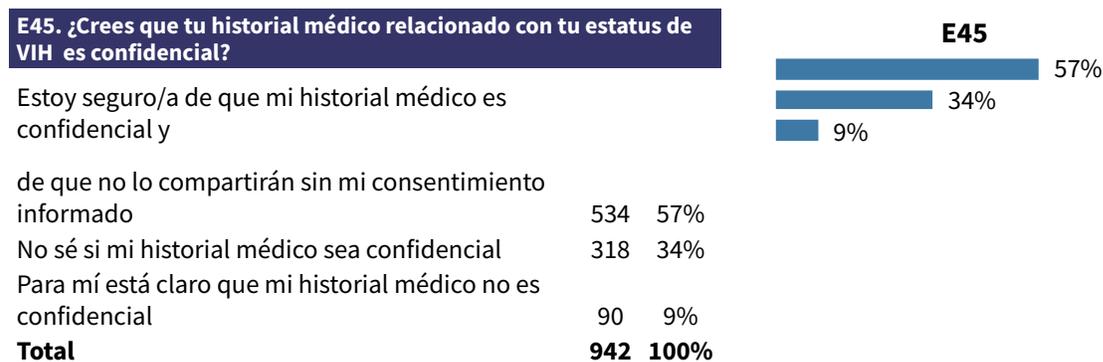
- A 43% el personal de salud le aconsejó no tener sexo por ser seropositivo.
- A 42% el personal de salud ha evitado tocarlo o tomó precauciones extra, como, usar dos pares de guantes, porque la persona es seropositiva.
- 32% afirma que el personal de salud habló mal de la PVV o murmuró sobre su estado VIH.
- 30% sufrió abuso verbal, con gritos, riñas, insultos u otro tipo de abuso verbal, por ser seropositiva.
- 27% reporta que el personal de salud dijo a otras personas que la PVV es seropositiva, sin su consentimiento.
- 17% afirma que se le negó el servicio de salud por ser seropositiva.
- 7% reporta que fue abusada físicamente, con empujones, golpes u otro tipo de agresión física, por ser seropositiva.

La siguiente tabla, muestra si la PVV informa de su estatus seropositivo, cuando acude a un centro de salud por atención no relacionada con el VIH.



Como se puede observar, 51% no informa que es seropositivo, cuando acude a un centro de salud por atención no relacionada con el VIH y 41 % si informa sobre su estatus seropositivo.

La siguiente tabla, muestra la confianza que tiene la PVV, sobre la confidencialidad de su diagnóstico VIH.



Como se puede ver, 57% tiene confianza en que su historial médico es confidencial que no será compartido con nadie, sin su consentimiento, 34% no sabe si su historial médico es confidencial y, finalmente, 9% está segura que su historial médico no es confidencial.

En resumen, en este acápite, se vio que 92% de la muestra recibe atención médica y tratamiento en entidades de salud pública y muy pocas PVVs se atienden en centros comunitarios; de hecho, 55% de la muestra, no sabe si existe de alguna clínica comunitaria, en la que pueda recibir atención relacionada con el VIH y el 68% de las PVVs que saben de la existencia de alguna clínica comunitaria, no realiza su atención en ella.

Siguiendo con el tema de los centros comunitarios, la proporción de PVVs que saben sobre los servicios que prestan las instituciones comunitarias es baja, el servicio de información sobre VIH es al más conocido y fue citado por 30% de la muestra y, respecto a los servicios de salud que prestan estas instituciones, el servicio de pruebas para VIH y otras enfermedades asociadas, fue citado por 15% de la muestra y el servicio de apoyo al tratamiento de VIH, como, entrega de medicamentos, fue citado por 5% de la muestra; asimismo, uno de los servicios relevantes, como el de los grupos de ayuda mutua, fue citado por 17% de la muestra.

Con relación a los servicios públicos de salud, si bien, 61% de la muestra no reportó problemas con el personal de salud, 39% experimentó situaciones que van desde consejería inapropiada, actuación prejuiciosa, hasta mal trato verbal y físico. Consejos como suprimir relaciones sexuales, citado por 17% de la muestra, tomar medidas extremas como evitar el contacto o utilizar dos pares de guantes, citado por 17% de la muestra, el abuso verbal citado por 12% de la muestra y el abuso físico citado por 3% de la muestra.

Posiblemente relacionado con lo anterior, 59% de la muestra no informa (¿o prefiere no hacerlo?) de su estatus seropositivo cuando asiste a algún servicio de salud por razones ajenas al VIH.

Finalmente, 57% de la muestra confía en que su diagnóstico es confidencial y no será divulgado por el personal de salud y, 43% de la muestra, no sabe si su diagnóstico es confidencial o está seguro que su diagnóstico no es confidencial.

5.8.5. Salud Sexual y Reproductiva (E46-E47)

En este acápite se analiza ciertas actitudes o prácticas inapropiadas del personal de salud, en temas de salud sexual y reproductiva que devienen en problemas y violaciones de derechos para las PVVs en general y, específicamente, para las mujeres.

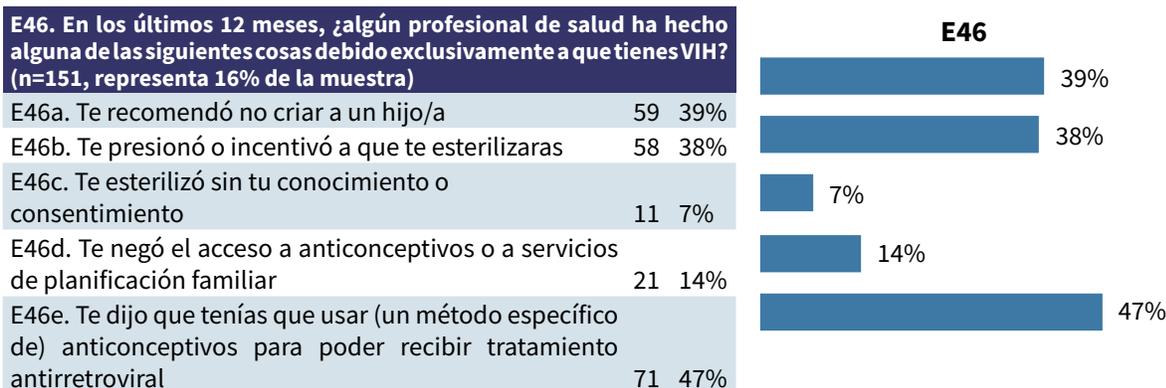
En la E46, se indagó sobre si, algún profesional de salud, recomendó, presionó o actuó inapropiadamente con alguna PVV, en materia de salud sexual y reproductiva; las respuestas fueron registradas mediante una batería de frases con opciones dicotómicas (Si/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. El análisis se realizó, tomando en cuenta solo las respuestas afirmativas, dado que, de lo que se trata, es de saber efectivamente la ocurrencia del hecho en cuestión. Adicionalmente, se consulta la

localidad en la que ocurrió el hecho y si, la PVV, avisó a alguien sobre lo ocurrido.

E46. Número de PVVs que respondieron por variable				
0 variables	794	84%	Solo Si	
1 variable	101	11%	101	67%
2 a 3 variables	47	5%	47	31%
4 variables	3	0,3%	3	2%
Total	945	100%	151	100%

Un primer dato es que 84% de las PVVs no reportó problemas con algún profesional de salud (0 variables); en tanto que, 16% de la muestra (151 casos) si reportó problemas con algún profesional de salud. De este conjunto, 67% respondió afirmativamente en una variable, es decir que solo tuvo un problema con el personal de salud, 2% respondió afirmativamente en todas las variables (4 variables), es decir que reportó haber tenido todos los problemas consultados y, finalmente, 31% respondió afirmativamente en 2 a 3 variables.

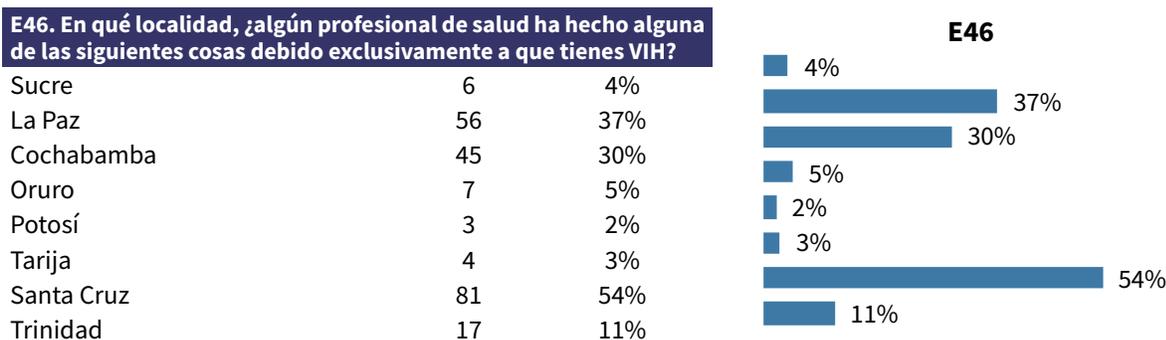
A continuación, se muestra la distribución de las respuestas afirmativas por variable.



Por orden de importancia, se tiene que:

- 47% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le condicionó su tratamiento con antirretrovirales, al uso de anticonceptivos, a veces a un método específico.
- 39% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le aconsejó no criar a un hijo/a.
- 38% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le presionó o incentivó a que se esterilizara.
 - 14% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le negó el acceso a anticonceptivos o a servicios de planificación familiar.
 - 7% de las PVVs que respondió afirmativamente, señaló que, algún profesional de salud, le esterilizó sin su conocimiento o sin su consentimiento, lo que constituye una violación a los derechos de la PVV.

