

**Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”**

**Departamento de Medicina Interna**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**Título:**

Estigmatización en pacientes con enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica y su correlación con la calidad de vida



**Autores:**

Director de Tesis: Dr. Miguel Adrián Escobedo Belloc

Tesista: Dra. María Fernanda Aguirre Fernández

**Adscripción:**

1. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” Universidad Autónoma de Nuevo León. Av. Gonzalitos S/N Col. Mitras Centro C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

Aprobación de la tesis:



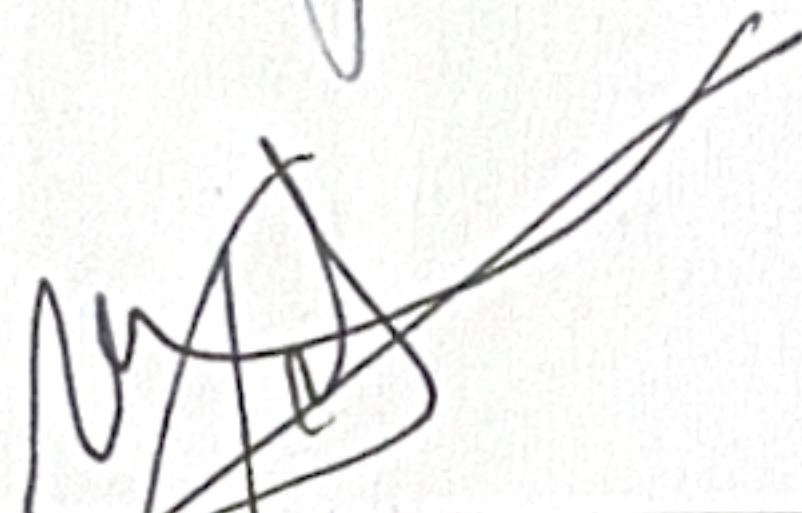
---

Dr. Miguel Adrián Escobedo Belloc  
Director de tesis



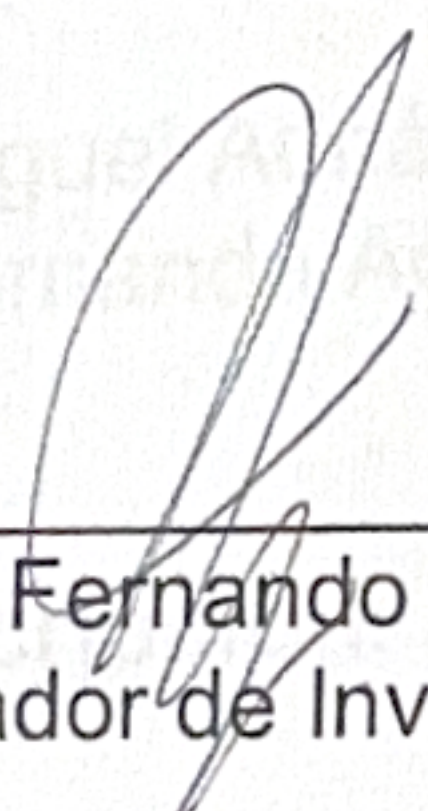
---

Dr. med. Luis Adrián Rendon Pérez  
Jefe del Departamento de Medicina Interna



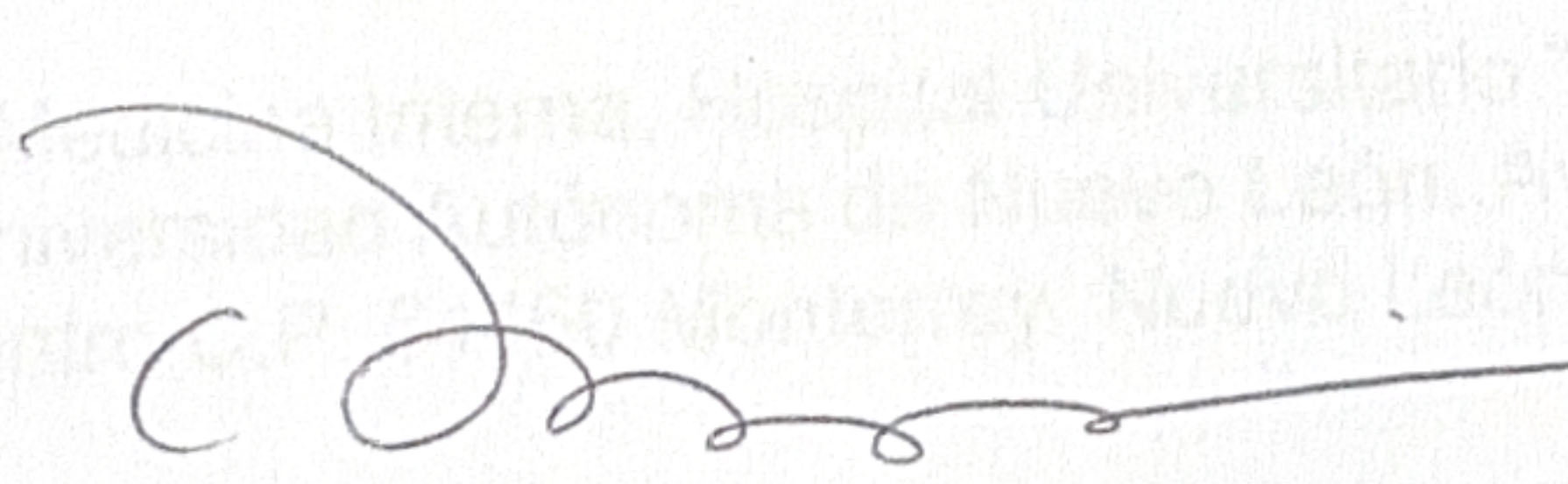
---

Dra. Mónica Sánchez Cárdenas  
Coordinadora de Enseñanza



---

Dr. med. Juan Fernando Góngora Rivera  
Coordinador de Investigación



---

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **Dedicatoria y/o agradecimientos**

A mi mamá, mi mejor amiga y guía incondicional, quien con su fortaleza y entrega me enseñó a luchar siempre. Su amor, su ejemplo y su capacidad para sostenerlo todo han sido el motor que me impulsó hasta este momento.

A mis abuelos, Tita y Beli, por cuidarme con tanta dedicación y ternura, y por regalarme un cariño tan profundo como el de unos padres. Gracias por hacerme sentir siempre acompañada, protegida y amada.

A mi padrastro, por estar presente en los momentos más difíciles y ofrecerme su apoyo firme y generoso cuando más lo necesité.

A mis tres perros, Mila, Chewie y Bola, cuya compañía leal y cariño incondicional han sido un verdadero refugio emocional a lo largo de este camino.

A mi pareja, Miguel, ejemplo constante de disciplina, nobleza y entrega. Su apoyo, paciencia y compañía diaria han dado sentido y fortaleza a cada etapa. Gracias por hacer este recorrido más ligero.

A mis hijastros, Adrián, Camila y Carlo, quienes llenan mis semanas de alegría y han construido conmigo una familia elegida que atesoro con el corazón.

A mis amigas, quienes siempre han sido ese lugar seguro al que puedo llamar en cualquier momento, gracias por su luz, su escucha y su presencia en cada etapa de este proceso.

