



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II**



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN LOS PACIENTES ADULTOS  
INFECTADOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) DE LA  
UNIDAD DE INMUNOLOGIA CLINICA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR.  
ENRIQUE TEJERA". AGOSTO – OCTUBRE 2012**

**AUTORES:** Delgado M. Carlos M  
León E. Carlos E  
Quintero T. Ricardo A.

**TUTOR METODOLÓGICO:** Quintero R. Miguel A.  
**TUTOR CLÍNICO:** Torres L. Alcira M.

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2012.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DPTO. DE SALUD PÚBLICA  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Los suscritos miembros del jurado designado para examinar el Trabajo Especial de Grado titulado:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN LOS PACIENTES ADULTOS INFECTADOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) DE LA UNIDAD DE INMUNOLOGIA CLINICA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". AGOSTO – OCTUBRE 2012.**

Presentado por los bachilleres:

Carlos Delgado C.I. V-20.382.283.

Carlos León C.I. V-19.366.953.

Ricardo Quintero C.I. V-20.680.720.

Hacemos constar que hemos examinado y aprobado la misma, y que aunque no nos hacemos responsables de su contenido, lo encontramos correcto en su calidad y forma de presentación.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profesor

\_\_\_\_\_  
Profesor

\_\_\_\_\_  
Profesor



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA II



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN LOS PACIENTES ADULTOS  
INFECTADOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) DE LA  
UNIDAD DE INMUNOLOGIA CLINICA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.  
ENRIQUE TEJERA”. AGOSTO – OCTUBRE 2012

**AUTORES:** Delgado M. Carlos M

León E. Carlos E

Quintero T. Ricardo A.

**TUTOR CLÍNICO:** Torres L. Alcira M.

**TUTOR METODOLÓGICO:** Quintero R. Miguel A.

**Año: 2012.**

**RESUMEN**

Con el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente activa, la morbimortalidad de los pacientes infectados con VIH/SIDA ha disminuido dramáticamente, con un apreciable aumento en la longevidad y la necesidad de maximizar su calidad de vida.

**Objetivo General:** Determinar el nivel de calidad de vida relacionada a salud y los factores asociados a esta, en los pacientes adultos infectados con VIH, de la Unidad de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela, durante Agosto-Octubre 2012. **Materiales y Métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes, a quienes se les aplicó un cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-HIV Bref) y el test de depresión (CES-D). Datos sociodemográficos, aspectos clínicos y laboratorios fueron obtenidos de la historia clínica y recolectados en un instrumento de datos diseñado para tal fin. **Resultados:** El 67% masculino; con edad de  $43,36 \pm 10,24$  años; 99% adquirieron la infección vía sexual; 62 % asintomáticos. Los pacientes mostraron niveles calidad de vida fue intermedios a altos, siendo el dominio espiritual el de mayor puntuación ( $16,48 \pm 3,71$ ) y el dominio ambiental el de menor ( $13,80 \pm 2,68$ ). **Conclusiones:** la calidad de vida de los pacientes infectados es menor comparada con el grupo control, aunque con niveles intermedios y altos. Factores como: nivel de instrucción, número de linfocitos TCD4 y depresión, entre otros, se asocian a la calidad de vida. Se recomienda evaluación de rutina de la calidad de vida en las consultas de VIH para una evaluación integral de estos pacientes.

**Palabras Claves:** Calidad de Vida, VIH, SIDA, WHOQOL-HIV Bref.

**QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN ADULT PATIENTS INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV). CLINICAL IMMUNOLOGY UNIT. HOSPITAL "Dr. ENRIQUE TEJERA". AUGUST - OCTOBER 2012**

**AUTORES:** Delgado M. Carlos M

León E. Carlos E

Quintero T. Ricardo A.

**TUTOR CLÍNICO:** Torres L. Alcira M.

**TUTOR METODOLÓGICO:** Quintero R. Miguel A.

**Año: 2012.**

**ABSTRACT**

**Background:** With the advent of highly active antiretroviral therapy, the morbidity and mortality of patients with HIV/AIDS has declined dramatically, with a significant increase in longevity and the need to maximize their quality of life. **General Objective:** To determine the level of quality of life related to health and the factors associated with this, in adult patients infected with HIV, Clinical Immunology Unit of the City Hospital "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Carabobo State, Venezuela, during August-October 2012. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of 70 patients who were administered a questionnaire of quality of life (WHOQOL-HIV BREF) and the test of depression (CES-D). Sociodemographic, clinical and laboratory data were obtained from medical records and collected data on an instrument designed for this purpose. **Results:** 67% male, with an age of  $43.36 \pm 10.24$  years, 99% acquired the infection through sexual contact, 62% asymptomatic. Patients showed quality of life was intermediate to high, being the spiritual domain the highest scoring ( $16.48 \pm 3.71$ ) and the lowest environmental domain ( $13.80 \pm 2.68$ ). **Conclusion:** The quality of life of patients infected is less compared with the control group, although with intermediate and high. Factors such as educational level, number of TCD4 and depression, among others, are associated with the quality of life. We recommend routine assessment of quality of life for a comprehensive assessment of these patients.

**Keywords:** Quality of Life, HIV, AIDS, HIV WHOQOL-Bref.

## Introducción

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su consecuencia más temida el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un gravísimo problema de salud pública que afecta la salud física, psicológica y social de quienes la padecen. Este virus impacta no solo la salud individual sino el hogar, las comunidades, el desarrollo y crecimiento económico de las naciones (1). Según los últimos reportes, desde el inicio de la epidemia, han muerto casi 30 millones de infectados por causas relacionadas al SIDA y para finales del año 2010, a nivel mundial, 34 millones de personas viven con VIH, 2,7 millones contrajeron la enfermedad y 1,8 millones perdieron la vida (1).

La epidemia en Latino América se mantiene estable, el número total de personas que viven con VIH-SIDA (PVVS) en esta región es de 1.5 millones de personas en el 2010; variando entre 99.000 y 100.000 el número anual estimado de personas que adquieren la infección para ese mismo año (1). En Venezuela la prevalencia calculada para el año 2009, fue de 161.510 infectados, ocupando el sexto lugar en Latinoamérica y el primero de la región andina en el número de PVVS (2). En este país, es reconocida la indiscutible limitación que existe en materia de información para dar cuenta de la situación epidemiológica del VIH/SIDA. En el Estado Carabobo, en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) y específicamente en la Unidad de Inmunología, Torres y colaboradores, en el 2006, publicaron que desde 1984, cuando se diagnosticó el primer caso, hasta diciembre del 2004, 1088 pacientes fueron diagnosticados y manejados en esa unidad (3). Durante la primera década de la epidemia, los pacientes experimentaron los sinsabores de una enfermedad fatal, pocos recursos para el diagnóstico y seguimiento, muchas muertes por falta de tratamiento para la infección.

A mediados de los años 90s, cuando empiezan a estar disponibles medicamentos antiretrovirales, los pacientes se aferraban a una esperanza, sin embargo, continuaban los problemas inherentes a la intermitencia en el acceso a los controles

de laboratorios, por falla en el suministro de los reactivos o en los equipos o por fallas en la entrega oportuna al tratamiento antirretroviral, por parte de las instituciones de salud del país. Información publicada recientemente, reporta que para el año 2011, 37.222 pacientes venezolanos que viven con VIH/SIDA reciben terapia antirretroviral a través del Programa Nacional VIH/SIDA (4).

