

## ● ARTÍCULO ORIGINAL

### Calidad de vida en portadores del virus de inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral

#### Quality of life in human immunodeficiency virus carriers with antiretroviral therapy

**Autor:** Shirley Janine Vallejos Galeano<sup>1</sup>

Artículo recibido: 5 enero 2016

Artículo aceptado: 18 febrero 2016

#### Resumen

**Introducción:** la determinación de la calidad de vida en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) conlleva a un gran impacto social no sólo en relación a las repercusiones económicas y políticas para el tratamiento y prevención del mismo, sino también permitiría considerarlas en las decisiones de salud fomentando factores protectores y de bienestar.

**Objetivos:** determinar la calidad de vida en pacientes con VIH que reciben tratamiento en el Hospital Nacional de Itauguá en el año 2015

**Métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó a 102 pacientes portadores de VIH en tratamiento antirretroviral que acudían al Hospital Nacional de mayo a octubre del 2015. Se utilizó el cuestionario MOS-SF-30 y mediciones inmunológicas del CD4 y carga viral.

**Resultados:** 54,9% de los encuestados fueron mujeres y 45,1% varones, con edades comprendidas entre 17 y 63 años. La totalidad de los mismos trabajaba. En el 100% la transmisión fue por vía sexual. En cuanto a la cantidad de CD4 se halló un rango entre 3 y 1530 cel/mm<sup>3</sup>. El 70,59% presentaba carga viral indetectable en el momento de la encuesta. En cuanto a la percepción de la calidad de vida, 66,67% de los sujetos refería poseer una muy buena calidad de vida, en contraste con la suma total del puntaje donde sólo el 8,8% de los mismos se situó por encima del percentil 90.

**Conclusiones:** la mayoría de los encuestados percibía un mejor estado de salud y calidad de vida en contraste al puntaje total de calidad de vida relacionado a la salud obtenida.

**Palabras claves:** calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud, VIH, MOS-SF-30

#### Abstract

**Introduction:** Determination of the quality of life in patients with human immunodeficiency virus (HIV) has a great social impact not only in relation to economic and political repercussions for the treatment and prevention but also it would allow their consideration in health decisions encouraging protective and welfare factors.

**Objectives:** To determine the quality of life of HIV patients who receive treatment in the National Hospital of Itauguá in 2015.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study that included 102 HIV patients receiving antiretroviral therapy

<sup>1</sup>Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Itapúa (Encarnación, Paraguay)

**Autor correspondiente:**

Dra. Shirley Vallejos

Dirección: José María Aguirre 3853 (Lambaré, Paraguay)

Teléfono: +595.981782272

Correo electrónico: janine.vallejos@gmail.com

and attending the National Hospital from May to October, 2015. The MOS-SF-30 was used and immunological determinations of CD4 and viral load were made.

**Results:** 54.9% were women and 45.1% men, with ages between 17 and 63 years old. All of them worked. In 100%, transmission was by sexual via. In relation to the quantity of CD4, the range was between 3 and 1,530 cell/mm<sup>3</sup>. The 70.59% presented undetectable viral load at the time of the survey. Concerning the perception of quality of life, 66.67% referred having a very good quality of life in contrast to the total sum of the score where only 8.8% of them were above the 90<sup>th</sup> percentile.

**Conclusions:** Most of the surveyed patients perceived a better health state and quality of life in contrast to the total score of health related quality of life obtained.

**Keywords:** quality of life, health related quality of life, HIV, MOS-SF-30

## Introducción

La infección por VIH hoy en día es considerada una enfermedad crónica que puede brindar a las personas viviendo en esta condición un período de vida cada vez más largo<sup>1</sup>. Según el programa de Naciones Unidas de lucha contra el sida (ONUSIDA) en promedio existen 65 millones de casos de Sida en el mundo<sup>2</sup>. Diariamente se infectan a nivel mundial quince mil personas, la mitad de ellas jóvenes entre 15 y 34 años<sup>3</sup>.

Los primeros casos reportados de Sida en Paraguay fueron: 1985 en hombres homosexuales; 1990 en mujeres; los casos en niños en 1993. Entre la fecha de los primeros casos de VIH/SIDA hasta octubre del 2009, en el sistema de Vigilancia Epidemiológica se tienen registrados 9438 infectados con VIH sin enfermedad marcadora. Las personas fallecidas suman hasta la fecha 1.567<sup>4</sup>. La tasa de incidencia anual de casos de Sida fue de 5,38 por 100.000 habitantes para fines del 2008<sup>5</sup>.

