

Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH

María José Noguera-Orozco, M en Psic,⁽¹⁾ Yanink Caro-Vega, M en C,⁽¹⁾ Brenda Crabtree-Ramírez, MD,⁽¹⁾
Fernando Vázquez-Pineda, D en Psic,⁽²⁾ Juan G Sierra-Madero, MD.⁽¹⁾

Noguera-Orozco MJ, Caro-Vega Y,
Crabtree-Ramírez B, Vázquez-Pineda F,
Sierra-Madero JG.

Factores psicosociales asociados con el inicio
tardío de tratamiento antirretroviral
en pacientes mexicanos con VIH.
Salud Publica Mex 2015;57 suppl 2:S135-S141.

Noguera-Orozco MJ, Caro-Vega Y,
Crabtree-Ramírez B, Vázquez-Pineda F,
Sierra-Madero JG.

Psychosocial factors associated with late
HAART initiation in Mexican
patients with HIV.
Salud Publica Mex 2015;57 suppl 2:S135-S141.

Resumen

Objetivo. Explorar la asociación entre variables psicosociales y el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en una muestra de pacientes mexicanos con diagnóstico de VIH. **Material y métodos.** Estudio transversal en la clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, donde se aplicaron cuestionarios estructurados a 150 pacientes que iniciaron terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) entre enero de 2010 y agosto de 2011. Se consideró inicio tardío (IT) de TARAA cuando los pacientes iniciaron el tratamiento con CD4 <200 células/mm³. **Resultados.** Mediante el análisis multivariado, se encontró que el principal factor psicosocial asociado con IT fue la percepción de autoestigma relacionada con el VIH/sida. Además, la realización de la prueba del VIH se asoció con la indicación médica y no con la iniciativa del paciente; a su vez, tener uno o más contactos médicos previos se relacionó con un mayor riesgo de presentar IT. **Conclusiones.** Los resultados sugieren la necesidad de intervenciones psicosociales dirigidas a disminuir la autoimagen negativa y actitudes y comportamientos estigmatizantes en grupos de riesgo.

Palabras clave: VIH; TARAA; estigma; México

Abstract

Objective. To explore the association between psychosocial factors and late highly active antiretroviral therapy (HAART) initiation in a sample of Mexican patients with HIV. **Materials and methods.** We conducted a cross-sectional study at the HIV Clinic of the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), and applied structured questionnaires to 150 patients who initiated HAART between January 2010 and August 2011. Late HAART initiation (LHI) was considered when patients started HAART with CD4 counts of <200+ cells/mm³. **Results.** By multivariate analysis, the strongest psychosocial risk factor for LHI observed was self-stigma towards HIV/AIDS. In addition, being tested by medical prescription, not by own initiative, as well as having one or more previous medical contacts, were associated with greater risk for LH. **Conclusions.** Our findings suggest the need to develop psychosocial interventions to decrease negative self-image and stigmatizing attitudes and behaviors in risk groups for HIV in Mexico.

Key words: HIV; HAART; stigma; Mexico

(1) Departamento de Infectología, Clínica de VIH, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Distrito Federal, México.
(2) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.

Fecha de recibido: 10 de febrero de 2015 • Fecha de aceptado: 7 de abril de 2015

Autor de correspondencia: Dr. Juan G. Sierra Madero. Vasco de Quiroga 15, col. Sección XVI. 14000 Tlalpan, Distrito Federal, México.
Correo electrónico: jsmaero@yahoo.com

El inicio tardío de terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) en enfermedad avanzada por VIH, que es aquél que se da con un conteo de células T CD4+ por debajo de 200 o por la presencia de infecciones oportunistas,¹ se asocia con mayor mortalidad en los primeros años,^{2,3} mayores costos de la atención médica^{4,5} y menor eficacia virológica e inmunológica.

El inicio tardío de TARAA es uno de los retos importantes que limitan la eficacia del tratamiento y es común en México.⁶ En América Latina, un informe reciente mostró que más de dos tercios de los sujetos que iniciaron TARAA entre 1999 y 2010 se encontraban en estadios avanzados del VIH.⁷ La información disponible sobre los factores de riesgo asociados con inicio tardío de tratamiento sugiere que un conjunto de factores psicológicos y conductuales así como variables demográficas y estructurales pueden contribuir con este problema.⁸⁻¹³ El propósito de este estudio fue explorar los factores psicosociales que pueden estar asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en una muestra de población mexicana que vive con VIH.*

Material y métodos

Diseño y selección de la muestra

Se realizó un estudio transversal con pacientes consecutivos que iniciaron TARAA entre enero de 2010 y agosto de 2011 en la Clínica de VIH/sida del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Los pacientes ≥ 18 años de edad con un diagnóstico de VIH confirmado en esta clínica y que comenzaron TARAA durante el periodo de estudio fueron invitados a contestar un cuestionario de autorreporte que se detalla más adelante.