Con los recientes avances en los tratamientos farmacológicos como la introducción de la terapia antirretroviral de altamente activa (TARAA o HAART por sus siglas en inglés) para los enfermos con VIH/SIDA; se ha incrementado su expectativa de vida de manera importante y ha disminuido dramáticamente la morbilidad y mortalidad. Esto ha permitido que la infección por VIH/SIDA haya pasado de ser una infección intratable, fatal a ser considerada una enfermedad crónica (5).

Aun cuando la sobrevivencia de las personas que viven con VIH ha mejorado con el advenimiento de la HAART, su vida sigue afectada por la aparición de nuevos problemas, como los efectos adversos de los medicamentos (6), la resistencia viral a las drogas (7) y por factores sociales como el estigma, la discriminación, la pobreza, la depresión, el abuso de sustancias y las creencias culturales entre otros (8). Por lo tanto el estudio de la calidad de vida, ha ganado terreno e importancia en el área de investigación, ya que proporciona un enfoque holístico del estado de salud del infectado. (9)

Antes de la descripción del SIDA y su agente causal ya había, por supuesto, discriminación en el mundo. Sin embargo, la pandemia vino a reavivar aspectos discriminatorios que ya estaban asentados, los cuales se desplegaron de manera intensa sobre los pacientes seropositivos. Todo esto, produjo como consecuencias, daño psicológico, estrés emocional, temor a la revelación de la condición de infectado, aislamiento por parte de la familia, la pérdida de puestos de trabajo, de amigos y hasta del hogar; teniendo esto, consecuencias negativas en su calidad de vida. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción del individuo sobre su vida, el lugar que ocupa en su contexto cultural y sistema de valores, las relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios, y preocupaciones; todo ello permeado por las actividades diarias, salud física, estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales (11). Específicamente la calidad de vida relacionada a salud alude el valor asignado al tiempo de vida y los cambios que se producen en el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales de las personas debido a la enfermedad, los tratamientos, lesiones o las discapacidades (12).

En general, las enfermedades crónicas se caracterizan por pérdidas progresivas de la capacidad funcional y autonomía del individuo, por el deterioro gradual de carácter físico, psicológico y social del paciente el cual conduce a un deterioro tanto en su vida como en la autopercepción de su salud. Esta faceta subjetiva de la morbilidad, entendida como gravedad percibida por el paciente, es lo que se ha definido como calidad de vida relacionada a salud (CVRS). (13)

Varios instrumentos para medir la calidad de vida han sido desarrollados, destacando entre ellos el test de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud para pacientes con VIH (WHOQOL-HIV), (9) el cual ha ido evolucionando hasta la versión corta (WHOQOL-HIV Bref), que ha sido validado en diversas investigaciones (14). Este instrumento consta de 31 ítems, distribuidos en 6 dominios, físico, psicológico, nivel de independencia, social, ambiental y espiritualidad, religión y creencias personales (15). En febrero del presente año, Folasire y colaboradores, utilizando este instrumento, publicaron un estudio donde se evaluó la calidad de vida en 150 pacientes con VIH de Nigeria, encontrándose puntuaciones más altas en el dominio psicológico, seguido por el físico; de igual manera esto se mantuvo en los pacientes asintomáticos al compararlos con los sintomáticos. En general, el puntaje más bajo correspondió al dominio social, esto último podría ser un reflejo de estigmatización y discriminación a la cual aún están sometidos los pacientes con VIH (16). Recientemente en un estudio transversal al sur de la India, realizado por Nirmal y

colaboradores en el 2011, evaluaron la CVRS en 60 pacientes seropositivos y encontraron que las puntuaciones más altas correspondieron al dominio ambiental, también reportaron que los pacientes con niveles de linfocitos TCD4 más bajos, tenían puntuaciones en los dominios de calidad de vida menores en relación a los pacientes con linfocitos TCD altos, y esta diferencia fue estadísticamente significativa. Adicionalmente en ese mismo estudio, las mujeres mostraron puntuaciones de calidad de vida más bajas que los hombres, a pesar de encontrarse en un estadio menos avanzado de la enfermedad (17).

En Venezuela, la información producida y publicada sobre el tema, es casi inexistente, por lo que el objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de calidad de vida relacionada a salud y los factores asociados a esta, en los pacientes adultos infectados con VIH, manejados en la Unidad de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (C.H.E.T), Valencia, Estado Carabobo, Venezuela, durante Agosto-Octubre 2012.

## **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, de campo y de corte transversal (18,19). La muestra estuvo constituida por 70 pacientes adultos, de uno y otro sexo, infectados con VIH, controlados en la consulta de Inmunodeficiencia de la Unidad de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), de Valencia, Estado Carabobo, Venezuela, durante el periodo Agosto-Octubre 2012. Ingresaron los pacientes quienes reunieron los siguientes criterios de inclusión: 1) pacientes con infección confirmada por VIH, con diagnóstico de al menos seis meses; 2) pacientes ambulatorios controlados en la URIC de la CHET; 3) mayores de 18 años; 4) capaces de oír, leer, hablar y escribir; 5) físicamente capaces para entender la naturaleza del estudio y firmar de manera clara y libre el consentimiento informado (Anexo 1). Se excluyeron, pacientes infectados con VIH quienes manifestaron no querer participar en el estudio y pacientes con enfermedad



psiquiátrica significativa. El grupo control estuvo representado por 70 individuos sanos, de las mismas edades y sexo de los pacientes, acompañantes de las distintas consultas de la URIC de la CHET y con características sociodemográficas similares. Una vez que el protocolo del estudio, fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la CHET, los pacientes fueron informados e incorporados de manera consecutiva, en la medida en que acudían a sus controles médicos mensuales de rutina. Los datos pertinentes a la investigación fueron obtenidos en un instrumento de recolección de datos diseñado para tal fin (Anexo 2). Los datos sociodemográficos y epidemiológicos al igual que los relacionados a la presencia de síntomas, el número de linfocitos TCD4 y carga viral VIH, fueron obtenidos mediante la revisión de historias clínicas. Para establecer el grado de severidad de la infección por VIH se utilizaran marcadores clínicos (estadios de CDC de Atlanta, presencia de eventos diagnósticos definitorios de SIDA) y biológicos (recuento de linfocitos TCD4 en sangre periférica) (20).

### **Instrumentos de Investigación**

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a Salud en VIH: WHOQOL-HIV Bref.

La calidad de vida relacionada a salud se evaluó, utilizando el Instrumento Corto sobre Calidad de Vida desarrollado por la Organización Mundial de la Salud específicamente para pacientes infectados con VIH (WHOQOL HIV-Bref, por sus siglas en inglés) (21), el cual ha sido ampliamente validado (14). El cuestionario WHOQOL HIV-Bref consiste en 31 ítems; cada uno de ellos usa una escala de cinco puntos tipo Likert. (Anexo 3). Este es un test multidimensional y auto-administrado, el cual permite precisar la percepción de la calidad de vida en general del encuestado, en las últimas 2 semanas, mediante la evaluación de 6 dominios, el dominio físico; el psicológico; el dominio nivel de independencia; el de relaciones sociales; el ambiental y el dominio de la espiritualidad, religión y creencias personales (ERCP). Dos de estos 31 ítems se evalúan separadamente; uno interroga acerca de la

percepción general de la salud y el otro sobre la calidad de vida global del individuo (15).