Si bien la mortalidad y morbilidad se han reducido de manera importante con la llegada del tratamiento antirretroviral, las repercusiones psicosociales de la enfermedad, como la culpa, vergüenza y el miedo, generan consecuencias en el individuo, inclusive más dolorosas que la propia enfermedad que podrían interferir con los objetivos de vida propuestos<sup>6</sup>. Constituye una patología que deteriora el bienestar físico, psicológico y social de los afectados, por la presencia de adversidades en la vida familiar y social, el estigma, la discriminación, la falta de tratamiento antirretroviral, el aumento de gastos en atención médica, la presencia de infecciones oportunistas, hospitalizaciones y fallecimientos. Todo esto tiene un impacto negativo en el sistema económico, social y de salud de los países, afectando la calidad de vida relacionada con la salud de las personas infectadas con VIH<sup>7</sup>.

Cada nuevo portador de VIH/SIDA necesitará implementar una serie de cambios en su estilo de vida, como consecuencia del nuevo estado de salud y del impacto social que significa tener un diagnóstico positivo, por ello, conocer la calidad de vida de los afectados constituye actualmente un aspecto fundamental en la atención integral de la salud<sup>8</sup>.

## Calidad de vida

El concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario, especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA<sup>9</sup>. Este término se remonta al siglo pasado, cuando la idea del estado de bienestar, que deriva de los desajustes socioeconómicos procedentes de la gran depresión de los años 30, evoluciona y se difunde sólidamente en la posguerra (1945-1960), en parte, como producto de las teorías del desarrollismo económico y social (keynesianas), que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la Segunda

Guerra Mundial. Aunque en su momento se admitió como ideal social y económica que la calidad en el vivir era el resultado de la posibilidad de consumir y acumular (crecimiento), esto ha sido objeto de concienzudos cuestionamientos por parte de otras escuelas y disciplinas<sup>9</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con los objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones de cada persona<sup>10</sup>. El concepto multidimensional incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. Por ello, la calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales<sup>11-13</sup>.

### **Calidad de vida relacionada a la salud**

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) surge como una manera de evaluar las repercusiones de las enfermedades y sus tratamientos en la vida natural del individuo, evaluándose de manera subjetiva. Este concepto llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida<sup>14</sup>.

En el ámbito de la infección por el VIH la importancia de la evaluación de la CVRS está ampliamente reconocida y se ha desarrollado un gran número de instrumentos específicos con este fin, como por ejemplo: MOS-HIV, MQOL-HIV, HIV-PARSE, HIV-QOL, HOPES, EORTC QLQ-C30-HIV, FAHI, AIDS-HAQ, MQOL-mcgill Quality of Life, HAT-QOL, HIVQL31. Entre los cuestionarios de CVRS que se han empleado para la evaluación de la calidad de vida en personas VIH se destaca la adaptación del Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Items (MOS-SF-30) debido a sus buenos indicadores psicométricos. A partir de la versión de 30 ítems, han aparecido versiones posteriores hasta llegar a la versión de 35 ítems, que fue denominada MOS-HIV7-9.

El objetivo de Wu et al<sup>15</sup>, autores del MOS-SF-30, fue desarrollar una medida del estado de salud corta, pero exhaustiva, con la que se pudieran valorar los aspectos del estado funcional y el bienestar en personas con infección por el VIH. Para ello partían de la premisa de que para que un instrumento fuese factible para estudios clínicos y multicéntricos, éste debía ser breve y autoadministrado, sensible a aspectos clínicos importantes como síntomas, cambios en el estado clínico, deterioro cognitivo y estados de fatiga, y con capacidad de medir de forma específica las distintas dimensiones de la salud. La adaptación y validación al español ha sido llevada a cabo por Remor E<sup>16</sup>.