Se excluyeron pacientes con más de seis meses de TARAA o que no estuvieran en su primer esquema de antirretrovirales con el fin de caracterizar lo mejor posible la presencia de factores al inicio de tratamiento o cercano a éste. También se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo o que no pudieran contestar el cuestionario.

TARAA de inicio tardío (IT) fue considerada cuando los pacientes la iniciaran con un conteo de CD4 de < 200 células/mm³. El resto de los pacientes entrevistados fueron considerados no iniciadores tardíos (NIT, ≥ 200

células/mm³). El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia; el tamaño de muestra se calculó con el estándar de Nunally¹⁴ de al menos cinco sujetos por reactivo del instrumento, lo que arrojó un mínimo necesario de 130 sujetos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del INCMNSZ.

Instrumentos

La información sociodemográfica incluyó variables como sexo, edad, categoría de transmisión sexual, tener o no pareja sexual estable al momento del estudio, nivel educativo, situación laboral y nivel socioeconómico, y haber tenido o no contactos médicos previos en los últimos seis meses antes del inicio de su tratamiento. Las características clínicas consideradas fueron el número de meses desde el primer diagnóstico de VIH y la fecha y conteo de CD4 al inicio de TARAA. El cuestionario de autorreporte tuvo dos secciones:

Factores psicosociales

Este cuestionario fue diseñado específicamente para los propósitos del estudio tras una revisión de la literatura especializada. Está compuesto por 26 reactivos, con un tiempo promedio de respuesta de 30 minutos. Como primer paso de este estudio se realizó la validación de dicha escala. Se llevó a cabo un análisis de factores y de confiabilidad por medio de alfa de Cronbach ($\alpha=0.75$). El cuestionario incluyó las siguientes subescalas: *motivación para el diagnóstico del VIH, barreras para recibir atención médica, percepción de autoeficacia para seguir las indicaciones médicas, expectativas sobre el tratamiento antirretroviral, percepción de la capacidad de controlar la propia vida en general, creencias sobre conspiración, percepción de estigma social, percepción de autoestigma, percepción de riesgo antes del diagnóstico actual del VIH, información previa sobre VIH/sida y apoyo social percibido* (recuadro I).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Este cuestionario incluyó 14 reactivos: siete para síntomas de depresión y siete para ansiedad. Esta escala tiene la ventaja de arrojar la presencia de síntomas ansiosos o depresivos, eliminando el sesgo de síntomas somáticos que pueden ser confundidos con efectos secundarios del tratamiento antirretroviral o síntomas propios de la infección por VIH. Se utilizó la versión validada en México, con una confiabilidad alfa total de 0.90.¹⁵

El cuestionario se aplicó al momento en que los pacientes acudían a su primera visita de laboratorio, posterior a su ingreso a la clínica y en quienes tenían la indicación de iniciar TARAA.

* Este documento incluye los datos preliminares presentados en formato póster en la XX AIDS Conference, Washington DC, 2012 (Noguera MJ, Caro-Vega Y, Crabtree B, Vázquez F, Sierra J. *HIV related stigma as a factor for late HAART Initiation in Mexico*. XIX International AIDS Conference. 2012, Washington, Abstract No. THPE451).