Dentro del dominio físico se describen 4 facetas: el dolor y el malestar; la energía y la fatiga; el dormir y descansar y los síntomas relacionados con el VIH. El dominio psicológico mide cinco aspectos: los sentimientos positivos; el pensar, aprender, la memoria y la concentración; el autoestima; la imagen corporal y la apariencia y los sentimientos negativos. El dominio nivel de independencia describe 4 aspectos: movilidad; actividades de la vida diaria; la dependencia a la medicación o del tratamiento y la capacidad de trabajo. El dominio relaciones sociales describe 4 facetas: relaciones personales; el apoyo social; la actividad sexual y la inclusión social. El dominio ambiental evalúa 8 aspectos: la seguridad física y seguro de salud; el ambiente familiar; los recursos financieros; los cuidados de salud y social (la accesibilidad y calidad); las oportunidades de adquirir nueva información y habilidades; la participación y oportunidades de recreación y ocio; el ambiente físico (contaminación, tráfico, clima y ruido) y transporte. El dominio de espiritualidad, religión y las creencias personales (ERCP), detalla cuatro facetas: las creencias personales; el perdón y culpa; la preocupación por el futuro y la muerte y el morir (15) (Anexo 4).

Cada ítem fue valorado sobre una escala de 5 puntos de Likert, donde 1 indica puntuación baja, percepción negativa y 5 indica puntuación alta, percepción positiva. (22). Los ítems (facetas) enunciados negativamente, fueron recodificados, las puntuaciones de 5 se recodificaron a 1 y así sucesivamente (23). Las puntuaciones de cada dominio se obtuvieron sumando las medias de las facetas del dominio respectivo, divididos por el número de facetas en ese dominio, y multiplicado por 4, de tal manera que las puntuaciones varíen de 4 (la peor puntuación de calidad de vida posible) a 20 (mejor calidad de vida posible). Y las puntuaciones más altas indican mejor calidad de vida. Para la interpretación de los resultados: las puntuaciones enmarcadas entre 4 a 9.9 puntos fueron consideradas como bajo nivel de calidad de vida; entre 10 -14.9 como calidad de vida intermedia y entre 15 – 20

como calidad de vida de nivel alto (15). En este estudio la consistencia del instrumento fue de 0,88; estimada usando el índice alfa de Cronbach, lo cual permite establecer que el instrumento es confiable.

#### Cuestionario para evaluar Depresión (CES-D-10)

La presencia de depresión se evaluó mediante la aplicación del test corto de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, de sus siglas en inglés) acortada y validada a 10 ítems (CES-D-10). (24) (Anexo 5). Esta es una escala auto-administrada, diseñada para medir síntomas asociados con depresión en los últimos 7 días, con énfasis en el componente afectivo. Ha sido extensamente aplicada y validada en estudios basados en poblaciones (25), en muestras clínicas (26) y en personas con VIH (24,27,28), entre otros. En relación a la puntuación e interpretación, cada uno de los 10 ítems tiene cuatro opciones de respuesta: 0: Nunca o Rara vez (menos de 1 día); 1 Alguna o pocas veces (1 o 2 días a la semana); 2 Ocasionalmente o una cantidad moderada de veces (3 o 4 días) y 3 La mayoría del tiempo o todo el tiempo (5 a 7 días). La puntuación de cada respuesta va de 0 a 3 sobre la escala de frecuencia con que ocurren los síntomas la última semana; (Anexo 5); siendo los posibles rangos de puntuación de 0 a 30. Se tomara como resultado la puntuación simple total (25). Una puntuación mayor o igual a 10 se tomara como punto de corte (cut off) que indicara que el paciente tiene síntomas significativos de depresión. Puntuaciones más altas indican más síntomas (29).

#### **Técnicas de análisis estadístico**

Los datos fueron recogidos en una base de datos generada en Microsoft Excel y cargada en el programa Statistica for Windows edición 1999 para el análisis. Las estadísticas descriptivas tales como media y desviación estándar se utilizaron para resumir las puntuaciones de la calidad de vida. La media para cada una de las respuestas de las 31 preguntas que componen la encuesta para los 6 dominios; se utilizó para calcular el valor de cada dominio y posteriormente transformados a una

escala 4 a 20 utilizando la formula Valor Transformado = (Valor del dominio/número de preguntas para el dominio) x 4. La prueba T de Student se utilizó para el análisis de las diferencias estadísticas entre los valores obtenidos para las diferentes variables. El nivel de significación estadística fue establecido a  $p < 0,05$ .

## Resultados

En el presente estudio se evaluaron 70 pacientes infectados con VIH, con una edad promedio de  $43,36 \pm 10,24$  años, (rango de 23-74 años), 67% fueron masculinos y más de la mitad de los infectados fueron solteros. El 47% refirió tener un nivel de instrucción secundaria. En cuanto a la profesión u ocupación, se clasificaron en 3 grupos, grupo 1: constituidos por desempleados y oficio del hogar (n=14); grupo 2: obreros, comerciantes, estilistas y peluqueros (n=44) y el grupo 3: técnicos y universitarios (n=12); como se aprecia la mayor proporción de pacientes se encontró en el grupo 2 (62,85%). Las características sociodemográficas se presentan en la Tabla # 1. El grupo control estuvo representado por 70 individuos sanos, de las mismas edades y sexo de los pacientes, acompañantes de pacientes en las distintas consultas de la URIC de la CHET con características sociodemográficas similares.

**Tabla # 1. Distribución según características sociodemográficas de los pacientes infectados con VIH. (n=70)**

Variable		F	FR (%)
<b>Sexo</b>	Masculino	47	67,14
	Femenino	23	32,86
<b>Edad</b>	20-29	6	8,57
	30-39	19	27,14
	40-49	25	28,35
	>50	20	28,57
<b>Estado civil</b>	Soltero	41	58,57
	Casado	10	14,29
	Divorciado	3	4,29
	Separado	2	2,86
	Viudo	2	2,86
	Concubino	12	17,14
<b>Nivel de educación</b>	Ninguno	5	7,14
	Primaria	14	20
	Secundaria	33	47,14
	Universitario	18	25,71

Fuente: Base de datos. Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con VIH de la Unidad de Inmunología Clínica de la CHET. Agosto-Octubre 2012.

En la Tabla # 2, se aprecia la distribución de los pacientes según características relacionadas a la infección por VIH. Nótese que casi todos los pacientes (98,57%) adquirieron la infección vía contacto sexual, refiriendo ser heterosexuales en el 62,86% de los casos, homosexual 24,29% y bisexual 12,86%. Más de la mitad de los infectados (62,86%) se encontraban asintomáticos al momento de ingresar al estudio. Sesenta y cuatro por ciento tenían más de 5 años de diagnóstico (promedio  $6,84 \pm 4,35$ ; rango: 1 – 17 años) y 37,14% presento un número de linfocitos TCD4 por encima de 500 células/mm<sup>3</sup>. El valor promedio de los linfocitos TCD4 fue de  $515,23 \pm 361,59$  (rango 29 - 2000) y de la carga viral VIH  $11.164,87 \pm 39.603,57$  (rango 0 – 261.910 copias de VIH/ml de plasma). De los 70 pacientes, 63 (90%) recibían tratamiento antirretroviral y un 31,40% por más de 7 años.