El MOS-SF-30 consiste en 22 ítems que se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud (tabla 1). El rango de puntuación oscila de 0 a 100, en el que el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto<sup>15</sup>. De la misma forma, la interpretación de cada subescala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada en cada subescala, excepto para las subescalas de dolor y malestar respecto a la salud, donde mayor puntuación indica menores dolor y malestar. La versión final de 30 ítems ha sido resultado de sucesivos análisis psicométricos llevados a cabo por los autores de la versión original del cuestionario. Este instrumento ha sido capaz de diferenciar los valores de la CVRS entre los pacientes VIH asintomáticos y aquellos con síntomas o SIDA. Asimismo, ha permitido diferenciar los grados de calidad de vida en los sujetos con carga viral indetectable y detectable. La

puntuación total de la CVRS y las puntuaciones relativas a algunas de las dimensiones del MOS-SF-30 han evidenciado correlaciones relevantes con los estadios de la clasificación de los CDC, linfocitos T CD4 y carga viral, lo que sugiere que la versión en español de la escala MOS-SF-30 es una medida válida para evaluar el estado de salud y la CVRS<sup>16</sup>.

Este tipo de instrumentos adquiere una gran importancia a la vista de los avances en la lucha contra el Sida, reflejados en la disponibilidad de tratamientos más efectivos y eficaces, que han permitido a las personas afectadas por el VIH prolongar su vida<sup>17,18</sup>. Es importante poder contar con indicadores globales del impacto de la enfermedad y del tratamiento en la vida del paciente. Además, puede ayudar al médico en la toma de decisiones sobre posibles cambios de tratamiento, pasando a priorizar y valorar en mayor medida el bienestar y la percepción del paciente sobre su estado de salud<sup>19</sup>.

El interés de llevar a cabo la presente revisión temática radica en el impacto social que conlleva el VIH, no sólo en relación a las repercusiones económicas y políticas para el tratamiento y prevención del mismo, sino también en relación a los mitos, sesgos y estigmatizaciones que aún se mantienen en relación a la enfermedad. Por otro lado, la identificación de variables relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, permitiría considerarlas en las decisiones de salud a tomar y en intervenciones que fomenten factores protectores y de bienestar.

Los objetivos de esta investigación son determinar la calidad de vida en pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral que acuden al Hospital Nacional (Itauguá, Paraguay) a través de la escala MOS-SF-30 y describir las características demográficas de los pacientes encuestados.

## Material y métodos

Se aplicó un diseño observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por pacientes mayores de edad, de sexo masculino y femenino, portadores de VIH en tratamiento antirretroviral que acuden al Servicio de Consultas Externas, Hospital de Día y Sala de consejería del PRONASIDA del Hospital Nacional (Itauguá, Paraguay) durante los meses de mayo a octubre del 2015.

El criterio de inclusión fue el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con menos de un mes de inicio del tratamiento antirretroviral.
- Pacientes portadores de deficiencias físicas de otro origen: defectos congénitos o por accidentes de tránsito, traumatismos, accidentes cerebro vasculares.
- Pacientes con otras comorbilidades: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad celiaca, enfermedad renal crónica.

Se aplicó un muestreo no probabilístico, de casos consecutivos.

Las variables y mediciones utilizadas fueron:

- Universales: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, profesión.
- Socioeconómicas: ingreso, vivienda, situación económica.
- Inmunológicas: recuento de CD4, carga viral.
- Socioafectivas: funcionamiento social, salud mental, funcionamiento cognitivo.
- Físicas: actividad diaria, funcionamiento físico.
- Otras variables de interés: orientación sexual, modo de transmisión del VIH, tratamiento antirretroviral, percepción de la salud, calidad de vida relacionada a la salud.

### Instrumento de medición:

Cuestionario MOS-SF-30: consiste en 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho con 3 puntos (0 a 2). Los ítems se subdividen en 11 subescalas (tabla 1) que miden: salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, *distress* respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida, y transición de salud. La obtención de la puntuación ha sido simplificada en detrimento a la propuesta por Wu et al<sup>15</sup>. Los ítems son sumados, previa inversión de los ítems 13, 15, 17, 20, y se obtiene una puntuación directa de CVRS global, que varía en un rango de puntuación de 0 a 100, en el que el 0 indica el nivel más bajo de calidad de vida y 100, el más alto. De la misma forma, la interpretación de cada subescala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada en cada subescala, excepto para las subescalas de dolor y *distress* respecto a la salud, donde mayor puntuación indica menor dolor y *distress*<sup>16-18</sup>.

