



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA

TESIS

**“IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIH”**

Que para obtener el título de posgrado en la especialidad de
Medicina Familiar

P R E S E N T A:

DRA. LAURA MONSERRATH SALAS GUZMÁN
Médico residente de 3er año de la especialidad de medicina familiar

ASESORES CLINICO-METODOLOGICOS

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

DR. JOSÉ LUIS TORRES RODRÍGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACION DE TESIS

Vo. Bo.

DRA. SUSANA TREJO RUIZ
DIRECTORA DE LA UMF 28 "GABRIEL MANCERA"

Vo. Bo.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Vo. Bo.

DR. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA MÉDICA

AUTORIZACION DE TESIS

Vo. Bo.

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCIA
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

Vo. Bo.

DR JOSÉ LUIS TORRES RODRÍGUEZ
ASESOR CLÍNICO DE TESIS

22/2/2019

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 3605 con número de registro 17 CI 09 010 051 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 010 2018072.
H GRAL ZONA -MF- NUM 8

FECHA **Viernes, 22 de febrero de 2019.**

**DR. JOSE LUIS TORRES RODRIGUEZ
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIH

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2019-3609-067

ATENTAMENTE

CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3605

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
DIRECCION REGIONAL CENTRO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

"IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIH"

Propuesta de anteproyecto con motivo de tesis para obtener la Especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

Salas Guzmán Laura Monserrath

Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 97371558

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

Tel: 55 26740446 **Fax:** sin fax

e-mail: lausitalaulau@gmail.com

ASESORES:

Dra. Roy García Ivonne Analí

Profesora de la Residencia de Medicina Familiar N° 28

Matrícula: 99377372

Lugar de trabajo: Centro de Adiestramiento e investigación Clínica

Adscripción: División de Desarrollo de la investigación, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Tel: 55 22 70 47 60 **Fax:** sin fax

e-mail: ivonne3316@gmail.com

Dr. Torres Rodríguez José Luis

Médico especialista en urgencias médico quirúrgicas, profesor de la residencia de medicina familiar No 28

Matrícula: 11586419

Lugar de trabajo: Hospital General Regional No. 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro

Adscripción: Hospital General Regional No. 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro

Tel: 5549484527 **Fax:** sin fax

e-mail: drtorresumq@hotmail.com

ÍNDICE

Resumen.....	7
Marco teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	17
Justificación.....	19
Pregunta de investigación.....	21
Objetivos.....	21
Hipótesis.....	21
Material y métodos.....	22
Muestra.....	23
Criterios de selección.....	23
Variables de estudio.....	24
Descripción general del procedimiento.....	29
Plan de análisis estadístico.....	31
Aspectos éticos.....	32
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	34
Cronograma de actividades (Gantt).....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	42
Limitaciones.....	44
Conclusión.....	46
Anexos.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características generales de la población estudiada.....	36
Tabla 2 Características generales de acuerdo a la infección por VIH.....	37
Tabla 3 Características generales de la población de acuerdo al grado de estigma.....	38
Tabla 4 Factores de riesgo para mala calidad de vida. OR no ajustados.....	39
Tabla 5 Factores de riesgo asociados a mala calidad de vida. Modelo de regresión logística ajustado.....	40

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Forest plot. Factores de riesgo para mala calidad de vida. Modelo de regresión logística ajustado.....	41
--	----

Resumen

IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIH

Autores: Salas Guzmán Laura Monserrath¹, Roy-García Ivonne Anal²

¹Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Numero 28 "Gabriel Mancera".

²Médico Familiar, profesora de la Residencia de Medicina Familiar, División de Desarrollo de la Investigación, CMN SXXI, IMSS.

Antecedentes. La infección por VIH se encuentra dentro de las primeras 10 causas de pérdida de años de vida saludable, esta patología impacta en la calidad de vida de los pacientes, pudiendo verse afectada por diversos factores entre los cuales se encuentran estigmatización social, la no adherencia a esquemas antirretrovirales, red de apoyo débil.

Objetivo. Determinar el nivel de calidad de vida y el estigma de los pacientes con VIH.

Material y métodos. Se llevó cabo un estudio transversal, analítico, en el Hospital General Regional Número 1 (HGR1). Se incluyeron a 300 participantes, que fueron captados en los meses de Marzo y Abril del año 2019. Los participantes seleccionados cumplieron los criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de HIV que se encontraban recibiendo terapia antirretroviral, que acudían a CLISIDA de HGR1, mayores de 18 años de edad, que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Para conocer el estigma social se aplicó la escala de Berger, para conocer calidad de vida se aplicó la escala EQ-5D-3L. Para conocer la funcionalidad familiar se aplicó el APGAR familiar. La adherencia terapéutica se valoró con el cuestionario SMAQ¹.

Resultados:

La muestra total de nuestro estudio incluyó a 300 pacientes, de los cuales 293 (97.6 %) fueron hombres. Entre las características generales encontramos una mayor frecuencia de estado civil solteros en 203 (67.7%), 86 (28.7%) tuvieron un diagnóstico inicial de SIDA y 242 (80.7%) se encontraron con carga viral indetectable en el momento del estudio, 148 (49.3%) presentaron adherencia terapéutica inadecuada y 138 (46%) reportaron afectación en la calidad de vida, 101 (33.7%) refirieron encontrarse insatisfechos con la funcionalidad familiar, 27 (9%) de los pacientes presentaron un alto estigma global.

Dentro de los factores de riesgo asociados a mala calidad de vida, se encontraron los siguientes en orden de impacto: estigma global alto, con un OR de 2.76 (1.13, 6.75), insatisfacción en la funcionalidad familiar con OR de 2.25 (1.36, 3.72) y mala adherencia terapéutica con OR de 1.83 (1.13, 2.95).

Conclusión: la presencia de alto estigma global muestra asociación con afectación en la calidad de vida de pacientes con infección de VIH/SIDA

Palabras clave: Calidad de vida, estigma social, adherencia terapéutica, funcionalidad familiar, pacientes con VIH/SIDA.

Marco teórico

La infección por VIH es causada por el virus de inmunodeficiencia humana, el cual se puede transmitir por vía sexual, perinatal o sanguínea, y cuyo blanco principal es el sistema inmune, el cual se deteriora gradualmente, destruyendo entre 1 y 2 x 10⁹ células CD4 cada 24 hrs, dando como etapa final el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En promedio, se puede decir que hay un lapso de 8 a 10 años desde la infección primaria o inicial con el VIH hasta el momento en que se desarrolla el SIDA en los adultos. ⁱⁱ Los pacientes con infección por VIH, principalmente aquellos con alto nivel educativo, pueden presentar una esperanza de vida similar a la de la población general cuando se medican con terapia antirretroviral (TAAR) en monoterapia. ⁱⁱⁱ Sin embargo, en el informe sobre salud en el mundo publicado por la Organización Mundial de Salud (OMS) se hace mención del VIH/SIDA como responsable del 6% de la carga mundial de morbilidad, constituyendo la primera causa por orden de importancia en los hombres y la segunda entre las mujeres. Y en países como Costa Rica se encuentra dentro de las primeras 10 causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA).

Las manifestaciones de la historia natural por infección VIH/SIDA así como los procesos de aceptación por parte del paciente, el estigma al que se enfrentan al asumir su enfermedad ante la sociedad, preocupación por divulgación de estatus y preocupación por actitudes públicas puede tener repercusiones en la calidad de vida asociada a la salud, la cual se ha definido por la OMS como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de

valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.^{iv viii}

Son numerosos los estudios que han evaluado la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en personas con VIH y factores sociodemográficos, culturales y clínicos con resultados diversos, entre los cuales se ha descrito peor CVRS en sexo femenino y edad mayor de 50 años, asociado a menor nivel de escolaridad, falta de soporte económico o social, presencia de síntomas, estigma o preocupación por la confidencialidad, consumo de drogas y alcohol, comorbilidades, bajo nivel de confianza o pobre relacionamiento con el personal médico y menor accesibilidad al sistema de salud.^v

Entre Abril del 2011 y Enero del 2012 se aplicó la encuesta ANRS-VESPA2 para valorar CVRS a 3022 pacientes atendidos en hospitales franceses que viven con VIH, y se clasificaron a dichos pacientes en tres categorías según el número de síntomas molestos reportados, grupo A 74% población reportó bajo número de síntomas molestos, grupo B 11% moderado número de síntomas molestos (complicaciones sexuales, psicológicas y síntomas generales), grupo C 15% alto número de síntomas molestos (dolor, sintomatología gástrica, problemas renales, dolor en la parte inferior de la espalda o al orinar y síntomas relacionados con la apariencia como pérdida de peso, pérdida de cabello). Éste último grupo comprendía al mayor porcentaje de mujeres en el estudio (46.9%). Los pacientes del grupo A tendían con mayor frecuencia a vivir en pareja, presentaban menor sentimiento de soledad y habían experimentado menos discriminación durante los dos años anteriores, también tenían menos comorbilidades (incluidos los episodios depresivos mayores, patologías cardiovasculares, cáncer, anomalías

lipídicas y hepatitis) e informaron un menor hábito tabáquico, dicho grupo tuvo mayor apego a la TAAR.^{vi}