**Tabla # 2. Distribución de pacientes según características relacionadas al VIH.**

<b>Característica</b>	<b>Categoría</b>	<b>F</b>	<b>FR (%)</b>
<b>Factor de riesgo</b>	Sexual	69	98,57
	Transmisión vertical	1	1,43
<b>Clínica</b>	Asintomático	44	62,86
	Sintomático	20	28,57
	SIDA	6	8,57
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	0-1 año	11	15,71
	1-5 años	14	20,00
	> 5 años	45	64,29
<b>Linfocitos TCD4</b>	<200	10	14,29
	200-350	22	31,43
	350-500	12	17,14
	>500	26	37,14
<b>Carga viral VIH</b>	Indetectable	38	54,29
	Detectable	32	45,71

Fuente: Base de datos. Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con VIH de la Unidad de Inmunología Clínica de la CHET. Agosto-Octubre 2012.

Setenta y uno por ciento de los pacientes infectados, tenían síntomas de depresión comparado con el 18,57% de los controles sanos. (Datos no mostrados en tablas).

La distribución de pacientes y controles, según la puntuación de la percepción global de calidad de vida y de salud general, y de los 6 dominios del cuestionario de calidad de vida, se muestra en la Tabla # 3. Obsérvese que en los dominios físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y ambiental así como en las percepciones de calidad de vida y salud en general, el grupo control mostro mejor calidad de vida (puntuaciones más altas) que el grupo de pacientes infectados y estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Sin embargo es de resaltar que el promedio de las puntuaciones de los distintos ítems del cuestionario de CVRS de los pacientes se ubicó entre  $13,8 \pm 2,68$  la más baja (dominio ambiental) y  $16,48 \pm 3,71$  la más alta (dominio espiritualidad, religión y creencias personales), enmarcándose en niveles de intermedios a altos de CVRS.

La puntuación promedio más alta en los pacientes se observó en el dominio espiritual, seguido por el dominio físico y el dominio nivel de independencia. Las más bajas se observaron en el dominio ambiental y de relaciones sociales.

**Tabla # 3. Distribución de pacientes y controles según puntuación de la percepción global de calidad de vida, salud general y dominios del cuestionario de CVRS. (n=70)**

Dominios de CVRS	Pacientes (Media $\pm$ DE)	Controles (Media $\pm$ DE)	p
Físico	15,73 $\pm$ 2,89	17,00 $\pm$ 1,94	0,0013*
Psicológico	14,94 $\pm$ 2,53	16,09 $\pm$ 1,83	0,0012*
Nivel de independencia	15,45 $\pm$ 2,88	17,42 $\pm$ 2,55	0,0000*
Relaciones sociales	14,70 $\pm$ 3,68	16,72 $\pm$ 2,48	0,0001*
Ambiental	13,80 $\pm$ 2,68	14,54 $\pm$ 2,44	0,0449*
Espiritualidad	16,48 $\pm$ 3,71	13,23 $\pm$ 2,44	0,0000*
Percepción global de CVRS	15,60 $\pm$ 0,73	17,36 $\pm$ 0,61	0,0000*
Percepción general de salud	15,16 $\pm$ 0,93	16,80 $\pm$ 0,71	0,0000*

$p < 0.05^*$

Fuente: Base de datos. Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con VIH de la Unidad de Inmunología Clínica de la CHET. Agosto-Octubre 2012.

En la Tabla # 4 se observa la distribución de los pacientes según la puntuación de CVRS en los diferentes dominios de acuerdo a las características sociodemográficas.

En cuanto al género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y ERCP. En el dominio ambiental, los pacientes masculinos presentaron puntuaciones más altas que los femeninos y esa diferencia es estadísticamente significativa ( $p=0,0341$ ). Al comparar las puntuaciones de los distintos dominios del grupo etario 20-29 años con el grupo mayor de 50 años, no se encontró diferencia estadísticamente significativa para ninguno de los dominios. Los pacientes, quienes refirieron no haber recibido ningún tipo de instrucción académica, alcanzaron las puntuaciones más bajas en todos los dominios y al comparar las puntuaciones de este grupo con el de nivel universitario se encontró diferencias estadísticamente significativas en los dominios psicológico ( $p=0,0086$ ); nivel de independencia ( $p=0,0392$ ); relaciones sociales ( $p=0,0191$ ) y dominio ambiental ( $p=0,0003$ ).

**Tabla # 4. Distribución según la relación de los dominios con las características sociodemográficas.**

Variables		Físico	Psicológico	Nivel de	Relaciones	Ambiental	Espiritual
		Media (DE)	Media (DE)	independencia	sociales	Media (DE)	Media (DE)
				Media (DE)	Media (DE)		
<b>Sexo</b>	M	16,04(2,77)	14,92(2,71)	15,60(2,62)	15,04(3,66)	14,19(2,53)	16,42(3,25)
	F	15,06(2,97)	14,99(2,16)	15,06(3,31)	13,99(3,56)	12,97(2,70)	16,58(4,59)
	p	0,0895	0,4571	0,2304	0,1297	0,0341*	0,4334
<b>Edad</b>	20-29	16,17(2,14)	16,13(2,55)	16,50(2,00)	16,17(3,13)	13,92(2,35)	15,67(3,41)
	30-39	15,40(3,43)	14,36(2,04)	14,84(2,03)	14,25(3,56)	12,81(3,19)	15,45(3,60)
	40-49	16,00(2,75)	14,80(3,27)	15,44(3,47)	14,05(4,34)	13,69(2,59)	16,72(4,43)
	>50	15,55(2,76)	15,32(1,75)	15,62(2,91)	15,82(2,93)	14,78(1,88)	17,39(2,74)
<b>Nivel de</b>	N	13,40(2,79)	11,68(2,69)	13,00(1,67)	11,20(2,86)	10,48(2,49)	14,80(3,63)
	P	16,29(2,43)	14,46(2,73)	14,94(3,18)	14,11(4,59)	14,07(2,74)	17,82(3,76)
<b>Instrucción</b>	S	15,72(3,01)	15,61(2,07)	15,83(2,52)	15,28(3,26)	13,79(2,72)	16,34(3,82)
	U	15,94(2,90)	15,02(2,52)	15,72(3,13)	15,11(3,63)	14,47(1,83)	16,19(3,47)

**p<0.05\*** N: ninguno; P: primaria; S: secundaria; U: universitaria

Fuente: Base de datos de la investigación. Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con VIH de la Unidad de Inmunología Clínica de la CHET. Agosto-Octubre 2012.

La distribución de la puntuación de los 6 dominios de CVRS de los pacientes según las características relacionadas con la infección por VIH se aprecia en la Tabla # 5. Para el análisis estadístico de CVRS en la variable condición clínica, los pacientes sintomáticos no SIDA y sintomáticos SIDA, se reagruparon bajo la denominación general de sintomáticos, para compararlos con los asintomáticos. Aunque los pacientes sintomáticos mostraron puntuaciones menores en 5 dominios (físico, psicológico, social, ambiental y ERCP), en relación a los asintomáticos, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En cuanto a los años de diagnóstico, al comparar las puntuaciones de los seis dominios, el grupo 1 (0-1año) obtuvo mayores puntuaciones en los dominios psicológico, nivel de independencia y relaciones sociales que el grupo 3 (>5años), ( $p=0,0276$ ,  $p=0,0202$  y  $p=0,0429$  respectivamente) y estas diferencias son estadísticamente significativa ( $p<0.05$ ). En esa misma Tabla, también se expone las puntuaciones de cada dominio según el número de linfocitos TCD4 de los pacientes. Al comparar las puntuaciones de cada dominio entre los grupos menor de 200 y mayor de 500 linfocitos TCD4, solo en el dominio físico, se observaron puntuaciones más altas en el grupo mayor de 500 ( $17,77 \pm 2,47$ ) versus del grupo menor a 200 ( $15,59 \pm 3,77$ ) siendo esta una diferencia con significancia estadística.