**Tabla 1**  
**Subescalas de la versión en español del MOS-SF-30<sup>16,17</sup>**

MOS-SF-30 (versión en español)	N <sup>o</sup> de Ítem	Ítem N <sup>o</sup>	Rango posible
Salud general percibida	1	1	0-4
Dolor	1	2	0-4
Funcionamiento físico	6	3-8	0-12
Actividad diaria	2	9-10	0-4
Funcionamiento social	1	11	0-4
Salud mental	5	12-16	0-20
Energía/Fatiga	4	17-20	0-16
<i>Distress</i> respecto a la salud	4	21-24	0-16
Funcionamiento cognitivo	4	25-28	0-16
Calidad de vida percibida	1	29	0-4
Transición de la salud*	1	30	0-4
CVRS (escala completa)	30	1-30	0-100

\*No integra la puntuación global (0-100)

Para el reclutamiento se solicitó al Director General y al Comité de Investigación del Hospital Nacional la autorización para la realización de esta investigación. Posteriormente se contactó con los interesados en someterse al estudio, se les explicó los objetivos de la investigación y se les leyó el consentimiento informado. Los que aceptaron participar fueron encuestados por la autora. Se utilizó una ficha técnica de autollenado, que incluía datos demográficos y el cuestionario MOS-SF-30. Las variables clínicas se extrajeron de los archivos del PRONASIDA. Las mismas fueron transcritas a una planilla electrónica Excel<sup>®</sup> y sometidas a estadística descriptiva con Epi Info 7<sup>®</sup>, expresándose las cualitativas en porcentajes y las cuantitativas de distribución en medias $\pm$ DS o en mediana (rango intercuartílico).

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó el programa estadístico Epi Dat 3.1<sup>®</sup>. Se esperó una prevalencia de mala calidad de vida de 50%<sup>8</sup>. Con un universo de 80 pacientes registrados en PRONASIDA del Hospital Nacional durante el tiempo de estudio, precisión 5%, intervalo de confianza 95%, el tamaño mínimo calculado fue 67 sujetos.

### Aspectos éticos

Todos los sujetos reclutados debieron leer y firmar la hoja de consentimiento informado. En esta

investigación se respetaron los Principios de la Bioética:

- Justicia: todos los sujetos contactados tuvieron oportunidad de participar de la investigación, no se hizo discriminación por sexo, raza o creencia religiosa. Se mantuvo al máximo la confidencialidad de los datos.
- Beneficencia: una vez finalizada esta investigación, los resultados serán publicados para beneficio de la comunidad científica y permitirá reconocer las repercusiones psicosociales de la enfermedad que generan consecuencias en el individuo, interfiriendo con los objetivos de vida propuestos. A la vez permitirá la identificación de variables relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, ya que podrían ser consideradas en las decisiones sobre posibles cambios de tratamiento, pasando a priorizar y valorar en mayor medida el bienestar y la percepción del paciente sobre su estado de salud. Los resultados fueron entregados a los pacientes.
- Autonomía: todos los sujetos contactados pudieron negarse a participar del estudio sin que ello haya repercutido en la atención médica hospitalaria.

Este protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Itapúa.

## Resultados

La muestra del estudio está formada por un total de 102 sujetos, de los cuales 56 fueron mujeres (54,9%) y 46 varones (45,1%) con edades comprendidas entre 17 y 63 años, con una media de  $36 \pm 11$  años. El estado civil más frecuente fue soltero (77,4%), seguido de casado (16,7%), separado (3,9%) y viudo (2%).

El 44,1% tenía estudios primarios, el 40,2% secundarios y sólo el 12,7% había accedido a estudios universitarios. Los demás no tenían escolarización (3%).

La totalidad de los encuestados trabajaban. El 38,24% se dedicaba a labores del hogar y el trabajo extradomiciliario más frecuente fue el de comerciante (11,76%). En cuanto a la fuente de ingreso, 55% de los sujetos contaba con salario fijo, 14,7% dependía de ingresos no especificados, 7,8% recibía aportes familiares y 22,5% no tenía ninguna fuente de ingresos. El 54,9% de los pacientes contaba con casa propia y el resto vivía en casa arrendada (45,1%). En cuanto a la situación económica, 40,2% de los pacientes se sentían poco satisfechos con la misma, 33,3% se sentían satisfechos y 26,5% moderadamente satisfechos.