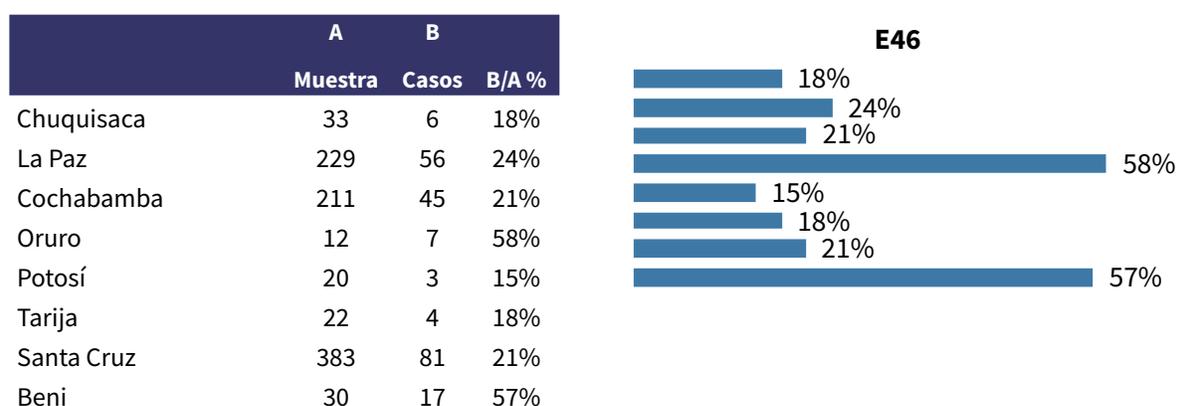
Respecto a la localidad en la que ocurrió el hecho, se tiene:



Por orden de importancia:

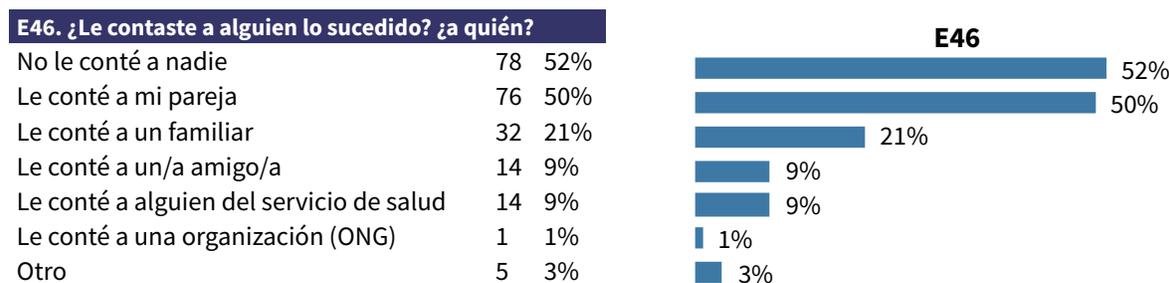
- 54% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Santa Cruz.
- 37% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en La Paz.
- 30% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Cochabamba.
- 11% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Trinidad (Beni).
- 5% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Oruro.
- 4% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Sucre (Chuquisaca).
- 3% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Tarija.
- 2% de los problemas y/o violaciones de derechos de las PVVs ocurrió en Potosí.

Sin embargo, estos datos son poco expresivos de la magnitud del problema analizado, conviene en todo caso, establecer un indicador basado en la proporción de casos respecto a la muestra distribuida por departamento.



Como se puede observar, la ocurrencia de estas conductas de algunos profesionales de salud que vulneran la dignidad y derechos de las PVVs, tiene mayor relevancia en los departamentos de Oruro (58%) y Beni (57%), luego, están los departamentos de La Paz (24%), Cochabamba (21%) y Santa Cruz (21%) y, finalmente, los departamentos de Chuquisaca (18%), Tarija (18%) y Potosí (15%).

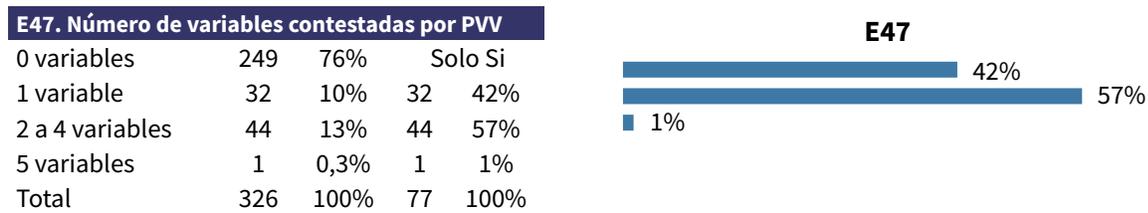
Respecto a que, si la PVV que sufrió el problema o violación de derechos, informó lo ocurrido, se tiene:



Como se puede apreciar, por orden de importancia:

- 52% no le contó a nadie lo sucedido
- 50% le contó a su pareja
- 21% le contó a un familiar
- 9% le contó a una amistad
- 9% le contó a alguien del servicio de salud
- 1% a alguien de una ONG

La E47, trata sobre las actitudes del personal de salud respecto de cómo debería ser la conducta sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH, registradas mediante una batería de frases con opciones politómicas (Si, en los últimos 12 meses/Si, pero no en los últimos 12 meses/No); se trata, en consecuencia, del análisis de respuestas múltiples. Se analizará, tomando en cuenta solo las dos respuestas afirmativas, dado que de lo que se trata es de saber efectivamente la ocurrencia de las actitudes del personal de salud que sufrieron las PVVs.

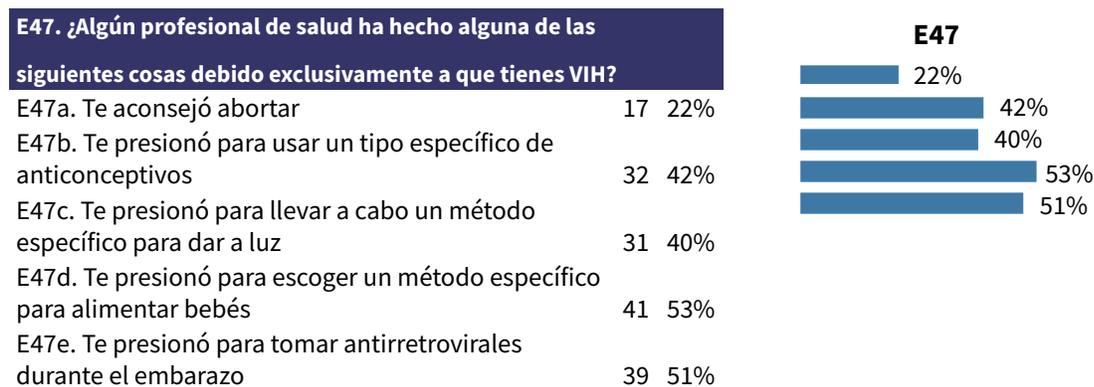


Dado que, esta pregunta, se aplicó exclusivamente a mujeres, la muestra a tomar en cuenta, es de 326 casos que corresponde al total de mujeres encuestadas.

Aclarado esto, un primer dato a tomar en cuenta es que 249 casos que representan 76% de la muestra, respondió negativamente en todas las variables (0 variables), es decir que no reportó problemas con los profesionales de salud; en tanto que, 77 casos que representan 24% de la muestra, respondió afirmativamente en una o varias variables, es decir que, si reportó problemas y/o violaciones a sus derechos, por parte de los profesionales en salud.

De este conjunto, 42% contestó afirmativamente en una sola variable, 1% lo hizo en las cinco variables y, 57 % respondió afirmativamente entre 2 a 4 variables.

La distribución de las respuestas afirmativas por cada variable es como sigue:



Por orden de importancia:

- 53% fue presionada para escoger un método específico para alimentar bebés
- 51% fue presionada para tomar antirretrovirales durante el embarazo.
- 42% fue presionada para utilizar un tipo específico de anticonceptivos.
- 40% fue presionada para llevar a cabo un método específico para dar a luz.
- A 22% se le aconsejó abortar.

En resumen, 16% de la muestra, reportó que algunos profesionales de salud actuaron inapropiadamente, mediante recomendaciones, presiones y actos que vulneraron su dignidad y derechos, tales como, el condicionamiento de usar anticonceptivos para recibir el tratamiento con antirretrovirales (47%), el aconsejar no criar hijos/as (39%), presionar o incentivar la esterilización (38%), negar el acceso a anticonceptivos o a servicios de planificación familiar y, finalmente, la esterilización sin conocimiento o consentimiento de la PVV (7%), lo que constituye una violación a los derechos humanos.

La mayor parte de estos hechos ocurrieron en las ciudades del eje La Paz-Cochabamba-Santa Cruz ya que, en estos departamentos, reside la mayoría de las PVVs. Sin embargo, en la comparación de la ocurrencia de

casos que sufrieron la conducta inapropiada por parte de algunos profesionales de salud, con la muestra por departamento, se observa que, los departamentos con mayores problemas de este tipo, son Oruro (58%) y Beni (57%), luego vienen los departamentos del eje La Paz (24%), Cochabamba (21%) y Santa Cruz (21%) y, finalmente, los de menor proporción de casos Chuquisaca (18%), Tarija (18%) y Potosí (15%).

Respecto a si la PVV que sufrió la conducta inapropiada del profesional de salud, contó a alguien lo sucedido, lo que se observa es que, o no existe un ambiente institucional en el que se pueda denunciar este tipo de conducta o, en su defecto, las PVVs, no saben de su existencia, pues, la mayoría o no contó a nadie sobre el hecho (52%) o contaron a las personas más cercanas (50% a su pareja); son muy pocas las PVVs que recurrieron a un ambiente institucional ocurrido el hecho, como, a alguien del servicio de salud (9%).

Con relación al caso específico de las mujeres, 24% de la muestra reportó que sufrió presión de algún profesional de salud, principalmente, para ejercitar un método específico para alimentar bebés (53%) y para tomar antirretrovirales durante el embarazo (51%), secundariamente, para utilizar un tipo específico de anticonceptivos (42%) y para llevar a cabo un método específico de dar a luz (40%).

5.9. SECCIÓN G. DERECHOS HUMANOS Y LOGROS ALCANZADOS

La Sección F, indaga sobre la violación a los derechos humanos y civiles de las PVVs. Se aborda la violación a los derechos bajo dos dimensiones: (i) el condicionamiento de presentar una prueba de VIH o revelar el estatus seropositivo, para acceder a servicios, trabajo o residencia que es una restricción arbitraria al ejercicio de derechos, una forma sutil de conculcar derechos y, (ii) actos de abuso policial y judicial, la violación sexual, la violencia doméstica y la negación de visa o residencia, formas directas de suprimir los derechos o de violación de los derechos. También, se indaga sobre las acciones o reacciones de las PVVs frente a la vulneración de sus derechos y, finalmente, las acciones de lucha contra el estigma y la discriminación.

5.9.1. Vulneración a los derechos

En este acápite, se expone los resultados de vulneración a los derechos de las PVVs, bajo las formas de restricción arbitraria al ejercicio de derechos y la violación de los derechos de las PVVs.

En la pregunta F48, es necesario exponer algunos temas metodológicos para la presentación de los resultados:

- La F48 contiene 13 variables o baterías de respuestas, por tanto, constituye una variable con respuestas múltiples.
- Recoge la vulneración a los derechos en dos partes: 'Me obligaron a hacerme una prueba del VIH o a divulgar mi estado serológico para..' (F48a-F48e) y 'Además de ello, ¿has experimentado alguna de las siguientes violaciones de derechos?' (F48f-F48m).
- Registra las respuestas afirmativas en dos categorías temporales: 1='Si, en los últimos 12 meses' y 2='Si, pero no en los últimos 12 meses'.

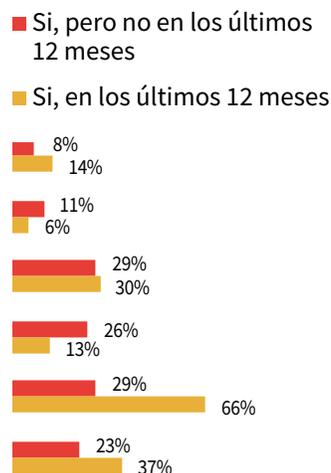
Considerando estas complejidades; se presentan los resultados en cuatro tablas dos tablas por cada parte, una con las respuestas 'Si, en los últimos 12 meses' y, otra, con las respuestas 'Si, pero no en los últimos 12 meses'.

5.9.1.1. Restricción arbitraria de derechos

La siguiente tabla, muestra la restricción arbitraria en el derecho de acceso a servicios de salud, al trabajo e ingresos económicos y a la educación, mediante la condición de presentar prueba serológica o divulgar el estatus VIH, en los últimos doce meses.