Al observar las puntuaciones de los dominios de acuerdo a si el paciente recibe o no tratamiento antirretroviral, en la Tabla # 5 se muestra calificaciones más altas en el dominio nivel de independencia en el grupo no recibe, siendo esta una diferencia estadísticamente significativa.



**Tabla # 5. Distribución de la puntuación de los 6 dominios de CVRS de acuerdo a las características relacionadas con la infección por VIH.**

Variables	Físico	Psicológico	N. independencia	R Sociales	Ambiental	Espiritual
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
<b>Condición clínica</b>						
Asintomático	16,11(2,52)	15,34(2,22)	15,64(2,93)	15,07(3,70)	14,03(2,69)	16,88(3,85)
Sintomático	15,06(3,30)	14,28(2,92)	16,06(2,75)	14,09(3,59)	13,39(2,63)	15,80(3,42)
p	0,0693	0,0456	0,2777	0,1414	0,1678	0,1209
<b>Años de diagnóstico</b>						
0-1años	16,55(2,25)	16,29(1,57)	16,84(2,27)	17,18(2,79)	15,23(1,37)	15,82(3,56)
1-5años	15,15(3,88)	14,46(3,10)	15,00(3,06)	13,05(2,71)	12,94(2,53)	15,60(3,25)
+5años	15,69(2,64)	14,76(2,46)	15,21(2,87)	14,60(3,82)	13,71(2,82)	16,90(3,85)
<b>TCD4</b>						
<200	15,59(3,77)	16,32(1,65)	16,53(2,45)	15,90(2,08)	14,63(1,07)	16,59(3,04)
200 – 350	15,77(2,99)	15,09(2,85)	15,65(2,78)	14,39(3,83)	13,76(2,83)	16,89(4,05)
350 – 500	16,67(2,99)	13,33(2,40)	13,67(2,66)	12,25(3,25)	12,82(2,99)	15,94(4,69)
>500	17,77(2,47)	15,04(2,71)	15,64(3,12)	15,62(3,74)	13,95(2,74)	16,37(3,27)
<b>Tratamiento ARV</b>						
Recibe	15,66(2,98)	14,90(2,57)	15,21(2,87)	14,52(3,70)	13,72(2,67)	16,72(3,63)
No recibe	16,29(1,80)	15,31(2,28)	17,29(1,62)	16,29(3,15)	14,49(2,81)	14,21(3,34)
p	0.2934	0.3431	0.0324*	0.1142	0.2369	0.0425*
<b>Duración del tratamiento</b>						
0-2 años	14,41(3,83)	15,26(3,29)	14,54(3,04)	13,91(3,75)	13,41(2,96)	15,05(4,32)
2-4años	15,33(3,31)	14,67(1,65)	15,54(2,60)	14,56(3,00)	14,17(1,48)	17,28(3,03)
4-7años	16,42(2,27)	14,53(2,52)	15,21(2,63)	14,77(4,02)	13,53(3,37)	17,38(2,73)
>7años	15,27(2,86)	15,11(2,57)	15,48(3,20)	14,65(3,84)	13,87(2,25)	16,90(3,82)

**p<0.05\*** Fuente: Base de datos. Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con VIH de la Unidad de Inmunología Clínica de la CHET. Agosto-Octubre 2012.

La Tabla # 6 expone la distribución de la puntuación de los dominios de los pacientes infectados de acuerdo a si presentan o no síntomas de depresión. Nótese que los pacientes deprimidos, muestran menores puntuaciones en todos los dominios de

CVRS que los pacientes sin síntomas depresivos y en todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Tabla # 6. Distribución según relación de los dominios con depresión.**

<b>Dominios</b>	<b>Presencia de depresión Media (DE)</b>	<b>Ausencia de depresión Media (DE)</b>	<b>p</b>
<b>Físico</b>	15,09 (2,94)	17,30 (1,92)	0,0014*
<b>Psicológico</b>	14,43 (2,70)	16,24 (1,53)	0,0032*
<b>Nivel de independencia</b>	14,90 (2,87)	16,78 (2,41)	0,0059*
<b>Relaciones sociales</b>	14,17 (3,91)	16,00 (2,41)	0,0279*
<b>Ambiental</b>	13,33 (2,85)	14,96 (1,69)	0,0098*
<b>Espiritualidad</b>	15,75 (3,91)	18,29 (2,09)	0,0039*

\* $p < 0.05$  Fuente: Base de datos de la investigación. Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con VIH de la Unidad de Inmunología Clínica de la CHET. Agosto-Octubre 2012.

## Discusión

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción del individuo sobre su vida, el lugar que ocupa en su contexto cultural y sistema de valores, las relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios, y preocupaciones; todo ello permeado por las actividades diarias, salud física, estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales (11). Aunque este concepto fue considerado durante años, como ambiguo para ser medido de manera confiable con algún instrumento, el cuestionario de calidad de vida relacionada a salud de la OMS para VIH en su versión corta, WHOQOL-HIV Bref, ha demostrado que la calidad de vida puede ser conceptualizada, definida y medida de manera uniforme entre las culturas (30). Este ha sido recientemente avalado para su uso en estudios clínicos multinacionales y en la práctica clínica, además esta versión del cuestionario tiene un valor incalculable en las consultas de hospitales con un alto volumen de pacientes (23).

En la presente investigación, se evaluó la CVRS en 70 pacientes con VIH de la URIC de la CHET aplicando el cuestionario WHOQOL-HIV Bref y se encontró que la puntuación promedio de calidad de vida más alta correspondió al dominio espiritual, religión y creencias personales (ERCP), hallazgo similar a los reportados en los estudios de Odili y colaboradores y de Fatiregun y colaboradores (30,31). Esto podría ser atribuido al hecho de que las personas generalmente tienden a ser más espirituales y religiosas cuando confrontan situaciones de adversidad (30). La asistencia de los individuos que viven con VIH/SIDA requiere la atención de la persona como un todo. El holismo involucra el entendimiento de las relaciones entre las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. La integración de cuerpo, mente y espíritu en individuos saludables conduce a una vida sana y balanceada. Entre las personas que viven con VIH, la espiritualidad acoplada con el bienestar psicológico y social de una manera integral puede prolongar o aumentar la calidad de vida (32).