La orientación sexual declarada mayoritariamente fue la heterosexual (92,1%) y sólo 7,5% se declaró homosexual. Todos los encuestados reconocieron que la transmisión del VIH fue por vía sexual.

En relación al tratamiento antirretroviral, 79,4% recibía combinaciones de dos o más fármacos Inhibidores de la transcriptasa interna análogos de los nucleósidos (ITIAN) y no análogos de los nucleósidos (ITINN). El resto (20,6%) recibía ITIAN/IP.

En cuanto a la cantidad de CD4 registrada en los expedientes médicos, se halló un rango entre 3 y 1530  $\text{cél}/\text{mm}^3$  con una media de  $321 \pm 180 \text{cél}/\text{mm}^3$ . La gran mayoría de los sujetos encuestados (70,6%) presentaba carga viral indetectable en el momento de la encuesta. Los demás tenían carga viral controlada (16,6%) y no controlada (12,8%).

En cuanto a la salud general percibida, la mayoría (34,31%) tenía una muy buena percepción con respecto su salud (tabla 2).

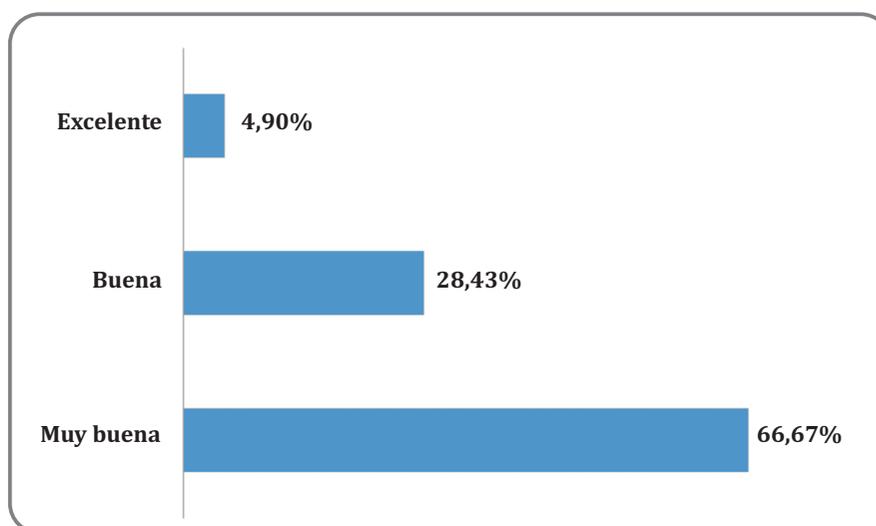
**Tabla 2.**  
**Salud general percibida de pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (n 102)**

Salud general percibida	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	29	28,43%
Muy buena	35	34,31%
Regular	21	20,59%
Buena	17	16,67%

En la escala de dolor, la mitad de los sujetos refirió no presentar dolor corporal en el último mes, 24,5% presentar muy poco dolor, 21,5% tener dolor moderado y 4% estar con dolor agudo. En cuanto al funcionamiento físico de cada individuo, el 95,1% no presentaba ningún tipo de limitación física y el resto (4,9%) refirió poca limitación física. En las actividades diarias, 98% no presentaba limitación alguna para las actividades cotidianas y los demás (2%) refirió poca limitación diaria. En cuanto al funcionamiento social cualitativo, 73,5% de los individuos casi nunca fue víctima de discriminación por parte de amigos y/o familiares que limiten su vida social, 13,8% refirió discriminación muy frecuente, 5,9% muy poca discriminación, 3,9% discriminación ocasional y 2,9% muy frecuente discriminación. El estado de salud mental autopercibida de la mayoría de los encuestados fue muy buena (43,2%), buena en 33,3%, excelente en 11,7%, regular en 10,8% y mala en 1%. En el ítem de energía/fatiga, sólo 10,7% de los encuestados estuvo por encima de percentil 90 de la escala MOS-SF-30. Además, 58,8% de los pacientes se encontraba por encima de este percentil con respecto al funcionamiento cognitivo. En cuanto a los malestares respecto a la salud, 33,2% de los individuos estuvo por encima del percentil 90 de la misma escala.

