



Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de personas que viven con VIH/SIDA, que asisten a la Unidad de Atención Integral (clínica 12) del Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango.

González-Amaya L; Chocó A; Ruiz A; Santamarina R; Arellano G.

Hospital Nacional Juan José Ortega.

phylumleo@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.54495/Rev.Cientifica.v24i1.105>

Licencia: CC-BY 4.0

Resumen

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto multidimensional, que se ha utilizado como medida de resultado en intervenciones, tratamientos y cuidados médicos. En la Unidad de Atención Integral (clínica 12) del Hospital Nacional Juan José Ortega, no se han realizado estudios sobre CVRS. El objetivo fue evaluar la CVRS de personas que viven con VIH/SIDA y la influencia de las variables socio-demográficas, clínico-epidemiológicas y del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA); sobre las puntuaciones del cuestionario WHOQOL-HIV BREF. Se utilizó un diseño de estudio transversal analítico en una muestra de 128 personas con VIH/SIDA. La CVRS se midió por medio del instrumento WHOQOL-HIV BREF. La descripción se realizó con medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias porcentuales. La normalidad se determinó con el test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk, la comparación de variables se realizó con pruebas paramétricas y no paramétricas, la confiabilidad se evaluó con Alfa de Crombach. Los dominios con una puntuación mayor fueron espiritualidad/religión/creencias (16.0 ± 3.4), salud física (15.6 ± 2.9), nivel de independencia (15.1 ± 2.9) y salud psicológica (14.1 ± 3.0). Las relaciones sociales (13.3 ± 3.3) y ambiente (13.0 ± 2.6), tuvieron una puntuación baja. Existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre nivel socioeconómico con salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y ambiente. El rango de confiabilidad fue de 0.62 a 0.75. En general estas puntuaciones refieren una CVRS aceptable. El nivel socioeconómico influye en casi todos los componentes del cuestionario. Las puntuaciones son estables entre los diferentes elementos que componen el cuestionario.

Palabras clave: VIH/SIDA; WHOQOL-HIV BREF; Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Unidad de Atención Integral (Clínica 12); Hospital Nacional Juan José Ortega.

Assessment of quality of life related to the health of people living with HIV / AIDS attending Comprehensive Care Unit (Clinic 12) of Juan José Ortega Coatepeque, Quetzaltenango National Hospital.

Abstract

Health-Related Quality of Life (HRQOL) is a multidimensional concept, which has been used as an outcome measure in of medical interventions, treatment and care. In the Integrated Care Unit (clinic12) of “Juan José Ortega” National Hospital there are no studies regarding the HRQOL. The present study objective was to evaluate the HRQOL of people living with HIV/AIDS in Guatemala, and the influence of socio-demographic and, clinical variables, and the impact of highly active antiretroviral therapy (HAART), on the World Health Organization Quality of Life Questionnaire for HIV brief version (WHOQOL-HIV BREF) scores. A cross-sectional study was carried out with a sample of 128 people with HIV/AIDS. The HRQOL was measured using the WHOQOL-HIV BREF instrument. The description was performed by using measures of central tendency, dispersion and relative frequency (percentages). Normality was assessed by Kolmogorov-Smirnov and Shapiro Wilk tests, the comparison of variables was performed with parametric and nonparametric tests, and the reliability was assessed with Cronbach's alpha coefficient. Domains with a higher score were spirituality/religion/beliefs (16.0 ± 3.4), physical (15.6 ± 2.9), level of independence (15.1 ± 2.9) and psychological (14.1 ± 3.0). Social relationships (13.3 ± 3.3) and environment (13.0 ± 2.6) had a low score. There is a statistically significant association ($p < 0.05$) between the socioeconomic status and the physical, psychological, level of independence, social relationships and environment. The confidence interval was from 0.62 to 0.75. Overall these scores relate an acceptable HRQOL. Socioeconomic status influences almost all the components of the questionnaire. Scores are stable between the different elements of the questionnaire.

Key words: HIV/AIDS; WHOQOL-BREF; Health-Related Quality of Life (HRQOL); Integrated Care Unit (Clinic 12); Juan José Ortega National Hospital.

Introducción

La CVRS es un concepto multidimensional que abarca el funcionamiento físico, los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento, los factores psicológicos y los aspectos sociales (Teva *et al.*, 2004). En los últimos años la CVRS ha adquirido importancia como medida de resultado de las intervenciones, los tratamientos y cuidados médicos. Es decir, que proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo de individuos y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica desde el punto de vista del paciente (Badía y Lara, 2004).