Los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA se enfrentan ante la construcción del estigma, mediante el cual se trata de explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representan.^{vii} No es raro que el personal de salud incurra durante la labor diaria en práctica de discriminación hacia los pacientes que cursan con infección de VIH, lo cual se puede apreciar al realizar marcación de expedientes, exageración de medidas de seguridad o precauciones universales, objeción a hospitalizar pacientes, realización de pruebas de detección del VIH sin consentimiento, violación de confidencialidad. En un estudio realizado por la Revista del Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2006, 66% de las personas señalaron que la prueba de detección de VIH debería ser obligatoria para hombres que tienen sexo con hombres, 43% prohibiría la prostitución para prevenir propagación de la infección, 23% no compraría comida a una persona con VIH, 59% prohibiría que las mujeres con VIH tengan hijos, 43% no consultaría a un odontólogo infectado por VIH, 36% estaría de acuerdo en prohibir que un médico ejerza su profesión si tuviera infección por VIH.^{viii}

El estigma afecta en mayor medida a ciertas poblaciones consideradas de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales, lo cual se acompaña del abandono de la familia, el aislamiento social, la pérdida de empleo, la negación a los servicios de salud y la violencia. Además, se ha encontrado que estos pueden influir en la demora al acudir a los servicios de salud y realizar una prueba de VIH, la revelación del estado a la pareja y la adherencia terapéutica.

En conjunto con el estigma, se debe mencionar que el diagnóstico de VIH/SIDA tiene un impacto negativo en los individuos que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social; esto afecta no solo a la persona portadora del virus sino también todo su entorno, familia, compañeros y amigos; se genera miedo a la muerte, a la reacción de sus familiares, a ser rechazados por la sociedad, con la subsecuente aparición de ansiedad, depresión y aislamiento.^x De ésta manera se explica el hecho de que algunos pacientes no exterioricen su diagnóstico con familiares por miedo a perder su estatus social y apoyo familiar, pacientes que perciben un menor apoyo familiar han presentado mayor incidencia de depresión, el apoyo familiar también ha mostrado ser un recurso importante para establecer resiliencia entre los individuos VIH+, un adecuado apoyo familiar puede promover el desarrollo de adaptabilidad a la adversidad y mantener mejor calidad de vida, siendo una familia fuerte y solidaria la primera línea de defensa. ^x

Es por ello que la aceptación del VIH como una enfermedad de por vida requiere el coraje de manejar el estigma del VIH y negarse a permitir que ese estigma se convierta en una carga escondida y continua o un diagnóstico secreto. Debería pasar a formar parte del manejo de un grupo de enfermedades crónicas comunes, sin ocasionar al paciente temor de ser señalado por la sociedad, permitiéndole compartir su estado actual de salud, así como acudir a recibir atención médica oportuna y tratamiento antirretroviral adecuado.

La estigmatización percibida por pacientes infectados con VIH, puede ser valorada mediante la adaptación en español de la encuesta Berger publicada en el año 2015, consta de 30 ítems, 8 preguntas para estigma personalizado, 9 para preocupaciones de divulgación, 8 para autoimagen negativa, 5 para preocupación

por actitudes públicas. En dicha adaptación las alternativas de respuesta están en escala de Likert (casi nunca 1 punto, rara vez 2 puntos, a veces 3 puntos y casi siempre 4 puntos), pudiendo realizar una sumatoria que nos arroja el resultado de estigma global de nuestro paciente, tomándose como bajo estigma global una puntuación < 57.66 y como alto estigma global una puntuación >91.6 .^{xi}

En un estudio realizado en Lima Perú en el año 2014, se aplicó dicha encuesta a 339 pacientes, encontrándose que 25,4% presentaban estigma alto y que una reducción de 10 puntos en la escala de estigma relacionado a VIH/SIDA se asociaba a un aumento de 5% de adherencia a TAAR en hombres y 7% en mujeres.^{xii} Esto es de suma importancia ya que hasta el momento la terapia antirretroviral es la única que puede modificar el curso de la historia natural de la enfermedad, la cual se muestra en diferentes estadios en correlación con aumento de carga viral y disminución de linfocitos CD4, de manera aguda 2 a 4 semanas después de la exposición, puede manifestarse como un cuadro catarral, con una disminución transitoria de CD4 a <200 células / microlitro^{xiii}

Posteriormente hay seroconversión y disminución de CD4 de manera gradual durante 6-8 años, a medida que el recuento de CD4 disminuye aún más (<200 células/ microlitro), el paciente puede desarrollar infecciones oportunistas o neoplasias relacionadas con el VIH como toxoplasmosis cerebral, así como nefropatía asociada al VIH con fracaso renal progresivo.

Cuando nuestro paciente llega a un conteo de CD4 <100 células/microlitro, su principal riesgo es una infección fúngica, se hacen cada vez más comunes problemas neurológicos, encefalopatía por VIH (encefalopatía metabólica)^{xiv}, la cual se ha asociado con una disminución gradual en función cognitiva, conductual

y motora conllevando a una mala adherencia terapéutica, dificultades en el desarrollo de funciones de la vida diaria, pérdida de empleo, deficiencia en la calidad de vida y progresión a demencia.^{xv}

El uso de Terapia antirretroviral es hasta el día de hoy la única que puede modificar historia natural de la enfermedad, mejorando drásticamente la esperanza de vida y el pronóstico en pacientes que viven con infección por VIH. Desde su introducción, ha habido una disminución del 80% en la mortalidad en las naciones industrializadas. Sin embargo, no garantiza bienestar mental y social.^{xvi}

Al instaurar la terapia antirretroviral debemos informar a nuestros pacientes sobre los efectos adversos y las interacciones medicamentosas riesgosas, tomando en cuenta que las reacciones adversas de la terapia antirretroviral pueden ser fármaco-específicas y clase-específicas.^{xvii}

La recomendación es iniciar TAAR en todos los pacientes con infección por VIH-1 con menos de 500 CD4+/ microlitro, así como iniciar terapia antirretroviral en pacientes con sintomatología relacionada a infección por VIH-1, eventos clínicos B o C de la clasificación de los CDC de 2003, incluyendo la nefropatía por VIH, puesto que mejora la sobrevida, siendo su objetivo inicial lograr carga viral plasmática (CVP) indetectable (< 50 copias/ml) tras 16-24 semanas de tratamiento, esto se verá altamente influenciado por la adherencia terapéutica, considerándose ésta última como óptima cuando se realiza la toma de píldoras en los horarios establecidos en al menos un 95% de las veces, de igual manera se ha observado que los pacientes que cuentan con terapia antirretroviral con esquema de una sola tableta tienen menor supresión de tomas, mejor respuesta clínica y menor número de hospitalizaciones.^{xviii,xix}

En el año 2014 en España se realizó una actualización del estudio ARPAS 2006, en el cual se estimó la adherencia al tratamiento antirretroviral y la satisfacción con el tratamiento antirretroviral valorada por la escala de satisfacción con el tratamiento antirretroviral (ESTAR). Dicho estudio arrojó como resultado que los pacientes varones, con mayor nivel educativo, laboralmente activos, con menos tratamientos concomitantes no antirretrovirales y con menor número de efectos adversos presentaron mayor bienestar psicológico; la adherencia a la terapia antirretroviral es menor conforme aumenta el número de fármacos que el paciente toma, hecho que ocurre cuando existe pluripatología y polimedicación, lo cual es frecuente en pacientes infectados por VIH con edad mayor de 50 años; la puntuación en escala ESTAR mostró satisfacción global elevada en todos los casos de terapia antirretroviral; la satisfacción no difirió en función de la adherencia y no se observó correlación entre satisfacción con el tratamiento antirretroviral y calidad de vida.^{xx} La adherencia terapéutica en pacientes VIH positivos, puede ser medida por varios métodos indirectos, ya que las mediciones de niveles de fármacos antirretrovirales en sangre resulta poco práctica en una escala amplia, tanto por el elevado costo que este método representaría, como por la existencia de problemas farmacocinéticos que puedan dificultar su interpretación.^{xxi} Un método indirecto útil es el cuestionario SMAQ modificado, que consta de seis interrogantes dicotómicas, en el cual cualquier respuesta en el sentido de no adherencia se considerará como no adherente, es de fácil utilidad en la práctica médica diaria y nos puede ayudar a evaluar a la adherencia terapéutica como uno de los factores que estén impactando en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Como se ha mencionado con anterioridad la calidad de vida de los pacientes puede ser afectada por estigma personalizado, preocupaciones de divulgación, autoimagen negativa, preocupación por actitudes públicas, mala adherencia terapéutica, escolaridad, sexo, estado civil, apoyo social o familiar entre otros, y puede ser evaluada con distintas escalas entre las cuales encontramos el cuestionario en español EQ-5D creado por el grupo EuroQol, el cual proporciona un perfil descriptivo simple y un único valor de índice para el estado de salud. Es de fácil administración ya que ha sido diseñado para ser completado por los encuestados y es ideal para su uso en encuestas postales, en clínicas y en entrevistas cara a cara. Es cognitivamente poco exigente, tarda solo unos minutos en completarse. Comprende la evaluación de 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor o disconfort y ansiedad-depresión.^{xxii}