Finalmente, la calidad de vida percibida por los sujetos con VIH en tratamiento antirretroviral fue muy buena en la mayoría (gráfico 1). Ninguno refirió mala calidad de vida. En contraste con esto, en la suma total del puntaje sólo el 8,8% de los mismos se situó por encima del percentil 90 de la escala MOS-SF-30.

**Gráfico 1**  
**Calidad de vida percibida por los sujetos con VIH en tratamiento antirretroviral (n 102)**



## Discusión

Se evidenció que en esta muestra existe un ligero predominio de mujeres (54,9%), de bajo nivel socio económico y educativo, en su gran mayoría heterosexual (92,1%). Resultados similares han sido presentados

por Sandoval M et al<sup>20</sup> en un estudio realizado en Colombia, en donde el sexo masculino representa más de las dos terceras partes del total de pacientes estudiados. Los datos obtenidos en nuestra investigación no coinciden en cuanto al género y la orientación sexual, según tendencias publicadas en el país y en la región<sup>21,22</sup>. Esto podría deberse a que los varones se exponen más a conductas sexuales de riesgo pero, de igual manera, incide en forma directa en la propagación de la enfermedad. La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades de clase social debida a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores.

Vinaccia S et al<sup>23</sup> evaluaron la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las subescalas con excepción de la de malestar respecto a la salud. Por otro lado, se encontraron niveles altos de apoyo social. Esto es similar a nuestra investigación, aunque esto tan solo se pudiera deber a que un gran porcentaje de los pacientes mantiene en secreto su diagnóstico por temor a sufrir discriminación<sup>24</sup>.

Mejorar la calidad de vida social, como señala un informe de la OMS<sup>10</sup>, tiene un valor intrínseco en tanto es el proceso en el cual las personas toman conciencia de sí mismas, determinan el orden en que desean convivir y buscan la autorrealización individual. Lo resaltante de nuestro estudio es la alta percepción de salud y calidad de vida de los encuestados, a pesar de que una buena cantidad de ellos no se encontraba en las mejores condiciones clínicas, inmunológicas y socioeconómicas en el momento de la encuesta. Tal vez esto se deba al espíritu optimista que caracteriza a los paraguayos, o tal vez a la ignorancia en cuanto a la repercusión de la enfermedad en su vida. Este aspecto debería investigarse en futuros estudios. También es sabido que la depresión repercute de manera importante en la calidad de vida y por otra parte, los pacientes deprimidos pueden presentar una percepción distorsionada de las mejoras en la salud<sup>25</sup>.

En el norte de Tailandia, Ichikawa M et al<sup>26</sup> llevaron a cabo un estudio para evaluar el impacto de la calidad de vida en 200 pacientes infectados con el VIH/SIDA. Concluyeron que el apoyo social, especialmente la aceptación de la comunidad, es una variable moduladora en las dimensiones de calidad de vida asociadas a la salud mental, independientemente de la fase de desarrollo de la enfermedad, siendo más significativo en mujeres por el rol que desempeñan en la tradición familiar tailandesa. Datos similares encontramos en nuestro estudio.

El estudio de la CVRS es un aspecto de gran impacto social que está recibiendo gran interés, más aún en lo que respecta al VIH/SIDA. Es fundamental ahondar más en la investigación de la relación entre calidad de vida y algunos factores emocionales como la ansiedad, irritabilidad, la depresión, funcionamiento cognitivo, la calidad de interacción social y la importancia del rol del profesional de salud en este largo proceso de enfermedad, puesto que el diagnóstico del VIH/SIDA afecta de manera considerable en lo afectivo y otras esferas del ser humano<sup>27</sup>. La familia juega un rol importante en la vida de los pacientes con VIH/SIDA. Una familia bien constituida fortalece los vínculos psicoafectivos, disminuye la percepción de estigma y discriminación, factores determinantes en la calidad de vida de los afectados.

Promover una buena calidad de vida de los pacientes que padecen el VIH/SIDA a lo largo de todo el periodo evolutivo de la infección es tarea de todos. Superar las barreras para una buena comunicación entre médicos y pacientes es uno de los aspectos más importantes, aunque no el único, para asegurar resultados óptimos en los tratamientos y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA. Quizás sea más fundamental la necesidad de superar el estigma y la discriminación de que estas personas son objeto. Pero esto, también interfiere en la relación médico paciente, produciendo en éste inhibición y falta de motivación para sostener un tratamiento que comprende con dificultad o ve como de dudosa eficacia<sup>27</sup>.

