

Estigmatización, calidad de vida y relación con parámetros clínicos-inmunológicos en personas que viven con el VIH atendidas en un Servicio de Salud de Madrid

Cortez Abreu, Daniel Jose, y Martín-Pérez Rodríguez, Alberto¹

¹ Ministerio de Sanidad

E-mail de correspondencia: djniel12@gmail.com

RESUMEN

A pesar del gran avance en la respuesta global al VIH y el tratamiento antirretroviral (TAR), la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas con el VIH (PVVIH) está influida transversalmente por diversos factores, especialmente psicosociales como el estigma. Este es un estudio descriptivo, transversal conformado por una muestra de 62 personas con el VIH entre 21 a 61 años con más de 3 meses en TAR, atendidos en un servicio de salud en Madrid. Se aplicó el MOS-HIV-SF30 y el HIV Stigma Scale, estudiándose la asociación con variables sociodemográficas y clínico-inmunológicas, especialmente según procedencia y orientación sexual. La CVRS tuvo buena puntuación global, correlacionándose positivamente con la orientación sexual no heterosexual, mayores ingresos económicos y la ausencia de comorbilidad, pero de forma negativa en algunas subescalas con relación a la edad, mayor tiempo con la infección y presencia de comorbilidades. Sobre el estigma, hubo relación con el género masculino y el estatus migratorio con mayores puntajes en el estigma internalizado, aunque peor puntuación en la dimensión de estigma declarado si la cifra de linfocitos T CD4 era menor a 200. Por lo tanto, la efectividad del TAR por sí solo no condiciona la compleja experiencia de vivir con el VIH.

Palabras clave. VIH, calidad de vida, estigma asociado al VIH.

Stigmatization, quality of life and relationship with clinical-immunological parameters in people living with HIV treated at a Madrid Health Service

ABSTRACT

Despite the great progress in the global response to HIV and antiretroviral therapy (ART), the health-related quality of life (HRQoL) is influenced transversally by several factors, especially psychosocial factors such as stigma. This is a descriptive, cross-sectional study with a sample of 62 people with HIV (PLWHIV) between 21 and 61 years of age with more than 3 months in ART, treated in a health service in Madrid. MOS-HIV-SF30 and HIV Stigma Scale were applied, studying the association with sociodemographic and clinical-immunological variables, especially according to origin and sexual orientation. HRQoL had a good overall score, positively correlating with non-heterosexual sexual orientation, higher income and the absence of comorbidity, but negatively in some subscales in relation to age, longer time with infection and presence of comorbidities. Regarding stigma, there was a relationship with the male gender and immigration status with higher scores in internalized stigma, although a worse score in the stigma dimension declared if the CD4 cells were less than 200. Therefore, the effectiveness of ART alone does not condition the complex experience of living with HIV.

Keywords. HIV, quality of life, HIV-related stigma.

INTRODUCCIÓN

Los avances biomédicos han permitido establecer a la infección por el VIH como una enfermedad crónica, traducándose en el incremento de la expectativa de vida, la aparición de población en envejecimiento y de otras comorbilidades no relacionadas al sida¹. Sin embargo, la transformación social relacionada al estigma y la discriminación ha ocurrido de manera desigual al compararse con el avance científico. El impacto psicosocial del diagnóstico todavía supone una carga relevante cuya experiencia es compleja y diversa a nivel interindividual, con efectos importantes incluso en el marco legal²⁻³.

Si bien el tratamiento antirretroviral (TAR) ha supuesto una mejora global de la expectativa de vida de las personas con el VIH (PVVIH) expresada en mayor longevidad, diversos estudios han analizado el efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con los parámetros inmunológicos obteniendo resultados heterogéneos a través de diferentes instrumentos de medición en diferentes dominios⁴⁻¹².

Los efectos del estigma no solo se concentran a nivel psicológico y emocional, disminuyendo la autoeficacia, interfiriendo con la construcción de la controlabilidad de la enfermedad y generando ansiedad, depresión y baja autoestima, en donde intervenciones psicosociales pueden ser beneficiosas¹³⁻¹⁴, sino que además, las consecuencias derivadas como la depresión han sido objeto de estudio atribuyéndose a un peor estado inmunológico y control virológico, con un impacto variable según el curso de la enfermedad¹⁵.

En el análisis interseccional de la situación de las PVVIH y la calidad de vida percibida, los resultados que se encuentran en los estudios disponibles son muy heterogéneos. Los grupos constituidos por personas no heterosexuales, principalmente hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres, personas racializadas, la población migrante, los usuarios de drogas y las personas mayores de 50 años han

obtenido peores puntajes en los instrumentos evaluadores tanto del estigma como de la calidad de vida, asociándose además al deterioro de la condición física, mental y socioeconómica¹⁶⁻²⁰.

En la Comunidad de Madrid, el boletín epidemiológico publicado en diciembre de 2018 reflejaba que las personas no nacidas en España (identificados como *foráneos*), conformaron casi la mitad del total de los nuevos diagnósticos (46%), también tenían mayores cifras relativas en cuanto al desarrollo del sida (16,2%) en comparación a los autóctonos y hasta un 27,5% habían sido diagnosticados con menos de 200 linfocitos CD4⁺/ml. Además, los HSH autóctonos y las mujeres heterosexuales foráneas fueron los grupos más representativos dentro de las vías de transmisión no heterosexual y heterosexual respectivamente, en los últimos diez años²¹.

Esta investigación tiene como objetivo general analizar la relación entre la estigmatización y la calidad de vida con parámetros clínicos-inmunológicos de las PVVIH y variables sociodemográficas. Se establecieron como objetivos específicos estudiar las posibles diferencias existentes entre la población foránea y la población autóctona, así como también aquellas que podrían existir en relación con las personas no heterosexuales.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo de abril - mayo de 2019 en el servicio de consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Los criterios de inclusión fueron: persona diagnosticada con infección por el VIH, mayor de 18 años, recibiendo TAR al menos en los 3 meses previos a la fecha de inclusión en el estudio.