Los avances terapéuticos son notorios con nuevos fármacos, más potentes y eficaces. Estos aumentan la supervivencia de los pacientes y ayudan a que enfermedades críticas se conviertan en crónicas. Tal es el caso del VIH/SIDA, el cual origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales de los pacientes; donde la evaluación de la CVRS juega un papel determinante (Ordoñez *et al.*, 2001; Teva *et al.*, 2004). Además, la evaluación de la CVRS se apoya en instrumentos específicos de preferencia. El WHOQOL-HIV BREF, generado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un instrumento específico para VIH/SIDA. Este contiene 31 preguntas que utilizan una escala de likert de 1 a 5 puntos, distribuidas en seis dominios y dos ítems independientes de los dominios.

(Badía y Lara, 2004; The WHOQOL-HIV Group, 2002). Por otra parte, el objetivo de este trabajo fue evaluar la CVRS de personas que viven con VIH/SIDA y la influencia de las variables socio-demográficas, clínico epidemiológicas y del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA); sobre las puntuaciones del cuestionario WHOQOL-HIV BREF.

Material y Métodos

Muestra.

Se entrevistó a 128 personas VIH/SIDA, que asistieron a consulta de la clínica¹² y que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión.

Personas que viven con VIH/SIDA, hombres y mujeres con TARGA o no, diagnosticados después de los 18 años, comprendidos entre las edades de 18 a 65 años que asisten a la consulta y que consintieron participar en el estudio.

Variables.

Las variables dependientes fueron los seis dominios y los dos ítems independientes de los dominios. Las variables independientes fueron los datos socio-demográficos, clínico-epidemiológicos y del tratamiento antirretroviral.

Instrumentos.

Se utilizó un cuestionario sobre variables socio-demográficas, clínico-epidemiológicas y del tratamiento antirretroviral. Para la medición de la CVRS se utilizó el WHOQOL-HIV

BREF, validado por González-Amaya (2011). Este no acepta una puntuación total de CVRS y contiene los dominios de Salud Física (SF), Salud Psicológica (SP), Nivel de Independencia (NI), Relaciones Sociales (RS), Ambiente (AM) y Espiritualidad/Religión/Creencias (E/R/C). Estos se puntúan de 4 (mínimo) a 20 (máximo), donde un mayor puntaje indica una mejor CVRS. Los dos ítems independientes de los dominios son la Calidad de Vida Individual (CVI) y la Salud Individual (SI). Estos dos ítems se puntúan de 1 a 5 puntos (The WHOQOL-HIV Group, 2002).

Diseño de la investigación.

Diseño transversal analítico.

Muestreo.

El tamaño de muestra (n) y precisión, fue para estimación de una media poblacional. Se asumió según estudio preliminar que la media de la calidad de vida estará entre 14.3 y 15.4 puntos, según la puntuación al cuestionario WHOQOL-HIV BREF encontrada por González-Amaya (2011). La desviación estándar esperada fue de 3.4 y la precisión fue de 0.8, fue acorde a los valores que se esperan obtener de la muestra. El resultado fue de 120 pacientes, aunque se trabajó con 128 pacientes.

El diseño de muestreo fue no probabilístico, se realizó por conveniencia y se seleccionó a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

Análisis de datos

La descripción de variables cuantitativas se realizó por medio de medidas de tendencia central y de dispersión. En el caso de variables cualitativas, por medio de frecuencias porcentuales. Para determinar si la variable dependiente se distribuye según la normalidad en cada una de las categorías de las variables independientes, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk. En base a la distribución de probabilidad, se realizaron inferenciales paramétricas (prueba t-independiente y ANOVA de una vía) y no paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) para comparar los resultados según las distintas variables independientes (Aguayo-Canela, 2007). La confiabilidad se evaluó con Alfa de Crombach (Oviedo y Arias, 2005). Para los análisis estadísticos se utilizó Excel 2007, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0 y el programa para análisis Epidemiológicos de Datos (EPIDAT) 3.1.

Aspectos éticos.

Este trabajo estuvo sujeto al decreto 27-2000 del Congreso de la República de Guatemala: Ley general para el combate del Virus de la Inmunodeficiencia Humana -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA.

Resultados

Todos los dominios del cuestionario fueron respondidos en su totalidad, por lo tanto tienen un tamaño de muestra de 128. Sin embargo no existió uniformidad en el tamaño de muestra para estado civil, educación, lugar de residencia, vía de infección, clasificación inmunológica, estadio de la enfermedad y estatus del TARGA. Esto se debe a que en algunas ocasiones las personas no respondieron la información o no se encontraba registrada en los expedientes.