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>8</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>10</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>10</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>12</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>13</b>
<b>Hipótesis</b> .....	<b>13</b>
<b>Hipótesis alterna (Ha):</b> .....	<b>13</b>
<b>Hipótesis nula (Ho):</b> .....	<b>14</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>14</b>
<b>Objetivo General</b> .....	<b>14</b>
<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>14</b>
<b>Material y métodos</b> .....	<b>14</b>
<b>Diseño del estudio</b> .....	<b>14</b>
<b>Lugar y duración del estudio</b> .....	<b>14</b>
<b>Población de estudio</b> .....	<b>15</b>
<b>Reclutamiento de pacientes</b> .....	<b>15</b>
<b>Consentimiento informado verbal</b> .....	<b>15</b>
<b>Seguimiento</b> .....	<b>16</b>
<b>Cuestionarios</b> .....	<b>17</b>
<b>Características de la población</b> .....	<b>18</b>
<b>Criterios de inclusión</b> .....	<b>18</b>
<b>Criterios de exclusión</b> .....	<b>18</b>
<b>Criterios de Eliminación</b> .....	<b>18</b>
<b>Cálculo de la muestra</b> .....	<b>18</b>
<b>Plan de análisis estadístico</b> .....	<b>19</b>
<b>Tablas de operacionalización de variables</b> .....	<b>20</b>
<b>Consideraciones Éticas</b> .....	<b>25</b>

<b>Análisis estadístico.....</b>	<b>26</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>27</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>31</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>39</b>
1. Cuestionario de calidad de vida, CLDQ .....	41
2. Cuestionario de estigma hepático .....	49

## Resumen

**Título:** Estigmatización en pacientes con enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica y su correlación con la calidad de vida

**Autores:** Dra. María Fernanda Aguirre Fernández<sup>1</sup>, Dr. Miguel Adrián Escobedo Belloc<sup>1</sup> <sup>1</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) es de las principales causas de hepatopatía crónica a nivel mundial y de las primeras indicaciones de trasplante hepático. Aunque la estigmatización ha sido documentada en otras hepatopatías, especialmente aquellas vinculadas al consumo de alcohol, la evidencia sobre el estigma en MASLD y su posible repercusión en la calidad de vida sigue siendo limitada, particularmente en población mexicana.

**Objetivo:** Analizar la estigmatización percibida en pacientes con MASLD y evaluar su relación con la calidad de vida. De manera secundaria, comparar dichos niveles con los observados en pacientes con cirrosis hepática relacionada a alcohol.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico realizado en un hospital de tercer nivel en Monterrey, México. Se incluyeron 80 pacientes (40 MASLD y 40 cirrosis por alcohol). La calidad de vida se evaluó mediante el Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) y la estigmatización con el cuestionario de Vaughn-Sandler, que integra estereotipos, discriminación, vergüenza y aislamiento social. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v25, considerándose  $p < 0.05$  significativo.

**Resultados:** Los pacientes con MASLD fueron predominantemente mujeres (72.5%), con IMC elevado y mayor frecuencia de diabetes y dislipidemia. Observándose niveles moderados de estigma, destacando los estereotipos como el dominio más afectado. No se identificó una asociación significativa entre estigmatización y calidad de vida (CLDQ  $4.95 \pm 1.06$ ). El grupo con enfermedad hepática asociada a alcohol estuvo conformado principalmente por hombres (95%)

y presentó mayor deterioro hepático. La estigmatización global fue significativamente menor en MASLD (mediana 27.78) comparada con 38.89;  $p=.009$ . Los pacientes con enfermedad hepática relacionada a alcohol mostraron mayores niveles de estereotipos ( $p<.0001$ ), consistentes con estudios que describen mayor estigma hacia etiologías socialmente atribuidas a comportamientos considerados “culpables”.

**Conclusión:** Los pacientes con MASLD perciben estigmatización, sin una repercusión significativa en la calidad de vida. Comparándola con la enfermedad hepática relacionada a alcohol continúa siendo la más asociada a estigmatización social. Es necesario desarrollar intervenciones psicosociales dirigidas y promover estudios longitudinales que evalúen el impacto del estigma en el apego terapéutico y los resultados clínicos.

## Abstract

**Title:** Stigmatization in Patients with Metabolic Dysfunction–Associated Steatotic Liver Disease and Its Correlation with Quality of Life

**Authors:** Dr. María Fernanda Aguirre Fernández<sup>1</sup>, Dr. Miguel Adrián Escobedo Belloc<sup>1</sup> <sup>1</sup> Department of Internal Medicine, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Mexico.

**Introduction:** Metabolic dysfunction–associated steatotic liver disease (MASLD) is one of the leading causes of chronic liver disease worldwide and a major indication for liver transplantation. Although stigmatization has been documented in other chronic liver diseases, particularly those related to alcohol consumption, evidence regarding stigma in MASLD and its potential impact on quality of life remains limited, especially in the Mexican population.

**Objective:** To analyze perceived stigmatization in patients with MASLD and to evaluate its relationship with quality of life. Secondarily, to compare these levels with those observed in patients with alcohol-related liver cirrhosis.

**Materials and Methods:** An observational, cross-sectional, analytical study was conducted at a tertiary-care hospital in Monterrey, Mexico. A total of 80 patients were included (40 with MASLD and 40 with alcohol-related cirrhosis). Quality of life was assessed using the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ), and stigmatization was evaluated with the Vaughn–Sandler questionnaire, which encompasses stereotypes, discrimination, shame, and social isolation. Statistical analysis was performed using SPSS version 25, with  $p < 0.05$  considered statistically significant.

**Results:** Patients with MASLD were predominantly female (72.5%), with elevated body mass index and a higher prevalence of diabetes and dyslipidemia. Moderate levels of stigma were observed, with stereotypes being the most affected domain. No significant association was identified between stigmatization and quality of life

(CLDQ  $4.95 \pm 1.06$ ). The alcohol-related liver disease group consisted mainly of men (95%) and exhibited more advanced liver impairment. Overall stigmatization was significantly lower in the MASLD group (median 27.78) compared with the alcohol-related cirrhosis group (38.89;  $p = 0.009$ ). Patients with alcohol-related liver disease showed higher levels of stereotypes ( $p < 0.0001$ ), consistent with studies describing greater stigma toward etiologies socially attributed to behaviors perceived as “culpable.”

**Conclusion:** Patients with MASLD experience perceived stigmatization without a significant impact on quality of life. In comparison, alcohol-related liver disease remains more strongly associated with social stigmatization. There is a need to develop targeted psychosocial interventions and to promote longitudinal studies evaluating the impact of stigma on treatment adherence and clinical outcomes.

## Introducción

### Marco Teórico

Existen diferentes etiologías que causan lesión hepática, las cuales, dependiendo de su cronicidad e intensidad pueden desarrollar cirrosis y sus complicaciones entre ellas el carcinoma hepatocelular.<sup>1</sup>

Algunas de estas etiologías incluyen el virus de la hepatitis C, el virus de la hepatitis B, el consumo crónico e intenso de alcohol, la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD, por sus siglas en inglés) o enfermedades hepáticas autoinmunes.<sup>2</sup>

Actualmente MASLD es la primera indicación de trasplante hepático junto con la enfermedad hepática relacionada a alcohol en Estados Unidos.<sup>3</sup>

En las nuevas guías del 2023 se actualizó la nomenclatura. Supliendo enfermedad de hígado graso no alcohólica a enfermedad hepática esteatósica. Concluyendo en el cambio de “NAFLD” por “MASLD” (Metabolic dysfunction associated steatotic liver disease) y “NASH” por “MASH” (Metabolic dysfunction associated steatohepatitis).<sup>3</sup>

Este cambio fue liderado por la Dra. Rinella de la Universidad de Chicago quien dirigió el consenso para la actualización. Cambios que refieren fueron necesarios ya que 67% de los pacientes consideraban estigmatizante clasificar la enfermedad como “hígado graso” y un 44% como “no alcohólico”.<sup>4</sup>

Esfuerzo que fue encabezado por la Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado (ALEH), la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) y la European Association for the Study of the Liver (EASL), junto con los copresidentes de la NAFLD Nomenclature Initiative.<sup>4</sup>

El MASLD se define como una afección en la que hay una acumulación de grasa en el hígado, confirmado por imagen o histología con un porcentaje  $\geq 5\%$ .