Se diseñó y se aplicó un cuestionario para el autoregistro de los datos sociodemográficos, (incluyendo los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y hábitos sexuales) y de las variables clínico-inmunoló-

gicas, características del tratamiento y comorbilidades. Se utilizaron como instrumentos la encuesta MOS-HIV SF30 validado en español²² y la encuesta *HIV Stigma Scale* adaptada al español¹⁶ para evaluar la calidad de vida y estigmatización, respectivamente. La encuesta MOS-HIV-SF30 constaba de 30 preguntas en 11 dimensiones: salud general percibida, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, problemas de salud, función cognitiva, calidad de vida y por último salud transitoria. La *HIV Stigma Scale* estuvo conformada por 2 categorías distribuidas en 30 preguntas relacionadas a evaluar dos aspectos fundamentales: estigma declarado o público y autoestigma o estigma internalizado.

Se realizó la captación de sujetos en los espacios de espera de la consulta externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal por parte de los investigadores con apoyo del personal de enfermería. Se explicó la naturaleza, voluntariedad y objetivos del estudio en un espacio privado que permitió la confidencialidad y tranquilidad de los participantes para decidir si dar su consentimiento tanto oral como escrito. Una vez otorgado el consentimiento, los datos sociodemográficos fueron obtenidos a través de la encuesta que también aportaba los instrumentos evaluadores y eran completadas por el propio participante del estudio en un máximo de 15 minutos, mientras que los parámetros clínicos-inmunológicos como cifra de linfocitos CD4 y carga viral plasmática (CVP) fueron aportados a través del registro clínico hospitalario. El comité de ética de la investigación clínica del centro de salud aprobó el protocolo de investigación cuya ejecución respetó los códigos éticos establecidos.

Los datos obtenidos se organizaron para el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 23.0. Para describir las variables cuantitativas (características sociodemográficas y clínicas de la muestra) se informó de los descriptivos habituales: máximo, mínimo, media y desviación típica (medidas de ten-

dencia central y de variabilidad). Para las variables categóricas de tipo nominal se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes, además de gráficos circulares. Así mismo, se calcularon algunos estadísticos descriptivos para la puntuación global de las escalas y subescalas empleadas, incluidos los índices de asimetría y curtosis, considerando que valores por debajo de 2 y 7, respectivamente, en valor absoluto no suponen grandes violaciones del supuesto de normalidad.

Para el análisis de la relación entre una variable cuantitativa y una categórica con dos niveles, se empleó la prueba de T de Student para muestras independientes. En aquellos casos en los que el nivel de medida de la variable cuantitativa era ordinal o en los que se incumplía el supuesto de normalidad, se empleó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Cuando las variables categóricas a estudiar contaban con más de dos niveles, se utilizó un ANOVA de un factor o la prueba de Kruskal-Wallis como procedimiento alternativo en caso de incumplimiento del supuesto de normalidad. En el estudio de la relación entre variables cuantitativas, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. En aquellos casos en los que el nivel de medida de alguna de las variables implicadas era ordinal, se usó el coeficiente de correlación de Spearman. Finalmente se determinó la fiabilidad de las dos escalas de medición incluidas a través del coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

La muestra de este estudio estuvo conformada por 62 sujetos entre 21 a 65 años, con una media de edad de 40,4 años (DE \pm 11,58 años). El 91,9% eran varones, el 88,7% se identificaba con el género masculino y solo una de las personas encuestadas se identificó con el género contrario al nacer perteneciendo a la categoría de mujer trans. Respecto a la orientación sexual, un 72,6% se declaró como no heterosexual. En cuanto al nivel educativo, 33 personas (50,8%

acumulado) tenían una titulación de educación superior, un 54,8% señaló que era autóctono (A) o nacionalizado español mientras que un 41,9% eran personas foráneas que no provenían del territorio europeo (FNE), principalmente de Latinoamérica y el Caribe. Hasta un 57,6% de los participantes se encontraba realizando alguna actividad laboral.

Por otro lado, más de la mitad de los participantes (53,2%) admitió haber usado una droga o más durante algún momento de su vida, pero solo el 16,1% de la muestra analizada comunicó un patrón de consumo durante los últimos 3 meses, de al menos 1-2 ve-

ces por mes. En relación con el uso de drogas, la cocaína (23 sujetos, 69,5% del total), el cannabis (18 sujetos, 54,5% del total) y el *popper* o nitrito de amilo (17 sujetos, 51,5% del total) fueron las sustancias más comúnmente consumidas. Las vías de administración más frecuentes fueron la inhalada (72,7% del total), la oral (69,6% del total) y la fumada (69,6% del total). Además, también se reportó el uso de éxtasis, heroína, ketamina, mefedrona, metanfetamina, sildenafil y otras sustancias en menos de la mitad del total de los participantes. Las características generales de la muestra se muestran en la Tabla 1.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

Variable (<i>n</i> válido)	<i>n</i> (%)
Sexo asignado al nacer (62)	
Femenino	5 (8,1)
Masculino	57 (91,9)
Género sentido (62)	
Femenino	6 (9,7)
Masculino	55 (88,7)
No lo sé/No contesto	1 (1,6)
Orientación sexual, por categoría específica (62)	
Heterosexual	14 (27,4)
Homosexual	41 (66,1)
Bisexual	4 (6,5)
Orientación sexual, dicotomizados (62)	
Heterosexual	17 (27,4)
No heterosexual	45 (72,6)
Estatus civil (62)	
Soltero/a	45 (72,6)
Casado/Unión de hecho	13 (21)
Divorcidado/a	3 (4,8)
Viudo/a	1 (1,6)
Nivel educativo (61)	
Primaria	2 (3)
Secundaria/Bachillerato	14 (21)
Técnico/Diplomado	14 (21)
Grado o Licenciatura	19 (31,1)
Maestría	10 (16,4)
Doctorado	2 (3,3)
País de origen (62)	
Autóctonos (españoles)	34 (54,8)
Foráneos procedentes de la UE*	2 (3,2)
Foráneos no procedentes de la UE*	26 (41,9)

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA (CONTINUACIÓN).