Recuadro I

CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES. MÉXICO, 2011

- a) *Motivación para el diagnóstico del VIH.* Selección de la motivación de acuerdo con un índice de cinco categorías (*por mi propia iniciativa, por iniciativa médica, durante mi hospitalización, porque mi pareja es seropositiva, otros*).
- b) *Barreras para recibir atención médica.* Seleccionar uno o más elementos de una lista que incluye el conocimiento sobre los servicios de atención para VIH, la presencia de problemas económicos, la vacilación o dudas sobre buscar atención médica, preocupación por revelar el estatus serológico, la preocupación por la confidencialidad y por los efectos adversos de los antirretrovirales.
- c) *La percepción de autoeficacia para seguir las indicaciones médicas.* Tres elementos con una escala de 0 (no estoy seguro) a 10 (muy seguro). Ejemplo: ¿Qué tan seguro se siente usted para iniciar los antirretrovirales?
- d) *Expectativas sobre el tratamiento antirretroviral.* Mencionar si creía en la eficacia del tratamiento a corto y largo plazo, basado en dos preguntas con cinco opciones de respuesta, que van desde *totalmente de acuerdo* a *totalmente en desacuerdo*.
- e) *Percepción de la capacidad de controlar la propia vida en general.* Tres preguntas fueron contestadas mediante una puntuación de cinco niveles escala de 1 (nunca) a 5 (siempre). Ejemplo: Yo siento que puedo controlar las dificultades de la vida.
- f) *Creencias sobre conspiración.* Las preguntas: El VIH no es real, es una creación del gobierno o de las empresas farmacéuticas, y la cura para el VIH ya existe, pero el gobierno o las compañías farmacéuticas no la dan a conocer debido a intereses económicos y políticos, se respondió en una escala de 5 niveles, de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo).
- g) *Percepción de estigma social.* Cinco reactivos, en una escala de cinco niveles que van de 1 (completamente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo). Ejemplo: Las personas con VIH pierden sus empleos cuando los empleadores se enteren.
- h) *Percepción de auto-estigma.* Dos reactivos con cinco opciones de respuesta que van de 1 (nunca) a 5 (siempre). Las dos afirmaciones fueron: Yo siento que no soy tan bueno como los demás porque tengo VIH y Me esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH.
- i) *Percepción de riesgo antes del diagnóstico actual del VIH.* Mencionar si se consideraron en riesgo de contraer el VIH antes del diagnóstico actual en una puntuación de cinco niveles, de 1 (nada) a 5 (muy alto riesgo).
- j) *La información previa sobre VIH/sida.* Otorgarse una puntuación de 0 a 100% considerando sus conocimientos sobre el VIH y su prevención antes del diagnóstico.
- k) *Apoyo social percibido.* Evaluar el apoyo que tienen al momento en una escala numérica del 0-10, donde 0 es menos de lo que necesito, a 10, más de lo que necesito.

Dos psicólogas especializadas se encargaron de la recolección de datos. Los pacientes interesados recibieron información detallada sobre el estudio y firmaron un consentimiento informado. Aquellos participantes que dieron positivo en el escrutinio para síntomas de ansiedad o depresión fueron invitados a recibir atención psicológica.

La información clínica de carga viral y CD4 se obtuvo de los expedientes clínicos y del sistema electrónico para resultados de laboratorio del INCMNSZ.

Análisis estadístico

Se hizo un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y clínicos, y se establecieron grupos. Las diferencias entre los grupos IT y NIT se evaluaron utilizando la prueba *t* para edad, y pruebas *ji* cuadrada para las variables categóricas; para los datos no normales se presenta la mediana y el rango intercuartil (RIC). Debido al pequeño número de mujeres incluidas no se realizaron análisis específicos de género. En el análisis multivariado se incluyeron todos aquellos factores que tuvieron un valor de $p < 0.20$ en el análisis bivariado y se realizó un modelo de regresión logística con una $p < 0.05$ para significancia estadística.

Se estimaron los factores de inflación de la varianza promedio para cada variable incluida en el modelo

multivariado y así descartar una posible multicolinealidad. Los análisis se realizaron en Stata, versión 12.1 (StataCorp LP, College Station, TX, EE.UU).

Resultados

Datos clínicos y sociodemográficos

De 231 pacientes que iniciaron TARAA durante el periodo de estudio se eligieron a 150 participantes; no se incluyeron en el estudio los pacientes que tuvieran más de seis meses con TARAA o que no estuvieran en su primer esquema de tratamiento antirretroviral ($n=18$), con presencia de daño cognitivo al momento de la aplicación del cuestionario ($n=2$), que estuvieran gravemente enfermos ($n=2$), sin saber leer ni escribir ($n=2$), que no pudieron ser localizados ($n=53$) y que se negaron a participar en el estudio ($n=4$).

De acuerdo con las definiciones preestablecidas, 92 pacientes (61%) fueron considerados IT y 58 (39%) fueron NIT. La media de tiempo de inicio de TARAA para el grupo IT fue de 1.4 meses y para el grupo NIT fue de 1.1 meses, sin diferencia significativa entre grupos. El resto de datos sociodemográficos se muestran en el cuadro I.