Esta encuesta ha sido capaz de diferenciar en diversas investigaciones los valores de CVRS en los sujetos con carga viral detectable e indetectable. Además los resultados arrojados proporcionan información útil sobre el buen desempeño del MOS-SF-30 en una muestra de sujetos en distintas etapas de la infección<sup>28</sup>. La puntuación total de la CVRS y las puntuaciones relativas a algunas de las dimensiones del cuestionario han evidenciado en otros estudios correlaciones relevantes con el recuento de linfocitos T CD4 y carga viral, lo que sugiere es una medida válida para evaluar el estado de salud y la CVRS<sup>15,16</sup>. Algunas de las dimensiones de la CVRS, por ej. salud general percibida, malestar respecto a la salud y funcionamiento cognitivo, se han mostrado capaces de discriminar entre los sujetos asintomáticos y aquellos con síntomas o SIDA, y lo mismo se observa con la puntuación global del cuestionario. Teniendo en cuenta que los valores de carga viral también son buenos predictores de progresión a Sida o muerte, es oportuno señalar que las restantes subescalas son relativamente poco sensibles a los cambios en los indicadores de progresión de la enfermedad para esta muestra<sup>28</sup>.

En conclusión, predomina en esta muestra pacientes de sexo femenino, fase etárea relativamente joven, con escolaridad primaria, en su mayoría solteros y con bajo nivel socioeconómico. La mayoría se dedicaba a labores del hogar. La labor extradomiciliaria más frecuente fue el comercio. Más de la mitad de los mismos percibían un salario, a pesar de ello contaban con poca satisfacción económica.

La orientación sexual declarada mayoritariamente fue la heterosexual. En el total de encuestados la transmisión fue por vía sexual. El recuento de CD4 se halló en rango entre 3 y 1530 células/mm<sup>3</sup>. La mayoría presentaba carga viral indetectable en el momento de la encuesta.

La mayoría percibía un muy buen estado de salud general al momento de la encuesta. En cuanto a la subescala de dolor, la mitad de los sujetos no presentaba dolor alguno desde el último mes. Casi la totalidad refirió no presentar ninguna limitación física, tampoco las actividades diarias estaban limitadas. Sólo una mínima cantidad de individuos refirió sufrir siempre de discriminación por parte de su entorno. Se evidenció una valoración favorable respecto a las necesidades psicoafectivas, apoyo familiar y entorno social (estigma y discriminación).

Casi la mitad de los encuestados presentaba muy buena salud mental. La calidad de vida percibida por los sujetos fue muy buena en un gran porcentaje y ninguno refirió mala calidad de vida. En contraste a esto, en el puntaje global de CVRS, sólo el 8,8% de los mismos se situó por encima del percentil 90 lo que significa que dicho instrumento ha sido capaz de diferenciar, gracias a los diferentes ítems del cuestionario, a aquellos sujetos cuya percepción de calidad de vida es alta aunque objetivamente en el puntaje total lograron situarse en un rango de calidad de vida mucho menor al percibido, tal vez por la característica altruista de los encuestados.

---

### Referencias bibliográficas

1. Adewuya AO, Afolabi MO, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare AO, Oladipo BF, Fakande I. Relationship between depression and quality of life in persons with HIV infection in Nigeria. *Int J Psychiatry Med.* 2008;38(1):43-51.
2. Au A, Chan I, Li P, Chung R, Po LM, Yu P. Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong. *AIDS Behav.* 2004 Jun;8(2):119-29.
3. Freedberg KA, Possas C, Deeks S, Ross AL, Rosettie KL, Di Mascio M, Collins C, Walensky RP, Yazdanpanah Y. The HIV Cure Research Agenda: The Role of Mathematical Modelling and Cost-Effectiveness Analysis. *J Virus Erad.* 2015;1(4):245-249.