Variable (<i>n</i> válido)	<i>n</i> (%)
Activo/a laboralmente (59)	
Sí	34 (57,6)
Sin empleo	23 (39,0)
Jubilado	2 (3,4)
Implicación en el trabajo sexual (58)	
No	54 (93,1)
Sí	4 (6)
Uso de drogas (62)	33 (53,2)
Frecuencia de uso de drogas en los últimos 3 meses (62)	
Sí, 1-2 veces	10 (16,1)
Sí, mensual.	3 (4,8)
Sí, semanal.	2 (3,2)
Sí, a diario o casi a diario.	2 (3,2)

* UE: Unión Europea.

En el análisis de las características clínicas y las variables sociodemográficas (Tabla 2) 54 participantes (87,1%) notificaron que la vía probable de infección era sexual, el 95,2% tenía una CVP indetectable y el 96,8% se ubicaba en el grupo con cifras de linfocitos T CD4 >200 células/ml. El tiempo estimado de infección fue de 11 años (DE ± 11 años), mientras que el

tiempo estimado en TAR fue de 9 años (DE ± 9 años). Además, la media de CD4 del total de la muestra tenía una cifra absoluta de 798,39 células/ml (DE ± 322,11 células/ml) y una cifra relativa de 30,30% CD4/ml (DE ± 8,1). En relación con el TAR, las combinaciones de fármacos antiretrovirales se pueden visualizar también en la Tabla 2. Sobre las posibles reacciones adversas

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-INMUNOLÓGICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

Variable (<i>n</i> válido)	<i>n</i> (%)
Vía probable de infección (62)	
Sexual	54 (87,1)
Uso de material inyectable compartido	8 (12,9)
Recuento absoluto de CD4, células/ml (62)	
<200	2 (3,2)
>200	60 (96,8)
Carga viral plasmática indetectable (62)*	59 (95,2)
Combinaciones de fármacos antiretrovirales (62)	
2 ITIN + INI/p	20 (32,8)
2 ITIN + INI	17 (27,9)
2 ITIN	1 (1,6)
2 ITIN + IP/p	4 (6,6)
2 ITIN + ITINN	15 (24,6)
INI + ITINN	1 (1,6)
IP/p + INI	2 (3,3)
IP + 2 ITIN	1 (1,6)

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-INMUNOLÓGICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA (CONTINUACIÓN).

Variable (n válido)		n (%)		
Reacciones adversas asociadas a la medicación (62)		21 (33,9)		
Comorbilidades (62)		26 (41,9)		
Variable (n válido)	Media	DE (Min-Max)	Asimetría	Curtosis
<i>Sociodemográficas</i>				
Edad, años (62)	40,40	11,58 (21-65)	0,209	-1,028
Ingresos mensuales, euros (62)	1018,68	1115,06 (0-6000)	1,801	5,347
Parejas sexuales en el último año (62)	6,97	13,70 (0-70)	3,17	10,85
<i>Clínico inmunológicas</i>				
Tiempo estimado con el VIH, años (60)	11	11 (1-32)	0,973	-0,458
Tiempo estimado en TAR, años (62)	9	9 (0-32)	1,504	-1,741
Contaje absoluto de CD4, céls/ml (62)	798,39	322,19 (180-1871,24)	0,487	0,933
Contaje relativo de CD4, % (62)	30,30	8,1 (11,7-46,80)	-0,140	-0,140

DE: desviación estándar. * Límite de detección de la técnica reportada por el laboratorio de <1,57 logaritmos o <50 copias/ml. ITIN: inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótidos/nucleósido, INI: inhibidor de la integrasa, INI/p: inhibidor de la integrasa asociado a un potenciador farmacocinético, IP: inhibidor de la proteasa, IP/p: inhibidor de la proteasa asociado a un potenciador farmacocinético, ITINN: inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleótidos/nucleósidos.

a medicamento (RAM) y las comorbilidades, se decidió agruparlas según aparatos y/o sistemas. En su experiencia con el tratamiento, 21 sujetos (33,9% acumulado) comunicaron haber sufrido algún tipo de reacción adversa farmacológica, generalmente de naturaleza neuropsiquiátrica (16,1% del total de la muestra) atribuido en todos los casos al efavirenz, seguido de reacciones de naturaleza digestiva (11,2% del total

de la muestra). Del total de encuestados, 26 de ellos (41,9% acumulado) declararon tener alguna comorbilidad, generalmente neuropsiquiátrica (8%), cardiovascular (6,2%) o endocrino-metabólica (4,8%).

En cuanto a la CVRS y la estigmatización en la muestra analizada el puntaje global se situó en una media de 71,35 (DE \pm 15,35) y 70,84 (DE \pm 15-35), respectivamente (Tabla 3). Ambos instrumentos de-

TABLA 3. RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE CVRS Y ESTIGMATIZACIÓN.

Variable (n válido)	Media	DE (Min-Max)	Asimetría	Curtosis
<i>Calidad de vida relacionada a la salud, MOSF-SF-30 (62)</i>				
CV1 Salud general percibida (62)	2,76	0,84 (1-4)	-0,188	-0,537
CV2 Dolor (62)	2,63	1,25 (0-4)	-0,737	-0,348
CV3 Actividad diaria (62)	3,05	1 (0-4)	-2,058	3,660
CV4 Funcionamiento físico (62)	10,82	2,22 (2-12)	-2,300	5,005
CV5 Funcionamiento social	3,52	0,971 (1-4)	-1,880	2,129
CV6 Salud mental (62)	13,16	4,09 (0-20)	-0,649	0,495
CV7 Energía/Fatiga (62)	9,92	3,596 (3-16)	-0,70	-0,640
CV8 Malestar respecto a la salud (62)	11,18	4,298 (0-16)	-0,809	0,199
CV9 Funcionamiento cognitivo (62)	11,16	3,808 (0-16)	-0,951	0,841
CV10 Calidad de vida percibida (62)	2,71	2,71 (1-4)	-0,363	-0,358
CV11 Transición de la salud* (62)	2,58	2,58 (0-4)	-0,179	-0,126
Total CRVS (62)	71,35	14,92 (28-98)	-0,623	0,485

TABLA 3. RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE CVRS Y ESTIGMATIZACIÓN (CONTINUACIÓN).