F48. ¿Alguna vez has experimentado alguna de las siguientes violaciones de derechos?

	Si, pero no en los últimos 12 meses		Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
General	73	8%	131	14%
F48a. ...obtener una visa o solicitar residencia/ciudadanía en un país	8	11%	8	6%
F48b. ...postularme a un trabajo o conseguir un plan de pensión (jubilación, subsidio, etc.)	21	29%	39	30%
F48c. ...inscribirme en una institución educativa u obtener una beca	19	26%	17	13%
F48d. ...recibir servicios de atención médica	21	29%	86	66%
F48e. ...obtener un seguro médico (IPS o privado)	17	23%	49	37%



Antes del último año	En los últimos 12 meses
----------------------	-------------------------

Son 73 casos de vulneración de derechos que representan 8% de la muestra y respondió ‘Si, pero no en los últimos 12 meses’, afirmando que fue obligada a hacerse una prueba de VIH o divulgar su estado serológico, para acceder a servicios de salud, oportunidades de ingresos y educación.

En materia de restricción al derecho a la salud, 29% fue obligada a hacerse una prueba del VIH o a divulgar su estado serológico, para recibir servicios de atención médica y 23% para acceder a un seguro privado de salud.

En materia de restricción de derecho al trabajo y a ingresos económicos, 29% fue obligada a hacerse una prueba del VIH o a divulgar su estado serológico, para postularse a un trabajo o conseguir un plan de pensión.

En materia del derecho a solicitar visa o residencia, 11% fue obligada a hacerse una prueba del VIH o a divulgar su estado serológico, para obtener una visa o solicitar residencia/ciudadanía en un país.

En materia de restricción del derecho a la educación, 26% fue obligado a hacerse una prueba del VIH o a divulgar mi estado serológico, para inscribirse en una institución educativa u obtener una beca de estudios.

Son 131 casos de vulneración de derechos que representan 14% de la muestra y respondió ‘Si, en los últimos 12 meses’, afirmando que fue obligada a hacerse una prueba de VIH o divulgar su estado serológico, para acceder a servicios de salud, oportunidades de ingresos y educación.

En materia de restricción del derecho a la salud, 66% fue obligada a hacerse una prueba del VIH o a divulgar su estado serológico, para recibir servicios de atención médica y 37% para acceder a un seguro privado de salud.

En materia de restricción del derecho al trabajo e a ingresos económicos, 30% fue obligada a hacerse una prueba del VIH o a divulgar su estado serológico, para postularse a un trabajo o conseguir un plan de pensión.

En materia de restricción del derecho a visa o solicitar residencia, 6% fue obligada a hacerse una prueba del VIH o a divulgar su estado serológico, para obtener una visa o solicitar residencia/ciudadanía en un país.

En materia de restricción al derecho a la educación, 13% fue obligado a hacerse una prueba del VIH o a divulgar mi estado serológico, para inscribirse en una institución educativa u obtener una beca de estudios.

Como se puede observar, hubo una evolución positiva o incremento, tanto, en lo general como en lo específico. En lo general, de 73 casos de vulneración de derechos, ocurridos antes del último año, se pasó a 131 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses; se podría decir que la vulneración de derechos, vía la restricción arbitraria, se incrementó en 179,5% en los últimos 12 meses.

En lo específico:

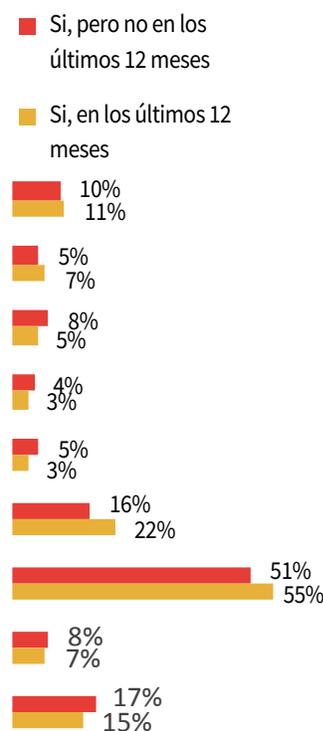
- En la vulneración del derecho a la salud:
 - La restricción del derecho a una atención médica, se incrementó de 21 casos antes del último año a 86 casos durante los últimos 12 meses, lo que significa un crecimiento de 410%; y,
 - La restricción del derecho a un seguro privado, se incrementó de 17 casos antes del último año a 49 casos en los últimos 12 meses, lo que significa un crecimiento de 288%.
- En la vulneración del derecho al trabajo, se incrementó de 21 casos antes del último año a 39 casos en los últimos 12 meses, lo que significa un crecimiento de 186%.
- En la vulneración del derecho a obtener una visa o residencia, no hubo incremento y se mantuvo constante con 8 casos.
- En la vulneración del derecho a la educación, se redujo de 19 casos antes del último año a 17 casos en los últimos 12 meses, lo que significa un decrecimiento de 10,5%.

5.9.1.2. Violación de derechos

La siguiente tabla, muestra la evolución de la violación de derechos, comparando la ocurrencia entre antes del último año con la ocurrencia durante los últimos 12 meses.

F48. ¿Alguna vez has experimentado alguna de las siguientes violaciones de derechos?

	Si, pero no en los últimos 12 meses		Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
General	93	10%	102	11%
F48f. Me arrestaron o llevaron a juicio por un cargo relacionado con mi estado serológico	5	5%	7	7%
F48g. Me detuvieron o pusieron en cuarentena por mi estado serológico	7	8%	5	5%
F48h. Me negaron una visa o permiso para entrar en otro país debido a mi estado serológico	4	4%	3	3%
F48i. Me negaron la residencia o el permiso para quedarme en otro país debido a mi estado serológico	5	5%	3	3%
F48j. Me obligaron a revelar mi estado serológico públicamente o fue revelado sin mi consentimiento	15	16%	22	22%
F48k. Me obligaron a tener sexo cuando no quería	47	51%	56	55%
F48l. Me negaron acceso a un refugio de violencia doméstica	7	8%	7	7%
F48m. Mi(s) pareja(s) me impidió/impidieron acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios)	16	17%	15	15%



Antes del último año	En los últimos 12 meses
Son 93 casos de vulneración de derechos que representan 10% de la muestra y respondió 'Si, pero no en los últimos 12 meses', afirmando que sus derechos fueron violados debido a su estatus VIH	Son 102 casos de vulneración de derechos que representan 11% de la muestra y respondió 'Si, en los últimos 12 meses', afirmando que sus derechos fueron violados debido a su estatus VIH
Son 5 casos que representan 5%, respondió que fue arrestada o llevada a juicio por un cargo relacionado con su estado serológico	Son 7 casos que representan 7%, respondió que fue arrestada o llevada a juicio por un cargo relacionado con su estado serológico
Son 7 casos que representan 8%, respondió que fue detenida o la pusieron en cuarentena por su estado serológico	Son 5 casos que representan 5%, respondió que fue detenida o la pusieron en cuarentena por su estado serológico
Son 4 casos que representan 4%, respondió que le negaron una visa o permiso para entrar en otro país debido a su estado serológico	Son 3 casos que representan 3%, respondió que le negaron una visa o permiso para entrar en otro país debido a su estado serológico
Son 5 casos que representan 5%, respondió que le negaron la residencia o el permiso para quedarse en otro país debido a su estado serológico	Son 3 casos que representan 3%, respondió que le negaron la residencia o el permiso para quedarse en otro país debido a su estado serológico
Son 15 casos que representan 16%, respondió que le obligaron a revelar su estado serológico públicamente o fue revelado sin su consentimiento	Son 22 casos que representan 22%, respondió que le obligaron a revelar su estado serológico públicamente o fue revelado sin su consentimiento
Son 47 casos que representan 51%, respondió que le obligaron a tener sexo cuando no quería	Son 56 casos que representan 55%, respondió que le obligaron a tener sexo cuando no quería
Son 7 casos que representan 8%, respondió que le negaron acceso a un refugio de violencia doméstica	Son 7 casos que representan 7%, respondió que le negaron acceso a un refugio de violencia doméstica
Son 16 casos que representan 17%, respondió que su pareja le impidió acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios)	Son 15 casos que representan 15%, respondió que su pareja le impidió acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios)

Como se puede observar, hubo una evolución positiva o incremento, tanto, en lo general, como, en algunas violaciones de derechos específicas. En lo general, de 93 casos de violación de derechos ocurridos antes del último año, se pasó a 102 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses; se podría decir que, la violación de derechos, se incrementó en 107,7% en los últimos 12 meses.

En lo específico:

- De 5 casos en que la PVV fue arrestada o llevada a juicio por un cargo relacionado con su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 7 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que el arresto o el enjuiciamiento, por el estado serológico de la PVV, se incrementó en 140%.
- De 7 casos en que la PVV fue detenida o la pusieron en cuarentena por su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 5 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que la detención o la cuarentena, por el estado serológico de la PVV, se redujo en 28,6%.
- De 4 casos en que a la PVV se le negó una visa o permiso para entrar en otro país debido a su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 3 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que la negación de visa, por el estado serológico de la PVV, se redujo en 25%.
- De 5 casos en que a la PVV se le negó la residencia o el permiso para quedarse en otro país debido a su estado serológico, ocurridos antes del último año, se pasó a 3 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que la negación de residencia, por el estado serológico de la PVV, se redujo en 40%.
- De 15 casos en que la PVV fue obligada a revelar su estado serológico públicamente o fue revelado sin su consentimiento, ocurridos antes del último año, se pasó a 22 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que el obligar a revelar o difundir sin consentimiento el estado VIH de la PVV, se incrementó en 147%.



- De 47 casos en que la PVV fue obligada a tener sexo cuando no quería (clara violación sexual, ocurridos antes del último año, se pasó a 56 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que la violación sexual, se incrementó en 119%.
- En cuanto a los 7 casos de negación de acceso a un refugio de violencia doméstica, se mantuvo constante, es decir que no hubo cambio.
- De 16 casos en que a la PVV su pareja le impidió acudir a servicios sanitarios (públicos, privados o comunitarios), ocurridos antes del último año, se pasó a 15 casos que ocurrieron dentro de los últimos 12 meses. Se podría decir que impedir el acceso a servicios de salud, se redujo en 6,3%.

5.9.2. Ejercicio de derechos

En este acápite se expone si la PVV, durante los últimos doce meses, realizó acciones para defender sus derechos, la efectividad de las acciones realizadas y las razones por las que algunas PVV no realizaron acciones para hacer prevalecer sus derechos.

La siguiente tabla muestra si la PVV realizó acciones ante la conculcación y violación de sus derechos, ocurridas durante los últimos doce meses.

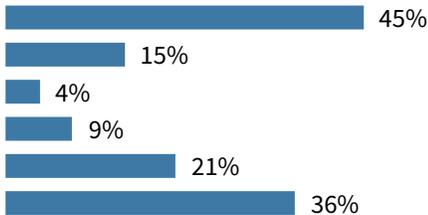
F49a. Si viviste alguna de las violaciones señaladas en la P48 durante los últimos 12 meses, ¿intentaste hacer algo al respecto?		
Sí	47	22%
No	163	78%
Total	210	100%



Como se puede apreciar, solamente 22% de las PVVs, indicó que reaccionó o intentó hacer algo frente a la conculcación y violación de sus derechos.