En la Tabla 1, se observa que la muestra estaba constituida un poco más de la mitad por hombres, con una edad entre 18 a 35 años; viviendo con una pareja, educación primaria, un nivel socioeconómico bajo y con residencia en el departamento de San Marcos. La vía de infección más común fue por relaciones sexuales, la mayoría de pacientes tiene una clasificación inmunológica grave, con síntomas graves y bajo TARGA. En la Tabla 2, se observan los puntajes medios de CVRS. En el Gráfico, se representa la percepción de los seis dominios. La SF, NI y E/R/C; tienen una percepción alta. La SP, RS y AM; tienen una percepción moderada. En la tabla 3, se observa que el rango del Alfa de Crombach se encuentra entre 0.62 y 0.75. En la Tabla 4, se observa que las mujeres y el nivel socioeconómico bajo, tuvieron puntuaciones bajas en SF, SP, NI, RS, AM, E/R/C, CVI y SI. Por otro lado, la educación primaria, tuvo las puntuaciones más bajas en la mayoría de los componentes del cuestionario a excepción

de E/R/C. Mientras que el rango de edad de 50 o más años, tuvo puntuaciones bajas en SF, SP, RS y AM. Las personas que no tenían clasificación inmunológica, tienen puntuaciones bajas en SF, NI, AM y E/R/C. Las que tenían síntomas graves tienen las puntuaciones más bajas en SF, RS, AM y CVI. Las personas que no están bajo TARGA, tienen las puntuaciones bajas en SF, SP, NI, AM, CVI y SI. En la Tabla 5, se observa que el género tuvo un valor de $p < 0.05$ para las puntuaciones de CVI. El nivel socioeconómico tiene valores de $p < 0.05$ para SF, SP, NI, RS, AM, CVI y SI.

Discusión

El análisis de los datos socio-demográficos, revela que la muestra de personas VIH/SIDA provenía de los departamentos de San Marcos (57.50%), Quetzaltenango (22.00%), Retalhuleu (12.60%) y de otros departamentos (07.90%). La cantidad de hombres es un poco más de la mitad de la muestra (51.60%), al igual que el rango de edad de 18 a 35 años (53.10%) y la educación primaria (55.10%).

Tabla 1. Características socio-demográficas, clínico-epidemiológicas y del tratamiento antirretroviral

Variable/Categorías	Frecuencia (%)
Género (n=128)	
Hombre	66 (51.6)
Mujer	62 (48.4)
Grupos de edad (n=128)	
18 a 35	68 (53.1)
36 a 49	35 (27.3)
50 o más	25 (19.5)

Estado civil (n=123)	
Soltero	30 (24.4)
Casado	30 (24.4)
Unido	35 (28.5)
Separado	07 (05.7)
Viudo	21 (17.1)
Educación (n=118)	
Ninguna	37 (31.4)
Primaria	65 (55.1)
Básicos/Diversificado/Universidad	16 (13.5)
Nivel socioeconómico (n=128)	
Bajo	94 (73.4)
Medio	34 (26.6)
Lugar de residencia (n=127)	
Departamento de Quetzaltenango	28 (22.0)
Departamento de Retalhuleu	16 (12.6)
Departamento de San Marcos	73 (57.5)
Otros	10 (07.9)
Vía de infección (n=104)	
Inyección/Tatuajes	06 (05.8)
Producto de sangre	04 (03.8)
Relaciones sexuales	94 (90.4)
Clasificación inmunológica según la OMS (n=48)	
Ninguna (>500 mm ³)	09 (18.8)
Leve (350-499 mm ³)	10 (20.8)
Avanzada (200-349 mm ³)	13 (27.1)
Grave <200 mm ³ ó <15%	16 (33.3)
Estadio de la enfermedad según la OMS (n=112)	
Asintomático	17 (15.2)
Síntomas leves	25 (22.3)
Síntomas avanzados	33 (29.5)
Síntomas graves	37 (33.0)
Estatus TARGA (n=122)	
No tiene	10 (08.2)
Bajo TARGA	112 (91.8)

Fuente: datos del estudio. Análisis realizado en SPSS 19.0 ®. n = número de la muestra, % = porcentaje mm³ = milímetros cúbicos. Bajo TARGA = Inicio/Rescate/Embarazo.