Variable (n válido)	Media	DE (Min-Max)	Asimetría	Curtosis
<i>Estigmatización, HIV Stigma Scale (62)</i>				
Estigma internalizado (62)	43,50	10,38 (22-68)	0,136	-0,313
Estigma declarado (62)	27,34	7,53 (13-47)	-0,491	0,224
Total Estigma	70,84	15,35 (35-103)	-0,030	-0,319

DE: desviación típica, CV: calidad de vida. *no se incluye en el puntaje global de CVRS.

mostraron una buena consistencia interna (alfa de Cronbach) en el análisis de fiabilidad con un resultado de 0,904 y 0,871 para el MOS-HIV-SF30 y el HIV Stigma Scale, respectivamente.

En primer lugar, sobre la CVRS y la edad (Tabla 4), se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque negativas y débiles en las dimensiones de energía/fatiga ($p < 0,014$), calidad de vida percibida ($p < 0,012$) y transición de la salud ($p < 0,45$). En

los ingresos mensuales, la puntuación global ($p < 0,03$), las dimensiones de dolor ($p < 0,042$) y funcionamiento físico ($p < 0,049$) tuvieron una correlación positiva pero débil (Tabla 4). El género no mostró ninguna correlación con significación estadística. Al revisar la relación con la orientación sexual (Tabla 5), las personas que se identificaron como no heterosexuales obtuvieron un puntaje global mayor con significación estadística ($p < 0,001$) y también en las dimensio-

TABLA 4. CVRS, EDAD Y TIEMPO ESTIMADO CON EL VIH.

CVRS	Coeficiente de correlación de Pearson				Coeficiente de correlación de Spearman	
	Edad		Ingresos mensuales		Tiempo estimado con el VIH	
	r	p	r	p	Rho	p
Total	-0,190	0,140	0,273	0,032*	-0,245	0,60
CV1	-0,203	0,114	0,092	0,476	-0,456	0,000*
CV2	-0,130	0,313	0,259	0,042*	0,354	0,006*
CV3	-0,213	0,096	0,101	0,435	-0,358	0,005*
CV4	0,048	0,711	0,262	0,039*	0,399	0,002*
CV5	-0,207	0,106	0,248	0,936	0,030	0,822
CV6	-0,299	0,073	0,165	0,200	-0,308	0,005*
CV7	-0,311	0,014*	0,152	0,239	-0,254	0,050
CV8	0,077	0,553	9,226	0,077	0,139	0,290
CV9	0,018	0,888	0,177	0,16	0,008	0,949
CV10	-0,317	0,012*	-0,010	0,936	-0,214	0,101
CV11	-0,255	0,045*	0,273	0,915	-0,100	0,446

Dimensiones del MOS-SF-30: CV1: salud general percibida, CV2: dolor, CV3: actividad diaria, CV4: funcionamiento físico, CV5: funcionamiento social, CV6: salud mental, CV7: energía/fatiga, CV8: malestar respecto a la salud, CV9: funcionamiento cognitivo, CV10: calidad de vida percibida, CV11: transición de la salud. *significación estadística si $\leq 0,05$.

TABLA 5. CVRS, ORIENTACIÓN SEXUAL, COMORBILIDAD, CVP Y CONTAJE DE CD4.

Prueba t para muestras independientes						
CVRS	Orientación sexual			Comorbilidades asociadas		
	Heterosexual M ± DE	No heterosexual M ± DE	<i>p</i>	Sin comorbilidad M ± DE	Comorbilidad M ± DE	<i>p</i>
Total	61,4 ± 18,4	75,08 ± 11,55	0,001*	74,8 ± 11,1	66,4 ± 18	0,042*
CV1	2,4 ± 0,9	2,8 ± 0,7	0,046*	2,8 ± 0,9	2,5 ± 0,8	0,040*
CV2	2,2 ± 1,4	2,7 ± 1,1	0,200	3,7 ± 0,6	2,2 ± 1,5	0,079
CV3	3,1 ± 1,2	3,6 ± 0,8	0,117	11,4 ± 1,1	3,1 ± 1,2	0,064
CV4	10 ± 3	11,1 ± 1,7	0,159	3,7 ± 0,7	10 ± 2,9	0,029*
CV5	3,1 ± 1,2	3,6 ± 0,8	0,164	14,1 ± 3,5	3,2 ± 1,2	0,079
CV6	10,2 ± 4,5	14,2 ± 3,3	0,000*	10,5 ± 3,2	11,7 ± 3,2	0,022*
CV7	8,1 ± 4,3	10,5 ± 3,09	0,047*	11,1 ± 3,9	9,1 ± 3,9	0,136
CV8	10 ± 5,1	11,6 ± 3,9	0,211	11,5 ± 2,8	11,1 ± 4,7	0,986
CV9	9,5 ± 5,1	11,7 ± 3	0,105	2,8 ± 0,8	10,6 ± 4,8	0,381
CV10	2,4 ± 1	2,8 ± 0,7	0,093	2,7 ± 0,9	2,5 ± 0,8	0,304
CV11	2,5 ± 1,2	2,5 ± 0,9	0,971	2,7 ± 0,9	2,3 ± 1	0,192
CVRS	Carga viral plasmática			Contaaje de CD4		
	Indetectable M ± DE	Detectable M ± DE	<i>p</i>	<200 M ± DE	>200 M ± DE	<i>p</i>
Total	71,1 ± 15	76 ± 13,8	0,585	67,5 ± 0,7	71,4 ± 15,1	0,714
CV1	2,7 ± 0,8	3 ± 1	0,614	4 ± 0	2,7 ± 8,2	0,000*
CV2	2,5 ± 1,2	3,3 ± 0,5	0,324	4 ± 0	2,5 ± 1,2	0,000*
CV3	3,5 ± 1	3,3 ± 1,1	0,771	4 ± 0	3,4 ± 1,01	0,479
CV4	10,8 ± 2,2	9,6 ± 2,5	0,360	9 ± 2,8	10,8 ± 2,2	0,241
CV5	3,4 ± 0,9	4 ± 0	0,000*	2,5 ± 2,1	3,5 ± 0,9	0,134
CV6	13,02 ± 4,1	16 ± 2	0,221	12 ± 1,4	13,2 ± 4,1	0,687
CV7	9,83 ± 3,6	11,6 ± 2,08	0,393	11,5 ± 0,7	9,8 ± 3,6	0,532
CV8	11,2 ± 4,3	10,6 ± 4,6	0,835	9,5 ± 2,1	11,2 ± 4,3	0,579
CV9	11,1 ± 3,8	11,3 ± 2,5	0,937	7,5 ± 2,1	11,2 ± 3,8	0,169
CV10	2,6 ± 0,8	3 ± 1	6,552	3,5 ± 2,1	3,5 ± 0,9	0,187
CV11	2,5 ± 1	2 ± 1,1	0,880	4 ± 0	2,5 ± 0,9	0,000*