La siguiente tabla, muestra las acciones específicas que realizaron las PVVs que hicieron algo respecto de la conculcación y violación de sus derechos.

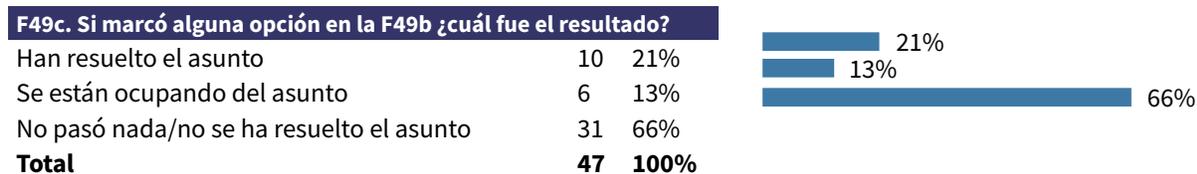
Si respondiste SI en la F49a, ¿qué hiciste al respecto?		
F49bA. Presenté una denuncia	21	45%
F49bB. Contacté a un abogado	7	15%
F49bC. Contacté a un funcionario del gobierno o político	2	4%
F49bD. Hablé de ello públicamente	4	9%
F49bE. Contacté a una organización/red comunitaria de personas que viven con VIH para que me ayudara	10	21%
F49bF. Otro	17	36%



De las 47 PVVs que dijeron que realizó alguna acción respecto de la conculcación y violación de sus derechos, las acciones concretas fueron, en orden de importancia:

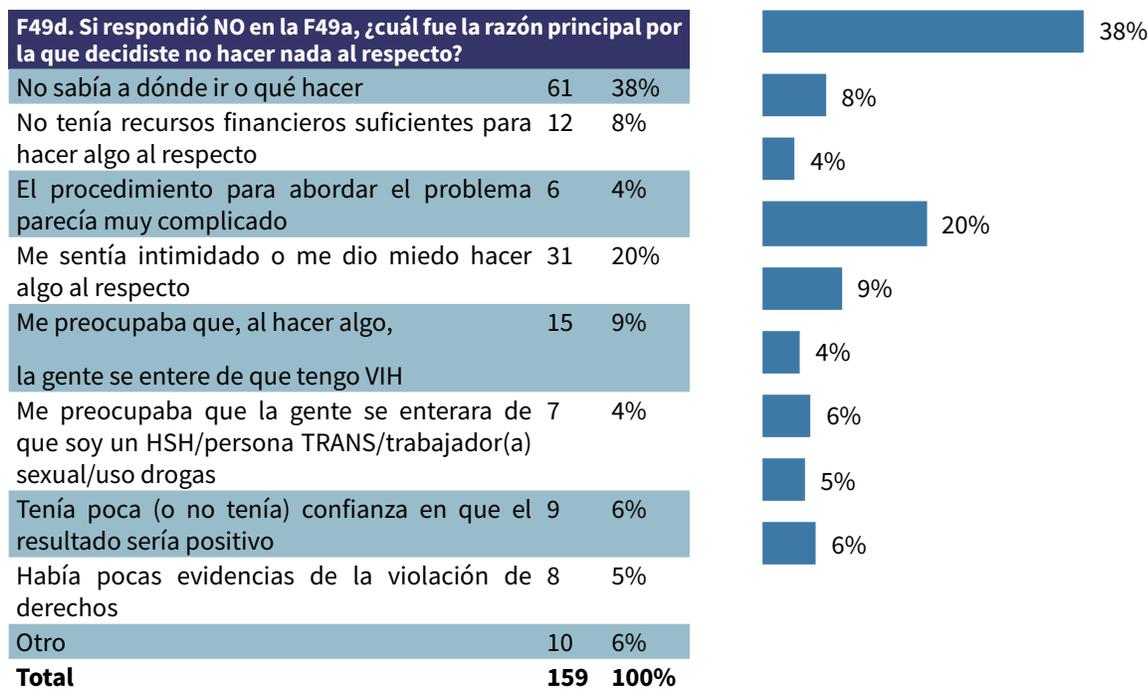
- Acciones orientadas al plano judicial, 45% dijo que presentó denuncia (judicial, se entiende) y 15% contactó un abogado (para abrir proceso, se entiende)
- Acciones orientadas al plano sociopolítico, 21% Contactó a una organización/red comunitaria de personas que viven con VIH para que le ayude, 9% habló del hecho públicamente (denuncia pública) y 4% contactó a un funcionario del gobierno o a un político (acción de cabildeo, se entiende)
- 36% de las respuestas de las PVVs fueron registradas en esta categoría. La mayoría de las respuestas, no se refieren a la materia y unas pocas si lo hacen; entre las acciones que se pueden mencionar está que algunas PVVs se separaron de sus parejas y otras hablaron directamente con la persona vulneró su derecho.

La siguiente tabla, muestra la efectividad de las acciones realizadas.



Sobre el resultado de las acciones que tomó la PVV para hacer respetar sus derechos, 66% afirma que no pasó nada que el asunto no se resolvió, 21% dijo que el asunto se resolvió y, 13% dijo que aún está en trámite.

La siguiente tabla, muestra las razones por las que la mayoría de las PVVs que sufrió la vulneración de sus derechos, no realizó ninguna acción.



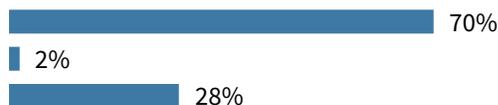
Por orden de importancia:

- 38% no sabía que hacer o dónde ir.
- 20% se sintió intimidada o le dio miedo hacer algo.
- 9% le preocupó que, al hacer algo, la gente se entere de su estatus VIH.
- 8% no tenía recursos financieros suficientes para hacer algo al respecto.
- 6% tenía poca confianza en que el resultado sea positivo.
- 5% había pocas evidencias de la violación de derechos.
- 4% le preocupaba que la gente se entere que es HSH, Trans, trabajadora sexual o que usa drogas.
- 4% el procedimiento para abordar el problema parecía muy complicado.

La siguiente tabla, muestra el conocimiento que tienen las PVVs sobre la existencia de leyes que protegen sus derechos.

F50. ¿Estás al tanto de si hay leyes en tu país que protejan de la discriminación, a las personas que viven con VIH?

Sí, sí hay	662	70%
No, no hay	14	2%
No sé si las hay	269	28%
Total	945	100%

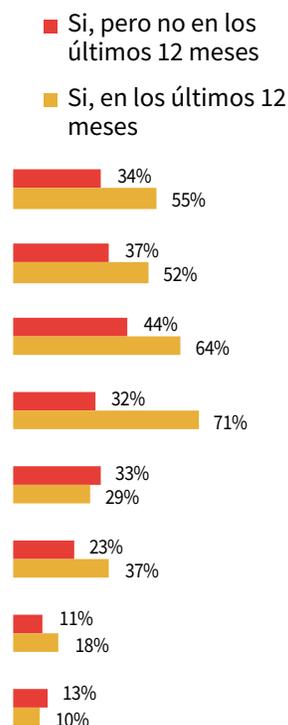


Como se puede observar, 70% de las PVVs, sabe que en Bolivia existen leyes que protegen de la discriminación a las PVVs; empero, 30% dice que no hay leyes que les proteja (2%) o no sabe si hay leyes que protejan de la discriminación a las PVVs (28%).

La siguiente tabla, expone la evolución del compromiso y participación de las PVVs, con relación a la lucha contra el estigma y la discriminación.

F51. ¿Has hecho alguna de las siguientes cosas?

	Si, pero no en los últimos 12 meses		Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
General	317	34%	521	55%
F51a. Cuestionaste o educaste a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de ti	117	37%	270	52%
F51b. Cuestionaste o educaste a alguien con conductas de estigma o discriminación en contra de otras personas que viven con VIH	140	44%	335	64%
F51c. Ofreciste apoyo emocional, financiero o de otro tipo a alguien que vive con VIH para ayudarlo/a a manejar el estigma y/o la discriminación	100	32%	371	71%
F51d. Participaste en una organización o campaña educativa que abordase el estigma y la discriminación en contra de las personas que viven con VIH	105	33%	152	29%
F51e. Incentivaste a un líder de tu comunidad a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH	73	23%	192	37%
F51f. Apoyaste a un líder del gobierno o político a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH	36	11%	91	18%
F51g. Hablaste con medios de comunicación sobre problemas relacionados con el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH	40	13%	51	10%



Se puede ver que, tanto en lo general, como, en lo específico hubo una evolución positiva del compromiso y participación de las PVVs en la lucha contra el estigma y la discriminación. En lo general, antes del último año había 317 PVVs realizando acciones de lucha contra el estigma y la discriminación y, en los últimos 12 meses, la cifra alcanzó a 521, lo que significa un crecimiento de 164,4%.

En lo específico se tiene:

- Son 117 PVVs que antes del último año realizaban acciones de cuestionamiento o educación a alguien con conductas de estigma o discriminación, en contra de ellas y, en los últimos 12 meses se tiene 270 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 230,8% durante los últimos 12 meses.

- Son 140 PVVs que antes del último año realizaban acciones de cuestionamiento o educación a alguien con conductas de estigma o discriminación, en contra de otras PVVs y, en los últimos 12 meses, se tiene 335 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 239,3% durante los últimos 12 meses.
- Son 100 PVVs que antes del último año realizaban acciones de apoyo emocional, financiero o de otro tipo a alguien que vive con VIH para ayudarla a manejar el estigma y/o la discriminación y, en los últimos 12 meses, se tiene 371 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 371% durante los últimos 12 meses.
- Son 105 PVVs que antes del último año participó en una organización o campaña educativa que abordase el estigma y la discriminación y, en los últimos 12 meses, se tiene 152 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 144,8% durante los últimos 12 meses.
- Son 73 PVVs que antes del último año Incentivó a un líder de tu comunidad a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH y, en los últimos 12 meses, se tiene 192 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 263% durante los últimos 12 meses.
- Son 36 PVVs que antes del último año apoyó a un líder del gobierno o político a luchar contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH y, en los últimos 12 meses, se tiene 91 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 252,8% durante los últimos 12 meses.
- Son 40 PVVs que antes del último año habló con medios de comunicación sobre problemas relacionados con el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH y, en los últimos 12 meses, se tiene 51 PVVs, con este tipo de acción, lo que significa un crecimiento de 127,5% durante los últimos 12 meses.

5.9.3. Resumen de la Sección F

En esta sección se analizó la evolución de la vulneración a los derechos de las PVVs, las acciones que tomaron algunas PVVs para hacer respetar sus derechos, las razones por las que, otras PVVs, no tomaron acciones, la efectividad de las acciones realizadas y, finalmente, la evolución de las acciones de lucha contra el estigma y la discriminación, realizadas por las PVVs.

Con relación a la vulneración de derechos, se ha visto que, en general, hubo un incremento, comparando entre la ocurrencia antes del último y la ocurrencia durante los últimos 12 meses; en efecto, en la vulneración de derechos mediante la restricción arbitraria del derecho a la salud, al trabajo, a una visa y a educación, el incremento fue de 179,5% en los últimos 12 meses y en la violación de derechos, el incremento fue de 107,7% en los últimos 12 meses.