Entre los instrumentos que se emplearán, para conocer el estigma social se aplicará la escala de Berger (utilizada en países de Latinoamérica como Perú, no se ha utilizado con población mexicana)^{xv}, para conocer calidad de vida se aplicará la escala EQ-5D-3L (utilizada en población mexicana para valorar calidad de vida en población con diversas patologías, entre ellas osteoporosis)ⁱ. Para conocer la funcionalidad familiar se aplicará el APGAR familiar (el cual ha sido usado en México y otros países de Latinoamérica para valorar percepción del funcionamiento familiar)^{xxiii}. La adherencia terapéutica será valorada por el cuestionario SMAQ (utilizado en nuestro país para valorar adherencia terapéutica a esquemas antirretrovirales en clínicas de VIH del Hospital General Regional núm. 1 del IMSS y del Hospital General Tacuba)^{xxiv}.

Planteamiento del problema

La infección por VIH/SIDA se puede transmitir por vía sexual, perinatal o sanguínea, su blanco principal es el sistema inmune, el cual se deteriora gradualmente. En promedio, se puede decir que hay un lapso de 8 a 10 años desde la infección primaria o inicial con el VIH hasta el momento en que se desarrolla el SIDA en los adultos. Se ha convertido en problema de salud pública reportándose en el año 2017 2,338 casos nuevos de SIDA y 3,260 casos nuevos de VIH.

El diagnóstico de VIH/SIDA tiene un impacto negativo en los individuos que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social, el cual aunado a su historia natural de la enfermedad puede conllevar a una merma en la calidad de vida de los individuos; esto afecta no solo a la persona portadora del virus sino también todo su entorno, familia, compañeros y amigos; se genera miedo a la muerte, a la reacción de sus familiares, a ser rechazados por la sociedad, con la subsecuente aparición de ansiedad, depresión y aislamiento.

Inclusive en algunos países las personas que viven con HIV/SIDA tienden a ser estigmatizadas y renegadas por su propia familia, siendo restringidos en el hogar de manera física prohibiéndoseles en algunas ocasiones a usar áreas comunes como cocina, baño e inclusive de prácticas religiosas.

Personas quienes han experimentado el estigma de vivir con VIH prefieren tener su diagnóstico en secreto por miedo del rechazo y la discriminación, percibiendo mayor dificultad al acceder al tratamiento antirretroviral, el cual ha sido hasta el

día de hoy el único capaz de modificar la historia natural de la enfermedad, con un consecuente aumento de la sobrevida.

Se ha encontrado que un 34.6% de los pacientes con infección por VIH presenta problemas en la calidad de vida y hasta un 25.4% presentan alto estigma social, lo cual puede conllevar un retraso en diagnóstico y uso de terapia antirretroviral, la cual mejora la esperanza de vida, siendo similar a la de la población general, en pacientes que usan monoterapia y tienen alto nivel escolar.

Justificación

La población de pacientes con diagnóstico de HIV es un grupo prioritario ya que se ha considerado por CENSIDA como una epidemia, según estimaciones conjuntas realizadas por Onusida-Censida, a finales del 2013 existían 180 mil personas viviendo con VIH y SIDA, siendo predominante en el sexo masculino, en edades de 20 a 45 años.

La infección por VIH se encuentra dentro de las primeras 10 causas de pérdida de años de vida saludable. El diagnóstico de VIH/SIDA tiene un impacto negativo en los individuos que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social; afectando no solo a la persona portadora del virus sino también todo su entorno, familia, compañeros y amigos, 34.6% de los pacientes se han reportado con una afección en la calidad de vida relacionada a la salud.

La infección de VIH tiene impacto en la calidad de vida de los pacientes, inicialmente por complicaciones propias de la historia natural de la enfermedad, las cuales se van agravando con el paso del tiempo si no se instaura una terapia antirretroviral, el retraso en el uso de medicamentos antirretrovirales se ve influenciado por el miedo a sentirse señalado por su núcleo familiar y por la sociedad, pues este grupo de pacientes debe enfrentarse ante una estigmatización por su condición médica, se ha reportado que 25.4% de ellos presentan un estigma alto, lo cual pueden influir en la demora al acudir a los servicios de salud y realizar una prueba de VIH, la revelación del estado a la

pareja y la adherencia terapéutica con el consiguiente deterioro de la calidad de vida relacionada al estado de salud.

Este proyecto ha sido creado con la finalidad de determinar la asociación entre estigma alto y afección en la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana, para poder crear estrategias de apoyo a dichos pacientes. La aceptación del VIH como una enfermedad de por vida requiere el coraje de manejar el estigma del VIH y negarse a permitir que ese estigma se convierta en una carga escondida y continua o un diagnóstico secreto. La infección por VIH/ SIDA debería pasar a formar parte del manejo de un grupo de enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin ocasionar al paciente problemas con la sociedad que le impidan compartir su estado actual de salud así como acudir a recibir atención médica adecuada.

Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre estigma alto y afección en la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar la asociación entre estigma alto y afección en la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Objetivos específicos:

Determinar calidad de vida y los indicadores más afectados.

Conocer el grado de estigma en los pacientes incluidos en el estudio.

Conocer el grado de estigma en los pacientes incluidos en el estudio, de acuerdo al tiempo transcurrido de diagnóstico de la enfermedad.

Determinar si existe diferencia entre el nivel de calidad de vida y el apego al tratamiento.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

Existe asociación entre estigma alto y afección en la calidad de vida. Los pacientes con VIH presentan alteración en la calidad de vida en un 34.6% y alto estigma social en el 25.4%.

Material y métodos

Diseño de estudio:

Se llevó a cabo un estudio transversal, analítico.

Lugar de estudio:

El presente tuvo como lugar de desarrollo el servicio de CLISIDA perteneciente a Hospital General Regional 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro.

Tiempo de estudio:

El tiempo para su desarrollo comprendió el periodo de Marzo – Abril 2019, con los resultados de los cuestionarios realizados en el periodo comprendido.

Universo: (Pacientes en CLISIDA durante el 2019)

Pacientes con tratamiento antirretroviral que cumplieron criterios de selección y acudieron a cita al servicio de CLISIDA en los meses citados.

Población de estudio: Expedientes de pacientes que acudieron a consulta de CLISIDA en HGR1 en el periodo Marzo-Abril 2019.

Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo consecutivo hasta completar el total de la muestra, en aquellos participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Muestra

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con el programa Epi-info, utilizando la fórmula para una proporción, se considero un tamaño de población finito con una frecuencia de estigma alto en el 25.4%, con un IC 95% y poder estadístico del 80% obteniéndose un total de 292 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
1.-Pacientes con diagnóstico de HIV, sin importar el tiempo de evolución. 2.- Pacientes que estén recibiendo terapia antirretroviral. 3.- Pacientes que cuenten con seguridad social (IMSS) y acudan a CLISIDA de HGR1. 4.- Pacientes mayores de 18 años de edad. 5.-Pacientes que acepten participar y firmen el consentimiento informado.	1.-Pacientes que presenten alguna otra enfermedad que condicione deterioro en la calidad de vida: 1.1- Lumbalgía crónica. 1.2- Depresión mayor. 1.3- Anemia por deficiencia de hierro. 1.4- Dolor crónico en cuello. 1.5- Pérdida de audición. 1.6- Migraña. 1.7- Diabetes. 1.8 – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 1.9- Desorden de ansiedad. 1.10- Otra enfermedad musculo esquelética. ^{xxv}	1.- Pacientes que tengan un llenado incompleto de los instrumentos de evaluación.