M: Media, DE: desviación estándar, Dimensiones del MOS-SF-30: CV1: salud general percibida, CV2: dolor, CV3: actividad diaria, CV4: funcionamiento físico, CV5: funcionamiento social, CV6: salud mental, CV7: energía/fatiga, CV8: malestar respecto a la salud, CV9: funcionamiento cognitivo, CV10: calidad de vida percibida, CV11: transición de la salud. *la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa con un valor $\leq 0,05$.

nes de salud general percibida ($p < 0,046$) salud mental ($p < 0,000$) y energía/fatiga ($p < 0,047$).

Al comparar los diferentes grupos de origen (Tabla 6) se observó que el puntaje global más alto en relación a la CVRS correspondía a los foráneos no europeos (FNE) pero no fue estadísticamente significativa entre grupos, aunque si se encontraron algunas diferencias en las subescalas sobre: salud

general percibida, los FNE tenían mejores puntajes en comparación con los autóctonos (A) y los foráneos europeos (FE) ($p < 0,012$); dolor con peor resultados en FNE ($p < 0,030$); y mejores resultados en actividad diaria ($p < 0,047$) y funcionamiento físicos ($p < 0,025$) en FNE con significación estadística al compararlos con los FE y autóctonos, respectivamente (Tabla 6).

TABLA 6. CVRS, ORIGEN GEOGRÁFICO Y COMPARACIÓN INTERGRUPAL.

CVRS	Autóctonos (A)	Foráneos UE (FE)	Foráneos no UE (FNE)	ANOVA*	Prueba pos hoc (Tukey)	
	M ± DE	M ± DE	M ± DE	P	Comparación intergrupala	p
Total	69,05 ± 16,6	57,5 ± 24,7	75,4 ± 10,5	0,106	A-FE A-FNE FE-FNE	0,526 0,224 0,224
CV1	2,5 ± 0,7	2,5 ± 0,7	3,1 ± 0,8	0,015†	A-FE A-FNE FE-FNE	1,000 0,012* 0,549
CV2	2,5 ± 1,1	0	2,9 ± 1,1	0,004†	A-FE A-FNE FE-FNE	0,458 0,030* 0,480
CV3	3,3 ± 1,1	2,5 ± 2,1	3,8 ± 0,5	0,062	A-FE A-FNE FE-FNE	0,145 0,715 0,047*
CV4	10,7 ± 2,4	7 ± 4,2	11,1 ± 1,4	0,033†	A-FE A-FNE FE-FNE	0,723 0,025* 0,394
CV5	3,4 ± 1	2,5 ± 2,1	3,7 ± 0,6	0,146	A-FE A-FNE FE-FNE	0,411 0,194 0,762
CV6	12,4 ± 4,2	14,5 ± 0,7	14 ± 3,8	0,284	A-FE A-FNE FE-FNE	0,283 0,987 0,777
CV7	9,2 ± 3,8	7,5 ± 3,5	11 ± 3,03	0,105	A-FE A-FNE FE-FNE	0,141 0,698 0,804
CV8	11,5 ± 4,3	9 ± 7,07	11,1 ± 4,2	0,634	A-FE A-FNE FE-FNE	0,831 0,901 0,466
CV9	10,7 ± 4,2	9,5 ± 4,9	11,8 ± 3,09	0,412	A-FE A-FNE FE-FNE	0,672 0,989 0,672

TABLA 6. CVRS, ORIGEN GEOGRÁFICO Y COMPARACIÓN INTERGRUPAL
(CONTINUACIÓN).

	Autóctonos (A)	Foráneos UE (FE)	Foráneos no UE (FNE)	ANOVA*	Prueba pos hoc (Tukey)	
CVRS	M ± DE	M ± DE	M ± DE	P	Comparación intergrupal	p
CV10	2,5 ± 0,8	2,5 ± 0,7	2,8 ± 0,8	0,396	A-FE A-FNE FE-FNE	0,989 0,386 0,989
CV11	2,4 ± 0,9	2 ± 0	2,8 ± 1,09	0,267	A-FE A-FNE FE-FNE	0,816 0,340 0,514

A: autóctonos, FE: foráneos procedentes de la UE, FNE: foráneos no procedentes de la UE. M: Media, DE: desviación estándar. Dimensiones del MOS-SF-30: CV1: salud general percibida, CV2: dolor, CV3: actividad diaria, CV4: funcionamiento físico, CV5: funcionamiento social, CV6: salud mental, CV7: energía/fatiga, CV8: malestar respecto a la salud, CV9: funcionamiento cognitivo, CV10: calidad de vida percibida, CV11: transición de la salud. *no se encontraron diferencias intragrupo pero si intragrupal, por lo que se reportan solo las mismas. †la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa con un valor 0,05a diferencia entre las medias es estadísticamente significativa con un valor $\leq 0,05$.