4. Boletín semanal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2010. Vigilancia epidemiológica. Programa de Lucha contra el Sida, PRONASIDA, Asunción, Paraguay. 2009
5. Bastardo YM, Kimberlin CL. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care*. 2000 Oct;12(5):673-84.
6. Cardona-Arias J, Peláez-Vanegas L, López-Saldarriaga J, Duque-Molina M, Leal-Álvarez O. Health related quality of life in adults with HIV/AIDS in Colombia. *Biomedica*. 2011 Oct-Dec;31(4):532-44.
7. Achucarro Sofia. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. *Rev. Inst. Med. Trop.* [revista en la Internet]. 2010 Jul [citado 2016 Feb 07] ; 5( 1): 19-33. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-36962010000100004&lng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-36962010000100004&lng=es).
8. Rueda S. Habitabilidad y calidad de vida. [Sitio en internet] <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>. Consultado el 22 de setiembre del 2015
9. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105.
10. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos toca a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor en Medellín, 2002. Medellín, 2003. Trabajo de grado (Magíster en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
11. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluation of the quality of life. *Salud Publica Mex*. 2002 Jul-Aug;44(4):349-61.
12. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University; 1996
13. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1993 Jan;18(1):32-8.
14. Wu AW, Rubin HR, Mathews WC, Ware JE Jr, Brysk LT, Hardy WD, Bozzette SA, Spector SA, Richman DD. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care*. 1991 Aug;29(8):786-98.
15. Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención Primaria* 2003; 32(1):15-22.
16. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. *Atención Primaria* 2002;30(3):143-148.
17. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. *The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis*. New York: Rapid Communication 1995; 3-10.
18. Fumaz CR, Ayestaran A, Perez-Alvarez N, Muñoz-Moreno JA, Moltó J, Ferrer MJ, Clotet B. Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2015 Nov;27(11):1396-403.
19. Remor E, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Fumaz CR, González-García M, Ubillos-Landa S, Aguirrezabal-Prado A, Molero F, Ruzafa-Martínez M. Field Psychometric Testing of the Instrument for Assessment of Psychological Predictors of Well-Being and Quality of Life in People with HIV or AIDS. *AIDS Behav*. 2015 Nov 19.
20. Sandoval de Mora Marisol, Dommar de Nuccio Lil, Mosqueda Rosa, Valenzuela Franklin. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* [Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Feb 07] ; 28( 2 ): 116-120. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-25562008000200008&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562008000200008&lng=es).
21. Laguna-Torres VA, Aguayo N, Aguilar G, Ampuero JS, Galeano A, Barboza A, Villafane M, Jiménez L, Perez J, Kochel TJ, Halsey ES. HIV infection and high-risk behaviours in a Paraguayan military population. *Int J STD AIDS*. 2014 Oct;25(12):866-77.
22. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buela-Casal G. Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America: analysis of differences among countries. *Rev Med Chil*. 2012 Jan;140(1):50-8.
23. Vinaccia Alpi, Stefano, Fernández, Hamilton, Quiceno, Japcy Margarita, López Posada, Mónica, & Otaño, Cristina. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 26(1), 125-132. Recuperado en 07 de febrero de 2016, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100011&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48082008000100011.

24. Dahlui M, Azahar N, Bulgiba A, Zaki R, Oche OM, Adekunjo FO, Chinna K. HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination against PLWHA in Nigerian Population. PLoS One. 2015 Dec 10;10(12):e0143749.
25. Delgado P, Salcedo T. Aspectos conceptuales sobre los indicadores de Calidad de vida [sitio en Internet]. [citado Dic 2009]. Disponible en: [http://www.webpondo.org/files\\_oct\\_dic\\_03/ Aspectos Conceptuales.pdf](http://www.webpondo.org/files_oct_dic_03/ Aspectos Conceptuales.pdf)
26. Ichikawa M, Natpratan C. Perceived social environment and quality of life among people living with HIV/AIDS in northern Thailand. AIDS Care. 2006 Feb;18(2):128-32.
27. Koodibetse KG. HIV/AIDS stigma and discrimination in South Africa--still a problem. S Afr Med J. 2015 Sep;105(9):703.
28. Bucciardini R, Pugliese K, Weimer L, Digregorio M, Fragola V, Mancini M, et al. Relationship between health-related quality of life measures and high HIV viral load in HIV-infected triple-class-experienced patients. HIV Clin Trials. 2014 Jul-Aug;15(4):176-83.