Además, debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios: IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> o circunferencia de cintura  $\geq 90$  cm en hombres  $\geq 80$  cm en mujeres, TA  $\geq 130/85$  mmHg

o tratamiento para hipertensión arterial, Triglicéridos  $\geq 150$  mg/dl en plasma o bajo tratamiento hipolipemiante, HDL  $\leq 40$  mg/dl para hombres o  $\leq 50$  mg/dl en mujeres o en tratamiento hipolipemiante, Glucosa en ayuno  $\geq 100$  mg/dl o posterior a prueba de tolerancia a la glucosa  $\geq 140$  mg/dl o HbA1c  $\geq 5.7\%$  o diagnóstico de DM tipo 2 o tratamiento para DM tipo 2. <sup>5</sup>

Se ha encontrado que hasta el 30% de la población adulta global padece de esta enfermedad y se considera que la obesidad es la causa más común de infiltración grasa del hígado. Siendo que en latinoamérica se estima que el 44% la padece. <sup>6</sup>

Según el Colegio Americano de Gastroenterología se estima que alrededor de dos tercios de los adultos obesos pueden presentar hígado graso. Además, que del 2 - 5% de los estadounidenses adultos y hasta el 20% de los obesos pueden sufrir la afección más grave de esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH), la etapa avanzada de MASLD.<sup>7</sup>

En la población mexicana, la prevalencia de MASLD es del 42.6% en adultos.<sup>8</sup>

Los pacientes con enfermedades hepáticas suelen ser estigmatizados debido a su asociación con el consumo de alcohol y drogas, independientemente de la etiología de su enfermedad.<sup>9</sup>

El estigma se define como un proceso social caracterizado por la exclusión, rechazo, culpa, devaluación, que resulta de la experiencia, percepción o anticipación razonable de un juicio social adverso hacia una persona o grupo. <sup>9</sup>

La estigmatización en un tema relevante en enfermedades como MASLD, debido a su impacto negativo en el estado de salud de los pacientes y a la reducción en la posibilidad de acceder a atención médica y recuperación. <sup>9</sup>

## Antecedentes

Se encuentra poca información sobre el estigma en pacientes con MASLD, siendo sólo mencionada por la Asociación Europea de pacientes hepáticos como tema de interés.<sup>10</sup>

Un estudio de 2010 evaluó el estigma percibido en pacientes con enfermedades hepáticas autoinmunes, específicamente en aquellos con cirrosis biliar primaria. Los resultados concluyeron que las personas que percibían estigmatización también reportaban una menor calidad de vida.<sup>9</sup>

En el 2023 la Dra Nadja Ostberg de la Universidad del Sur de Dinamarca publicó un estudio que evaluaba la salud mental, calidad de vida y estigmatización en pacientes con diferentes causas de enfermedad hepática donde concluyó que los pacientes con cirrosis que perciben estigmatización se asociaron a una menor calidad de vida en comparación con los pacientes con enfermedad hepática sin cirrosis. Dando la necesidad de aumentar el enfoque en la prevención de la discriminación de los pacientes con enfermedades hepáticas.<sup>11</sup>

Por otro lado, un estudio realizado en 2022 en la Universidad de Barcelona evaluó el estigma social en pacientes con enfermedad del hepática esteatósica asociada a la disfunción metabólica (MASLD), comparándolos con un grupo control de pacientes con cirrosis alcohólica. Dicho estudio parte de la base de que la estigmatización es un problema bien documentado en ciertas patologías hepáticas, como las relacionadas con el alcohol y la hepatitis C. Los hallazgos revelaron que el estigma también es frecuente en pacientes con MASLD, independientemente del estadio de la enfermedad, y que esta percepción se asocia con un deterioro significativo de la calidad de vida. Dicho estigma puede traducirse en estereotipos, discriminación, vergüenza y aislamiento social. A pesar de estas evidencias, existe escasa información sobre la magnitud y el impacto de este fenómeno en poblaciones latinoamericanas con esta enfermedad..<sup>10</sup>

## Justificación

La relevancia del estudio radica en la poca información e investigación relacionada con la estigmatización y calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica, particularmente en la población mexicana.

Esta investigación busca explorar la posible correlación entre la estigmatización y la calidad de vida percibida por los pacientes que viven con esta condición.

Este estudio tiene el potencial de identificar áreas clave para optimizar el apoyo psicosocial que reciben estos pacientes y mejorar su atención médica integral. Además, destaca la falta de estudios actualizados y adaptados a la población mexicana que analicen o demuestren la asociación entre estigmatización y calidad de vida, lo que resalta la necesidad de esta investigación.

Este estudio puede sentar las bases para analizar posteriormente si la estigmatización que perciben los pacientes con MASLD y su calidad de vida afectan en el apego al tratamiento, lo cual, a su vez, podría derivar en un peor pronóstico clínico.

## Hipótesis

### Hipótesis alterna (Ha):

La estigmatización que perciben los pacientes con MASLD repercute en la calidad de vida.

### Hipótesis nula (Ho):

La estigmatización que perciben los pacientes con MASLD no repercute en la calidad de vida.

## Objetivos

### Objetivo General

- Analizar la presencia de estigmatización percibida en pacientes con diagnóstico de MASLD.

### Objetivos Específicos

- Comparar el estigma percibido por los pacientes con MASLD vs pacientes con cirrosis hepática relacionada a alcohol
- Valorar si el estigma repercute en la calidad de vida de los pacientes con MASLD.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

El presente estudio de investigación es observacional, analítico y transversal. Llevado a cabo en pacientes con diagnóstico de MASLD y cirrosis hepática relacionada a alcohol del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

### Lugar y duración del estudio

Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario “José Eleuterio González”, Monterrey, Nuevo León, estudio prospectivo en entre junio y noviembre del 2025

### Población de estudio

Pacientes mayores de 18 años atendidos en la consulta del departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con diagnóstico de cirrosis hepática relacionada a alcohol o diagnóstico de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica.

### Reclutamiento de pacientes

El reclutamiento de participantes se llevará a cabo en la consulta de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel con afluencia de pacientes a nivel regional. Durante el periodo comprendido entre junio del 2025 y noviembre del 2025.

Se incluirán pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática relacionada a alcohol o diagnóstico de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica.

El método de reclutamiento consistirá en la identificación diaria de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática relacionada a alcohol o enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica agendados en la consulta de medicina interna y se les invitará a participar en el estudio.

### Consentimiento informado verbal

Antes de la aplicación de los instrumentos del estudio, se obtendrá un consentimiento informado verbal por parte de cada participante. En la presencia de dos testigos, un integrante del equipo de investigación, previamente capacitado, explicará de manera clara, comprensible y en lenguaje accesible el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, la naturaleza voluntaria de la participación,

los riesgos mínimos implicados, la confidencialidad de la información recabada, así como el derecho del participante a retirarse en cualquier momento sin consecuencias en su atención médica.

Esta explicación se realizará en un espacio que garantice la privacidad del paciente. Se verificará que el participante haya comprendido adecuadamente la información, resolviendo todas sus dudas. Solo si manifiesta de forma verbal su aceptación, se procederá a la aplicación de los instrumentos.

No se recabará consentimiento escrito, dado que la participación no implica intervenciones físicas ni riesgo alguno, y se garantiza la protección de los datos personales conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa nacional aplicable en investigación con seres humanos.