En cuanto al tiempo estimado con el VIH (Tabla 4), se encontró correlación positiva en la dimensión de dolor ($p < 0,006$), además de negativa y débil en las subescalas de salud general percibida ($p < 0,000$), actividad diaria ($p < 0,005$), funcionamiento físico ($p < 0,002$) y salud mental ($p < 0,005$) con significación estadística. Al analizar la CVP (Tabla 5), solo se encontró significación estadística en el puntaje obtenido en la subescala de funcionamiento social con una cifra mayor en el pequeño grupo de personas con CVP detectable ($p < 0,000$).

Sobre el conteo de CD4 (Tabla 5), se encontraron resultados llamativos con significación estadística: las personas con < 200 CD4/ml notificaron mejor puntuación en atributo a la salud general percibida ($p < 0,000$) y transición de la salud ($p < 0,000$), pero también tenían mayor puntuación atribuida a la dimensión de dolor ($p < 0,00$), incluso reflejándose el dolor muy agudo en todos los sujetos (M: 4 y DE: 0). Al comparar a los grupos según la presencia o no de comorbilidades, las personas sin comorbilidad tenían mejores puntajes en la escala global de la CVRS ($p < 0,042$) al igual que en

la salud general percibida ($p < 0,040$) con diferencias significativas, al contrario, el grupo con alguna comorbilidad presentaba mejores puntajes en el funcionamiento físico ($p < 0,029$) y salud mental ($p < 0,022$).

Sobre el estigma, en primer lugar, no hubo correlación con la edad. Los pacientes que se identificaron con el género masculino comunicaron mayor puntuación global ($p < 0,023$) y en la dimensión de estigma interiorizado ($p < 0,022$) con significación estadística (Tabla 7). Si bien las personas heterosexuales tenían mayores puntajes en el estigma declarado y las no heterosexuales en el estigma interiorizado, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la orientación sexual y el estigma. En la comparación de los diferentes grupos de origen geográfico (Tabla 7), se encontró que solo había diferencias significativas entre los autóctonos y los FNE con puntajes más altos en el estigma interiorizado ($p < 0,021$).

En cuanto a los parámetros inmunológicos (Tabla 7), en la CVP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a pesar de que los individuos con CVP indetectable obtenían mayor puntaje global

TABLA 7. ESTIGMA, GÉNERO, PARÁMETROS INMUNOLÓGICOS Y ORIGEN GEOGRÁFICO (COMPARACIÓN INTERGRUPAL).

	Prueba t para muestras independientes								
	Género			CVP			CD4		
<i>Estigmatización</i>	<i>Masculino</i> M ± DE	<i>Femenino</i> M ± DE	<i>p</i>	<i>Indetectable</i> M ± DE	<i>Detectable</i> M ± DE	<i>p</i>	<i><200</i> M ± DE	<i>>200</i> M ± DE	<i>p</i>
Total	71,3 ± 15,5	62,1 ± 6,8	0,023*	71,1 ± 14,6	65,3 ± 20,0	0,529	92,5 ± 7,7	70,12 ± 15	0,042*
Estigma interiorizado	44 ± 9,7	34,3 ± 8,2	0,022*	43,7 ± 10,2	38,6 ± 14,8	0,413	51,5 ± 4,9	43,2 ± 10,4	0,272
Estigma declarado	27,2 ± 7,7	27,8 ± 6,9	0,865	27,3 ± 7,1	26,6 ± 15,1	0,876	92,5 ± 7,7	26,8 ± 7,2	0,008*
	Origen geográfico			ANOVA*	Prueba pos hoc (Tukey)				
	Autóctonos (A)	Foráneos UE (FE)	Foráneos no UE (FNE)		Comparación intergrupar	<i>p</i>			
<i>Estigmatización</i>	M ± DE	M ± DE	M ± DE	<i>p</i>					
Total	67,9 ± 13,8	64 ± 4,2	75,12 ± 16,94	0,166	A-FE A-FNE FE-FNE	0,931 0,175 0,580			
Estigma interiorizado	40,59 ± 9,32	38,5 ± 3,5	47,69 ± 10,76	0,022†	A-FE A-FNE FE-FNE	0,955 0,021† 0,420			
Estigma declarado	27,38 ± 7,17	25,5 ± 0,7	27,42 ± 8,38	0,942	A-FE A-FNE FE-FNE	0,939 1 0,512			

A: autóctonos, FE: foráneos procedentes de la UE, FNE: foráneos no procedentes de la UE. M: Media, DE: desviación estándar, *no se encontraron diferencias intragrupo pero si intragrupal, por lo que se reportan solo las mismas. †la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa con un valor $\leq 0,05$.

y sus subescalas. Sin embargo, al revisar el conteaje absoluto LT CD4, solo el grupo con <200 CD4/ml reportó un mayor puntaje en el resultado total ($p < 0,42$) y la dimensión de estigma declarado ($p < 0,008$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el desempeño de la actividad laboral o en el nivel educativo dicotomizado en estudios no superiores y estudios superiores. Finalmente, cuando se relacionaron los puntajes globales y por dimensiones entre el MOSF-HIV-SF30 y el HIV Stigma Scale no se encontraron hallazgos estadísticamente significativos, a excepción de la subescala funcionamiento físico que sí se correlacionó positivamente con el punta-

je obtenido en la subescala de estigma interiorizado ($p < 0,030$).

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de los pacientes incluidos en este estudio se adapta al reportado por las instituciones gubernamentales²¹, presentándose generalmente en sujetos adultos, varones, no heterosexuales, en la cuarta década de la vida y con una media de tiempo desde el diagnóstico de casi 10 años, lo que apoya la cronicidad de la infección atribuida al éxito actual del TAR, con buen estado inmunológico y control virológico. Además,

la mitad de la muestra presentaba alguna comorbilidad, sobre todo neuropsiquiátrica y cardiovascular.