Variables de estudio

Estigma

Definición conceptual: un proceso social relacionado con cuestiones de poder y control social a través de instancias políticas, económicas, sociales y culturales, que se encargan de producir, reproducir y mantener la inequidad social.

Definición operacional: Sumatoria de estigma establecido, preocupación de divulgación de estatus, autoimagen negativa, preocupaciones con actitudes públicas. Se evaluará con la escala de Berger, Las alternativas de respuesta están en escala de Likert (casi nunca 1 punto, rara vez 2 puntos, a veces 3 puntos y casi siempre 4 puntos) tomándose como bajo estigma global una puntuación < 57.66 y como alto estigma global una puntuación >91.6

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

Indicador. 0. Sin alto estigma global, 1. Con estigma global alto.

Calidad de vida

Definición conceptual: la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Definición operacional: Percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, preocupación de salud, función cognoscitiva, calidad general de vida, salud transitoria. Para este estudio la calidad de vida se evaluará a partir del instrumento EQ-5D-3L, tomándose como base el sistema descriptivo que comprende 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor / incomodidad y ansiedad / depresión. A partir del puntaje del instrumento, los resultados se agruparán en dos categorías "sin problemas" (es decir un patrón 11111 que indica sin problemas en las 5 categorías) y "problemas" (es decir, cualquier otro patrón de combinación que incluye el número 2 o 3 por ejemplo 11213).

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica

Indicador: 0 sin problemas, 1 con problemas

Grupo de edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales, duración de algunas cosas y entidades abstractas, cada uno de los periodos en que se considera dividida la humanidad.

Definición operacional: Adolescencia (13-24años), juventud (25-40 años), adultez (40-60 años), vejez (>60 años). La clasificación se realizará a partir del interrogatorio directo.

Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.

Indicador: 1. Adolescencia, 2. Juventud, 3. Adultez, 4. Vejez

Sexo

Definición conceptual:

Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Definición operacional: Hombre, Mujer, a partir del habitus exterior.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

Indicador: 1. Hombre, 2. Mujer

Estado civil

Definición conceptual: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.

Definición operacional: casado, soltero, unión libre, divorciado, viudo. Información obtenida a partir de la información plasmada en el instrumento de recolección de datos.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 1. Casado, 2. Soltero, 3. vive en unión libre, 4. divorciado, 5. viudo

Escolaridad

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.

Definición operacional: Cursos escolares completos realizados.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: 1. No acudió a la escuela, 2. Primaria, 3. Secundaria, 4. Preparatoria, 5. Licenciatura, 6. Posgrado

Religión

Definición conceptual: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

Definición operacional: presencia o ausencia de creencia religiosa.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: 0. sin creencia religiosa, 1. con creencia religiosa

Actividad laboral

Definición conceptual: Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada.

Pertenece o relativo al trabajo, en su aspecto económico, jurídico y social.

Definición operacional: realiza o no una actividad remunerada.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: 0.No realiza actividad remunerada, 1. Realiza actividad remunerada

Adherencia terapéutica

Definición conceptual: se ha considerado como adherencia optima a la toma de píldoras en los horarios establecidos en al menos un 95% de las veces.

Definición operacional: adherencia o no adherencia, de acuerdo al cuestionario SMAQ, que corresponde a un cuestionario dicotómico en el cual cualquier respuesta en el sentido de no adherencia se considerará como no adherente.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 0. No adherencia, 1. Adherencia

Tiempo de diagnóstico de VIH

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde diagnóstico confirmatorio de infección por virus de inmunodeficiencia.

Definición operacional: Se evaluará mediante interrogatorio directo o revisión de expediente clínico.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Indicador: A partir del tiempo en meses, los resultados se estratificarán en tres categorías, 1 menos de 1 año de diagnóstico, 2 de 1 a 5 años de diagnóstico, 3 mayor de 5 años de diagnóstico.

Satisfacción con la funcionalidad familiar

Definición conceptual:

Percepción que tienen los miembros de la familia sobre el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Definición operacional: satisfacción que el paciente siente al recibir ayuda de su familia ante algún problema o necesidad, este apartado será medido con APGAR familiar.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal

Indicador: 0.Sin satisfacción de funcionalidad familiar (Disfunción leve 16-13 puntos -Disfunción severa menos de 9 puntos), 1.con satisfacción de funcionalidad familiar (Sin disfunción 17-20 puntos).

SIDA

Definición conceptual: Pacientes infectados por el VIH y un conteo absoluto de células CD4 positivas < 200/ml.

Definición operacional: conteo de CD4 <200/mL al momento del diagnóstico inicial.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 0. No diagnóstico de SIDA (>200/mL), 1.- Con diagnóstico de SIDA (<200/mL)

Carga viral plasmática actual

Definición conceptual: Número de copias por mililitro, siendo indetectable cuando corresponde a un número de copias menor a 50 por mililitro.

Definición operacional: Carga viral indetectable se denomina a la presencia de < 50 copias/ml.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 0. Carga viral detectable (> 50 copias/ml), 1.Carga viral indetectable (< 50 copias/ml)

Descripción general del procedimiento

El presente protocolo se llevó a cabo en el servicio de CLISIDA de Hospital General Regional 1 (HGR 1), una vez que se contó con número de registro y la aprobación del Comité Local de Ética e Investigación en Salud. Los pacientes fueron captados en la consulta externa del servicio de CLISIDA, se les hizo entrega de un cuestionario autoadministrable que contenía las escalas *EQ-5D-3L*, *escala de Berger*, *APGAR familiar*, *escala de adherencia terapéutica*

con SMAQ modificado y se supervisó su adecuado llenado por parte de Salas Guzmán Laura Monserrath Residente de tercer año de la especialidad en medicina familiar. Los pacientes tardaron un promedio de 15 minutos en llenar la encuesta entregada. La variable de carga viral en algunas ocasiones al ser desconocida por algunos pacientes, se obtuvo de expedientes correspondientes al servicio de CLISIDA.

Posteriormente se recabaron las variables clínicas necesarias para el análisis estadístico y fueron vaciadas en una hoja de datos de Excel de Microsoft Office 2016 para Windows.

Los pacientes captados con alto estigma, alteración en la calidad de vida y disfunción familiar serán contactados y canalizados al servicio de psicología para ofrecer terapia que les ayude a trabajar sobre situación actual de estigmatización e insatisfacción con funcionalidad familiar. De igual manera sería adecuado crear estrategias médicas e institucionales para aquellos pacientes con mala adherencia terapéutica que favorezcan el consumo de sus medicamentos.

Plan de análisis estadístico

El plan de análisis estadístico se llevo a cabo en el programa SPSS V 25. Se calcularon frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas nominales y ordinales (Estigma social, calidad de vida, adherencia terapéutica, grupo de edad, sexo, satisfacción con la funcionalidad familiar). Para las variables cuantitativas se calculo mediana con rango intercuartilar. Los resultados fueron resumidos en tablas de frecuencias y medianas. Para conocer si existía o no asociación entre calidad de vida y las variables citas se calculo χ^2 , considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Se realizó un modelo de regresión lineal para conocer el impacto de los factores de riesgo asociados a afección en la calidad de vida.

Aspectos éticos

Antes de la ejecución de protocolo, se sometió a la evaluación del Comité local de Investigación en Salud para obtener su autorización y siendo obtenido el número de registro, se llevó a cabo una evaluación independiente, lo cual garantizó la calidad metodológica de este estudio, ya que involucró la evaluación de datos personales, de salud física y psicológica de seres humanos.

Esta propuesta de investigación responde a una necesidad social de la población derechohabiente que ha visto un incremento en la incidencia de VIH/SIDA.

Este proyecto fue elaborado siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos tales como el respeto por el individuo y la beneficencia; dichos principios se encuentran plasmados en la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial, en Helsinki-Finlandia, en junio de 1964 y enmendado por la 64 asamblea médica mundial Fortaleza, Brasil, octubre de 2013. Así como también se tomó en consideración salvaguardar en todo momento los principios éticos del Informe Belmont sobre “Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación” de 1978, tales como el principio de respeto a las personas, protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado; principio de beneficencia para maximizar los beneficios de esta investigación mientras se minimizaron los riesgos para los pacientes estudiados. En este estudio al ser transversal analítico fueron garantizados los principios de beneficencia y justicia asegurándonos de que no existiera

discriminación y así como se ejerció igualdad de oportunidades para participar en este estudio a cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión. En apego al principio de confidencialidad los únicos que tuvieron acceso a la base de datos, información recolectada de los expedientes médicos así como las encuestas llenadas por la población estudiada fueron los investigadores del proyecto, de igual manera estos resultados fueron y serán resguardados por los mismos.