### Seguimiento

Este estudio es de tipo observacional, transversal y no implica ninguna intervención médica. La valoración del participante consistirá en una única aplicación de dos instrumentos validados: el Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) en su versión en español, y el cuestionario de estigma social en pacientes con enfermedades hepáticas, adaptado del utilizado por Goldberg et al.<sup>10</sup>

Tras la aplicación de ambos cuestionarios, se establecerá un seguimiento para un segundo estudio por parte del equipo investigador donde se evaluará apego a tratamiento médico y desenlaces clínicos asociados a los resultados de este estudio.

Así mismo se invitará a los participantes a continuar con su atención médica habitual en las consultas especializadas correspondientes, como parte del seguimiento clínico integral de su enfermedad hepática y comorbilidades. Este proceso se desarrollará conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las disposiciones nacionales sobre investigación en seres humanos

## Cuestionarios

Los siguientes dos cuestionarios serán aplicados por un entrevistador capacitado para valorar el estigma percibido en pacientes con enfermedad hepática y la calidad de vida.

1. CLDQ, Cuestionario para pacientes con Enfermedad Hepática Crónica 199. Versión española (adaptada al español) por M. Ferrer, J. Córdoba y J. Alonso, 2001

El CLDQ es una herramienta específica para enfermedades hepáticas donde se evalúan áreas de función importantes para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas. Esta tiene 29 elementos distribuidos en 6 dominios que incluyen: síntomas abdominales, fatiga, síntomas sistémicos, actividad, función emocional y preocuparse. La herramienta utiliza un formato de respuesta de escala Likert para todos los ítems que van desde 1 (más importante) a 7 (menos importante) y ha sido validada en su versión en español. La puntuación general del CLDQ se obtiene sumando las puntuaciones de cada elemento y dividiendo por 29, que es el número total de elementos. Entre más baja sea la puntuación peor la calidad de vida.<sup>12</sup>

2. Cuestionario del estigma hepático Vaughn-Sandler et al. Abril 2022

El cuestionario utilizado para la evaluación del estigma hepático percibido fue diseñado por Vaughn-Sandler et al. Esta herramienta fue desarrollada en pacientes con cirrosis de diferentes etiologías y se basa en 18 preguntas relacionadas con el estigma que se categorizan en 4 dominios: estereotipos (preguntas 1 a 4), discriminación (5 a 7), vergüenza (8 a 11) y aislamiento social (12 a 18). Las respuestas a las preguntas se realizan en una escala tipo Likert de 4 puntos: “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. El análisis principal se realizó utilizando los 4 dominios diferentes. Un paciente determinado se consideró positivo para un dominio en particular si la

respuesta a al menos una pregunta del dominio fue una de las dos más altas en la escala de Likert, ya sea "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo".<sup>10</sup>

### Características de la población

#### Criterios de inclusión

- Mayores a 18 años
- Grupo control: Pacientes con Diagnóstico de cirrosis hepática relacionada a alcohol
- Grupo MASLD: Pacientes con Diagnóstico enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica

#### Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedad hepática de otra etiología conocida
- Pacientes menores a 18 años
- Pacientes que hayan sido trasplantados de hígado
- Enfermedad hepática crónica coexistente

#### Criterios de Eliminación

- Aparición de criterios de exclusión
- Pacientes que no completen los cuestionarios que lleva a cargo el protocolo

### Cálculo de la muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra utilizando la fórmula para la estimación de la diferencia entre dos proporciones, considerando un poder

estadístico del 80% ( $\beta = 0.20$ ) y un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = 0.05$ ). Los valores de referencia se obtuvieron del estudio de Goldberg et al. (2022)<sup>10</sup>, en el cual se reportó una prevalencia de percepción de estigmatización del 70% en pacientes con enfermedad hepática no alcohólica, en comparación con un 40% en pacientes con enfermedad hepática alcohólica (PLOS ONE, 17(3)). Con base en estas proporciones, se estimó un tamaño de muestra de 40 pacientes por grupo, para un total de 80 participantes en el estudio.

DIFERENCIA DE DOS PROPORCIONES			
$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$			
valor P1	0.7	0.21	n = 39.5
valor Q1	0.3	0.09	
valor P2	0.4	0.24	
valor Q2	0.6		
valor K	7.9		

p1= Proporción esperada de la variable de interés en grupo 1.  
 p2= Proporción esperada de la variable de interés en grupo 2.  
 q1= 1-p1 (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)  
 q2= 1-p2 (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)  
 K= Constante K determinada por valores de  $\alpha$  y  $\beta$ .

VALORES DE K					
Nivel significación dos colas	Poder				Nivel significación una cola
	50%	80%	90%	95%	
0.1	2.7	6.2	8.6	10.8	0.05
0.05	3.8	7.9	10.5	13.0	0.025
0.025	5.4	10.0	13.0	15.8	0.01
0.01	6.6	11.7	14.9	17.8	0.005

### Plan de análisis estadístico

Para medir la estigmatización y calidad de vida percibida en pacientes con enfermedad hepática se realizará una estadística descriptiva en donde se reportan frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizarán comparaciones de características clínicas y sociales de los pacientes mediante tablas cruzadas de 2x2 y se empleará el test exacto de Fisher o la prueba de Chi cuadrada.

En la estadística inferencial se evaluará en primera instancia la distribución de los datos cuantitativos por la prueba Kolmogórov-Smirnov y dependiendo del resultado los datos serán analizados por una prueba de T de student o bien por una prueba de U de Mann-Whitney para los grupos de enfermedad hepática no alcohólica y alcohólica. Los resultados de ellos nos permitirán rechazar o no rechazar las hipótesis propuestas.

El análisis estadístico se realizará con el paquete SPSS v24 y se tomará una significancia estadística de p menor a 0.05

### Tablas de operacionalización de variables

A continuación, se detallan las variables que han sido contempladas en el marco de este estudio:

**Tabla 1. Ficha de identificación**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Edad	Independiente	Años cumplidos al momento de la entrevista	Ordinal
Sexo	Independiente	Sexo asignado al nacer (masculino/femenino)	Nominal
Peso	Independiente	Peso corporal en kilogramos	Continua
Talla	Independiente	Talla en metros	Continua
Índice de masa corporal (IMC)	Independiente	IMC calculado como peso (kg) / talla (m <sup>2</sup> )	Continua

**Tabla 2. Antecedentes personales patológicos**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala

Diabetes mellitus	Independiente	Diagnóstico médico de DM o glucosa $\geq 126$ mg/dL o HbA1c $\geq 6.5\%$	Binaria
Hipertensión arterial	Independiente	Diagnóstico médico o cifras $\geq 140/90$ mmHg	Binaria
Dislipidemia	Independiente	Diagnóstico médico o TG $\geq 150$ mg/dL o colesterol total $\geq 200$ mg/dL	Binaria
Enfermedad renal crónica	Independiente	Diagnóstico médico de ERC o TFG $< 60$ mL/min/1.73m <sup>2</sup>	Binaria
Panel viral	Independiente	Resultado positivo para VIH, VHB, VHC	Nominal
Cirrosis hepática relacionada a alcohol	Independiente	Diagnóstico clínico, imagenológico y/o histológico de cirrosis de etiología alcohólica	Binaria
MASLD	Independiente	Diagnóstico de esteatosis hepática $\geq 5\%$ confirmado por imagen o histología y criterios metabólicos	Binaria

**Tabla 3. Hábitos**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Consumo de alcohol	Independiente	Cantidad de alcohol ingerida por semana en gramos	Continua

**Tabla 4. Estudios de sangre**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Estudios bioquímicos	Independiente	Valores cuantitativos obtenidos de laboratorio clínico (HG, HTO, LEU, etc.)	Continua