En este estudio, el puntaje global obtenido del instrumento evaluador sobre CVRS demostró una calidad de vida moderada que se correlacionó específicamente con mayores ingresos y orientación sexual no heterosexual. Edades más jóvenes se asociaron a mejores resultados en las dimensiones de energía y fatiga, calidad de vida percibida y transición de la salud, en consonancia con hallazgos de otros autores.²³ Además, esto podría atribuirse a cómo la cronicidad del VIH puede generar envejecimiento precoz, además del daño acumulado en aquellos que han tenido eventos definitorios de sida y por lo tanto tener un impacto en la calidad de vida.²⁴ Particularmente, en este estudio no se encontró asociación alguna entre género y CVRS, pero también existen resultados discordantes entre estudios que han reportado asociaciones negativas en las puntuaciones y otros que indican que el género femenino puede ser un factor predictivo positivo.²⁵⁻²⁶ Sin embargo, se debe resaltar que la proporción de personas que se identificaron como mujeres fue sustancialmente menor.

En la orientación sexual, las personas no heterosexuales tuvieron mejores resultados en las dimensiones de salud general percibida, salud mental y energía/fatiga, aunque esto contrasta con los datos y las conclusiones de otros autores que alegan que la construcción de una identidad no heterosexual ligada intrínsecamente a la infección por VIH genera estigmatización, no obstante otros investigadores sugieren que en algunas personas esta exposición constante a la información sobre VIH y sida suscita mayor conciencia en relación a la infección y por lo tanto contarían con más recursos y apoyo para gestionar el diagnóstico con las implicaciones que tendría para su vida.¹⁷ Si bien tradicionalmente se relaciona una buena calidad de vida con mayores ingresos económicos, en este estudio se encontró que las personas con más ingresos económicos ob-

tenían peores resultados en las dimensiones de dolor y funcionamiento físico con significación estadística, resultando paradójico tomando en cuenta otros reportes.²⁷ Según el origen, las diferencias generalmente se encontraron atribuidas a FNE que obtenían mejor puntaje en actividad diaria y funcionamiento físico, pero peor resultado en dolor en relación con los autóctonos y calidad de vida percibida con los FE. Aunque algunos investigadores han descrito las dificultades de vivir con el VIH y ser migrante, sobre todo en el acceso a recursos de salud y habilidades para comunicarse,²⁸ es cierto que en la muestra analizada la mayoría de los FNE procedían Latinoamérica y el Caribe, por lo que tal vez el contexto sociocultural y lingüístico de origen podría tener influencia, además en España a diferencia de otros territorios, el acceso al TAR y la atención especializada tiene una alta cobertura garantizada legalmente²⁹, incluso en los grupos no autóctonos.

Se encontraron variaciones en cuanto a las condiciones clínico-inmunológicas, en donde cifras <200 CD4/ml asociaban peores resultados en dolor y mejores en la salud general percibida y transición de la salud, siguiendo la variabilidad propuesta por un metaanálisis.⁸ La CVP solo se correlacionó con significancia estadística al funcionamiento social en aquellos con CVP detectable, no obstante es anecdótica la asociación entre estigma y CVP.²⁶ La presencia de comorbilidades se relacionó a mejor funcionamiento físico y salud mental, pero la ausencia de comorbilidad resultó una mejor puntuación global de la CVRS y de la salud general percibida, esta asociación relativa y en cierto sentido discordante, ha sido reportada por otros autores quienes argumentan que la comorbilidad puede comportarse como variable independiente³⁰.

Respecto al estigma, solo se correlacionó de manera específica en la dimensión de estigma internalizado con el género masculino y los FNE. El estigma declarado fue mayor y estadísticamente significativo

en el grupo de pacientes con cifras <200 CD4/ml, tal vez por la experiencia de haber vivido más con la infección y, por lo tanto, haber sufrido las consecuencias tanto sociales como físicas o médicas de ésta. Aunque resulta difícil establecer una relación causal entre ciertos factores psicosociales como el estigma y la salud física debido a la gran subjetividad y diversa experiencia interpersonal, los estudios señalan que las intervenciones de carácter psicosocial benefician en gran medida a las PVVIH puesto que mejoran la salud mental de las mismas al reducir la ansiedad, la depresión y mejoran en general, la percepción del bienestar, sugiriendo que estos factores constituyen una parte esencial en la experiencia de vivir con VIH que no solo se ve delimitada por la eficacia farmacológica del tratamiento y que además estos aspectos psicosociales pueden cambiar con la evolución de la epidemia.¹⁴⁻¹⁵ Finalmente, al correlacionar ambos instrumentos, sólo se encontró relación relevante entre el funcionamiento físico y la subescala de estigma interiorizado.

CONCLUSIONES

La caracterización de la muestra analizada sigue el perfil epidemiológico del territorio español con buena situación clínico-inmunológica, sin embargo, para comprender a fondo la realidad social de todos los grupos clave, se recomienda ampliar la muestra e incluir a más mujeres, personas *trans* y trabajadores sexuales. Este estudio encontró que el envejecimiento parece relacionarse con un deterioro de la CVRS manifiesto en la salud mental, actividad y funcionamiento físico, dolor y salud general percibida. La presencia de comorbilidades está suponiendo un nuevo reto en el paradigma de la cronicidad y este estudio ha encontrado algunas diferencias significativas entre las mismas, la CVRS global y la salud general percibida. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estigma y la CVP, aunque las personas con un estado inmunológico deteriorado (<200

CD4/ml) tuvieron peores puntajes en el estigma declarado. Debido a que existió correlación entre el estigma internalizado, el género masculino y la migración, se recomiendan desarrollar otras investigaciones que ayuden a comprender las diferencias y los condicionantes de cada grupo en el contexto español.