Se analizó la proporción de IT de los pacientes no localizados (51%); no se hallaron diferencias significativas al comparar sus características demográficas.

Cuadro I
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS POR GRUPO ASOCIADOS
CON INICIO TARDÍO DE TARAA. MÉXICO, 2011

Total de participantes N=150 (100%)	IT n= 92 61.3%	NIT n= 58 38.7%	p
Género			
Mujer	11 (11.9)	4 (6.9)	0.314
Hombre	81 (88.04)	54 (93.10)	
Edad (años)			
<34	41 (44.57)	33 (56.90)	0.142
≥34	51 (55.43)	25 (43.10)	
Escolaridad (años)			
≤9	28 (30.43)	11 (18.97)	0.119
>9	64 (69.57)	47 (81.03)	
Pareja estable			
Sí	40 (43.48)	32 (55.17)	0.163
No	52 (56.52)	26 (44.83)	
Nivel socioeconómico			
Bajo	27 (29.35)	13 (22.41)	0.350
Medio-alto	65 (70.65)	45 (77.59)	
Situación laboral			
Sin empleo	40 (43.48)	21 (36.21)	0.377
Con empleo	52 (56.52)	37 (63.79)	
Transmisión sexual			
HSH	50 (45.35)	45 (77.59)	0.004*
Heterosexual	42 (45.65)	13 (22.41)	

* $p < 0.05$

IT= inicio tardío

NIT= no iniciador tardío

VIH= virus de inmunodeficiencia humana

HSH= hombre que tiene sexo con hombres

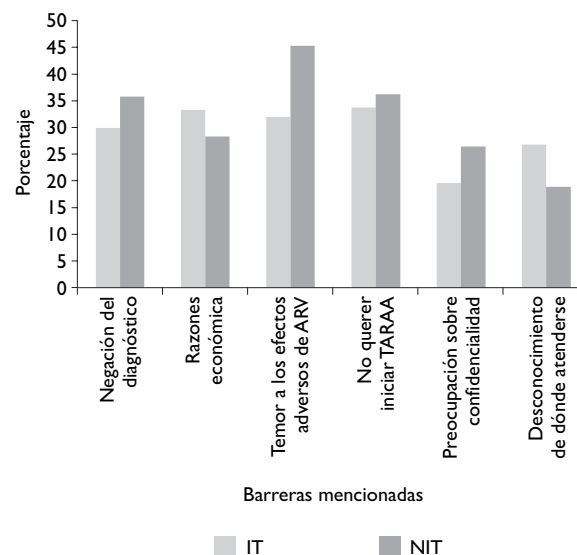
La transmisión heterosexual del VIH se asoció significativamente con IT ($p=0.004$). La edad, el género, tener una pareja sexual estable al momento del estudio y el nivel educativo fueron similares entre los grupos IT y NIT. La mediana de CD4 al momento del inicio de TARAA fue de 34 células/mm³ (RIC: 15-82) para el grupo IT y de 339 células/mm³ (RIC: 250-415) para el NIT. El tiempo entre el diagnóstico y el inicio de TARAA fue mayor de seis meses en 53% de los pacientes IT y en 47% de los NIT.

Se encontraron diferencias en la proporción de pacientes con síntomas presentes durante al menos dos meses antes del inicio de la TARAA: ésta fue de 62% para IT y 33% para NIT ($p<0.001$). Asimismo, un tercio (38%) de los pacientes IT mencionó que tiene por lo menos un contacto médico previo al diagnóstico, en comparación con una sexta parte (14%) de NIT ($p=0.002$).

Entre las barreras más comunes para la búsqueda de atención médica, el grupo IT mencionó la falta de voluntad para iniciar TARAA (33.7%), razones económicas (33.3%) y temor a los efectos adversos de los antirretrovirales (32%). Entre las barreras mencionadas por el grupo de NIT se encuentran el miedo por los efectos adversos del tratamiento antirretroviral (45.3%), la falta de voluntad para iniciar la TARAA (36.2%) y la negación del diagnóstico (35.8%). Ninguna barrera mostró diferencia significativa entre grupos (figura 1).