**Tabla 5. Estudios de imagen**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Hallazgos imagenológicos	Independiente	Presencia de esteatosis hepática o cirrosis documentada por TAC, USG o Fibroscan	Nominal

Ascitis	Independiente	Grado de ascitis (ausente, leve, moderada, severa)	Ordinal
---------	---------------	--	---------

**Tabla 6. Escalas clínicas**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Child-Pugh	Dependiente	Clasificación funcional hepática para pacientes con cirrosis	Ordinal
MELD-NA	Dependiente	Escala de gravedad para enfermedad hepática crónica avanzada	Continua

**Tabla 7. Variables derivadas de los cuestionarios CLDQ y de estigma hepático**

Nombre de la variable	Tipo	Definición operacional	Escala
Síntomas abdominales (CLDQ)	Dependiente	Dominio del cuestionario CLDQ relacionado con síntomas gastrointestinales	Ordinal

Fatiga (CLDQ)	Dependiente	Dominio del CLDQ que evalúa la presencia y severidad de la fatiga	Ordinal
Síntomas sistémicos (CLDQ)	Dependiente	Dominio del CLDQ que incluye malestar general, fiebre, etc.	Ordinal
Actividad (CLDQ)	Dependiente	Dominio que evalúa limitación en la actividad física habitual	Ordinal
Función emocional (CLDQ)	Dependiente	Dominio del CLDQ que valora aspectos emocionales	Ordinal
Preocupación (CLDQ)	Dependiente	Dominio que evalúa el grado de preocupación relacionada con la enfermedad hepática	Ordinal
Estereotipos (Estigma Social)	Dependiente	Dominio del cuestionario de estigma hepático relacionado con creencias sociales negativas	Ordinal

Discriminación (Estigma Social)	Dependiente	Dominio que mide experiencias percibidas de trato desigual	Ordinal
Vergüenza (Estigma Social)	Dependiente	Dominio que valora sentimientos de culpa o incomodidad por la enfermedad	Ordinal
Aislamiento social (Estigma Social)	Dependiente	Dominio que evalúa percepción de exclusión o retirada social	Ordinal

### Consideraciones Éticas

El estudio clínico será conducido por el Investigador Principal, con la colaboración de un co investigador, un estudiante de posgrado y estudiantes de pregrado autorizados, conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (1964 y sus enmiendas), las Buenas Prácticas Clínicas (ICH-GCP) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México.

El protocolo será evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, asegurando el respeto a la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de las participantes.

Este estudio se considera sin riesgo, en los términos definidos por el Artículo 17, fracción I del Reglamento mencionado, ya que se trata de una investigación

Transversal observacional en la que no se realiza ninguna intervención médica, ni se emplean procedimientos invasivos, fármacos, ni técnicas de diagnóstico que representen un riesgo físico o psicológico significativo.

Las únicas intervenciones consisten en la aplicación de los cuestionarios ya mencionados. No se manipulará la conducta de las participantes ni se abordarán aspectos sensibles de su vida personal, y se garantizará la confidencialidad de los datos personales, conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Previo a su inclusión, cada participante otorgará un consentimiento informado verbal durante la consulta médica, en el cual se le explicarán los objetivos del estudio y su derecho a retirarse en cualquier momento. Este consentimiento será otorgado libremente, tras la resolución de dudas y con respeto pleno a su autonomía.

Toda información divulgada o proporcionada por el Investigador, o producida durante la investigación, incluyendo, pero no limitado a, el Protocolo de estudio, bases de datos, los resultados obtenidos durante el curso del Estudio, es confidencial, previo a la publicación de los resultados. El investigador o cualquier persona bajo su autoridad está de acuerdo en garantizar mantener confidencial y no divulgar la información a ninguna tercera persona sin la aprobación previa por escrito del Investigador principal.

Sin embargo, el sometimiento de este protocolo de estudio y cualquier otra documentación necesaria al Comité de Ética está expresamente permitido, teniendo los miembros del Comité la misma obligación de confidencialidad.

El investigador y los sub-investigadores deberán usar la información únicamente para los propósitos del estudio clínico, excluyendo el uso para su propio beneficio o a cuenta de una tercera persona.

### **Análisis estadístico**

Las variables cuantitativas paramétricas se reportaron en media y desviación estándar, las variables cuantitativas no paramétricas se reportaron en mediana y

rango Inter cuartil, y las variables cualitativas se reportaron en frecuencia y porcentaje. Se utilizó la prueba t de Student para comparar variables paramétricas cuantitativas, la prueba U de Mann Whitney para comparar variables no paramétricas cuantitativas, y la prueba chi cuadrada para variables cualitativas. Se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics versión 25 y se consideró como estadísticamente significativo un valor de p menor a .05.

## Resultados

<b>Tabla 1. Características clínico-demográficas</b>			
	<b>Enfermedad hepática relacionada a alcohol (n= 40)</b>	<b>MASLD (n= 40)</b>	<b>Valor de p</b>
Edad (media, DE)	55.68 (12.46)	55.68 (11.06)	1
Género femenino (n, %)	2 (5)	29 (72.5)	<.0001
IMC (media, DE)	25 (3.96)	32.7 (8.55)	<.0001
Consumo de alcohol (n, %) (gr/sem)	40 (100)	10 (25)	<.0001
Cantidad de alcohol (mediana, RIC)	686 (300 - 1039)	30 (8.25 - 45)	<.0001
DM (n, %)	13 (32.5)	25 (62.5)	.007
HSA (n, %)	12 (30)	20 (50)	.110
ERC (n, %)	5 (12.5)	10 (25)	.252
Dislipidemia (n, %)	1 (2.5)	13 (32.5)	.001

<b>Tabla 2. Valores de laboratorio</b>			
	<b>Enfermedad hepática relacionada a alcohol (n=40)</b>	<b>MASLD (n=40)</b>	<b>Valor de p</b>
Hemoglobina (media, DE)	9.31 (2.8)	11.26 (2.9)	.591
Leucocitos (media, DE)	9.37 (4.8)	8.02 (4.37)	.317
Plaquetas (mediana, RIC)	128 (86.6 – 193.7)	214 (104.5 – 290.7)	.073
Creatinina (mediana, RIC)	1.03 (0.6 – 1.67)	0.7 (0.52 – 2.02)	.599
Albúmina (media, DE)	2.65 (0.55)	3.26 (0.95)	<b>&lt;.0001</b>
Glucosa (mediana, RIC)	105.5 (97 – 131.25)	101.5 (92.3 – 146.5)	.668
Bilirrubina total (mediana, RIC)	2 (1.12 – 3.97)	0.74 (0.47 – 1.57)	<b>&lt;.0001</b>
AST (media, DE)	34 (26 – 55)	27 (19.25 – 41.25)	<b>.047</b>
ALT (media, DE)	22 (16 - 29)	21.5 (13.2 – 42.6)	.641
Sodio (media, DE)	131.4 (6.77)	135.5 (5.54)	.436
Potasio (media, DE)	4.29 (0.77)	4.32 (0.72)	.592

Triglicéridos (mediana, RIC)	71.5 (49.5 – 106.5)	107.5 (84.25 – 158.7)	<.0001
Colesterol (mediana, RIC)	81 (61.07 – 102)	136 (94 – 170.75)	<.0001
INR (media, DE)	1.6 (0.55)	1.25 (0.29)	.005

<b>Tabla 3. Hallazgos por imagen y clasificaciones clínicas</b>			
	<b>Enfermedad hepática relacionada alcohol (n= 40)</b>	<b>MASLD (n= 40)</b>	<b>Valor de p</b>
Estudio de imagen (n, %)			
Ecografía	31 (77.5)	29 (72.5)	.210
Tomografía	9 (22.5)	8 (20)	
Elastografía	0 (0)	3 (7.5)	
Reporte de imagen (n, %)			
Cirrosis	40 (100)	22 (55)	<.0001
Esteatosis	0 (0)	17 (42.5)	
Fibrosis F2	0 (0)	1 (2.5)	