También fue considerada la normatividad nacional vigente en la Ley General de Salud en sus artículo 100 ya que se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en artículo 17 fracción VI realizando investigación con ética profesional, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17 Fracción II donde se clasificó el presente estudio como de riesgo mínimo, pudiendo haber presentado durante el estudio desagrado, enojo, tristeza o incomodidad por algunas preguntas que evaluaron el estigma social y satisfacción con la funcionalidad familiar. Este proyecto fue ajustado a los lineamientos de la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Por último se baso en la normatividad institucional vigente en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Capítulo II De la Investigación en Salud.

Los beneficios pueden ser directos ya que los pacientes captados con afección en la calidad de vida y presencia de alto estigma global, disfunción familiar, mala adherencia terapéutica serán localizados y se les extenderá una invitación para ser enviados a psicología y trabajo social para canalizarse a grupos de ayuda.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos

- Residente de medicina familiar
- Investigador principal
- Investigador secundario

Recursos materiales

- Laptop
- Impresora
- Fotocopiadora
- Grapas metálicas
- Hojas de papel tamaño carta
- Bolígrafos tinta azul punto medio
- Marca textos
- Conexión a internet

Financiamiento

El presente trabajo no recibió dinero derivado de alguna convocatoria o industria.

El protocolo fue costeadado por el investigador principal.

Factibilidad

Se contó con los recursos necesarios (humanos, materiales y financieros) datos disponibles, tiempo disponible, por lo cual fue viable la realización del estudio.

Cronograma de actividades (Gantt)

Actividad	AÑO 2018					AÑO 2019						
	MES											
	08	09	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Ajustes al protocolo y aprobación del CE												
Invitación a pacientes												
Evaluación pacientes y recolección datos												
Codificación, captura y limpieza base datos												
Limpieza final base de datos												
Análisis estadístico												
Redacción manuscrito												
Difusión resultados												

Tabla 1 Características generales de la población estudiada

n=300	
Sexo ^a	
Hombre	293 (97.6)
Mujer	7 (2.3)
Edad años ^b	41 (33, 49.7)
Escolaridad ^a	
Escolaridad básica y media superior	55 (18.3)
Licenciatura y posgrado	245 (81.6)
Estado civil ^a	
Soltero	203 (67.7)
Casado	35 (11.7)
Unión libre	49 (16.3)
Divorciado	8 (2.7)
Viudo	5 (1.7)
Religión^a	
Con creencia religiosa	210 (70)
Sin creencia religiosa	90 (30)
Actividad laboral^a	
Con actividad laboral	261 (87)
Sin actividad laboral	39 (13)
Diagnostico inicial ^a	
SIDA como diagnostico inicial	86 (28.7)
Sin SIDA en diagnostico inicial	214 (71.3)
Carga viral actual ^a	
Detectable	58 (19.3)
Inde	a. Frecuencia y porcentaje
	b. Mediana y rango intercuartil

En la tabla 1 se describen las características generales de la población estudiada, se incluyó a un total de 300 pacientes, de los cuales 293 (97.6 %) fueron hombres, con una mediana de edad de 41 años (33, 49.7). La escolaridad más frecuente fue para el grupo de licenciatura-posgrado con un total de 245 pacientes (81.6%), 261 (87%) realizan alguna actividad laboral remunerada, 210 (70%) cuentan con una

creencia religiosa. Al analizar la variable de estado civil encontramos que 203 (67.7%) son solteros, 86 (28.7%) de los pacientes tuvieron un diagnóstico inicial de SIDA y 242 (80.7%) se encuentran actualmente con carga viral indetectable.

Tabla 2 Características generales de acuerdo a la infección por VIH

n=300

Adherencia terapéutica	
Con adherencia terapéutica	152 (50.7)
Sin adherencia terapéutica	148 (49.3)
Afección de la calidad de vida	
Con afección	138 (46)
Sin afección	162 (54)
Puntaje de la satisfacción con la funcionalidad familiar ^b	
Con satisfacción en funcionalidad familiar	199 (66.3)
Sin satisfacción en funcionalidad familiar	101 (33.7)
	67.5 (55, 79)
Puntaje total de estigma global ^b	
Alto estigma global	27 (9)
Sin alto estigma global	273 (91)

Datos presentados en frecuencia y porcentaje
Mediana y rango intercuartil (b)

En la tabla 2 se describen las características generales relacionadas con la infección por VIH, 152 (50.7%) tienen adherencia terapéutica adecuada y 162 (54%) no presentan afección en la calidad de vida. Respecto a funcionalidad familiar se encontrándose un puntaje de 18 (15, 20) como mediana en APGAR familiar, 199 (66.3%) se encuentran satisfechos con la funcionalidad familiar. En la escala de Berger se reportó una mediana de 67.5 (55, 79) puntos, 27 (9%) de los pacientes presentaron un alto estigma global.

Tabla 3 Características generales de la población de acuerdo al grado de estigma

	Estigma global alto n=27	Sin Estigma global alto n=273	Valor de P
Edad (años) ^a	42 (35, 50)	40 (33, 49)	0.593
Afección de calidad de vida ^b			
Con afección	19 (70.4)	119 (43.6)	0.008
Sin afección	8 (29.6)	154 (56.4)	
Adherencia terapéutica ^b			
Con mala adherencia	14 (51.9)	134 (49.1)	0.784
Adherencia terapéutica adecuada	13 (48.1)	139 (50.9)	
Carga viral actual ^b			
Detectable	7 (25.9)	51 (18.7)	0.363
Indetectable	20 (74.1)	222 (81.3)	
Diagnostico inicial ^b			
SIDA al momento del diagnóstico	9 (33.3)	77 (28.2)	0.574
Sin SIDA al momento del diagnóstico	18 (66.7)	196 (71.8)	
Satisfacción con la funcionalidad familiar ^b			
Sin satisfacción	14 (51.9)	87 (31.9)	0.036
Con satisfacción	13 (48.1)	186 (68.1)	
Religión ^b			
Sin creencia religiosa	9 (33.3)	81 (29.7)	0.692
Con creencia religiosa	18 (66.7)	192 (70.3)	
Actividad laboral ^b			
Sin actividad laboral remunerada	6 (22.2)	33 (12.1)	0.13
Con actividad laboral remunerada	21 (77.8)	240 (87.9)	
Puntaje de satisfacción en funcionalidad familiar ^a	15 (12, 20)	19 (15, 20)	0.055

a. Mediana y RIC, U Mann Whitney

b. Datos presentados en frecuencias y porcentajes, X²

En la Tabla 3 se muestran las características generales de la población respecto al grado de estigma. El grupo de estigma alto se encuentra conformado por 27 pacientes con una mediana de edad de 42 (35, 50) años y el grupo sin estigma está integrado por 273 participantes con una mediana de edad de 40 (33, 49) años. Al evaluar la variable de calidad de vida encontramos que en el grupo de pacientes con alto estigma global se mostro una afección de la calidad de vida en 19 (70.4%) de los pacientes, en comparación a 119 (43.6%) del grupo de pacientes sin alto estigma global, con un valor de p 0.008. La mala adherencia terapéutica se presento en 14 (51.9%) de los pacientes con alto estigma global en comparación a 134 (49.1%) del grupo sin alto estigma global, con un valor de p de 0.784. La carga viral fue detectable en 7 (25.9%) de los pacientes con alto estigma global y 51 (18.7%) en el grupo de pacientes sin alto estigma global, con un valor de p de 0.363. El diagnostico inicial de SIDA se presento en 9 (33.3%) de los pacientes con alto estigma global y en 77 (28.2%) de los pacientes sin alto estigma global, con una p de 0.574. Un total de 14 (51.9%) de los pacientes del grupo con alto estigma global se mostraron insatisfechos con la funcionalidad familiar en comparación con 87 (31.9%) del grupo sin alto estigma global, con un valor de p de 0.036. La mediana en el puntaje de APGAR familiar fue de 15 (12,20) en el grupo con alto estigma global y 19 (15,20) en el grupo sin alto estigma global, con una p de 0.055.

Respecto a religión en el grupo con alto estigma global 9 (33.3%) de los pacientes refirieron no tener una creencia religiosa en comparación con 81 (29.7%) del grupo sin alto estigma global, con un valor de p de 0.692. La ausencia de actividad laboral remunerada se reportó en 6 (22.2 %) de los pacientes con alto estigma global, comparado con 33 (12.1%) de los pacientes sin alto estigma global, con un valor de p de 0.13.