Además, sería de gran utilidad el desarrollo de estudios prospectivos que evalúen tanto la CVRS como el estigma en los diferentes grupos según su origen, de esta manera podría conocerse como la adaptación o no al medio, influye en los aspectos anteriormente mencionados. En este sentido, es probable que el TAR no condicione por sí solo la salud y la vivencia de la infección en las personas con el VIH. De esta manera, los instrumentos evaluadores de CVRS y estigma pueden ser útiles a la hora de explorar y entender la realidad psicosocial de las PVVIH desde el contexto clínico.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la participación de todas las personas usuarias del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal, así como a todo su personal, en especial al Dr. Santiago Moreno y a María Jesús Chus Zamora, quienes apoyaron el proyecto activamente, así como destacamos el inmenso apoyo de Gerjo Pérez Meliá de Fundación Triángulo Madrid. Este estudio ha sido realizado para el Master sobre Infección por el VIH de la Universidad Rey Juan Carlos y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Madrid del Proyecto ESTHER-España como trabajo de fin de master.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wandeler G, Johnson L, Matthias Egger. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on ART across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(5):492-500.
2. UNAIDS. 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Dis-

- ponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf (consulta enero 2019).
3. UNADIS. Informe de política: penalización de la transmisión del VIH, versión larga. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_es.pdf (consulta enero 2019).
 4. Trickey A, May MT, Vehreschild J, Obel N, Gill MJ, Crane H, et al. Cause-specific mortality in HIV-positive patients who survived ten years after starting antiretroviral therapy. *PLoS ONE* 2016;11(8):e0160460.
 5. Leite Hipolito R, de Oliveira, CD Lessa da Costa T, Corrêa Marques S, Ramos Pereira E, et al. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2874.
 6. Cronje JH, Williams M, Steenkamp L, Venter D, Elkonin D. The quality of life of HIV-infected South African university students: experiences with the WHOQOLHI V-Bref. *AIDS Care*, 2016;29(5):632-5.
 7. Cabrera Alonso SG, Arteta Dalchiale Z, Meré Ruoco JJ, Cavalleri Ferrari F. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Rev Méd Urug*. 2018; 34(1):7-19.
 8. Cooper V, Clatworthy J, Harding R, Whetham J, Consortium E. measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health Quality Life Outcomes*. 2017;15:220.
 9. Zhu Y, Liu J, Qu B. Psychometric properties of the Chinese version of the WHOQOL-HIV BREF to assess quality of life among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2017;7: e016382.
 10. Badía Llach X, Lara Suriñach N. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. *Health Outcomes Research Europe Group*. 4º seminario de atención farmacéutica. Barcelona. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_A_F_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf (consulta enero 2019)
 11. Escandell Rico, FM. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el departamento de Elda. Universidad Miguel Hernández. Alicante, España. Tesis magister. TFM-M.U Enfermedades Infecciosas y Salud Internacional. Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/3283> (consulta enero 2019)
 12. Cantillo de la Cruz, AC. Calidad de vida relacionada con salud (CVRS) según esquema antirretroviral usado en pacientes con vih/sida en una institución prestadora de servicios de salud en Barranquilla. 2017. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública de la Universidad del Norte. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10584/7880> (consulta febrero 2019)
 13. Turan B, Budhwani H, Fazeli P, Browning WR, Raper JL, Mugavero MJ, Turan JM. How does stigma affect people living with HIV?. The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS Behav*. 2017;21(1):283-91.
 14. Van Luenen S, Garnefski N, Spinhoven P, Spaan P, Dusseldorp E, Kraaij V. et al. The benefits of psychosocial interventions for mental health in people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav*. 2018;22(1):9-42.
 15. Ironson G, O'Cleirigh C, Fletcher MA, Balbin E, Klimas N, Schneiderman N, et al. *Psychosom Med*. 2005;67(6): 1013-21.
 16. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Holgado FP, Ubillos S. *Spanish J Psychol*. 2015;18(e66):1-15.
 17. Oliveira F, Queiroz A, Sousa Á, Moura M, Reis R. Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1004-10.
 18. Mutabazi-Mwesigire D, Katamba A, Martin F, Seeley J, Wu AW. Factors that affect quality of life among people living with HIV attending an urban clinic in Uganda: a cohort study. *PLOS ONE* 2015;10(6):e0126810.
 19. Zafra-Tanaka JH, Ticona-Chavez, E. Estigma relacionado a vih/sida asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):625-32.
 20. Ndumbi P, del Romero J, Pulido F, Velasco Arribas M, Drona F, Blanco Ramos JR, et al. Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *Eur J Public Health*. 2018;28(3):451-457.
 21. Red de Vigilancia Epidemiológica, Comunidad de Madrid. Informe Epidemiológico Vigilancia VIH/SIDA. Diciembre 2018. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual> (consulta octubre 2019)
 22. Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Aten Primaria* 2003;32(1):15-22. Disponible en: https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones_files/MOS-SF-30_VIH.pdf (consulta octubre 2019)
 23. Leon-Naranjo, F. Envejecimiento prematuro y comorbilidades relacionadas con la edad en los pacientes con infección por el VIH. *Rev Multidisc SIDA*. 2014;1(3): 18-32. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardel-sida.com/wp-content/uploads/2016/04/Fernando-Lozano-Monografico-2014.pdf> (consulta octubre 2019)

24. Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of life of people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Zhejiang Province, China. *PLoS One* 2015; 10(8):e0135705.
25. Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Palacios Martín T, González Sagrado M, Eiros Bouza JM. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Med* 2011; 12(1):22-30.
26. Hang Y, Thai S, Choi J. An evaluation of quality of life among Cambodian adults living with HIV/AIDS and using antiretroviral therapy: a short report. *AIDS Care*. 2016, 28(12), 1546–1550.
27. da Cunha GH, Fiuza ML, Gir E, Aquino Pde S, Pinheiro AK, Galvão MT. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(2):183-91.
28. Körner, H. 'If I had my residency I wouldn't worry': negotiating migration and HIV in Sydney, Australia *Ethnicity Health*. 2007;12(3): 205–25.
29. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE A-2018-10752. Num. 183;p.76258-76264. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752 (consulta octubre 2019)
30. George S, Bergin C, Clarke S, Courtney G, Codd MB. Health-related quality of life and associated factors in people with HIV: an Irish cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016; 14(1):115.