Tabla 2. Descripción general de los puntajes medios de CVRS

WHOQOL-HIV BREF (n=128)	M ± DE	Percepción
Media total	14.5 ± 4.2	Moderada
Dominios (MTD)		
SF	15.6 ± 2.9	Alta
SP	14.1 ± 3.0	Moderada
NI	15.1 ± 2.9	Alta
RS	13.3 ± 3.3	Moderada
AM	13.0 ± 2.6	Moderada
E/R/C	16.0 ± 3.4	Alta
CVI	03.7 ± 0.9	Ni buena ni mala
SI	03.5 ± 1.0	Lo normal

Fuente: datos del estudio. Análisis realizado en SPSS 19.0 ®.

n=número de la muestra, M=media, DE=desviación estándar, SF=salud física, SP=salud psicológica, NI=nivel de independencia, RS=relaciones sociales, AM=ambiente, E/R/C=espiritualidad/religión/creencias, CVI=calidad de vida individual, SI=salud individual, CVG=calidad de vida general. Percepción Baja = 4 a 9.2, Moderada = 9.3 a 14.6 y Alta = 14.7 a 20 (Sheng *et al.*, 2010).

Tabla 3. Confiabilidad WHOQOL-HIV BREF

Dominio (n=128)	Alfa Crombach
SF	0.65
SP	0.67
NI	0.64
RS	0.70
AM	0.75
E/R/C	0.62

Fuente: datos del estudio.

Análisis realizado en SPSS 19.0 ®.

Confiabilidad es el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto produce resultados iguales (Badía y Lara, 2005; Sampieri, Collado y Lucio, 2006). El coeficiente Alfa de Crombach se calculó para cada grupo de ítems que componen un dominio. Rango de confiabilidad encontrado entre 0.62 y 0.75.

Tabla 4. Puntuaciones medias para las categorías de las variables socio-demográficas y clínico-epidemiológicas

Variables	WHOQOL-HIV BREF							
	SF	SP	NI	RS	AM	E/R/C	CVI	SI
	M ± DE	M ± DE	M ± DE	M ± DE	M ± DE	M ± DE	M ± DE	M ± DE
Socio-demográficas y								
Clínico-epidemiológicas								
Género (n=128)								
Mujer	15.2 ± 3.1	13.7 ± 3.0	15.0 ± 2.8	13.0 ± 3.3	12.5 ± 2.6	15.3 ± 3.6	3.5 ± 1.0	3.5 ± 1.0
Hombre	16.1 ± 2.6	14.5 ± 2.9	15.1 ± 2.9	13.7 ± 3.2	13.4 ± 2.4	16.6 ± 3.0	3.9 ± 0.8	3.6 ± 1.0
Edad (n=128)								
18 a 35	16.0 ± 2.6	14.1 ± 2.7	14.9 ± 2.7	13.4 ± 3.0	13.0 ± 2.3	15.9 ± 3.3	3.8 ± 0.9	3.5 ± 1.0
36 a 49	15.4 ± 3.0	14.4 ± 3.4	15.2 ± 3.0	13.5 ± 3.8	13.1 ± 3.0	15.9 ± 3.6	3.6 ± 0.9	3.5 ± 1.0
50 o mas	15.0 ± 3.3	13.8 ± 3.2	15.4 ± 3.1	12.9 ± 3.3	12.8 ± 2.6	16.2 ± 3.4	3.7 ± 1.1	3.6 ± 1.1
Educación (n=118)								
Ninguna	15.9 ± 3.3	14.4 ± 3.6	15.9 ± 3.0	13.4 ± 4.0	13.4 ± 3.2	16.3 ± 3.3	3.8 ± 1.0	3.7 ± 1.2
Primaria	15.3 ± 2.7	13.7 ± 2.8	14.6 ± 2.5	13.2 ± 3.1	12.5 ± 2.2	16.1 ± 3.4	3.6 ± 1.0	3.4 ± 1.0
B/D/U	16.1 ± 2.9	14.9 ± 2.3	15.4 ± 2.8	13.8 ± 2.5	13.8 ± 2.0	15.6 ± 3.1	4.1 ± 0.7	3.8 ± 0.9
Nivel Socioeconómico (n=128)								
Bajo	15.3 ± 2.9	13.6 ± 3.0	14.8 ± 2.8	12.9 ± 3.3	12.6 ± 2.6	15.7 ± 3.4	3.6 ± 1.0	3.4 ± 1.1
Medio	16.6 ± 2.5	15.5 ± 2.4	15.9 ± 2.8	14.7 ± 2.9	14.0 ± 2.4	16.7 ± 2.1	4.1 ± 0.7	3.9 ± 0.9
Clasificación Inmunológica según la OMS (CD4+, ≥5 años, n=48)								
Ninguna	15.0 ± 2.9	13.6 ± 2.5	13.8 ± 2.5	13.4 ± 3.3	12.6 ± 2.3	14.4 ± 2.9	3.7 ± 0.9	3.4 ± 0.7
Leve	15.8 ± 3.0	14.9 ± 3.1	15.8 ± 2.9	14.0 ± 3.6	12.8 ± 3.1	15.1 ± 2.9	4.0 ± 1.1	3.7 ± 0.9
Avanzada	16.2 ± 3.1	15.0 ± 3.1	15.8 ± 3.0	14.8 ± 2.7	14.2 ± 1.8	16.8 ± 2.7	3.8 ± 0.9	3.5 ± 1.3
Grave	15.1 ± 3.0	13.6 ± 3.2	15.4 ± 2.4	12.9 ± 4.0	13.0 ± 2.4	15.9 ± 3.1	3.6 ± 0.7	3.4 ± 1.1
Estadio de la enfermedad según la OMS (n=112)								
Asintomático	15.8 ± 3.1	13.9 ± 2.9	15.2 ± 3.1	13.9 ± 3.2	12.9 ± 3.2	15.7 ± 3.9	3.9 ± 0.8	3.8 ± 1.1
Síntomas leves	16.1 ± 2.7	13.9 ± 3.1	14.8 ± 3.0	13.2 ± 3.1	13.2 ± 2.4	14.9 ± 3.3	3.8 ± 1.0	3.4 ± 1.0
Síntomas avanzados	15.8 ± 2.8	14.2 ± 3.1	15.5 ± 2.5	13.8 ± 3.4	13.2 ± 2.6	16.2 ± 3.9	3.8 ± 1.0	3.6 ± 1.1
Síntomas graves	15.4 ± 2.9	14.6 ± 2.8	15.0 ± 2.8	12.7 ± 2.9	12.8 ± 2.4	16.4 ± 2.8	3.7 ± 0.9	3.4 ± 1.0
Estatus del TARGA (n=122)								
No tiene	14.4 ± 3.1	12.9 ± 2.9	15.0 ± 3.0	13.7 ± 3.6	11.9 ± 2.5	16.0 ± 4.2	3.5 ± 1.1	3.5 ± 1.3
Bajo TARGA	15.8 ± 2.8	14.4 ± 2.9	15.2 ± 2.8	13.4 ± 3.2	13.2 ± 2.5	15.9 ± 3.3	3.8 ± 0.9	3.6 ± 1.0