Tabla 4 Factores de riesgo para mala calidad de vida. OR no ajustados

	Con afección en calidad de vida n (%)	Sin afección de la calidad de vida n (%)	Valor de P	OR
Estigma global alto				
Estigma global alto	19 (13.8)	8 (4.9)	0.008	2.74 (1.12,6.72)
Sin estigma global alto	119 (86.2)	154 (95.1)	Referencia	
Adherencia terapéutica				
Con mala adherencia terapéutica	78 (56.5)	70 (43.2)	0.022	1.75 (1.09, 2.8)
Adecuada adherencia terapéutica	60 (43.5)	92 (56.8)	Referencia	
Carga vira actual				
Detectable	30 (21.7)	28 (17.3)	0.330	0.82 (0.45, 1.49)
Indetectable	108 (78.3)	134 (82.7)	Referencia	
Diagnostico inicial				
SIDA al momento del diagnóstico	39 (28.3)	47 (29)	0.886	1.014 (0.597,1.724)
Sin SIDA al momento del diagnóstico	99 (71.7)	115 (71)	Referencia	
Satisfacción de la funcionalidad familiar				
Sin satisfacción en la funcionalidad familiar	60 (43.5)	41 (25.3)	0.001	2.1 (1.32, 3.6)
Con satisfacción en funcionalidad familiar	78 (56.5)	121 (74.7)	Referencia	

Los datos son presentados como frecuencias y porcentajes

En la tabla 4 se muestran los factores de riesgo para mala calidad de vida, se muestran los OR no ajustados. Dentro del grupo de pacientes con afección en la calidad de vida 19 (13.8%) presentaron estigma global alto, comparado con 8(4.9%) de los pacientes sin afección en la calidad de vida, con un valor de p de 0.008 y un OR de 2.74 (1.12,6.72).Dentro del grupo de pacientes con afección en

la calidad de vida 78 (56.5%) tuvieron una mala adherencia terapéutica en comparación con 70 (43.2%) de los pacientes sin afección en la calidad de vida, presentando un valor de p de 0.022 y un OR de 1.75 (1.09, 2.8). Al momento del estudio 30 (21.7%) de los pacientes con afección en la calidad de vida presentaron carga viral detectable, comparado con 28 (17.3%) de los pacientes sin afección de la calidad de vida, con una p de 0.330 y un OR de 0.82 (0.45, 1.49).

El diagnóstico inicial de SIDA se presentó en 39 (28.3%) de los pacientes con afección en calidad de vida y en 47 (29%) de los pacientes sin afección de la calidad de vida, con una p de 0.886 y un OR 1.014 (0.597, 1.724). La insatisfacción con la funcionalidad familiar se presentó en 60 (43.5%) de los pacientes con afección en la calidad de vida, en comparación con 41 (25.3%) de los pacientes sin afección en la calidad de vida, con una p de 0.001 y un OR de 2.1 (1.32, 3.6).

Tabla 5 Factores de riesgo asociados a mala calidad de vida. Modelo de regresión logística ajustado

	<i>b</i>	<i>OR</i> ^a	<i>CI</i> 95%	<i>P</i>
Estigma global alto	1.017	2.76	(1.13, 6.76)	0.026
Sin estigma global alto			Referencia	
Con mala adherencia terapéutica	0.605	1.83	(1.14, 2.95)	0.013
Adherencia terapéutica			Referencia	
Sin satisfacción en la funcionalidad familiar	0.812	2.25	(1.36, 3.73)	0.002
Con satisfacción en funcionalidad familiar			Referencia	
Edad (años)	0.016	1.02	(1.00, 1.04)	0.116

En la tabla 5 se muestran los resultados del modelo de regresión logística ajustado para los factores asociados a mala calidad de vida, encontrando un valor b de 1.017 para estigma global alto, un OR de 2.76 (1.13, 6.75) con una p significativa de 0.026, respecto a mala adherencia terapéutica se muestra una b de 0.605, OR de 1.83 (1.13, 2.95) con una p significativa de 0.013. Sin satisfacción en la funcionalidad familiar muestra una b de 0.812, un OR de 2.25 (1.36, 3.72) y una p significativa de 0.002. Respecto a edad en años presenta una b de 0.016, OR de 1.01 (0.99, 1.03), p no significativa de 0.116.

Ilustración 1 Forest plot. Factores de riesgo para mala calidad de vida. Modelo de regresión logística ajustado.

Discusión

El objetivo general de este estudio fue determinar el nivel de calidad de vida y el estigma de los pacientes con VIH, así como los factores de riesgo para el decremento en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. Tomando en cuenta el informe sobre la salud publicado por la OMS, la infección por VIH/SIDA es responsable del 6% de la carga mundial de morbilidad, encontrándose dentro de las primeras 10 causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en países latinoamericanos.^{iv} Es bien sabido que el diagnóstico de VIH/SIDA, puede tener un impacto negativo en los individuos ya que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social; afectando a la persona portadora del virus y a la dinámica en su círculo social.

En el presente estudio se reportó el diagnóstico de VIH más frecuente en población masculina 293 (97.6%), predominando el estado civil de solteros 203 (67.7%), 148 (49.3%) tuvieron mala adherencia terapéutica, 101 (33.7%) tuvieron insatisfacción en la funcionalidad familiar, 138 (46%) reportaron afección en la calidad de vida y 27 (9%) presentaron estigma global alto. Se evaluó la asociación entre calidad y estigma global alto, encontrando mayor impacto en la calidad de vida en aquellos pacientes con estigma global alto (p significativa de 0.026).

Al evaluar los factores de riesgo que impactan en el deterioro de la calidad de vida mediante un modelo multivariado encontramos que estigma global permanece como el principal factor de mayor riesgo (OR de 2.76, IC 95% 1.13, 6.75) para mostrar afección de la misma, seguido por insatisfacción con la funcionalidad familiar (OR de 2.25, IC 95% 1.36, 3.72) y mala adherencia terapéutica (OR de 1.83, IC 95% 1.13, 2.95), la variable edad no mostró ser una variable predictora.

El resultado de la asociación entre calidad de vida y estigma global alto en nuestro estudio es compatible con resultados de otros estudios, entre ellos el realizado por Leone 2014 en el que se reporta una correlación de -0.46 (p 0.01) al evaluar el puntaje de estigma sentido con la calidad de vida, lo cual implica que a mayor estigma menor es la calidad de vida.^{xxvi} Así como por el realizado en comunidades rurales del sur de EE.UU por Kelichmann S. 2019, en el cual se

reporto una correlación de calidad de vida con estigma promulgado con un valor de -0.38 ($p < 0.01$) y para estigma internalizado de -0.18 ($p > 0.05$).^{xxvii}

Al analizar esta asociación entre estigma y calidad de vida, puede ser explicada por el constante estrés y miedo que presentan los pacientes por ser juzgados por la sociedad, algunos de nuestros pacientes entrevistados expresaron que sólo han confiado su diagnóstico a una sola persona por temor a ser despedidos del trabajo, perder estatus social o ser relegados de la sociedad, además por temor a ser discriminados en su círculo social, o por personal de salud al acudir para recibir atención médica o para orientación del cuidado de su salud física, mental y sexual. En la mayoría de los casos se desconocen alternativas para ejercer su sexualidad sin riesgos, no se cuenta con pláticas informativas para parejas con discordancias, inclusive a nivel institucional no se han creado grupos propios para el apoyo psicosocial de esta población.

Al analizar otros factores que impactan en la calidad de vida, la mala adherencia terapéutica mostró una asociación significativa con mala calidad de vida (OR de 1.83, IC 95% 1.13, 2.95), es apoyada por los resultados del estudio realizado por Leone S 2014 el cual arroja una correlación de Pearson de 0.46.^{xxvi} Y contrasta con los resultados del estudio realizado por Cabrera SG. 2018 en Uruguay el cual reporto una correlación no significativa entre adherencia terapéutica y calidad de vida con un valor de p de 0.25.^v Dentro de la encuesta que aplicamos para calificar la adherencia terapéutica la mayoría de los pacientes no adherentes a TAAR afirmaron haber olvidado su toma en algún fin de semana, secundario a salidas con amigos o familiares que desconocen su diagnóstico de VIH.