En concordancia con los hallazgos de Fatiregun y colaboradores y Odili y colaboradores, en el estudio actual, el dominio ambiental tuvo el promedio más bajo de puntuación de calidad de vida (30,31). Si tomamos en cuenta, que el dominio ambiental incluye la evaluación de la seguridad física, el ambiente familiar, los recursos financieros, los cuidados de salud y social, tanto accesibilidad como calidad, el ambiente físico y transporte, entre otras, esto pudiera estar relacionado a las precarias condiciones sanitarias, al problema de la inseguridad, de pobreza, a los bajos salarios y a los problemas familiares de la vida real a los que se enfrentan los pacientes con VIH. En los pacientes de esta casuística, las dificultades al acceso óptimo de los servicios de salud, en lo que se refiere a la escasez e intermitencia de los reactivos para las pruebas de laboratorios requeridas para su seguimiento, así como la dotación de las drogas antirretrovirales en el estado Carabobo; quizá tenga incidencia en la calidad de vida de los mismos (33).

Un resultado interesante, no sorprendente, identificado en el presente estudio, fue el hallazgo que mujeres venezolanas infectadas con VIH presenten puntuaciones en el dominio ambiental más bajas que los hombres ( $p=0.0351$ ). Esta menor calidad de

vida en ese dominio, pudiera estar asociada, a la desigualdad de géneros en términos de peores condiciones económicas, de oportunidades de empleo, de acceso a los servicios de salud, dependencia emocional de la pareja, entre otros (34). En cambio en China, en un estudio utilizando el mismo cuestionario, realizado por Xiaoyan y colaboradores, las mujeres presentaron puntuaciones más bajas que los hombres en los dominios psicológico ( $p=0,028$ ) y espiritual ( $p=0,009$ ) (35).

En años recientes, se demostró el impacto del nivel de instrucción en la calidad de vida de los infectados con VIH. En los pacientes con un nivel de instrucción universitario, hubo puntuaciones de CVRS significativamente más alta en todos los dominios excepto en el dominio ERCP (30); esto concuerda con los resultados del estudio actual donde se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del nivel universitario sobre el grupo de personas sin instrucción académica, en la mayoría de los dominios, excepto en el ERCP y físico.

En cuanto a la condición clínica, a pesar de que en la investigación actual, los pacientes sintomáticos mostraron menos puntuaciones de calidad de vida en los dominios físico, psicológico, relaciones sociales, ambiental y ERCP, que los asintomáticos, estas no tuvieron significancia estadística; a diferencia de lo reportado por Odili y colaboradores, quienes encontraron diferencias significativas en los resultados de las puntuaciones más altas en los pacientes asintomáticos en relación a los sintomáticos en todos los dominios (30). Es de resaltar, la diferencia estadísticamente significativa encontrada entre las puntuaciones del dominio nivel de independencia más alta entre los pacientes que no reciben tratamiento antirretroviral comparada con los que reciben, esto podría deberse a la independencia que disfrutaban al no tener que cambiar estilos de vida, a la facilidad de movimiento sin estar pendientes de tomas de medicamentos, ni la alteración en la capacidad de trabajo.

La presencia de depresión en pacientes con VIH, ha sido consistentemente asociada a comportamientos negativos relacionados a este virus, particularmente pobre

adherencia a los regímenes de tratamiento, un aspecto crítico en los cuidados de VIH ya que el tratamiento ARV juega un rol fundamental en suprimir la carga viral (36). Un altísimo porcentaje de pacientes de esta investigación, presentaron síntomas depresivos (71,43%), y esto impacta de manera negativa la calidad de vida de los pacientes en todos los dominios del cuestionario de calidad de vida relacionada a salud WHOQOL-HIV Bref. (Tabla # 6)

## **Conclusiones y Recomendaciones**

Una vez finalizado el estudio, se puede concluir que la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes adultos infectados con VIH de la URIC de la CHET durante el periodo Agosto-October 2012, presentaron niveles intermedios a altos de calidad de vida, aunque más bajos que el grupo control.

Desde el punto de visto sociodemográfico, se caracterizan por ser masculinos, con una edad promedio entre 43 años, en su mayoría con nivel de instrucción secundaria y universitaria, y por haber adquirido la infección vía contacto sexual. Una mayor proporción de ellos, asintomáticos, y con síntomas depresivos, con un valor promedio de linfocitos TCD4 de  $515/\text{mm}^3$  y un tiempo de diagnóstico de más de 5 años.

La puntuación más alta de CVRS se observó en el dominio espiritual, religión y creencias personales y la más baja en el dominio ambiental. Los pacientes infectados sintomáticos mostraron menores puntuaciones de calidad de vida que los asintomáticos, pero sin alcanzar significancia estadística. Se evidencio que las mujeres tienen menor calidad de vida que los hombres en el dominio ambiental y que los pacientes con nivel universitario tienen mejor calidad de vida que los que no tienen instrucción académica. Además se observó que un número de linfocitos TCD4 por encima de  $500/\text{mm}^3$  produce mejores puntuaciones en el dominio físico. Y la presencia de depresión impacta negativamente la calidad de vida. De igual manera se encontró que el estar infectado y no tener indicación médica de tratamiento

antirretroviral produce altos niveles de calidad de vida en el dominio nivel de independencia.

Se recomienda mantener el manejo clínico, biológico de los pacientes infectados con VIH de la URIC, para continuar con niveles altos de calidad de vida en el dominio físico. Además de estimular su capacidad de trabajo e independencia y apoyar en un sentido amplio, el desarrollo de su espiritualidad.

Del mismo modo se debe incentivar los aspectos psicológicos mediante el desarrollo de la autoestima, ayudar en el manejo de la imagen corporal y los sentimientos positivos y negativos; al igual que promocionar el apoyo familiar y la incorporación de los pacientes a programas de inclusión social. Se recomienda al estado venezolano reforzar los programas de seguridad nacional, la promoción de empleos, mejorar la calidad y accesibilidad a los servicios de salud, ambiente físico y transporte. Con lo cual mejoraría a niveles más altos el nivel actual del dominio ambiental.

Finalmente, se recomienda implementar en todas las consultas donde se manejen pacientes con VIH la evaluación de la calidad de vida para así evaluar al paciente de una manera integral. Dar a conocer los resultados de esta investigación a las instituciones de salud encargadas de elaborar programas sanitarios dirigidos al conocimiento y al diagnóstico oportuno y manejo de las alteraciones en los distintos aspectos que engloban la calidad de vida.

Continuar esta línea de investigación para aumentar la casuística, mantener el seguimiento de estos casos, iniciar el tratamiento de depresión en los casos indicados y propiciar estudios multicentricos para conocer y comparar la calidad de vida de los pacientes infectados con VIH de las distintas consultas en Venezuela.

## Referencias Bibliográficas

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV/AIDS report: epidemic update and health sector progress towards universal access. 2011. Geneva UNAIDS 2011.
2. Montero L. Programa Nacional VIH/SIDA. Política del Estado Venezolano para Combatir el VIH/SIDA. (revista en internet) septiembre 2010. (acceso 22 de octubre de 2012). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com>.
3. Torres A, Quintero V, Flores M. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y SIDA en el Estado Carabobo. En Lopez J, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Vol II. Caracas: Editorial Ateproca. 43-46. 2006.
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Base de Datos y Referencia para una Estrategia basada en la evidencia. Caracas: Plan de MPPS. Mayo 2011.
5. Gorman A, Foley J, Ettenhofer M, Hinkin CH, van Gorp W. Functional Consequences of HIV-Associated Neuropsychological Impairment. *Neuropsychol Rev.* 2009 June; 19(2): 186–203.
6. Egger M, Junghans C, Friis-Moller N, Lundgren J. Highly active antiretroviral therapy and coronary heart disease: the need for perspective. *AIDS* 2001, 15 (supple 5):S193-S201
7. Larder B- Mechanims of HIV-1 drug resistance. *AIDS* 2001, 15 (suppl 5): S27-34.
8. United Stated Agency Internacional development from American people (USAID). Breaking the cycle: Stigma, discrimination, internal stigma and HIV. Washington. Policy 2000.
9. WHOQoL HIV group. Initial steps to developing the World Health Organization Quality of life instrument (WHOQoL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS care* 2003; 15:347-57.
10. Office of the United Nation High Commissioner for Human Right. Geneva, Switzerland. Human Right 56 sem. 1994 Cap XL E/CN.4/1994/132.
11. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. ¿Qué calidad de vida?. Foro Mundial de la Salud Rev Inter Desar Sanit 1996; 17: 385-387.

12. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm.* 2003; 9: 9-21.
13. Melguizo M. 2002. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria* 30(3):143-149.
14. Fang C, Hsiung P, Yu C, Chen M, Wang J. Validation of the World Health Organization quality of life instrument in patients with HIV infection. Qual Life Res. 2002 Dec; 11(8):753-62.
15. Imam MH, Karim MR, Ferdous C, Akhter S. Health related quality of life among the people living with HIV. *Bangladesh Med Res Counc Bull* 2011; 37: 1-6.
16. Folasire O, Irabor A, Folasire A. Quality of life of People living with HIV and AIDS attending the Antiretroviral Clinic, University College Hospital, Nigeria. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2012; 4(1) 294-302.
17. Nirmal B, Divya K, Dorairaj V, Venkateswaran K. Quality of life in HIV/AIDS patients: A cross-sectional study in south India. *Indian J Sex Transm Dis* 2008; 29:15-7.
18. Sabino C. La investigacion Cientifica. En: Arias F. El Proyecto de Investigacion. Introduccion a la metodologia cientifica. Caracas: Editorial Episteme, C.A; 2006 p. 21-36.
19. Hernández B. Encuestas transversales. En: Hernández M. Epidemiologia. Diseño y análisis de estudios. Caracas: editorial medica Panamericana; 2007 p. 191-211.
20. CDC 1993 Revised certification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41: 1 – 19.
21. WHOQOL HIV Group. (2004). WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. *AIDS Care* 16, 882-889.
22. Anand D, Puri S, Mathew M. Assessment of quality of life of HIV-Positive people receiving art: An indian perspective. *Indian J Community Med* 2012; 37:165-9



23. O'Connell K, Skevington S. An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS Behav* 2012; 16:452-460.
24. Zhang W, O'Brien N, Forrest J, Salters K, Patterson Th, Montaner J, et al. Validating a shortened depression scale (10 items CES-D) among HIV-Positive people in British Columbia, Canada. *Plos ONE*. 2012; 7(7): e40793.
25. Randloff L. The CES-D Scale: a self –report depression scale for research in the general populations. *Appl Psycholog measure*. 1977; 1:385-401.
26. Myers J. Use of self - report symptom scale to detect depression in a community sample. *Am J Psychiatry*, 1980; 137: 1081-1084.
27. Lyketsos C, Hoover D, Guccione M. Depressive symptom as predictor of medical outcome in HIV infection. *JAMA* 1993; 270: 2563-2567.
28. Ickovics J. Mortality, CD4 Cell count, decline and Depressive symptom among HIV Seropositive women. Longitudinal Analysis from the HIV Epidemiology research Study. *JAMA* 200; 1 285, (11):1466-1474.
29. Andresen, EM Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D. *American Journal of Preventive Medicine* 1994; 10(2):77.
30. Odili V, Ikhurionan I, Usifoh S, Oparah A. Determinants of quality of life in HIV/AIDS patients. *West African Journal of Pharmacy* 2011; 22(1): 42-48.
31. Fatiregun A, Mofolorunsho C, Osagbemi K. Quality of life of people living with HIV/AIDS in Kogi State, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*. 2009; 11(1):21-27.
32. Tuck I, McCain N, Elswick R. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurse*. 2001 march; 33(6):776-783.
33. Pabón D. Escasez de antirretrovirales afecta a unos 600 pacientes en Carabobo. [sede Web]. Carabobo: El-carabobeño.com [actualizada el 19 de noviembre de 2011, 21 de Octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.el-carabobeno.com>.

34. Gaspar J, Reis R, Pereira F, Neves L, Castrighini C, Gir E. Quality of Life in women with HIV /AIDS in a municipality in the State of Sao Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1): 225-31.
35. Xiaoyan X, Kondo M, Quality of life and related factors among people living with HIV in China. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2011; 3:513-520.
36. Gaynes B, Pence B, Atashili J, O'Donnell J, Kats D, et al. Prevalence and Predictors of Major Depression in HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Bamenda, a Semi-Urban Center in Cameroon. *PLoS ONE* 2012; 7(7):e41699.

**Anexo 1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Valencia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Por medio de la presente doy mi consentimiento a participar de manera voluntaria en el estudio sobre **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD EN PACIENTES CON INFECCION CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA MANEJADOS EN LA UNIDAD DE INMUNOLOGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA**, 2012, del cual he sido ampliamente informado. Acepto condicionado al respeto, a la confidencialidad de los datos aportados por mi persona, los cuales solo serán utilizados para el presente estudio.

Firmas

Acepto libremente participar en este estudio

\_\_\_\_\_  
Participante en el estudio  
(Firma y Nombre impreso)

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Subinvestigador  
(Firma y Nombre impreso)

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo  
(Firma y Nombre impreso)

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección de testigo

**Anexo 2**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**  
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON INFECCION CON VIH**  
**UNIDAD DE INMUNOLOGIA CHET 2012**

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

N° de Caso: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil: 1. Soltero\_\_\_\_ 2. Casado\_\_\_\_ 3. Divorciado\_\_\_\_ 4. Separado\_\_\_\_ 5. Viudo\_\_\_\_ 6. Concubino\_\_\_\_ Profesión/Ocupación: \_\_\_\_\_ Nivel de Instrucción: Ninguna\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Universitaria\_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

Factor de Riesgo: 1. Sexual\_\_\_\_ 2. Transfusion\_\_\_\_ 3. Drogas IV\_\_ 4. Ocupacional\_\_\_\_ 5. Desconocido\_\_\_\_ 6. Otros\_\_\_\_\_

Conducta Sexual: 1 Heterosexual: \_\_\_\_ 2 Homosexual: \_\_\_\_ 3 Bisexual\_\_\_\_ 4 No Refiere\_\_\_\_

**CONDICION CLINICA**

1. Asintomático\_\_\_\_ 2. Sintomático/No SIDA\_\_\_\_ 3. Sintomático/SIDA\_\_\_\_ 4) Sintomáticos total (2+3):\_\_\_\_\_

¿Está Deprimido? 1. SI\_\_\_\_ 2. NO\_\_\_\_ Puntuación: \_\_\_\_\_

**NUMERO DE LINFOCITOS TCD4** \_\_\_\_\_ A.1 1) <200 2) 200-499\_\_\_\_ 3) >500\_\_\_\_ TCD4 Categorizado: 1) <200\_\_\_\_ 2) 200-350\_\_\_\_ 3) 350-500:\_\_\_\_ 4) >500:\_\_\_\_\_