Puntaje Child Pugh (n, %)	0 (0)	18 (45)	.005
No Cirrotico	1 (2.5)	2 (5)	
A	17 (42.5)	17 (42.5)	
B	22 (55)	3 (7.5)	
C			

<b>Tabla 4. Puntajes de calidad de vida y estigmatización</b>			
	<b>Enfermedad hepática relacionada a alcohol (n= 40)</b>	<b>MASLD (n= 40)</b>	<b>Valor de p</b>
Puntos CLDQ (media, DE)	147.67 (27.8)	144.27 (30.85)	.603
Global CLDQ (media, DE)	5.09 (0.96)	4.95 (1.06)	.577
QOL (0-100) (media, DE)	72.8 (13.73)	69.37 (16.98)	.253
Pérdida de calidad de vida (mediana, RIC)	26 (18.75 – 36)	29 (17 – 35.7)	.847
Estereotipos (media, DE)	1.83 (1.03)	0.73 (0.98)	<.0001
Estereotipos (mediana, RIC)	50 (25 – 50)	0 (0 – 25)	<.0001

Discriminación (media, DE)	0.58 (0.71)	0.63 (0.74)	.768
Discriminación (mediana, RIC)	0 (0 – 33)	16.6 (0 – 33.3)	.768
Vergüenza (media, DE)	1.83 (1.25)	1.45 (1.33)	.158
Vergüenza (mediana, RIC)	50 (25 – 75)	25 (0 – 68.75)	.158
Aislamiento social (media, DE)	2.75 (1.98)	2 (1.78)	.100
Aislamiento social (mediana, RIC)	35.71 (14.29 – 57.14)	21.43 (0 – 57.14)	.100
Suma (mediana, RIC)	7 (4.25 – 8.75)	5 (2 – 6.75)	.009
/18 (mediana, RIC)	38.89 (23.61 – 48.61)	27.78 (11.1 – 37.5)	.009

## Discusión

En el presente estudio se incluyeron 80 pacientes provenientes de consulta externa de Medicina Interna en un hospital tercer nivel al norte de México. De estos 40 pacientes presentaban diagnóstico de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y los otros 40 pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática de origen alcohólico (OH).

Al analizar sus características demográficas y clínicas, estas resultaron consistentes con la etiología.

En el grupo con MASLD, destaca una mayoría de grupo femenino (72.5%) con una edad promedio de 55.68 años. Este grupo mostró un perfil metabólico importante con un IMC elevado (media de 32.7). Además de una alta presencia de comorbilidades como diabetes mellitus (62.5%) dislipidemia (32.5%) e hipertensión arterial (50%). Cabe destacar que solo el 25% de los pacientes reportaron consumo de alcohol con una mediana de 30 g/semana.

Por su parte el grupo de cirrosis hepática relacionada a alcohol también presentó una edad media de 55.68 años, estuvo compuesto principalmente por hombres (95%). El IMC fue significativamente menor (media de 25) y el consumo de alcohol alcanzó una mediana de 686 gr/semana. En cuanto a las enfermedades metabólicas la diabetes mellitus tipo 2 estuvo presente en el 32.5% de los pacientes, HTA en un 30%, ERC en un 12.5% y dislipidemia en un 2.5%. Es probable que una proporción importante de estos pacientes se pudieran catalogar como MetALD (Combinación de MASLD y enfermedad hepática por alcohol) según la clasificación actual que no excluye el MASLD habiendo otra etiología.

Al contrastar ambos grupos, se confirmaron diferencias significativas en cuanto a la distribución por género, IMC y la presencia de enfermedades metabólicas. Donde los pacientes con MASLD predominaron las mujeres, en el grupo con cirrosis hepática relacionada a alcohol prevalecieron los hombres. En cuanto al IMC la diferencia fue significativa con  $32.7 \pm 8.55$  vs.  $25 \pm 3.96$ ;  $p < 0.0001$ . Asimismo, las comparaciones mostraron diferencias significativas (MASLD vs OH) en diabetes mellitus (62.5% vs. 32.5%;  $p = 0.007$ ) y dislipidemia (32.5% vs. 2.5%;  $p = 0.001$ ). Siendo no significativa la diferencia en hipertensión arterial (50% vs 30%;  $p = .110$ ) y ERC (50% vs. 12.5%;  $p = .252$ ). El consumo de alcohol como era de esperar, también difirió significativamente entre los grupos según los gramos/semana consumidos en ambos grupos siendo que MASLD consumio 30 g/sem contra cirrosis por OH con 686 gr/sem ( $p = <.0001$ )

En el perfil de laboratorio, el grupo con MASLD demostró niveles séricos de triglicéridos con una mediana de 107.5 mg/dL y colesterol con una mediana de 135 mg/dL en rangos normales, esto puede ser debido a tratamiento hipolipemiante. Los valores medios de hemoglobina, leucocitos, plaquetas con una media 214, creatinina, albúmina, glucosa, bilirrubina, AST, ALT, sodio, potasio e INR fueron consistentes con lo esperado en esta condición.

Por el contrario, el grupo con cirrosis hepática relacionada a alcohol presentó un perfil bioquímico que sugiere un mayor deterioro de la función hepática, con valores alterados en bilirrubina total, INR y albúmina.

Al comparar ambos grupos los pacientes del grupo de cirrosis hepática relacionada a alcohol mostraron valores significativamente más altos de bilirrubina total vs los pacientes con MASLD (mediana 2 vs. 0.74 mg/dL,  $p < .0001$ ) y de INR (1.6 vs. 1.25,  $p = .005$ ), junto con niveles más bajos de albumina (2.65 vs. 3.26 g/dL,  $p < .0001$ ) lo cual sugiere un mayor deterioro de la función hepática.

Por el contrario, el grupo de MASLD presentó un perfil de lípidos alterados con niveles superiores en triglicéridos y colesterol vs pacientes de cirrosis hepática relacionada a alcohol con triglicéridos con una mediana 107.5 vs. 71.5 mg/dL,  $p = < .0001$  y colesterol con una mediana 136 vs. 81 mg/dL,  $p = < .0001$ . Los niveles en rango normal para el grupo de MASLD se pueden explicar por el tratamiento con hipolipemiantes y por que el grupo incluye algunos sujetos con cirrosis, por otro lado, los niveles aún más bajos de triglicéridos y colesterol en el grupo de cirrosis hepática relacionada a alcohol, se deben a que con conforme progresa el deterioro de la función hepática disminuyen la gran mayoría de los lípidos, sitio donde se sintetizan. No se encontraron diferencias significativas en el resto de los parámetros de laboratorio.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Younossi et al en el 2016 y la Dra. Rinella et al en el 2023, quienes destacan el fenotipo metabólico en pacientes con diagnóstico de MASLD que incluye obesidad, resistencia a la insulina y síndrome metabólico. A diferencia de esto, la cirrosis de origen alcohólico suele manifestarse con disfunción hepática avanzada y descompensación clínica.

En cuanto a los hallazgos por imagen y clasificaciones clínicas. El análisis reveló perfiles distintos entre los grupos. Mientras todos los pacientes del grupo de cirrosis hepática relacionada a alcohol tenían diagnóstico de cirrosis compensada o descompensada, el grupo de MASLD incluía pacientes en diferentes etapas de la enfermedad, desde esteatosis simples hasta cirrosis establecida compensada o descompensada.