Análisis bivariado y multivariado

Todas las variables psicosociales se incluyeron en el análisis bivariado. De ellas, las que estuvieron independientemente asociadas con IT fueron la motivación a la prueba (no por iniciativa propia) y tener una o más creencias de conspiración asociadas con la infección por el VIH y el tratamiento. En el análisis multivariado ajustado para todas las variables sociodemográficas, excepto escolaridad ya que fue similar para ambos grupos, el factor psicosocial con mayor posibilidad de asociación para el inicio tardío fue la percepción de autoestigma. La motivación a realizarse la prueba de VIH



IT= inicio tardío

NIT= no iniciador tardío

ARV= antirretrovirales

TARAA= tratamiento antirretroviral altamente activo

FIGURA 1. FRECUENCIAS DE BARRERAS PERCIBIDAS EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO PARA VIH. MÉXICO, 2011

(no por iniciativa del paciente) se mantuvo significativa y también resultó significativo tener un contacto médico previo en los últimos seis meses antes del abordaje actual (cuadro II).

Discusión

El presente estudio evaluó los factores psicosociales asociados con el inicio de TARAA de forma tardía en comparación con el inicio relacionado con conteo igual o mayor a 200 células/mm³ en una muestra de pacientes con VIH en la ciudad de México. Se encontró que la percepción del autoestigma hacia el VIH/sida fue el principal factor psicosocial asociado de forma independiente con IT. Además, en relación con la motivación hacia la prueba del VIH, el hecho de que ésta no fuera realizada por iniciativa del paciente y tener al menos un contacto médico previo antes de la prueba actual se asociaron con mayor riesgo de presentar IT.

La estigmatización puede ser una importante fuente de estrés para la persona que vive con VIH; sus consecuencias a nivel individual pueden influir en la adaptación de la persona a la enfermedad y la progresión de la misma de varias maneras. El miedo a la estigmatización puede influir en la decisión de hacerse la prueba del VIH o eludirla, incluso si la persona se percibe a ella misma en situación de riesgo.^{16, 17}

Particularmente en México, Infante y colaboradores¹⁸ identificaron en un estudio actitudes de marginalidad y opiniones estigmatizadoras relacionadas con el género y las prácticas sexuales de las personas que viven con VIH/sida en proveedores de salud de varios estados de la República Mexicana, lo que puede representar un obstáculo para la búsqueda y acceso a los servicios de pruebas, atención y tratamiento en el país.

En otros estudios que abordan el estigma general relacionado con el VIH como un factor de riesgo para la disposición al tratamiento, se sugiere una correlación entre el estigma y las dificultades en el afrontamiento, conductas inadecuadas de autocuidado y pobre adherencia al régimen médico.¹⁹⁻²³

Asimismo, cuando el estigma se internaliza, disminuye la autoestima o la autovaloración del individuo, pues la persona se percibe a sí misma como socialmente inaceptable.²⁴ Se ha observado que las personas que viven con VIH y presentan algún índice de autoestigma, al experimentar rechazo social o desaprobación, pueden intensificar sentimientos de vergüenza con respecto a su enfermedad y disminuir su motivación para la búsqueda de tratamiento, incluso cuando se experimenta dolor físico.²⁵

De acuerdo con este estudio, los pacientes IT de TARAA generalmente no buscaron pruebas para la

Cuadro II
ANÁLISIS BIVARIADO Y MULTIVARIADO
DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES INDEPENDIENTEMENTE
ASOCIADOS CON IT. México, 2011

Factor	Bivariado		Multivariado	
	RM (IC95%)	p	RM (IC95%)	p
Motivación para la prueba				
Por parte del paciente	I		I	
Por indicación médica	3.59 (1.70-7.60)	0.001*	2.97 (1.24-7.12)	0.015*
Contactos médicos previos				
Sin contactos	I		I	
Uno o más contactos	1.59 (.821-3.08)	0.169‡	2.67 (1.11-6.41)	0.028*
Autoeficacia				
No	I		I	
Sí	.621 (.116-3.31)	0.577		
Expectativas TARAA				
Altas	I		I	
Bajas-moderadas	1.26 (.558-2.86)	0.575		
Percepción control				
No	I		I	
Sí	.866 (.398-1.88)	0.718		
Ideas de conspiración				
No	I		I	
Sí	2.40 (1.17-4.93)	0.016*	1.82 (.667-4.98)	0.084
Estigma social percibido				
No	I		I	
Sí	1.75 (.749-4.11)	0.195‡	1.79 (.665-4.86)	0.247
Autoestigma				
No	I		I	
Sí	2.85 (.888-9.19)	0.078‡	3.78 (1.01-14.04)	0.047*
Información previa				
No	I		I	
Sí	.886 (.458-1.71)	0.720		
Percepción de riesgo				
No	I		I	
Sí	1.05 (.524-2.13)	0.874		
Apoyo social percibido				
No	I		I	
Sí	2.53 (.684-9.41)	0.164‡	3.36 (.738-15.36)	0.117
Síntomas ansiedad				
No	I		I	
Sí	1.18 (.611-2.29)	0.617		
Síntomas depresión				
No	I		I	
Sí	1.14 (.555-2.37)	0.709		