Lo casos de vulneración de derechos más importantes son:

- Por la vía de la restricción arbitraria de derechos, los casos relevantes son:
 - La restricción del acceso a atención médica que se incrementó en 410% durante los últimos 12 meses.
 - La restricción del acceso a un seguro privado de salud que se incrementó en 288% durante los últimos 12 meses.
 - La restricción del acceso al trabajo que se incrementó en 186% durante los últimos 12 meses.
- Por la vía de la violación o supresión directa de los derechos, los casos relevantes son:
 - El arresto o el enjuiciamiento, debido al estado serológico de la PVV que se incrementó en 140%, durante los últimos 12 meses.
 - El obligar a revelar su estatus VIH o difundir sin consentimiento el estado serológico de la PVV, se incrementó en 147%, durante los últimos 12 meses.



- El obligar a tener sexo cuando la PVV no quería, es decir, la violación sexual, se incrementó 119% en los últimos 12 meses.

Ante estas vulneraciones de derechos, 22% de las PVVs, realizó acciones; en tanto que 78% no hizo nada al respecto. Las acciones realizadas fueron:

- Acciones orientadas al plano judicial; 45% presentó denuncia y 15% contactó abogado
- Acciones orientadas al plano sociopolítico, 21% buscó apoyo de una organización comunitaria, 4% recurrió a un funcionario de gobierno o político y 9% hizo denuncia pública.

De las acciones realizadas, 21% encontraron solución, 13% aún están en trámite y 66% no fueron exitosas.

Las razones de los que no realizaron ninguna acción, fueron: no sabía qué hacer (38%), miedo (20%), temor que la gente se entere de su estatus VIH (9%), por insuficiencia de recursos económicos (8%), desconfianza en el resultado (6%) o que se entere que es HSH, Trans (4%).

Respecto del conocimiento de leyes, 70% sabe que hay leyes que protegen los derechos de las PVVs; en tanto que 30% no.

Finalmente, se vio el que el compromiso y participación de las PVVs en la lucha contra el estigma y la discriminación, se incrementó, en general, en 164,4%, durante los últimos 12 meses, lo propio ocurrió en las acciones específicas de lucha contra el estigma y la discriminación que crecieron, en promedio, 232,8%.

5.10. SECCIÓN H. CASOS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN RELACIONADOS CON OTROS FACTORES, ADEMÁS DEL ESTADO SEROLÓGICO

La Sección G, indaga sobre el peso del estigma y la discriminación, además del VIH, por otras razones, tales como, la identidad de género, la orientación sexual, el trabajo sexual y el uso de drogas.

5.10.1. Discriminación por identidad de género

La G52 está dirigida exclusivamente a PVVs que se identificó como transgénero en la A3 y respondió “hombre” en la A2, pero no en la A3 y respondió “mujer” en la A2, pero no en la A3, esto reduce el universo o la muestra a 47 casos.

La siguiente tabla muestra el peso de cada forma de discriminación, como, la evolución de los casos de discriminación debida a la identidad de género, comparando la ocurrencia antes del último año, con la ocurrencia en los últimos 12 meses.

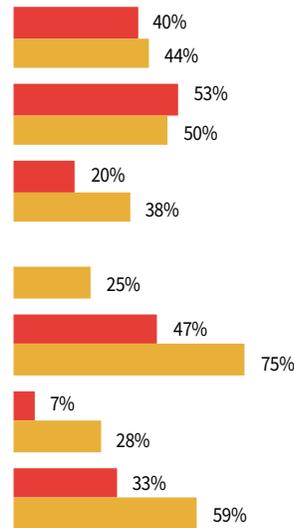
G52. Estigma y discriminación por identidad de género, además del VIH

(n=32 que representan 68% de la muestra (47 casos))

	Si, pero no en los últimos 12 meses: n=15 casos		Si, pero no en los últimos 12 meses		Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%	N	%
G52a. ¿Alguna vez te has sentido excluido/a de actividades familiares debido a tu identidad de género?	6	40%	14	44%		
G52b. ¿Alguna vez has sentido que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti debido a tu identidad de género?	8	53%	16	50%		
G52c. ¿Alguna vez te ha dado miedo acudir a servicios médicos debido a tu identidad de género?	3	20%	12	38%		
G52d. ¿Alguna vez has evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de tu identidad de género?			8	25%		
G52e. ¿Alguna vez te han acosado verbalmente debido a tu identidad de género?	7	47%	24	75%		
G52f. ¿Alguna vez te han chantajeado debido a tu identidad de género?	1	7%	9	28%		
G52g. ¿Alguna vez te han acosado físicamente o te han hecho daño debido a tu identidad de género?	5	33%	19	59%		

■ Si, pero no en los últimos 12 meses

■ Si, en los últimos 12 meses



En los últimos 12 meses, son 32 casos que representan 68% de la muestra y que sufrieron discriminación por su identidad de género. Con relación al peso de cada una de las formas de discriminación, en este periodo, se tiene que el acoso verbal afecta a la gran mayoría (75%) de las PVVs de este conjunto, seguido del acoso físico (59%) y los comentarios discriminatorios dentro de la familia (50%).

En la evolución histórica de la discriminación, en lo general, antes del último año, se tenía 15 casos de discriminación por identidad de género, durante los últimos 12 meses, se incrementó a 32 casos; un crecimiento de 233,3%. La evolución, según las diferentes formas de discriminación, se presenta a continuación:

- Son 6 casos en que, la PVV, se sintió excluido/a de actividades familiares debido a su identidad de género, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 14 casos, significa un crecimiento de 233,3%.
- Son 8 casos en que, la PVV, sintió que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a tu identidad de género, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 16 casos, significa un crecimiento de 200%.
- Son 3 casos en que, la PVV, sintió miedo de acudir a servicios médicos debido a su identidad de género, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 12 casos, significa un crecimiento de 400%.
- Con relación a haber evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de tu identidad de género, no se reportó casos antes el último año, en los últimos 12 meses, se reportó a 8 casos.
- Son 7 casos en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a su identidad de género, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 24 casos, significa un crecimiento de 343%.
- Es 1 caso en que, la PVV, fue chantajeada, debido a su identidad de género, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 9 casos, significa un crecimiento de 900%.

- Son 5 casos en que, la PVV, fue acosado/a físicamente o le han hecho daño debido a su identidad de género, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 19 casos, significa un crecimiento de 380%.

La siguiente tabla muestra cuan difundida está la identidad de género de la PVV.

G53. En general, ¿los siguientes grupos de personas están al tanto de tu identidad de género?			
(n=46 casos que representan 98% de la muestra)			
G53a. Otras personas transgénero o personas cuya identidad de género no coincide con el sexo que les fue asignado al nacer	45	98%	
G53b. Familiares u otros/as amigos/as	38	83%	
G53c. Otras personas de tu comunidad	38	83%	

El primer dato a tomar en cuenta, es que 98% de las PVVs Transexuales, afirma que su identidad de género es conocida por otras personas.

En el detalle:

- 98% afirma que su identidad de género es conocida por otras personas transgénero o personas cuya identidad de género no coincide con el sexo que les fue asignado al nacer.
- 83% afirma que su identidad de género es conocida por familiares u otros/as amigos/as.
- 83% afirma que su identidad de género es conocida por otras personas de su comunidad.

Por tanto, no existe una actitud de ocultar su identidad de género, como la hay con el VIH.

La siguiente tabla, muestra si la PVV transgénero, participa de alguna organización, relacionada con su identidad de género.

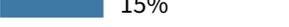
G54. ¿Eres parte de una red o grupo de apoyo para personas transgénero o personas cuya identidad de género no coincide con el sexo que les fue asignado al nacer?			
Sí	31	66%	
No	16	34%	
Total	47	100%	

Se observa que la mayoría (66%) de las PVVs transgénero, forma parte de una red o grupo de apoyo para personas transgénero.

5.10.2. Discriminación por ser HSH/Gay/Bisexual

La G55 está dirigida únicamente a PVVs que respondieron “Hombre” en la A3 o que respondieron “Mujer” en la A2 y “Hombre” o “Transgénero” en la A3; por tanto, el universo o la muestra es de 566 casos.

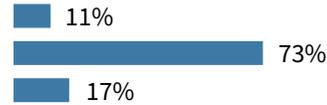
La siguiente tabla, muestra la identificación de las PVVs de este conjunto, según la orientación sexual que tienen.

G55. ¿Te identificas o te has identificado como miembro de alguno de los siguientes grupos?			
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	48	9%	
Gay/homosexual	253	45%	
Bisexual	84	15%	
Ninguna de las anteriores	181	32%	
Total	566	100%	

Se tiene que 45% se identifica como gay/homosexual, 15% como bisexual, 9% como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y 32% no se identifica con ninguna de las categorías anteriores.

La siguiente tabla, muestra si, alguna vez, las PVVs de este conjunto, tuvieron sexo con otro hombre.

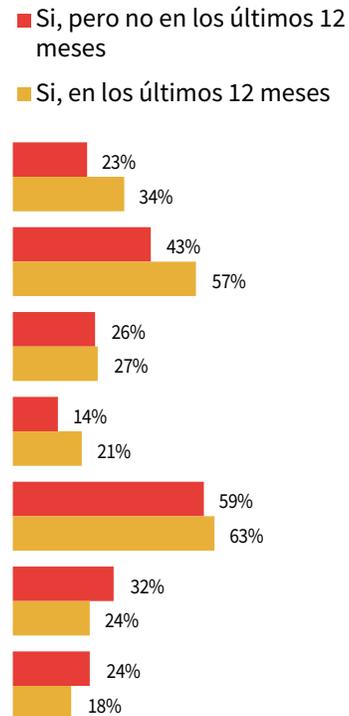
G56. ¿Alguna vez has tenido sexo con otro hombre?		
Si	19	11%
No	132	73%
Prefiero no responder	30	17%
Total	181	100%



Se puede observar que 11% dijo que si tuvo sexo con otro hombre; en tanto, 73% dijo que no tuvo sexo con otro hombre y 17% prefirió no contestar.

La siguiente tabla muestra el peso de cada forma de discriminación, como, la evolución de los casos de discriminación debida a la identidad como gay/homosexual/HSH, comparando, la ocurrencia antes del último año, con la ocurrencia en los últimos 12 meses.

G57. Estigma y discriminación por ser Gay/homosexual/HSH				
	Si, pero no en los últimos 12 meses: n=133 casos		Si, pero no en los últimos 12 meses Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
G57a. ¿Alguna vez te has sentido excluido de actividades familiares debido a que eres gay/homosexual/HSH?	30	23%	57	34%
G57b. ¿Alguna vez has sentido que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti debido a que eres gay/homosexual/HSH?	57	43%	95	57%
G57c. ¿Alguna vez te ha dado miedo acudir a servicios médicos porque te preocupa que alguien se entere de que eres gay/homosexual/HSH?	34	26%	44	27%
G57d. ¿Alguna vez has evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de que eres gay/homosexual/HSH?	18	14%	35	21%
G57e. ¿Alguna vez te han acosado verbalmente porque eres gay/homosexual/HSH?	79	59%	104	63%
G57f. ¿Alguna vez te han chantajeado porque eres gay/homosexual/HSH?	42	32%	39	24%
G57g. ¿Alguna vez te han acosado físicamente o te han hecho daño porque eres gay/homosexual/HSH?	32	24%	30	18%



En los últimos 12 meses, son 166 casos que representan 29% de la muestra (566 casos) y que sufrieron discriminación por ser gay/homosexual/HSH. Con relación al peso de cada una de las formas de discriminación, en este periodo, se tiene que el acoso verbal afecta a la mayoría (63%) de las PVVs de este conjunto, seguido de los comentarios discriminatorios dentro de la familia (57%).