La insatisfacción con la funcionalidad familiar también se encuentra dentro de los factores relacionados con alteraciones en la calidad de vida. El apoyo familiar en estos pacientes es un recurso importante para la resiliencia ante la enfermedad, sin embargo algunos pacientes no exteriorizan su diagnóstico ante la incertidumbre de la reacción que tendrán sus familiares, inclusive algunos de los pacientes encuestados expresaron que sólo han confiado su diagnóstico a un familiar o amigo cercano, otros de ellos mencionaron haber sido abandonados o expulsados de su familia nuclear, motivo por el cual ahora viven solos o con un

grupo de amigos. En nuestro estudio se encontró una asociación significativa entre insatisfacción en la funcionalidad familiar y afección en la calidad de vida con un OR 2.25 (IC 95% 1.36, 3.72), lo cual concuerda con los resultados del estudio realizado por Xu Y 2016 en el cual se reportó una correlación de 0.17 ($p < 0.05$).

xxviii

La edad dentro de nuestro grupo de pacientes no tuvo un impacto ya que la población tiene una edad similar tanto en el grupo con afección en calidad de vida como en el grupo que no mostro afecciones en calidad de vida, observándose una mediana de edad de 41 años con un rango intercuartil de 33 a 49.7. Dentro de nuestro estudio el diagnostico inicial de SIDA tampoco mostro un impacto significativo, lo cual no lo excluye como un factor de riesgo para afección en la calidad de vida, esta variable pudo haber tenido impacto si se hubiese interrogado la presencia de SIDA como diagnostico actual y considerando un espectro de severidad en la enfermedad de los pacientes incluidos.

Limitaciones

El estudio cuenta con limitaciones tales como el haberse realizado en pacientes de consulta externa del servicio de CLSIDA que ya tienen un tratamiento establecido, motivo que explicaría que la mayoría de los pacientes se encuentren estables y quizá con menor afección de calidad de vida en comparación a aquellos que cuentan con un reciente diagnostico o aún no inician tratamiento médico.

Nuestra población se encuentra en una de las colonias de la Ciudad de México con mayor estrato socioeconómico así como con escolaridad más alta, encontrando que 81.6 % de nuestros pacientes cuentan con licenciatura o posgrado, lo cual no nos permite homogenizar los resultados para toda la población Mexicana, el estudio debería incluir pacientes de todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos.

Dentro de nuestros materiales de evaluación se utilizo APGAR de 20 reactivos el cual evalúa la satisfacción con la funcionalidad familiar, lo cual no permitió la

evaluación de otras redes de apoyo extra familiares tales como apoyo de amigos o instituciones.

La escala de Berger utilizada para evaluar el estigma global causo confusión dentro de la mayoría de nuestra población al contestar el reactivo número 20 el cual se interroga como “Nunca he sentido la necesidad de esconder que tengo el VIH” encontrándose “casi nunca” dentro de las opciones para respuesta en escala de Likert.

Por último debemos mencionar que nuestros resultados solo explican el 10.7% (coeficiente de determinación) de la afección de la calidad de vida, quedando como tema abierto varias preguntas a responder, entre ellas: ¿Cómo se comporta la calidad de vida en pacientes con infección de VIH de diferentes estratos socioeconómicos, en los distintos estadios de la enfermedad, así como en pacientes que cuentan con toxicomanías y otras comorbilidades (¿cuál es la comorbilidad que se asocia más con infección de VIH?)?, ¿Qué impacto tiene el apoyo de redes extra familiares en la calidad de vida de nuestros pacientes?, ¿Cuál es la asociación entre afección en la calidad de vida y los distintos esquemas de tratamiento?

Para futuros estudios sería conveniente estudiar otras variables no tomadas en el presente, para ampliar el panorama ante la merma de la calidad de vida, así como crear centros de apoyo institucionales para nuestra población con infección para VIH, de esta manera se podría intervenir al paciente de manera oportuna ante el diagnostico inicial de infección por VIH, tratando de disminuir su percepción de estigmatización así como para orientarles en la prevención para ejercer una sexualidad sin riesgos.


Conclusión

La presencia de alto estigma global muestra asociación con afección en la calidad de vida de pacientes con infección de VIH/SIDA, siendo este el factor de riesgo con mayor impacto.

Otros predictores que también se encontraron como factores de riesgo para afección de la calidad de vida fueron insatisfacción en la funcionalidad familiar y mala adherencia terapéutica.

Anexos

Anexo I. Consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Nomb. y apellido:	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN IMPACTO DE ESTIGMA SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIH
Lugar y fecha:	HGR1 Marzo 2019
Número de registro:	PENDIENTE
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de esta investigación a la cual se me está invitando, es estudiar como la infección de VIH y la opinión de otras personas sobre mi enfermedad, puede afectar mi vida diaria. A partir de los resultados de este estudio se podrán diseñar estrategias que le ayuden a otros pacientes como yo, tener una mejor calidad de vida
Procedimientos:	Me están invitando a participar en este estudio de manera voluntaria, si decido participar responderé un cuestionario, para valorar si presento repercusión en mi vida, saber si estoy conforme con el apoyo que me da mi familia, saber si se me olvidan mis medicamentos y saber si de alguna manera me afectan las opiniones que otras personas pueden tener sobre mi enfermedad el contestar esta encuesta me tomara aproximadamente 20 minutos,
Posibles riesgos y molestias:	Durante este estudio puedo presentar desagrado o incomodidad por algunas preguntas, pero tendré la libertad de acercarme a mi encuestador para resolver mis dudas hacia esas preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si participo en este estudio y en mis encuestas se observa que estoy cursando con algún problema, tendré la posibilidad de ser enviado a psicología o un grupo de ayuda para poder resolverlo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si quiero saber los resultados sobre mi encuesta, tengo a posibilidad de comunicarme con quien me aplicará la encuesta, Salas Guzmán Laura Monserrath al correo electrónico: lausitalaulau@gmail.com
Participación o retiro:	Soy libre de decidir si participo o no en este estudio y podre retirarme del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibo del instituto ni de CLISIDA.-
Privacidad y confidencialidad:	La información que se obtenga de las encuestas que contestaré será confidencial, el manejo de los resultados solo se realizará y resguardará por parte de los investigadores, de ninguna manera se dará a conocer mi nombre ni mi resultado a personas ajenas a esta investigación, a menos que yo lo autorice.
Beneficio al termino del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Salas Guzmán Laura Monserrath Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.
Investigador Responsable:	José Luis Torres Rodríguez, Celular 5549484527, HGR No1, Médico especialista en urgencias médico quirúrgicas, correo electrónico: drtoresumq@hotmail.com , matrícula 11586419
Colaboradores:	Salas Guzmán Laura, Médico Residente de Medicina Familiar, tercer año, UMF No. 28, correo electrónico: lausitalaulau@gmail.com , matrícula: 97371558. Ivonne Analí Roy García, Celular 55 22 70 47 60, UMF No. 28, Médico Familiar, Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, correo electrónico: ivonne3316@gmail.com , matrícula: 99377372. Sandra Carlota Treviño Pérez, Celular 5550682624, HGR No. 1, Médico internista adscrito a CLISIDA, correo electrónico: dratreveno@prodigy.net.mx matrícula 9809465.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
Nombre y firma del sujeto	Salas Guzmán Laura, Médico Residente de Medicina Familiar, tercer año, UMF No. 28, correo electrónico: lausitalaulau@gmail.com , matrícula: 97371558. Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Anexo II. Instrumento de recolección de datos.

Encuesta para protocolo de estudio "IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIH"						
De antemano ofrezco un agradecimiento por su participación en esta investigación, si usted presenta alguna duda al momento de responder la encuesta siéntase en la libertad de acercarse al encuestador para que le ayude a resolverla. Instrucciones: lea cuidadosamente, marque con una x o complete la información solicitada						
Sexo	1.Hombre	2.Mujer	Edad	años		
Estado civil	1. Casado/a	2. Soltero/a	3.vive en unión libre	4.divorciado/a	5.viudo/a	
Religión	0.Sin creencia religiosa	1.Con creencia religiosa				
Escolaridad	1.No acudí a escuela	2.Primaria	3.Secundaria	4. Preparatoria	5.- Licenciatura	6.- Posgrado
Realiza alguna actividad por la cual reciba un salario	0.- No	1.- Si				
Tiempo de diagnostico VIH	0.Menos de 12 meses	1. Más de 12 meses				