Fuente: datos del estudio. Análisis realizado en SPSS 19.0 ®. M=media, DE=desviación estándar, n=numero de la muestra, B/D/U=Básicos/Diversificado/Universitario, Bajo TARGA=Inicio/Rescate/Embarazo. Clasificación inmunológica según la OMS (≥5 años): ninguna (>500 mm³), leve (350-499 mm³), avanzada (200-349 mm³) y grave <200 mm³ ó <15%).

Tabla 5. Asociación de variables y dominios

WHOQOL- HIV BREF	Género	Edad	Educación	Nivel Socioecon.	Clasif. Inmunolog.	Estadio Enferm.	Estatus TARGA
	p	p	p	p	p	p	p
SF	0.104	0.400	0.450	0.020*	0.715	0.853	0.095
SP	0.115	0.543	0.350	0.002*	0.446	0.789	0.056
NI	0.783	0.737	0.144	0.025*	0.325	0.844	0.673
RS	0.190	0.567	0.734	0.009*	0.602	0.594	0.895
AM	0.074	0.873	0.091	0.006*	0.506	0.898	0.121
E/R/C	0.057	0.889	0.658	0.112	0.223	0.298	0.725
CVI	0.021*	0.665	0.227	0.031*	0.536	0.900	0.364
SI	0.367	0.971	0.174	0.026*	0.945	0.540	0.835

Fuente: datos del estudio. Análisis realizado en SPSS 19.0 @, Socioecon.= socioeconómico, Clasif.= clasificación, Inmunolog.= inmunológica, Enferm.=enfermedad. * Asociación de variables $p < 0.05$.

La mayoría de la muestra tenía un nivel socioeconómico bajo (73.40%), con un estado civil unido (28.50%). En relación a estos porcentajes, Smith (s.f) explica que la baja educación, los bajos ingresos económicos, un lugar de residencia lejano; son aspectos que afectan a las personas que asisten a la consulta de la clínica 12. Por otra parte, el análisis de datos clínico-epidemiológicos indica que casi el total de la muestra se infectó por relaciones sexuales (90.40%), con una clasificación inmunológica grave (33.30%), con síntomas graves (33.00%) y que están bajo TARGA (91.80%). Estos porcentajes obtenidos son muy parecidos a un trabajo preliminar realizado por González-Amaya (2011).