En la evolución histórica de la discriminación, en lo general, antes del último año, se tenía 133 casos de discriminación por ser gay/homosexual/HSH, durante los últimos 12 meses, se incrementó a 166 casos; un crecimiento de 124,8%. La evolución, según las diferentes formas de discriminación, se presenta a continuación:

- Son 30 casos en que, la PVV, se sintió excluido/a de actividades familiares debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 57 casos, significa un crecimiento de 190%.
- Son 57 casos en que, la PVV, sintió que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 95 casos, significa un crecimiento de 166,7%.
- Son 34 casos en que, la PVV, sintió miedo de acudir a servicios médicos debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 44 casos, significa un crecimiento de 124,4%.
- Son 18 casos en que, la PVV, evitó buscar atención médica porque le preocupaba que alguien se entere que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 35 casos, significa un crecimiento de 194,4%.
- Son 79 casos en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 104 casos, significa un crecimiento de 131,6%.
- Es 42 caso en que, la PVV, fue chantajeada, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 39 casos, significa un decrecimiento de 7%.
- Son 32 casos en que, la PVV, fue acosada físicamente, debido a que es gay/homosexual/HSH, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 30 casos, significa un decrecimiento de 6%.

La siguiente tabla, muestra si, otras personas, saben que es gay/homosexual/HSH.

G58. En general, ¿los siguientes grupos de personas están al tanto de que eres gay/homosexual/HSH?		
G58a. Otros gais/homosexuales/HSH	288	94%
G58b. Familiares u otros/as amigos/as	268	88%
G58c. Otras personas de tu comunidad	199	65%

Se puede apreciar que 94% dijo que su identidad gay/homosexual/HSH es conocida por personas similares, 88% dijo que sus familiares y amistades saben y 65% dijo que también lo saben, las personas de su comunidad.

La siguiente tabla, muestra si la PVV que es gay/homosexual/HSH participa de algún colectivo afin.

G59. ¿Eres parte de una red o grupo de apoyo para HSH/gais/homosexuales?		
Si	107	33%
No	213	67%
Total	320	100%

Al respecto, 33% dijo que participa de algún colectivo o red de apoyo a personas gay/homosexual/HSH; en tanto, 67% no participa.

5.10.3. Discriminación por ser lesbiana/MSM

La pregunta G60, está circunscrita a las PVVs que respondieron “Mujer” en la A3 o que respondieron “Mujer” en la A2 y “Mujer” o “Transgénero” en la A3, por tanto la muestra está segmentada a 364 casos.

G60. ¿Te identificas o te has identificado como miembro de alguno de los siguientes grupos?

Mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM)	3	1%
Bisexual	11	3%
Ninguna de las anteriores	350	96%
Total	364	100%



Como se puede observar, 3% dijo que se identifica como mujer que tiene sexo con mujeres, 3% como bisexual y 96% no se identifica con las categorías anteriores.

La siguiente tabla, indaga sobre si, las PVVs, pertenecientes a este conjunto, tuvo sexo con otra mujer.

G61. ¿Alguna vez has tenido sexo con otra mujer?

Si	12	3%
No	313	89%
Prefiero no responder	25	7%
Total	350	100%

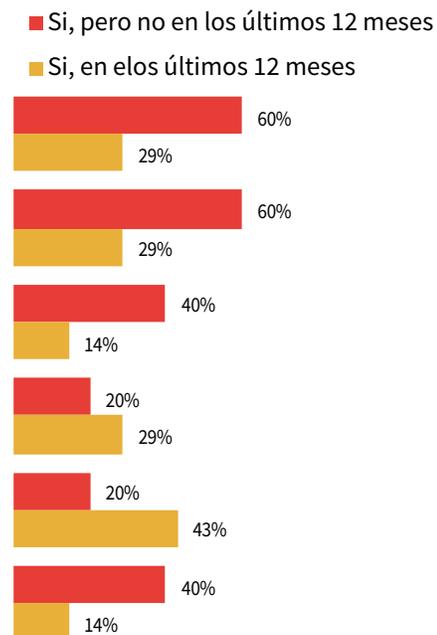


Al respecto, sol 3% afirmo haber tenido seso con otra mujer; en tanto, 89% dijo que no tuvo sexo con otra mujer y 7% prefirió no contestar

La siguiente tabla muestra el peso de cada forma de discriminación, como, la evolución de los casos de discriminación debida a la identidad como lesbiana/MSM, comparando, la ocurrencia antes del último año, con la ocurrencia en los últimos 12 meses.

G62. Discriminación por ser lesbiana/MSM

	Si, pero no en los últimos 12 meses: n=5 casos		Si, en los últimos 12 meses n=7 casos	
	N	%	N	%
G62a. ¿Alguna vez te has sentido excluida de actividades familiares debido a que eres lesbiana/MSM?	3	60%	2	29%
G62b. ¿Alguna vez has sentido que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti debido a que eres lesbiana/MSM?	3	60%	2	29%
G62c. ¿Alguna vez te ha dado miedo acudir a servicios médicos porque te preocupa que alguien se entere de que eres lesbiana/MSM?	2	40%	1	14%
G62d. ¿Alguna vez has evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de que eres lesbiana/MSM?	1	20%	2	29%
G62e. ¿Alguna vez te han acosado verbalmente porque eres lesbiana/MSM?	1	20%	3	43%
G62g. ¿Alguna vez te han acosado físicamente o te han hecho daño porque eres lesbiana/MSM?	2	40%	1	14%



En los últimos 12 meses, son 7 casos que representan 2% de la muestra (364 casos) y que sufrieron discriminación por ser lesbiana/MSM. Con relación al peso de cada una de las formas de discriminación, en este periodo, se tiene que el acoso verbal representa la principal forma de discriminación (43%).

En la evolución histórica de la discriminación, en lo general, antes del último año, se tenía 5 casos de discriminación por ser lesbiana/MSM, durante los últimos 12 meses, se incrementó a 7 casos; un crecimiento de 140%. La evolución, según las diferentes formas de discriminación, se presenta a continuación:

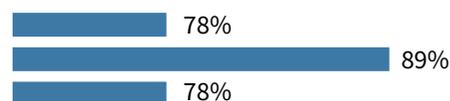
- Son 3 casos en que, la PVV, se sintió excluida de actividades familiares debido a que es lesbiana/MSM, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 2 casos, significa un decrecimiento de 33%.
- Son 3 casos en que, la PVV, sintió que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a que es lesbiana/MSM, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 2 casos, significa un decrecimiento de 33%.
- Son 2 casos en que, la PVV, sintió miedo de acudir a servicios médicos debido a que es lesbiana/MSM, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 1 caso, significa un decrecimiento de 50%.
- Es 1 caso en que, la PVV, evitó buscar atención médica porque le preocupaba que alguien se entere que es lesbiana/MSM, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 2 casos, significa un crecimiento de 100%.
- Es 1 caso en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a que es lesbiana/MSM, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 3 casos, significa un crecimiento de 150%.
- Es 2 caso en que, la PVV, fue fue acosada físicamente, debido a que es lesbiana/MSM, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 1 caso, significa un decrecimiento de 50%.

La siguiente tabla, muestra si otras personas están enteradas de que es lesbiana/MSM.

G63. En general, ¿los siguientes grupos de personas están al tanto de que eres lesbiana/MSM?

(n= 9 casos)

G63a. Otras lesbianas/MSM	7	78%
G63b. Familiares u otros/as amigos/as	8	89%
G63c. Otras personas de tu comunidad	7	78%



Al respecto, 78% afirmó que otras lesbianas/MSM están enteradas, 89% dijo que sus familiares y amistades están enteradas que es lesbiana/MSM y 78% afirmó que otras personas de su comunidad, también están enteradas.

La siguiente tabla, muestra si, la PVV, participa de alguna organización o red de apoyo, afin a su identidad.

G64. ¿Eres parte de una red o grupo de apoyo para MSM/lesbianas?

Si	2	10%
No	19	90%
Total	21	100%



Al respecto, 10% dijo que participa en una red o grupo de apoyo para lesbianas/MSM; en tanto, 90% no participa.

5.10.3. Discriminación por ser bisexual/tener sexo con hombres y mujeres

La G65, está restringida a las PVVs que se identificaron como bisexual en las preguntas G55 o G60, segmentando la muestra a 95 casos.

La siguiente tabla muestra el peso de cada forma de discriminación, como, la evolución de los casos de discriminación debida a la identidad como bisexual, comparando, la ocurrencia antes del último año, con la ocurrencia en los últimos 12 meses.

G65. Discriminación por ser bisexual/tener sexo con hombres y mujeres

Si, pero no en los últimos 12 meses:

n=30 representa 32% de la muestra (95 casos)

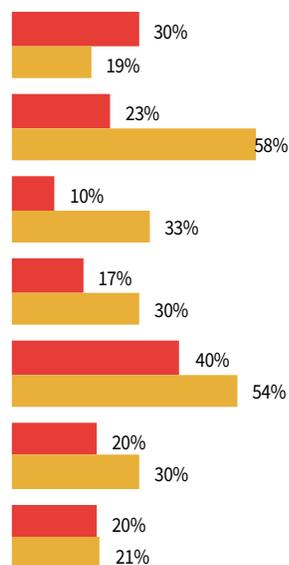
Si, en los últimos 12 meses:

n=43 representa 45% de la muestra (95 casos)

	Si, pero no en los últimos 12 meses		Si, en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
G65a. ¿Alguna vez te has sentido excluido/a de actividades familiares debido a que eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	9	30%	8	19%
G65b. ¿Alguna vez has sentido que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti debido a que eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	7	23%	25	58%
G65c. ¿Alguna vez te ha dado miedo acudir a servicios médicos porque te preocupa que alguien se entere de que eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	3	10%	14	33%
G65d. ¿Alguna vez has evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de que eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	5	17%	13	30%
G65e. ¿Alguna vez te han acosado verbalmente porque eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	12	40%	23	54%
G65f. ¿Alguna vez te han chantajeado porque eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	6	20%	13	30%
G65g. ¿Alguna vez te han acosado físicamente o te han hecho daño porque eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?	6	20%	9	21%

■ Si, pero no en los últimos 12 meses

■ Si, en los últimos 12 meses



En los últimos 12 meses, son 43 casos que representan 45% de la muestra (95 casos) y que sufrieron discriminación por ser bisexual. Con relación al peso de cada una de las formas de discriminación, en este periodo, se tiene que los comentarios discriminatorios o murmuraciones en la familia afecta a la mayoría (58%), también, el acoso verbal afecta a la mayoría (54%).