Escala de Berger				
Por favor lea con cuidado cada pregunta, y marque con una "X" la respuesta elegida, sólo puede elegir un respuesta por pregunta.				
ESCALA DE BERGER	Casi nunca 1	Rara vez 2	A veces 3	Casi siempre 4
1. Decirle a alguien que tienes el VIH es muy arriesgado.				
2. Las actitudes de la gente hacia el VIH me hacen sentir mal conmigo mismo.				
3. Me siento culpable por tener el VIH				
4. Las personas seropositivas pierden su trabajo cuando sus jefes se enteran que tienen el VIH.				
5. Me esfuerzo por tener en secreto que tengo el VIH.				
6. Siento que no soy tan bueno /a como el resto de la gente porque tengo el VIH.				
7. Me da vergüenza contarles a otras personas que tengo VIH.				
8. Las personas con VIH son tratadas como marginadas.				
9. En muchos ámbitos de mi vida nadie sabe que tengo VIH.				
10. Mucha gente cree que una persona con VIH es depresible.				
11. Me angustia transmitir a otras personas el VIH.				
12. Siento como si mi cuerpo estuviera sucio por tener VIH.				
13. Entendería que alguien rechazara mi amistad porque tengo el VIH				
14. Tener el VIH es un castigo por algunos de mis comportamientos.				
15. Muchas personas son rechazadas cuando los demás se enteran que tiene el VIH				
16. Tengo mucho cuidado a quien le digo que tengo el VIH				
17. Alguna gente que conozco se ha vuelto más distante conmigo desde que saben que tengo VIH				
18. Prefiero evitar tener relaciones sexuales porque temo transmitir el VIH a la otra persona.				
19. La mayoría de la gente está incómoda si tiene cerca a alguien con VIH				
20. Nunca he sentido la necesidad de esconder que tengo el VIH				
21. Me preocupa que la gente me juzgue si se enteran de que tengo el VIH				

22. Me siento herido/a por la manera en que la gente reacciona cuando sabe que tengo el VIH				
23. Me preocupa que la gente que sabe que tengo el VIH se lo cuente a otros				
24. Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo el VIH				
25. Personas cercanas a mi han dejado de llamarme después de saber que tengo el VIH				
26. Hay gente que no me deja estar cerca de sus hijos después de saber que tengo VIH				
27. La gente se aparta físicamente de mi porque tengo el VIH				
28. He dejado de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones				
29. He perdido buenos amigos/as por decirles que tengo el VIH				
30. Le he pedido a gente cercana a mí que guarde el secreto de que tengo el VIH				

Instrumento EQ-5D-3L

Por favor elija y marque con una "X" del 1 al 3 el número que representa su sentir en la vida cotidiana.	
Movilidad	
No tengo problemas para caminar	1
Tengo algunos problemas para caminar	2
Tengo que estar en la cama	3
Cuidado personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	1
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	2
No puedo lavarme ni vestirme	3
Actividades habituales (por ejemplo, trabajo, estudio, tareas domésticas, actividades familiares o de ocio)	
No tengo problemas para realizar mis actividades habituales	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales	2
No puedo realizar mis actividades habituales	3
Dolor o malestar	
No tengo dolor ni malestar	1
Tengo moderado dolor o malestar	2
Tengo mucho dolor o malestar	3
Ansiedad/ depresión	
No estoy ansioso ni deprimido	1
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	2
Estoy muy ansioso o deprimido	3

Cuestionario SMAQ adaptado

Por favor seleccione la respuesta que mejor represente su consumo diario de medicamentos. Elija solo una opción para cada pregunta.

- 1.- ¿Toma siempre la medicación a la hora indicada?
a) sí b) no
- 2.- ¿En caso de sentirse mal ha dejado de tomar la medicación alguna vez?
a) sí b) no
- 3.- En alguna ocasión ¿se ha olvidado de tomar la medicación?
a) si b)no
- 4.- ¿Durante el fin de semana se ha olvidado de alguna toma de la medicación?
a) sí b)no
- 5.- ¿En la última semana cuantas veces no tomo alguna dosis? _____
- 6.- ¿Desde la última visita cuántos días completos no tomó la medicación? _____

APGAR familiar					
Por favor seleccione la respuesta que describa su sentir ante las siguientes situaciones.					
	0.Nunca	1.Casi nunca	2.Algunas veces	3.Casi siempre	4.Siempre
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?					
¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades?					
¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor?					
¿Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero?					

Anexo III. Interpretación de puntajes

Escala de Berger	-Bajo estigma global una puntuación < 57.66 -Alto estigma global una puntuación >91.6
Instrumento EQ-5D-3L	-Sin problemas en calidad de vida (es decir un patrón 11111 que indica sin problemas en las 5 categorías). -Problemas en la calidad de vida (es decir, cualquier otro patrón de combinación que incluye el número 2 o 3 por ejemplo 11213).
Cuestionario SMAQ adaptado	Cualquier respuesta en el sentido de no adherencia se considerará como no adherente.
APGAR familiar	Con satisfacción de funcionalidad familiar - Normal: 17-20 puntos Sin satisfacción de funcionalidad familiar - Disfunción leve: 16-13 puntos. - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9

ⁱ López HMC, Montoya EP. Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral. 2018; 34(4): 557-560

ii

ⁱⁱ Tabon JC, Toro AI. Estudio del paciente con infección por VIH. Medicina & Laboratorio. 2008; 14: 11-42

ⁱⁱⁱ Gueler A, Moser A, Calmy A, Günthard HF. Esperanza de vida en personas VIH positivas en Suiza: comparación con la población general. 2017; 31(3):427-436.

^{iv} da Costa TL, de Oliveira DC, Gomes AM, et al. Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22 (4): 582-590

^v Cabrera SG, Arteta Z, Maré JJ, et al. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. Rev Méd Urug 2018; 34(1): 1-14

^{vi} Boyer V., Vilotitch A., Marcellin F, et al. Self-Reported Bothersome Symptoms Across Different Socioepidemiological Groups of People Living with HIV Attending French Hospitals: Results from the ANRS-VESPA2 Survey. Journal of Pain and Symptom Management. 2017; 54(1): 110-117

^{vii} Erving Goffman. Stigma. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu editores S.A; 2006.

^{viii} Torruco U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2016;59(1):36-41

^{ix} Tamayo B, Macias Y, Cabrera R, et al. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. Rev. Cienc. Salud. 2015; 13 (1): 9-23

^x Shrestha S, Poudel KC, Poudel-Tandukar K et al. Perceived Family Support and Depression among People Living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care. 2014; 13(3) 214-222

- ^{xi} Fuster MJ, Molero F, Holgado FP et al. Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV, *Spanish Journal of Psychology*, 2015; 18(66) 1–15.
- ^{xii} Zafra JH, Ticona E. Estigma relacionado a VIH/ SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2016; 33 (4) 625-632
- ^{xiii} Noda AL, Vidal LA, Pérez JE, et al. Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. *Revista Cubana de Medicina*. 2013;52(2):118-127
- ^{xiv} Castillo A, Espinoza A, Ortiz A, et al. Guía de atención integral en VIH/SIDA 2010, Gobierno nacional de la república del Ecuador. 2010: 14-20
- ^{xv} Sanmarti M, Ibáñez L, Huertas S et al. HIV-associated neurocognitive disorders. *Journal of Molecular Psychiatry*. 2014;2(2):1-10
- ^{xvi} Shanmugasundaram G, Appavoo NC, Mahalakshmy T, et al. Factors affecting quality of life of people living with HIV/AIDS attending a community care center in Chennai, India. *BMC Infectious Diseases* 2014, 14(2): 43
- ^{xvii} Clapé-Laffita O. Estrategias farmacológicas para facilitar la adherencia a la terapia antirretroviral altamente activa. *RevMedInst Mex Seguro Soc*. 2013;51(2):200-2003
- ^{xviii} Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2015). *EnfermInfeccMicrobiol Clin*. 2015;33(8):543.e1–543.e43
- ^{xix} Scott Sutton S, Magagnoli J, Hardin JW. Impact of Pill Burden on Adherence, Risk of Hospitalization, and Viral Suppression in Patients with HIV Infection and AIDS Receiving Antiretroviral Therapy. *Pharmacotherapy*. 2016; 36 (4): 385-401

^{xx} Ventura J. M, Martín T, Morillo R, et al. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *FarmHosp.* 2014; 38(4):291-299

^{xxi} Balandrán DA, Gutiérrez JP, Romero M. Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs índice de adherencia. *Revista de investigación clínica.* 2013; 65 (5): 384-391

^{xxii} EuroQol Research Foundation, EQ-5D-3L User Guide *Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument.* 2015; 3-15

^{xxiii} Gomez CFJ, Ponce RER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (Versión en español).2010; 17(4): 103-106

^{xxiv} López HMC, Montoya EP. Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral. 2018; 34(4): 557-560

^{xxv} Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. 2015; 1-58

^{xxvi} Leone S, Marquez L, “Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA”, Asunción (Paraguay) 11(2):2014

^{xxvii} Kelichman S, Shkempi B, Hernández D, et al. Desigualdad del ingreso, estigma del VIH y prevención de la progresión de la enfermedad en las comunidades rurales, *Prev Sci*, 2019

^{xxviii} Xu Y, Lin X, Chen S, et al. Ageism, resilience, coping, family support, and quality of life among older people living with HIV/AIDS in Nanning, China, *GLOBAL PUBLIC HEALTH*, 2016; 19 (58): 1-14