En cuanto a la descripción de los dominios del WHOQOL-HIV BREF, el promedio de las medias de puntuación de

los dominios fue de 14.5 ± 4 (moderada). Además, los dominios con una puntuación mayor fueron E/R/C (16.0 ± 3.4 , percepción alta), SF (15.6 ± 2.9 , percepción alta), NI (15.1 ± 2.9 , percepción alta) y SP (14.1 ± 3.0 , percepción moderada). Mientras que RS (13.3 ± 3.3 , percepción moderada) y AM (13.0 ± 2.6 , percepción moderada) tuvieron una puntuación baja. En general estas puntuaciones refieren una CVRS aceptable en los dominios. Los trabajos realizados por Imam et al. (2011) en Bangladesh y Rai, Dutta & Gulati (2010) en la India, reflejan puntuaciones mucho más bajas en todos los dominios. Por otra parte, la CVI tiene una percepción buena (3.7 ± 0.9) y la SI es lo normal ($3.5 + 1.0$). Estas puntuaciones, también son parecidas a las encontradas por González-Amaya (2011). Aunque los resultados de Peltzer et al. (2010) en Sur África están

por encima y los de Sheng *et al.*, (2010) en la China, están por debajo.

La baja puntuación en RS coincide con el trabajo de Mahalakshmy *et al.*, (2011) en la India, Peltzer *et al.*, (2010) en Sur África, Fatiregun *et al.*, (2009) en Nigeria y Kovacevik en Croacia. Una baja puntuación en este dominio explica que las personas tienen dificultad en las relaciones personales, el apoyo social por parte de amigos y familiares, además de no disfrutar su actividad sexual (The WHOQOL Group, 1998). Tal y como lo menciona Souza-Neves (2010), el estigma y la discriminación, asociados con las dificultades que conlleva el diagnóstico de VIH en la sociedad (trabajo, familia, amigos), puede afectar de manera negativa este dominio. Entonces, es necesario reforzar esta área con grupos de apoyo social, para aumentar la autoestima y disminuir la depresión, ya que esto propicia aceptación y fuente de afecto (Tavera, 2010).

Por otra parte, la baja puntuación en AM también es muy parecida en los trabajos de Gaspar *et al.*, (2011) en Brasil, González-Amaya (2011) en Guatemala, Imam *et al.*, (2011) en Bangladesh, Silva y Alchieri (2011) en Brasil, Peltzer *et al.*, (2010) en Sur África, Shen *et al.*, (2010) en China, Souza-Neves (2010) en Brasil, Fatiregun *et al.*, (2009) en Nigeria, Peltzer & Phaswana-Mafuya (2008) en Sur África y Calvetti *et al.*, (2008) en Brasil. Una baja puntuación en este dominio, indica que las personas pueden tener un trabajo que pone en riesgo su vida, como ser un delincuente o víctima de abuso. Además de carecer una casa

cómoda y segura, el no tener recursos financieros que propicien una vida saludable y confortable. Sin dejar de mencionar la dificultad del acceso a la atención sanitaria, así como la falta de actividades de recreación. Otras cuestiones que se relacionan, es la contaminación del entorno físico, como el humo, ruido y tráfico, así como la dificultad al acceso de los servicios de transporte para desplazarse (The WHOQOL Group, 1998). También Souza-Neves (2010), explica que el tener educación académica se relaciona con mayores ingresos económicos. Es decir que la actividad profesional no sólo proporciona beneficios financieros, sino también puede ser una fuente de apoyo social, emocional y de identidad para las personas con VIH. Por otra parte, es claro que las personas que residen en el departamento de San Marcos se les complica viajar a la clínica 12, ya que aproximadamente son 3 horas de camino. El no poder costear el pasaje y el daño que sufren los puentes y carreteras en época de invierno complica más la situación. Todos estos factores no ayudan a tener una mejor CVRS en este dominio.

Ahora bien, el contraste de medias de las variables socio-demográficas, indica que el género femenino y un nivel socioeconómico bajo; tuvieron bajas puntuaciones en todos los componentes del cuestionario. Por otra parte, la educación primaria tuvo las puntuaciones más bajas en la mayoría de los componentes del cuestionario a excepción de E/R/C. La edad de 50 o más años, tiene las puntuaciones bajas en SF, SP,