En la evolución histórica de la discriminación, en lo general, antes del último año, se tenía 30 casos de discriminación por ser bisexual, durante los últimos 12 meses, se incrementó a 43 casos; un crecimiento de 143%. La evolución, según las diferentes formas de discriminación, se presenta a continuación:

- Son 9 casos en que, la PVV, se sintió excluida de actividades familiares debido a que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se redujo a 8 casos, significa un decrecimiento de 11%.

- Son 7 casos en que, la PVV, sintió que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 25 casos, significa un crecimiento de 357%.
- Son 3 casos en que, la PVV, sintió miedo de acudir a servicios médicos debido a que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 14 casos, significa un crecimiento de 467%.
- Son 5 casos en que, la PVV, evitó buscar atención médica porque le preocupaba que alguien se entere que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 13 casos, significa un crecimiento de 260%.
- Son 12 casos en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 23 casos, significa un crecimiento de 192%.
- Son 6 casos en que, la PVV, fue chantajeada, debido a que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 13 casos, significa un crecimiento de 217%.
- Son 6 casos en que, la PVV, fue acosada físicamente, debido a que es bisexual, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 9 casos, significa un crecimiento de 150%.

La siguiente tabla, muestra si otras personas tienen conocimiento de su bisexualidad.

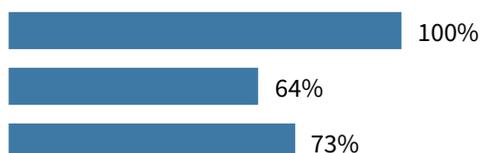
G66. En general, ¿los siguientes grupos de personas están al tanto de que eres bisexual/tienes sexo con hombres y mujeres?

(n=11 casos)

G66a. Otros/as bisexuales/personas que tienen sexo con hombres y mujeres 11 100%

G66b. Familiares u otros/as amigos/as 7 64%

G66c. Personas de tu comunidad 8 73%



Al respecto, 100% afirmó que otros bisexuales conocen que es bisexual, 64% dijo que su bisexualidad es conocida por sus familiares y amistades y 73% dijo que personas de su comunidad conocen que es bisexual.

La siguiente tabla, muestra si la PVV participa en alguna red o grupo de apoyo a bisexuales.

G67. ¿Eres parte de una red o grupo de apoyo para bisexuales/personas que tienen sexo con hombres y mujeres?

Válidos No 5 100%



Al respecto, 100% dijo que no participa de redes o grupos de apoyo a bisexuales.

5.10.4. Discriminación por ser trabajador/a del sexo

La G68, no tiene restricciones y está dirigida a toda la muestra.

La siguiente tabla, indaga sobre si, la PVV, alguna vez tuvo sexo por dinero o bienes.

G68. ¿Alguna vez has tenido sexo a cambio de dinero o bienes?

Si	189	20%
No	712	75%
Prefiero no responder	44	5%
Total	945	100%



Se puede observar, que 20% dijo que, alguna vez, tuvo sexo por dinero o bienes; en tanto, 75 dijo que no lo tuvo y 5% prefirió no contestar.

La siguiente tabla, muestra si la PVV se identifica como trabajador/a del sexo.

G69. ¿Te identificas como trabajador/a del sexo?		
Si	62	27%
No	134	58%
Prefiero no responder	37	16%
Total	233	100%

Al respecto, 27% afirmó que es trabajador/a del sexo, 58% dijo que no lo es y 16% prefirió no contestar.

La siguiente tabla muestra el peso de cada forma de discriminación, como, la evolución de los casos de discriminación debida a la identidad como trabajador/a del sexo, comparando, la ocurrencia antes del último año, con la ocurrencia en los últimos 12 meses.

G70. Discriminación por ser (o haber sido) trabajador/a del sexo				
	Si, pero no en los últimos 12 meses: n=34		Si, pero no en los últimos 12 meses	
	N	%	N	%
G65a. ¿Alguna vez te has sentido excluido/a de actividades familiares debido a que eres (o eras) trabajador/a del sexo?	8	24%	19	44%
G65b. ¿Alguna vez has sentido que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti debido a que eres (o eras) trabajador/a del sexo?	12	35%	20	47%
G65c. ¿Alguna vez te ha dado miedo acudir a servicios médicos porque te preocupa que alguien se entere de que eres (o eras) trabajador/a del sexo?	17	50%	18	42%
G65d. ¿Alguna vez has evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de que eres (o eras) trabajador/a del sexo?	9	27%	13	30%
G65e. ¿Alguna vez te han acosado verbalmente porque eres (o eras) trabajador/a del sexo?	10	29%	28	65%
G65f. ¿Alguna vez te han chantajeado porque eres (o eras) trabajador/a del sexo?	4	12%	15	35%
G65g. ¿Alguna vez te han acosado físicamente o te han hecho daño porque eres (o eras) trabajador/a del sexo?	11	32%	19	44%

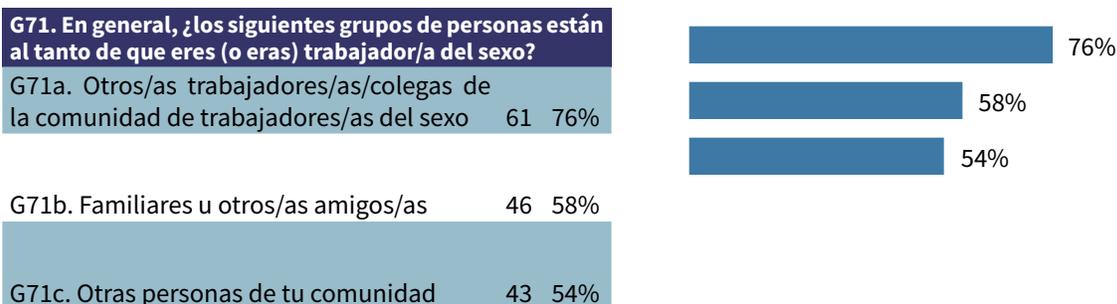
En los últimos 12 meses, son 43 casos que representan 5% de la muestra y que sufrieron discriminación por ser trabajador/a del sexo. Con relación al peso de cada una de las formas de discriminación, en este periodo, se tiene que el acoso verbal afecta a la mayoría (54%), le sigue, los comentarios discriminatorios

o murmuraciones en la familia (47%), también, la exclusión de actividades familiares y el acoso físico (44% respectivamente).

En la evolución histórica de la discriminación, en lo general, antes del último año, se tenía 34 casos de discriminación por ser trabajador/a del sexo, durante los últimos 12 meses, se incrementó a 43 casos; un crecimiento de 126%. La evolución, según las diferentes formas de discriminación, se presenta a continuación:

- Son 8 casos en que, la PVV, se sintió excluida de actividades familiares debido a que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 19 casos, significa un crecimiento de 238%.
- Son 12 casos en que, la PVV, sintió que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 20 casos, significa un crecimiento de 167%.
- Son 17 casos en que, la PVV, sintió miedo de acudir a servicios médicos debido a que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 19 casos, significa un crecimiento de 106%.
- Son 9 casos en que, la PVV, evitó buscar atención médica porque le preocupaba que alguien se entere que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 13 casos, significa un crecimiento de 144%.
- Son 10 casos en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 28 casos, significa un crecimiento de 280%.
- Son 4 casos en que, la PVV, fue chantajeada, debido a que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 15 casos, significa un crecimiento de 375%.
- Son 11 casos en que, la PVV, fue acosada físicamente, debido a que es trabajador/a del sexo, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 19 casos, significa un crecimiento de 173%.

La siguiente tabla, muestra si otras personas saben si, la PVV, es trabajador/a del sexo.



Al respecto, 76% afirma que otros/as trabajadores/as del sexo saben, 58% dijo que saben sus familiares y amistades y 54% dijo que otras personas de su comunidad saben que es trabajador/a del sexo

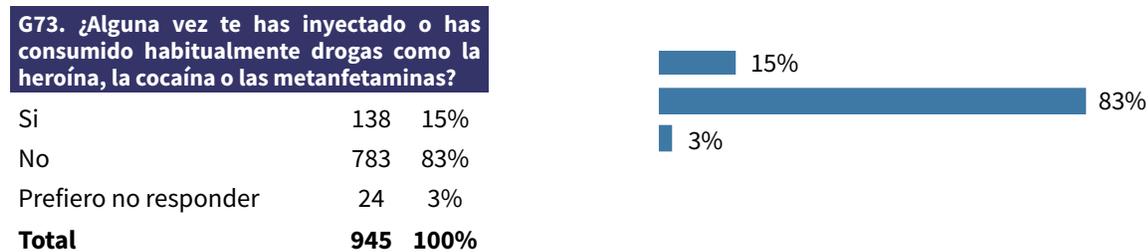
La siguiente tabla expone si, la PVV, participa de alguna red o grupo de apoyo para trabajadores/as del sexo.



Al respecto, 22% afirmó que participa de una red o grupo de apoyo a trabajadores/as del sexo; en tanto que 78% dijo que no participa.

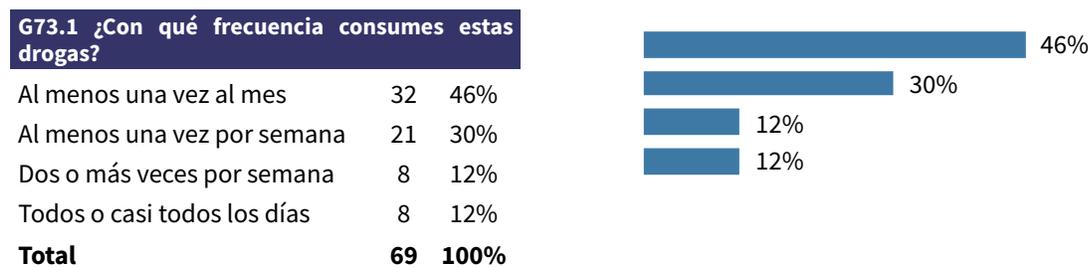
5.10.4. Discriminación por ser consumidor de drogas

La siguiente tabla, muestra si, la PVV alguna vez se inyectó o consumió habitualmente drogas como heroína, cocaína o metanfetaminas.



Al respecto, 15% afirmó que alguna vez se inyectó o que consumió habitualmente drogas como heroína, cocaína o metanfetaminas; en tanto, 83% dijo que no lo hizo y 3% prefirió no responder.

La siguiente tabla, muestra la regularidad del consumo de las drogas mencionadas.



Se puede ver que 46% dijo que consume, al menos, una vez al mes, 30% al menos una vez por semana, 12% dos o más veces por semana y 12% todos o casi todos los días.

La siguiente tabla, indaga sobre si, la PVV, se considera o identifica como una persona que consume drogas.



Al respecto, 87% afirmó que se identifica como una persona que consume drogas; en tanto, 13% no se considera como una persona que consume drogas.

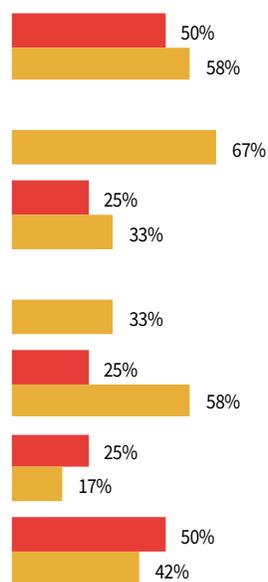
La siguiente tabla muestra el peso de cada forma de discriminación, como, la evolución de los casos de discriminación debida al consumo de drogas, comparando, la ocurrencia antes del último año, con la ocurrencia en los últimos 12 meses.