* $p < 0.05$

‡ $p < 0.20$ variables incluidas en análisis multivariado

IT= inicio tardío

RM= razón de momios

IC= intervalo de confianza

TARAA= tratamiento antirretroviral altamente activo

detección del VIH por sí mismos o por motivación intrínseca, sino que la prueba se realizó por indicación del médico como parte del manejo médico debido a la presentación de síntomas y factores de riesgo. El papel de la motivación para la búsqueda de atención médica ha sido ampliamente estudiado como variable psicológica, pues las cogniciones del sujeto alrededor de esta conducta también están involucradas en el inicio de tratamiento antirretroviral y en la posterior adherencia terapéutica.²⁶

Por otro lado, los contactos con servicios médicos antes del diagnóstico del VIH deben ser vistos como oportunidades importantes para el diagnóstico oportuno de esta enfermedad. La mayoría de los IT en el presente estudio reportaron haber tenido uno o más contactos previos con proveedores de salud en los que no se les ofreció la prueba. Las recomendaciones internacionales hacen hincapié en la importancia de promover la prueba del VIH en el ambiente médico como una estrategia de detección temprana.²⁷⁻²⁹ Esta diferencia en la motivación por descubrir el diagnóstico no es un factor individual o psicológico; más bien es considerada un factor social, por lo que indica una ruta para los programas preventivos contra el VIH.

En este estudio la presencia de ideas *conspiracionales* se asociaron en el análisis univariado con inicio tardío de tratamiento; sin embargo, no mantuvieron su significancia en el modelo final. De la misma forma, para la muestra estudiada los síntomas ansiosos o depresivos no mostraron asociación con el inicio tardío, a pesar de ser variables relacionadas en la literatura y de tener una alta prevalencia en la población que vive con VIH. Estudios posteriores podrían mostrar si este resultado es un cambio en la tendencia en esta población o es un resultado aislado.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran la naturaleza retrospectiva de la recolección de datos y el tamaño de la muestra; sin embargo, las entrevistas se hicieron de manera muy cercana al inicio del tratamiento antirretroviral, por lo que es razonable pensar que las circunstancias alrededor de estos procesos fueron bien recordadas por los pacientes. Si bien la diferencia de la proporción de IT en la población no localizada para el estudio fue ligeramente menor a la de la muestra utilizada en este estudio y pudiera corresponder a un sesgo de selección, se considera que sigue siendo un porcentaje muy alto de IT, aunado a que esta población cuenta con las mismas características demográficas de la muestra actual.

Los presentes hallazgos sugieren que ciertos aspectos psicosociales como el autoestigma pueden influir en la presentación tardía a la atención médica o inicio no oportuno de tratamiento antirretroviral en personas que