RS y AM. En relación a estos resultados, otras investigaciones ponen de manifiesto que un bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, ser mujer y adulto mayor; son cuestiones que favorecen bajos niveles de CVRS (Kovacevic, 2006; Nogueira *et al.*, 2009; Morandi, y Lopes, 2007; Tavera, 2010). Mientras que en las variables clínico epidemiológicas, las personas con ninguna clasificación inmunológica (CD4+ >500 mm³) tienen puntuaciones bajas en SF, NI, AM y E/R/C. Las que tenían síntomas graves tienen puntajes bajos en SF, RS, AM y CVI. Por otra parte las que no estaban bajo TARGA tienen las puntuaciones más bajas en SF, SP, NI, AM, CVI y SI. Esto demuestra en primer lugar, que los niveles de CD4+ no están relacionados con mayores punteos en los dominios, tal y como sucede en una muestra de pacientes en Hong Kong, donde se encontró que el recuento de CD4+ no era un predictor de la Calidad de Vida (Tavera, 2010). Por el contrario, las investigaciones realizadas por Peltzer *et al.* (2010) y Peltzer y Phaswana-Mafuya (2008), demuestran una relación entre mayor conteo de CD4+ y mayor puntaje en los dominios. Las puntuaciones del estadio de la enfermedad grave, concuerdan con el trabajo realizado por Imam *et al.*, (2011) y Teva *et al.*, (2004); donde los pacientes en la fase asintomática muestran mayores niveles de CVRS física. Además se confirma la relación directa entre TARGA y CVRS, ya que los pacientes que están Bajo TARGA tienen una mejor CVRS (Nogueira *et al.*, 2009; Sanyang, 2011).

En relación a los datos, la mayoría de los dominios no se distribuyeron según la normalidad en cada una de las categorías de las variables independientes. Por esta razón, la mayoría de inferenciales utilizadas en la comparación de variables independientes son no paramétricas. Esto se debe a que los cuestionarios no están basados en una escala de medición lo suficientemente sólida como para aplicar inferenciales paramétricas (Wayne, 2002). Por otro lado, el análisis de la comparación de resultados de las variables independientes, indica que la edad, educación, clasificación inmunológica, estadio de la enfermedad y estatus del TARGA; no influyen en la puntuación de los componentes del WHOQOL-HIV BREF. Sin embargo, el nivel socioeconómico influye en SF (p=0.020), SP (p=0.002), NI (p= 0.025), RS (p=0.009), AM (p=0.006), CVI (p=0.031) y SI (0.026). Además el género influye solamente en CVI (p=0.021).

La verificación de la confiabilidad del cuestionario se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Crombach. El dominio con el valor de confiabilidad más alto es el de AM (0.75), seguido por RS (0.70), SP (0.67), SF (0.65), NI (0.64) y E/R/C (0.62). Estos valores son muy parecidos a los encontrados por González-Amaya (2011). Esto se debe a que son una propiedad inherente del patrón de respuesta de la población estudiada y no una característica del cuestionario en sí mismo (Oviedo y Arias, 2005). La SP aumento de 0.61 a 0.67 y AM de 0.70 a 0.75; sin embargo el NI disminuye de 0.77 a 0.64. El aumento o

disminución de estos coeficientes, pudo haber sido producto del tamaño de la muestra utilizada (Oviedo y Arias, 2005). Por otra parte los valores de confiabilidad son muy parecidos al de Peltzer *et al.*, (2010) en Sur África (0.60-0.72), Souza-Neves (2010) en Brasil (0.54-0.74) y Canavarro & Pereira (2012) en Portugal (0.61-0.80).

Agradecimientos

A las Autoridades Médicas del Hospital Nacional Juan José Ortega, por viabilizar el desarrollo de este trabajo y apoyar siempre al estudiante en el área de investigación.

Al Coordinador y personal de Clínica 12, por su disposición en todo momento.

A la Licda. Gladys Anabelly Mazariegos Méndez, por su apoyo en el trabajo de campo

Referencias

Aguayo-Canela, M. (2007). Como realizar “paso a paso” un contraste de hipótesis con SPSS para Windows y alternativamente con EPIINFO y EPIDAT: (II) Asociación entre una variable cuantitativa y una categórica (comparación de medias entre dos o más grupos independientes). *Fabis*, 1-20. Recuperado de https://www.fabis.org/html/archivos/docuweb/contraste_hipotesis_2r.pdf

Badía, X. y Lara, N. (2005). *Jornadas de Actualización en el Tratamiento del Paciente con VIH: Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH*. [Versión de Grupo de VIH de la S.E.F.] Recuperado de https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/indice.pdf

Calvetti, P.U., Muller, M.C. & Tiellet, M.L. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo* 13, 523-530. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300013>

Colautti, M., Palchik, V., Botta, C., Salamano, M. y Traverso, M. (2006). Revisión de cuestionarios para evaluar la calidad de vida relacionada a salud en pacientes VIH/SIDA. *Acta Farmaceutica Bonaerense*, 25, 123-130.