**CATEGORIA CLINICA** AI\_\_ AII\_\_ AIII\_\_ BI\_\_ BII\_\_ BIII\_\_ CI\_\_ CII\_\_ CIII\_\_

**CARGA VIRAL VIH:** \_\_\_\_\_ 1. Indetectable\_\_\_\_\_ 2. Detectable\_\_\_\_\_

**AÑOS DE DIAGNOSTICO:** Categoría: 1) 0-1año\_\_\_\_ 2) 1-5años\_\_\_\_ 3) >5años\_\_\_\_

**RECIBE TRATAMIENTO:** 1. SI\_\_\_\_ 2. NO\_\_\_\_ De Ser No: SIN INDICACION\_\_\_\_ EN ESPERA DE TTO:\_\_\_\_\_

**DURACION DEL TRATAMIENTO:** Categoría 1) 0-2 Años\_\_\_\_ 2) 2-4 años\_\_\_\_ 3) 4-7 años\_\_\_\_ 4) >7AÑOS\_\_\_\_

**EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL:** Es 1° Esquema\_\_\_\_ 2° Esquema\_\_\_\_ 3° Esquema\_\_\_\_ Mas de 3 esquemas\_\_\_\_\_

**PUNTUACION CALIDAD DE VIDA** Dominio 1 ( ) \_\_\_\_\_ Dominio 2 ( ) \_\_\_\_\_ Dominio 3 ( ) \_\_\_\_\_ Dominio 4 ( ) \_\_\_\_\_ Dominio 5 ( ) \_\_\_\_\_ y Dominio 6 ( ) \_\_\_\_\_

## Anexo 3

### ENCUESTA CALIDAD DE VIDA WHOQOL-HIV Bref

**Por favor, subraye la respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:**

¿Cuál es su sexo? Masculino / Femenino

¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ años

¿Cuál es su nivel de instrucción? Primaria / Secundaria / Universitaria

¿Cuál es su estado civil? Soltero / Casado / Viviendo con pareja / Separado / Divorciado / Viudo

¿Cómo es su salud? Muy mala / Mala / Ni buena ni mala / Buena / Muy buena

¿Se considera enfermo actualmente? Si / No

Si existe algo malo con Usted, ¿Qué cree que sea? \_\_\_\_\_

**Por favor, responda las siguientes preguntas, si se aplican a Usted:**

¿Cuál es su estado VIH? Asintomático / Sintomático / Caso SIDA

¿En qué año dio positivo para VIH? \_\_\_\_\_

¿En qué año cree que fue infectado? \_\_\_\_\_

¿Cómo cree que fue infectado con VIH? Subraye solo una opción: Sexo con un hombre / Sexo con una mujer / Drogas endovenosas / Transfusión de sangre / Otro: \_\_\_\_\_

#### INTRUCCIONES

Esta encuesta desea conocer cómo se siente Usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida.

**Por favor, responda todas las preguntas.**

Si no está seguro cuál respuesta dar a la pregunta, por favor elija aquella que le parezca más apropiada. Esta puede ser frecuentemente su primera respuesta.

Por favor, tenga en mente sus valores, esperanzas, placeres y preocupaciones.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga una X en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.						
<b>1: Muy mal, 2: Mal, 3: Ni bien ni mal, 4: Bien, 5: Muy bien</b>						
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
<b>1: Muy insatisfecho, 2: Insatisfecho, 3: Ni satisfecho ni insatisfecho, 4: Satisfecho, 5: Muy satisfecho</b>						
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
<b>1: Nada, 2: Un poco, 3: Moderado, 4: Mucho, 5: Extremadamente</b>						
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto está limitado por cualquier problema físico relacionado con su infección VIH?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
6	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
7	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

8	¿Cuánto está afectado por personas que lo culpan de su condición VIH?					
9	¿Cuánto le teme al futuro?					
10	¿Cuánto le preocupa la muerte?					
11	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
12	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
13	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" Usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
<b>1: Nada, 2: Un poco, 3: Moderado, 4: Bastante, 5: Totalmente</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
15	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
16	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
17	¿Cuánto se siente aceptado por las personas que conoce?					
18	¿Cuán disponible es la información que necesita en su vida diaria?					
19	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades recreativas?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
<b>1: Muy insatisfecho, 2: Insatisfecho, 3: Ni satisfecho ni insatisfecho, 4: Satisfecho, 5: Muy satisfecho</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
21	¿Cuán satisfecho está con su dormir / sueño?					
22	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
23	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
24	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
25	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
26	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
27	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
28	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
29	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					
30	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
<b>1: Nunca, 2: Raramente, 3: Frecuentemente, 4: Muy frecuentemente, 5: Siempre</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
31	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Alguien lo ayudó a llenar esta encuesta? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le tomó llenarla? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún comentario?

\_\_\_\_\_

## Anexo 5

## **DESCRIPCIÓN DE LOS DOMINIOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-HIV BREF**

	<b>Preguntas</b>
<b>Dominio 1: Físico</b>	
- Dolor y Malestar	3
- Energía y Fatiga	14
- Dormir y Descansar	21
- Síntomas relacionados a VIH	4
<b>Dominio 2: Psicológico</b>	
- Sentimientos positivos	6
- Pensar, aprender, memoria y concentración	11
- Autoestima	24
- Imagen corporal y apariencia	15
- Sentimientos negativos	31
<b>Dominio 3: Nivel de Independencia</b>	
- Movilidad	20
- Actividades de la vida diaria	22
- Dependencia de medicamentos o del tratamiento	5
- Capacidad de trabajo	23
<b>Dominio 4: Relaciones Sociales</b>	
- Relaciones personales	25
- Apoyo social	27
- Actividad sexual	26
- Inclusión social	17
<b>Dominio 5: Ambiental</b>	
- Seguridad física y seguro de salud	12
- Ambiente familiar	13
- Recursos financieros	16
- Cuidados de salud y social: (Accesibilidad y Calidad)	29
- Oportunidad de adquirir nueva información y habilidades	18
	19
- Participación y oportunidad de recreación y ocio	28
	30
- Ambiente físico (contaminación, trafico, clima, ruido)	
- Transporte	
<b>Dominio 6: Espiritualidad, Religión y Creencias Personales</b>	
- ERCP	7
- Perdón y Culpa	8
- Preocupación acerca del futuro	9
- Muerte y morir	10
Calidad de Vida Global	1
Percepción general de Salud	2

## Anexo 4

### Encuesta de Depresión Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) En referencia a los últimos siete (7) días

<b>0 = Nunca o rara vez (menos de 1 día)</b> <b>1 = Alguna o pocas veces (1 o 2 días)</b> <b>2 = Ocasionalmente o una cantidad moderada de veces (3 a 4 días)</b> <b>3 = La mayoría del tiempo o todo el tiempo (5 a 7 días)</b>	0	1	2	3
Estuve molesto por cosas que normalmente no me afectan				
Presenté problemas en concentrarme en lo que estaba haciendo				
Me sentí deprimido				
Sentí que todo lo que hice fue con esfuerzo				
Me sentí esperanzado acerca de mi futuro				
Siento miedo				
Duermo pero me despierto cansado				
Fui feliz				
Me siento solo				
Yo no podía seguir adelante				

**PUNTUACION** \_\_\_\_\_