viven con VIH en México al retrasar comportamientos de búsqueda de atención médica.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Larson BA, Brennan A, McNamara L, Long L, Rosen S, Sannel, et al. Lost opportunities to complete CD4 Lymphocyte testing among patients who tested positive for HIV in South Africa. *Bull World Health Organ* 2010;88:675-680.
2. Emery S, Neuhaus JA, Phillips AN, Babiker A, Cohen CJ, Gatell J, et al. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Study Group (SMART). Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naïve participants and those not receiving ART at baseline in the SMART study. *J Infect Dis* 2008;197:1133-1144.
3. Mussini C, Manzardo C, Johnson M, Monforte A, Uberti-Foppa C, Antinori A, et al. Patients presenting with AIDS in the HAART era: a collaborative cohort analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;22(18):2461-2469. doi:10.1097/QAD.0b013e328314b5f1
4. Sabin CA, Smith, CJ, Youle M, Lampe FC, Bell DR, Puradiredja D, et al. Deaths in the era of HAART: contribution of late presentation, treatment exposure, resistance and abnormal laboratory markers. *AIDS* 2006;20(1):67-71.
5. Krentz HB, Gill MJ. The direct medical costs of late presentation (<350/mm) of HIV infection over a 15-year period. *AIDS Res Treat* 2002;757135. doi:10.1155/2012/757135
6. Fisher M. Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities. *Curr Opin Infect Dis* 2008;21:1-3.
7. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Shepherd BE, Wehbe F, Cesar C, Cortés C, et al. Cross-sectional analysis of late initiation in Latin America and the Caribbean: late testers and late presenters. *PLoS One* 2011;6(5):e20272.
8. Shorter MM, Ostermann J, Crump JA, Tribble AC, Itemba DK, Mgonja A, et al. Characteristics of HIV voluntary counseling and testing clients before and during care and treatment scale-up in Moshi, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009;52:648-654.
9. Anderson M, Elam G, Gerver S, Solarin I, Fenton K, Easterbrook P. "It took a piece of me": initial responses to a positive HIV diagnosis by Caribbean people in the UK. *AIDS Care* 2010;22:1493-1498.
10. Beer L, Fagan JL, Valverde E, Bertolli J. Health-related beliefs and decisions about accessing HIV medical care among HIV infected persons who are not receiving care. *AIDS Patient Care STDs* 2009;23:785-792.
11. Chida Y, Vedhara K. Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: a meta-analytic review of prospective investigations. *Brain Behav Immun* 2009;23:434-445.
12. Genberg BL, Hlavka Z, Konda KA, Maman S, Chariyalertsak S, Chingono A, et al. A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 2009;68:2279-2287.
13. Mukolo A, Villegas R, Aliyu M, Wallston KA. Predictors of late presentation for HIV diagnosis: a literature review and suggested way forward. *AIDS Behav* 2013;13(1):5-30. doi:10.1007/s10461-011-0097-6
14. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. Third edition. New York: McGrawHill, 1994.
15. Noguera-Orozco MJ, Pérez-Terán B, Barrientos-Casarrubias V, Robles-García R, Sierra-Madero J. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana* 2013;21(2):29-37.

16. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS* 2008;22(suppl 2):S67-S79.
17. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a healthcare provider on access to care among a low-income HIV positive population. *AIDS Patient Care STDS* 2007;21(8):584-592.
18. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: the case of health care providers in Mexico. *Salud Publica Mex* 2006;48(2):141-150.
19. Vanable P, Carey M, Blair D, Littlewood R. Impact of HIV related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS Behav* 2006;10(5):473-482.
20. Chesney M, Smith A. Critical delays in HIV testing and care. The potential role of stigma. *Am Behav Scientist* 1999;42(7):1162-1174.
21. Fortenberry JD, McFarlane M, Bleakley A, Bull S, Fishbein M, Grimely DM, et al. Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening. *Am J Public Health* 2002;92(3):378-381.
22. Lieber E, Li L, Wu Z, Rotheram-Borus MJ, Guan J, NIMH Collaborative HIV Prevention Trial Group. HIV/STD stigmatization fears as a health seeking barrier in China. *AIDS Behav* 2006;10(5):463-471.
23. Carrizosa CM, Blumberg EJ, Hovell MF, Martinez-Donate AP, Garcia-Gonzalez G, Lozada R, et al. Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. *AIDS Patient Care STDS* 2010; 24(5):333-340.
24. Vogel D, Wade N, Haake S. Measuring self-stigma associated with seeking psychosocial help. *J Couns Psych* 2006;53(3):325-337.
25. Ickovicks JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schownbaum EE, Schuman P, Boland RJ, et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIVseropositive women. *JAMA* 2001; 285(11):1466-1474.
26. Smith LR, Fisher JD, Cunningham CO, Amico KR. Understanding the Behavioral Determinants of Retention in HIV Care: A Qualitative Evaluation of a Situated Information, Motivation, Behavioral Skills Model of Care Initiation and Maintenance. *AIDS Patient Care STDS* 2012;26(6):344-55. doi: 10.1089/apc.2011.0388.
27. Mayben, JK, Kramer JR, Kallen MA, Franzini L, Lairson DR, Giordano TP. Predictors of delayed HIV diagnosis in a recently diagnosed cohort. *AIDS Patient Care STDS* 2007;21:195-204.
28. Wohl AR, Tejero J, Frye DM. Factors associated with late HIV testing for Latinos diagnosed with AIDS in Los Angeles. *AIDS Care* 2009;21:1203-1210.
29. Moyer V. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013; April. doi:10.7326/0003-4819-159-1-201307020-00645.