Donde el grupo de MASLD presentó cirrosis en un 42.5% y en el grupo de OH el 100% tenían cirrosis. Comparando los pacientes cirróticos de ambos grupos los pacientes de OH presentaron una mayor proporción con Child-Pugh C siendo el 55% de esta población comparado con 7.5% en el grupo de MASLD ( $p = 0.005$ ). Sin embargo, la mediana del puntaje de MELD-Na fue similar en ambos grupos siendo de 19.5.

Se tuvo como objetivo principal analizar la presencia de estigmatización percibida en pacientes con enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD), y de forma específica valorar si este estigma se asocia a menor calidad de vida, así como compararla con la percibida por pacientes con cirrosis hepática relacionada a alcohol de manera secundaria. Por lo cual se analizó los resultados de los cuestionarios de calidad de vida (CLDQ) y de estigmatización en enfermedades hepáticas.

Con relación a este objetivo general se observó que los pacientes con MASLD presentaron niveles bajos a moderados de estigmatización con una puntuación global mediana de 5 puntos (RIC 2–6.75) sobre 18 ítems. (mediana 27.78). Sin embargo, este estigma resalta por ser de intensidad baja a moderada y no tiene relación con los estereotipos. Reflejando que la sociedad aún no identifica a los pacientes con MASLD como una condición médica atribuible a la conducta personal.

Al analizar individualmente cada dominio, se constató que las puntuaciones en estereotipos, discriminación, vergüenza y asilamiento social fueron bajas pero presentes. El dominio de estereotipos fue relativamente superior a los demás, lo que demuestra que las creencias sociales negativas sobre la enfermedad podrían tener más importancia que la discriminación directa, la vergüenza o el asilamiento social. Esto demuestra que los pacientes con MASLD experimentan creencias negativas, sentimientos de vergüenza y percepciones de trato injusto asociados a su condición.

En este estudio se identificó que los pacientes con MASLD sin cirrosis presentan mayor estigmatización y una peor calidad de vida en comparación con aquellos con cirrosis por MASLD. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Mann-Whitney,  $p = 0.2$ ), al realizar una correlación de spearman RHO ( $\rho = -0.119$ ) se observó una correlación negativa, como teóricamente esperaría entre más estigma, peor calidad de vida.

Esta diferencia puede explicarse porque los pacientes con cirrosis cuentan con un diagnóstico claro, mayor tiempo conviviendo con la enfermedad y un contacto más estrecho con el sistema de salud, lo que facilita una adaptación a la enfermedad crónica y una percepción más estable de su bienestar. En contraste, los pacientes sin cirrosis, generalmente asintomáticos y con menor comprensión de su diagnóstico, experimentan incertidumbre y ansiedad, lo que se refleja en mayor estigmatización y menor calidad de vida.

Estos hallazgos sugieren que el estigma en MASLD es especialmente relevante en las etapas tempranas de la enfermedad y subrayan la importancia de ofrecer acompañamiento e información desde el momento del diagnóstico para mitigar su impacto.

Concordando con la literatura internacional la cual describe que, aunque MASLD no es usualmente una condición moralizada los pacientes pueden presentar estigmatización. Concluyendo que los pacientes con MASLD si perciben estigmatización principalmente en el dominio de estereotipos.

En cuanto a los objetivos específicos al analizar la repercusión del estigma en la calidad de vida en los pacientes con MASLD, no se encontró asociación estadísticamente significativa. El puntaje global en CLDQ fue de  $4.95 \pm 1.06$ , con una pérdida de calidad de vida con una mediana de 29 (RIC 17–35.7).

Este resultado contrasta con los hallazgos del estudio de Goldberg et al. (2022) realizado en España, donde el 70% de los pacientes con enfermedad hepática metabólica percibía estigmatización, y esta se asociaba de forma significativa con una peor calidad de vida ( $p < 0.001$ ), especialmente en los dominios de fatiga, función emocional y preocupaciones relacionadas con la salud

Al comparar ambos grupos (MASLD vs EHA) no se observa una asociación estadísticamente significativa entre los puntajes de calidad de vida. Sin embargo, los pacientes EHA si percibieron un nivel de estigma global superior (mediana 38.89 vs. 27.78,  $p=.009$ ). Donde resalta el área de estereotipos con una mediana 50 vs 0  $p<.0001$ .

Nuestros resultados reflejan una realidad ampliamente documentada: las enfermedades vinculadas a comportamientos socialmente señalados, como es el caso del consumo de alcohol, cargan con un peso añadido de estigma. Esta tendencia, ya descrita por autores como Schouten y colaboradores (2022), parece arraigarse en la percepción social de que el paciente tiene una responsabilidad directa sobre su condición. Dicha atribución de culpa, como explica el modelo de Earnshaw (2020), activa mecanismos de rechazo más intensos que aquellos dirigidos hacia enfermedades consideradas involuntarias. Lamentablemente, este fenómeno no es ajeno al entorno sanitario, donde estudios como el de Van Boekel (2015) han registrado actitudes más negativas hacia pacientes con enfermedad hepática asociada a alcohol (EHA) en comparación con otras etiologías. En este sentido, nuestros hallazgos no solo corroboran la existencia de un estigma diferencial, sino que subrayan la necesidad de abordarlo de manera explícita en la práctica clínica y en la educación sanitaria.

Consistente con lo reportado por Schouten et al. (2022), quien confirmó que la EHA conlleva una mayor carga de estigmatización comparada con otras etiologías. Sin embargo, la magnitud del estigma en nuestro grupo MASLD (27.78%) fue notablemente menor al reportado por Goldberg et al. (2022) en población estadounidense (70%), diferencia que podría atribuirse al reciente cambio de nomenclatura propuesto por Rinella et al. (2023), que busca eliminar términos potencialmente estigmatizantes. La disociación entre estigma percibido y calidad de vida observada en nuestro estudio encuentra respaldo en el trabajo de Younossi et al. (2019), quienes sugieren que en enfermedades crónicas hepáticas, los síntomas físicos y las limitaciones funcionales podrían tener un peso más determinante en la calidad de vida que el componente psicosocial del estigma.

La ausencia de diferencias entre el resto de los dominios (discriminación vergüenza y aislamiento social) podrían indicar que, al diagnosticarse alguna enfermedad

hepática, independientemente de la causa, los pacientes experimentan diferentes desafíos psicosociales similares.

## Conclusión

En conclusión, aunque los pacientes con MASLD si perciben estigma, este no se asoció a una afección detectable en la calidad de vida.

Por otro lado, los instrumentos genéricos de calidad de vida podrían no ser lo suficientemente sensibles para capturar el impacto específico del estigma en el bienestar psicosocial. Se requieren estudios futuros con diseños longitudinales y herramientas más específicas para explorar esta compleja relación y su asociación a apego a tratamiento y desenlaces clínicos adversos.

Este estudio demuestra que los pacientes con enfermedad hepática experimentan diferentes niveles de estigma en función de la etiología de su padecimiento. Siendo este significativamente mayor en la población con EHA.

Esto sugiere que a pesar de la carga metabólica y las comorbilidades asociadas al MASLD el componente social de la enfermedad parece ser menos estigmatizante que el vinculado a la cirrosis por EHA

Sin embargo, este estigma no se tradujo necesariamente en una diferencia en la calidad de vida global. A pesar de esto el reconocimiento de la existencia de un estigma diferencial sobre el resto de la población es el primer paso para que se pueda ofrecer un apoyo integral que no solo aborde la enfermedad física si no también apoyo psicosocial que aborden las necesidades específicas de cada grupo de pacientes.