G75. Discriminación debido al consumo de drogas

	Si, pero no en los últimos 12 meses: n=4		Si, en los últimos 12 meses: n=12	
	N	%	N	%
G65a. ¿Alguna vez te has sentido excluido/a de actividades familiares debido a que consumes (o consumías) drogas?	2	50%	7	58%
G65b. ¿Alguna vez has sentido que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre ti debido a que consumes (o consumías) drogas?			8	67%
G65c. ¿Alguna vez te ha dado miedo acudir a servicios médicos porque te preocupa que alguien se entere de que consumes (o consumías) drogas?	1	25%	4	33%
G65d. ¿Alguna vez has evitado buscar atención médica porque te preocupaba que alguien se enterara de consumes (o consumías) drogas?			4	33%
G65e. ¿Alguna vez te han acosado verbalmente porque consumes (o consumías) drogas?	1	25%	7	58%
G65f. ¿Alguna vez te han chantajeado porque consumes (o consumías) drogas?	1	25%	2	17%
G65g. ¿Alguna vez te han acosado físicamente o te han hecho daño porque consumes (o consumías) drogas?	2	50%	5	42%

■ Si, pero no en los últimos 12 meses

■ Si, en los últimos 12 meses



En los últimos 12 meses, son 12 casos que representan 1,3% de la muestra y que sufrieron discriminación por ser (o haber sido) consumidor de drogas. Con relación al peso de cada una de las formas de discriminación, en este periodo, se tiene que los comentarios discriminatorios o murmuraciones en la familia (67%), el acoso verbal y la exclusión de actividades familiares (58% respectivamente), afecta a la mayoría.

En la evolución histórica de la discriminación, en lo general, antes del último año, se tenía 4 casos de discriminación por ser (o haber sido) consumidor de drogas, durante los últimos 12 meses, se incrementó a 12 casos; un crecimiento de 300%. La evolución, según las diferentes formas de discriminación, se presenta a continuación:

- Son 2 casos en que, la PVV, se sintió excluida de actividades familiares debido a que es (o fue) consumidor de drogas, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 7 casos, significa un crecimiento de 350%.
- Son 8 casos en que, la PVV, sintió que miembros de tu familia han hecho comentarios discriminatorios o han murmurado sobre, debido a que es (o fue) consumidor de drogas, en los últimos 12 meses. No se puede calcular el incremento porque, antes del último año no tiene valores.
- Es 1 casos en que, la PVV, sintió miedo de acudir a servicios médicos debido a que es (o fue) consumidor de drogas, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 4 casos, significa un crecimiento de 400%.
- Son 4 casos en que, la PVV, evitó buscar atención médica porque le preocupaba que alguien se entere que es (o fue) consumidor de drogas, en los últimos 12 meses. No se puede calcular el incremento, porque antes del último año no tiene valores.

- Son 1 caso en que, la PVV, fue acosada verbalmente, debido a que es (o fue) consumidor de drogas, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 7 casos, significa un crecimiento de 700%.
- Es 1 caso en que, la PVV, fue chantajeada, debido a que es (o fue) consumidor de drogas, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 2 casos, significa un crecimiento de 200%.
- Son 2 casos en que, la PVV, fue acosada físicamente, debido a que es (o fue) consumidor de drogas, antes el último año y, en los últimos 12 meses, se incrementó a 5 casos, significa un crecimiento de 250%.

La siguiente tabla, indaga sobre si otras personas saben que, la PVV, es o fue consumidor de drogas.

G76. En general, ¿los siguientes grupos de personas están al tanto de que consumes (o consumías) drogas?			
			 100%
G76a. Otras personas que consumen drogas			 86%
14	100%		 71%
G76b. Familiares u otros/as amigos/as			
12	86%		
G76c. Otras personas de tu comunidad			
10	71%		

Al respecto, 100% dijo que otras personas que consumen drogas saben que, la PVV, es consumidora de drogas, 86% dijo familiares y/o amistades saben que consume drogas y 71% dijo que otras personas de su comunidad, también sabe.

La siguiente tabla, muestra si, la PVV, participa de una red o grupo de apoyo a personas que consumen drogas.

G77. ¿Eres parte de una red o grupo de apoyo consumidores/as de drogas?			
Si			 13%
2	13%		 88%
No			
14	88%		
Total			
16	100%		

Al respecto, 13% afirmó que participa de una red o grupo de apoyo a personas consumidoras de drogas.

Bibliografía

- Aguilera Hurtado, J. C. (2019). *Estado del arte en Psicología de la salud por las redes del SEDES*. Santa Cruz de la Sierra.
- Ariana Campesora Nava. (2017). *Guía de Terapia Antietroviral en adultos*. La Paz - Bolivia: 351.
- Arrivillaga Quintero, M., Correa Sánchez, D., & Salazar Torrez, I. (2007). *Psicología de la salud abordaje integral de la enfermedad crónica*. Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico de los trastornos*. Panamericana.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2019). *Terapia cognitivo conductual de las drogas dependencias*. Madrid: Paidós.
- Beyebache, M., & Herrero de Vega, M. (2016). *200 Tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E., & Sierra, J. C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. siglo veintiuno .
- Cabezas, P., Lega, H., & I., L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 11.
- Campillay Campillay, M., & Monárdez Monárdez, M. (16 de Diciembre de 2019). *Revista de Bioética y Derecho*. Obtenido de Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872019000300008&script=sci_arttext&tlng=en
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Clayton, M., Gerntholtz, L., Fitzpatrick, K., Sidoti, C., Sandoe, N., & Beingana, A. (2007). *Manual sobre el VIH y los derechos Humanos para la institución nacionales de derechos humanos*. Obtenido de www.ohchr.org: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf
- Colegio profesional de psicólogos. (2013). *Código de ética del colegio de psicólogos de la provincia de Santa Cruz*.
- Cordova Valencia, S. V. (Junio de 2018). *Uniersida tecnica de babahoyo*. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5499>
- De La Serna, J. M. (2018). *Fundamentos de la psicología clínica*. Tektime.
- Estado Plurinacional de Bolivia, M. d. (2010). *Ley No 3729 D. S. N 0451*. La Paz - Bolivia: Ministerio de Salud.
- Estany, A. (2021). *Enfoque cognitivo en el diseño institucional. Diseño institucional e innovaciones democráticas*.
- Estrada, L. (2017). *Teorías y métodos humanistas*. Funadcon Arerandia.
- Flores, A., & Maithe, L. (2015). *Influencia de las distorsiones cognitivas en la calidad de vida de los usuarios de la Unidad de Atención Integral a PVV del Hospital*. Informe final de trabajo de titulación de psicóloga clínica, Quito.

- García Álvarez, L. A. (2018). *Estudio de caso único desde el enfoque sistémico en paciente institucionalizado con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas -- Bucaramanga*. Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia: Bucaramanga.
- Hardy Leahey, T. (2005). *Historia de la psicología*. PEARSON EDUCACIÓN.
- Hurtado, J. C. (2015). *Programa de atención psicológica en VIH Sida*. Bolivia: 1.
- ITS/VIH/SIDA, M. d. (2010). *Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con VIH-SIDA*. La Paz: Asociación Ibis-Hivos.
- Labrador Encinas, F. J. (2016). *Técnicas de modificación conductual*. Obtenido de http://www.conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf
- Llulla Aguirre, S. E., Rojas Pilalumbo, W. F., Tacuaman Jacome, Y. G., & Guevara Villafuerte, J. N. (Febrero de 2018). Análisis psicológico y clínico de las distorsiones cognitivas y bienestar psicológico en adultos mayores. *Ciencias de seguridad y ciencia*, 116.
- Londoño Salazar, M. (Junio de 2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de trastornos mentales. *Poesis*, 33.
- Mariño, S. I. (2018). Reflexiones preliminares desde las ciencias cognitivas y las ciencias de. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 12.
- Mate Lorden, A. I. (2018). *Esquemas cognitivos disfuncionales distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes adolescentes*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Medicina, A. d. (2020). *U Docz*. Obtenido de <https://www.udocz.com/collection/45814/ficha-tecnica-cuestionario-pensamientos-automaticos>
- Ministerio de salud y deporte. (2021).
- Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia. (2014). *Plan Estratégico Multisectorial Extendido| 2013 - 2020*. La Paz - Bolivia: Ministerio de Salud, Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de sanidad y consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*.
- Moreno, P. (2008). *Superar la ansiedad y el miedo*. Desclée de Brouwer.
- Morinigo, C. I., & Fenner, I. (Agosto de 2019). Teorías del aprendizaje. *Ciencias de la educación*, 37.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. PEARSON EDUCACIÓN.
- Muñoz Proaño, L. V. (2022). *Impacto en la salud mental del reciente diagnóstico y tratamiento*.
- NIH. (2020). Información de salud pública más reciente de los CDC. *Información de investigación más reciente de los NIH*, <https://hivinfo.nih.gov/es/home-page>.
- ONUSIDA. (2018). *ONUSIDA*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Opazo Castro, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa*. Santiago, Chile: ICPSI.
- Paláu Castaño, L. A. (2018). Fragmentos del cerebro y el pensamiento. La nueva edad de las ciencias cognitivas. En J.-F. Dortier, *La nueva edad de las ciencias cognitivas*. Ciencias sociales y Educativas.

- Peña, G., & Cañoto, Y. (2018). *Introducción a la psicología general*. AB fuentes.
- Pérez Alvarez, M., Fernandez Hermida, J. R., Fernandez Rodriguez, C., & Amigo Vasquez, I. (2018). *Guía de tratamientos psicologicos eficaces*. Pirámide.
- Proaño, M., & Vanessa, L. (2022). *Impacto en la salud mental del reciente diagnóstico y tratamiento farmacológico de personas con VIH +*. Ecuador: Universidad politecnica salesiana.
- Programa nacional ITS/VIH/SIDA, M. y. (2011). *Guia de orientacion para la prueba VIH-SIDA*. Ministerio de salud. La Paz: Ministerio de salud y deportes.
- Puerta, V. (26 de noviembre de 2018). *La ansiedad en la historia*. <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>.
- Rodriguez Mojeron, A. (2019). *Manual de psicoterapias, teoria y tecnicas*. Herder editorial.
- Rodriguez, G., & Vela Calixto, A. G. (2020). Primeras evidencias psicometricas del inventario de pensamienotos (IPA) en universitarios. *Repositorio academico UPC*, 25.
- Ruiz , M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductual*. Descleé De Brouwer.
- salud, O. P. (2020). *La carga de los transtornos mentales en las Americas*.
- Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología Clínica*. Manual Moderno.
- Vargas, J. E. (2017). *Lo que la psicoterapia puede y no puede hacer por el ser humano*. Santa Cruz, Bolivia: Imprenta Simmer.
- Vargas, J. E. (2017). *Lo que la psicoterapia puede y no puede hacer por el ser humano*. Santa Cruz de la Sierra: Imprenta Simmer.
- Vargas, J. E. (2017). *Lo que la psicoterapia puede y no puede hacer por el ser humano*. Santa Cruz, Bolivia: Imprenta Simmer.



Alianza Liderazgo en Positivo & Poblaciones Clave.