Congreso de la República de Guatemala. Decreto 27- 2000: Ley general para el combate del virus de la inmunodeficiencia humana – VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida – SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA

Fatiregun, A. A., Mofolorunsho, K. C. y Osagbemi, K. G. (2009). Quality of life of people living with HIV/AIDS in Kogi State, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*, 11, 21-27. <https://doi.org/10.4314/bjpm.v11i1.48823>

- Gaspar, J., Reis, R., Pereira, F., Souza, L., Castrighini, C. & Gir, E. (2011). Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the State of São Paulo. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45, 225-231. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100032>
- González-Amaya, J.L. (2011). *Validación del WHOQOL-HIV BREF en personas que viven con VIH/SIDA, que asisten a la clínica 12 del hospital nacional Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango*. (Trabajo de Investigación de Ejercicio Profesional Supervisado de Químico Farmacéutico). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Imam, M. H., Karim, M. R., Ferdous, C. & Akhter, S. (2011). Health related quality of life among the people living with HIV. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 37, 1 -6. <https://doi.org/10.3329/bmrcb.v37i1.7791>
- Kovacevic, S., Vurusic, T., Duvancic, K. & Macek, M. (2006). Quality of Life of HIV-Infected Persons in Croatia. *Journal Collegium Antropologicum*, 30(Suppl. 2), 79-84.
- Mahalakshmy, T., Premarajan, K. & Hamide, A. (2011). Quality of life and its determinants in people living with human immunodeficiency virus infection in Puducherry, India. *Indian Journal of Community Medicine*, 36, 203-207. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.86521>
- Morandi, E., Junior, I. & Lopes, F. (2007). Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Revista Saúde Pública*, 41(Supl.2), 1-7.
- Nogueira, L., Comini, C. & Guimarães, M. (2009). Quality of life among HIV-Infected patients in Brazil after initiation of treatment. *Clinics*, 64, 867-75. doi:10.1590/S1807-59322009000900007 <https://doi.org/10.1590/S1807-59322009000900007>
- Ordoñez, M. A., Francisco, J. J., Aragon, E., Cereto, M. R., Samper, F., Díaz, M. ... González, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes infectados por VIH medida por el cuestionario de salud SF-36. *Revista Anales de Medicina Interna*, 18, 74-79. <https://doi.org/10.4321/S0212-71992001000200005>
- Oviedo, H.C., y Arias, A.C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de crombach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34, 572-580.
- Peltzer, K., Friend-du, N., Ramlagan, S & Anderson, J. (2010). Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-111>
- Peltzer, K. & Phaswana-Mafuya, N. (2008). Health-related quality of life in a sample of HIV-infected South Africans. *African Journal of AIDS*, 7, 209-218. <https://doi.org/10.2989/AJAR.2008.7.2.6.523>

- Rai, Y., Dutta, T. & Gulati, Anil. (2010). Quality of Life of HIV-Infected People Across Different Stages of Infection. *Journal of Happiness Studies*. *Journal of Happiness Studies* 11, 61-69. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9122-5>
- Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Sanyang, I. (2011). *Quality of life of people living with HIV/AIDS in the Gambia*. (Master's Thesis). Taipei Medical University. Taiwan.
- Smith, D. (s.f.) *Proyecto Vida: Desafíos en acceso de salud*. [Diapositivas de PowerPoint]
- Sheng, Y., Qiu, Z., He, Y., Juniper, N. & Zhang, Y. (2010). Living Conditions and Palliative Care Needs among End-of-Life Former Commercial Plasma Donors Affected with HIV/AIDS in Rural Henan of China. *Biomedical and Environmental Sciences*, 23, 279-286. [https://doi.org/10.1016/S0895-3988\(10\)60064-5](https://doi.org/10.1016/S0895-3988(10)60064-5)
- Silva, C. G. & Alchieri, J. C. (2011). Esthetic self-perception of HIV/AIDS patients under antiretroviral therapy suffering from lipodystrophic syndrome and its influence on the quality of life in a city of the Brazilian northeast. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 3, 529-535.
- Souza-Neves, L. A. (2010). *Qualidade de vida de indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP*. (Tese Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão) Universidade de São Paulo. Brasil.
- The WHOQOL Group. (1998). *WHOQOL Users manual*. Geneva. [OMS Version]. Retrieved from www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf
- The WHOQOL-HIV Group. (2002). *WHOQOL-HIV Instrument; Users manual*. Geneva. [OMS Version]. Retrieved from www.who.int/msa/qol/
- Teva, I., Bermúdez, M., Quero, J. y Buela, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Revista Terapia Psicológica*, 22, 111-121.
- Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14, 1-7. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(10\)70081-0](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(10)70081-0)
- Wayne, D. (2002). *Base para el análisis de las ciencias de la salud*. México: Limusa Wiley.

Copyright (c) 2014 L. González-Amaya, A. Chocó, A. Ruiz, R. Santamarina y G. Arellano



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, , incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)