## Referencias Bibliográficas

1. European Association for the Study of the Liver. (2011). EASL clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*, 55(2), 245-264. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.06.061>
2. Kim, W. R., Lake, J. R., & Smith, J. M. (2015). OPTN/SRTR 2013 annual data report: Liver. *Liver Transplantation*, 21(S1), 127-148. <https://doi.org/10.1002/hep.25762>
3. Younossi, Z. M., Stepanova, M., Al Shabeeb, R., Eberly, K. E., Shah, D., Nguyen, V., Ong, J., Henry, L., & Alqahtani, S. A. (2023). The changing epidemiology of adult liver transplantation in the United States in 2013–2022: The dominance of metabolic dysfunction–associated steatotic liver disease and alcohol-associated liver disease. *Hepatology Communications*, 8(1), e0352. <https://doi.org/10.1097/HC9.0000000000000352> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10749707/>
4. Rinella, M. E., Lazarus, J. V., Ratziu, V., Francque, S. M., & et al. (Diciembre, 2023). A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.06.003>
5. Rinella, M. E., Lazarus, J. V., Ratziu, V., Francque, S. M., Sanyal, A. J., Kanwal, F., Romero, D., Abdelmalek, M. F., Anstee, Q. M., Arab, J. P., Arrese, M., Bataller, R., Beuers, U., Boursier, J., Bugianesi, E., Byrne, C. D., Narro, G. E. C., Chowdhury, A., Cortez-Pinto, H., ... & Newsome, P. N. (2023). A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology*, 78(6), 1966–1986. <https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000520>
6. Liu, Y.-Q., Wang, S.-C., Chen, Y.-H., Feng, J.-Y., Chen, Q., Yang, X., Wang, M., Zhang, L., Wu, Y., & Zhu, P. (2024). Global burden of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease and its implications: An updated systematic review and meta-analysis of 201,912 studies. *Metabolism Open*, 22, 100279. <https://doi.org/10.1016/j.metop.2024.100279>

7. American College of Gastroenterology. (n.d.). *Steatotic liver disease (MASLD)*. American College of Gastroenterology. <https://gi.org/topics/steatotic-liver-disease-masld/>
8. Transicionando de NAFLD a MAFLD y a MASLD en la población: un avance. (2024). *Revista de Gastroenterología de México*. <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-transicionando-nafld-mafl-d-masld-poblacion-avance-S0375090624001538>
9. Sogolow, E. D., Lasker, J. N., Sharim, R. R., Weinrieb, R. M., & Sass, D. A. (2010). Stigma and Liver Disease. *Illness, Crisis & Loss*, 18(3), 229-255. <https://doi.org/10.2190/IL.18.3.e>
10. Goldberg, D. S., Vaughn-Sandler, V., & et al. (2022). Stigmatization is common in patients with non-alcoholic fatty liver disease and correlates with quality of life. *PLOS ONE*, 17(3), e0265153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265153>
11. Østberg N, Jacobsen BG, Lauridsen MM, Ladegaard Grønkjær L. Mental Health, Quality of Life, and Stigmatization in Danish Patients with Liver Disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Apr 13;20(8):5497. doi: 10.3390/ijerph20085497. PMID: 37107779; PMCID: PMC10139198.
12. Ferrer, M.; Córdoba, J.; Garin, O.; Olivé, G.; Flavià, M.; Vargas, V.; Esteban, R.; Alonso, J. Validity of the Spanish version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a standard outcome for quality of life assessment. *Liver Transplant*. 2005
13. Earnshaw, V. A., Quinn, D. M., & Park, C. L. (2020). Stigma and chronic health conditions: A conceptual model. *Social Science & Medicine*, 244, 112642. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112642>
14. Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2015). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its implications for healthcare delivery: A systematic review. *Addiction*, 110(8), 1263-1277. <https://doi.org/10.1111/add.12958>
15. Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2022). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A systematic review of the impact of terminology. *Addiction*, 117(4), 865-879. <https://doi.org/10.1111/add.15682>

## Anexos

### 1. Cuestionario de calidad de vida, CLDQ

CLDQ, Cuestionario para pacientes con Enfermedad Hepática Crónica.

Versión española del Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ), 1999

adaptado por M. Ferrer, J. Córdoba y J. Alonso, 2001

Este cuestionario es para ver cómo se ha sentido usted en las dos últimas semanas.

Las preguntas se refieren a los síntomas relacionados con su enfermedad del hígado, a cómo le han afectado en sus actividades diarias y cuál ha sido su estado de ánimo.

Por favor, conteste a todas las preguntas y elija **una sola** respuesta para cada una.

#### 1. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de hinchazón de abdomen?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

#### 2. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido cansado o fatigado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

#### 3. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor en alguna parte del cuerpo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**4. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido sueño durante el día?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**5. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha dolido el abdomen?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**6. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia la sensación de ahogo le ha dificultado sus actividades diarias?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**7. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia no ha podido comer tanto como le habría gustado?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

CLM

**8. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado preocupado porque se sentía más débil?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**9. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para levantar o llevar cosas pesadas?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**10. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado inquieto o ansioso?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**11. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido con menos energía?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**12. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**13. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido amodorrado?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**14. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado tener que hacer dieta?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**15. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado usted irritable?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**16. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir por la noche?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**17. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido molestias en el abdomen?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**18. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado preocupado por cómo su enfermedad del hígado afecta a su familia?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**19. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido cambios en su estado de ánimo?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**20. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia no ha podido conciliar el sueño por la noche?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**21. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido calambres musculares?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**22. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado el que sus síntomas puedan llegar a ser problemas graves?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**23. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha notado la boca seca?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**24. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**25. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que su estado pueda empeorar?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**26. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para concentrarse?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**27. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido picores?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**28. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado preocupado por no volver a sentirse bien nunca más?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

**29. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado la dificultad para encontrar un hígado en el caso de necesitar un transplante?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

## 2. Cuestionario de estigma hepático

Cuestionario del estigma hepático, Vaughn-Sandler et al. Abril 2022

**Por favor responda a las siguientes preguntas. Tómese el tiempo necesario para leer y responder cada una de las preguntas, y marque con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.**

**¡Gracias por completar este cuestionario! Estas preguntas son acerca cómo se siente y cómo le han ido las cosas. Para cada pregunta, por favor indíquenos la respuesta que mejor describa a la realidad.**

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Algunas personas asumen que soy alcohólico porque tengo una enfermedad hepática.				
2. Otras personas creen que soy en parte culpable de mi enfermedad hepática.				
3. Siento que algunas personas están preocupadas por el posible contagio de mi enfermedad hepática.				
4. Siento que algunas persona piensan que soy una mala persona porque tengo una enfermedad hepática.				
5. En general, la sociedad tiene una mala precepción de las personas con enfermedad hepática.				
6. Algunos médicos y enfermeras no les gusta tratar a los pacientes con enfermedad hepática.				
7. Siento que he sido tratado con menos respeto por otras persona por mi enfermedad hepática.				
8. Me siento culpable de mi enfermedad hepática.				
9. Desde que me diagnosticaron la enfermedad de hígado, me siento menos capaz para hacer las cosas.				
10. Me da vergüenza tener una enfermedad del hígado, no me siento como una persona completa.				
11. Me siento inútil por culpa de mi enfermedad.				
12. Evito hablar de mi enfermedad con otras personas.				
13. Me siento más sólo de lo habitual por culpa de mi enfermedad.				
14. Me siento excluido de la sociedad por culpa de mi enfermedad.				
15. Evito hacer algunas cosas en público por mi enfermedad.				
16. Tener enfermedad hepática me hace diferente de otras personas.				
17. Algunas personas me evitan por mi enfermedad				
18. Me siento abandonado por mi familia por culpa de mi enfermedad.				