

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA) DE LA
ESTRATEGIA NACIONAL VIH-SIDA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2014”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. GABRIELA GANDHI ANCCO MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por su constante apoyo, y a mi tío Andrés por darme la fortaleza de seguir adelante siempre.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía durante toda mi vida.

A mis padres, porque sin ellos no podría haber terminado esta hermosa carrera.

A mi asesora, por la orientación en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

TÍTULO: Estudio de la Calidad de Vida de Pacientes con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) de la Estrategia Nacional VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014.

OBJETIVOS: Conocer la calidad de vida en pacientes con tratamiento antirretroviral de Gran Actividad de la Estrategia de VIH SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna empleando el cuestionario SF-36; y relacionando sus características sociodemográficas con las dimensiones de la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio no experimental de tipo observacional, analítico y prospectivo. Se realizó con una población total de 75 pacientes en TARGA de la Estrategia Sanitaria Nacional VIH-SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014 a través de una ficha de recolección de datos y Cuestionario SF-36.

RESULTADOS: La pacientes con infección por VIH del estudio, tienen de 31a 40 años (42.7%); el 66.7% tienen estudios secundarios; los solteros representan el 61.3% de la población; la mayoría trabaja (73.3%). El 62.6% de la población presenta un tiempo de diagnóstico de VIH mayor de 4 años y el 73.3 % tienen un tiempo de tratamiento igual o menor a 3 años. Los pacientes que presentan mayor afectación son los del género femenino, los mayores de 51 años, los casados, los analfabetos, los que no trabajan, los que tienen un tiempo de diagnóstico de VIH de 1 año y con tratamiento mayor de 4 años ($p < 0.05$).

CONCLUSIÓN: La calidad de vida de los pacientes con TARGA de la Estrategia VIH SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna está afectada, predominantemente en las dimensiones Rol Emocional, Rol Físico y Salud General ($\bar{X} < 50$), viéndose ciertas diferencias estadísticas en relación a determinadas características sociodemográficas.

PALABRAS CLAVE: VIH, Calidad de Vida, TARGA



ABSTRACT

TITLE: Quality of Life´ study of patients with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) of HIV- AIDS in the National Strategy Hipolito Unanue Hospital of Tacna 2014.

OBJECTIVES: Determine the quality of life in patients with highly active antiretroviral treatment of HIV AIDS Strategy of "Hipolito Unanue" Hospital of Tacna using the SF-36 questionnaire, and sociodemographic characteristics relating to the dimensions of the quality of life of patients.

MATERIAL AND METHODS: A non-experimental, observational, analytical and prospective study. It was performed with a total population of 75 patients on HAART in HIV - AIDS National Health Strategy Hipolito Unanue Hospital of Tacna 2014 through a data collection sheet and SF-36.

RESULTS: The HIV-infected patients in the study, have 31a 40 (42.7%), 66.7% had secondary education, unmarried representing 61.3% of the population, most work (73.3%), 62.6% of time the population has a higher diagnostic HIV 4 years and 73.3% had a treatment time equal to or less than 3 years. The quality of life is affected in all dimensions, being higher in female patients, in over 51 years, married, in the illiterate, in patients with a diagnosis of HIV 1 and more treatment 4 years.(p<0.05).

CONCLUSION: The quality of life of patients with HAART HIV AIDS Strategy "Hipolito Unanue" Hospital of Tacna is affected predominantly in dimensions Role Emotional, Physical Role and General Health ($\bar{X}<50$), seeing some statistical differences in relation to certain sociodemographic characteristics.

KEY WORDS: HIV, Quality of Life, TARGA

ÍNDICE

CAPÍTULO I – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema.....	08
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.4. Justificación del problema	12
1.5. Definición de términos.....	13

CAPÍTULO II – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes bibliográficos.....	16
2.2. Marco Teórico.....	23

CAPÍTULO III – VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

Operacionalización de Variables.....	57
--------------------------------------	----

CAPÍTULO IV – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño	60
4.2 Ámbito de Estudio	60
4.3 Población.....	61
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	61
4.5 Instrumentos de recolección de datos	61

CAPÍTULO V – PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS

5.1 Proceso de captación de la información.....	63
5.2 Procesamiento estadístico de los datos	63

CAPÍTULO VI – RESULTADOS.....

	65
--	----

CAPÍTULO VII – DISCUSIÓN.....

	114
--	-----

Conclusiones	121
Recomendaciones.....	122

BIBLIOGRAFÍA.....

	123
--	-----

ANEXOS

	128
--	-----

INTRODUCCIÓN

El SIDA es un problema de salud pública, no sólo por el número de infectados y por su rápida progresión, sino por las consecuencias devastadoras tanto físicas como psicológicas y sociales que tiene sobre la vida de las personas que lo padecen. De momento, no existe cura para esta enfermedad y la lucha fundamental contra la epidemia sigue siendo la prevención, el respaldo político para hacerle frente y la defensa de los derechos humanos.

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como el SIDA, altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de “calidad de vida” aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social. No existe, sin embargo, un consenso sobre la definición de calidad de vida, e incluso en la literatura se utilizan los términos “estado de salud”, “estado funcional”, “calidad de vida” o “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos, cuando realmente son términos relacionados, pero responden a conceptos distintos.

La calidad de vida en pacientes con VIH involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales; es por este motivo que se realizó el presente trabajo para conocer la calidad de vida de pacientes con Tratamiento Antirretroviral de Gran actividad (TARGA) de la Estrategia Sanitaria Nacional del VIH SIDA en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Siendo la calidad de vida una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social que incluye los aspectos subjetivos de intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud objetiva, está influenciada por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas.

Desde el punto de vista clínico-epidemiológico el SIDA, es una enfermedad infecciosa y mortal causada por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es a nivel mundial un problema de salud pública y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos, ocupando la 4ta causa de muerte alrededor del mundo. Es considerada una pandemia que genera gran preocupación científica, desde que en Estados Unidos, el año 1981 se detecta el primer caso a nivel mundial; la enfermedad se ha propagado catastróficamente a todos los países.

Según el programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el SIDA se ha convertido en el principal problema de salud de la población mundial, siendo los factores que contribuyen a la propagación del mismo: los factores sociales, la inestabilidad política y económica, el estigma y discriminación, la falta de capacidad de ejecución. En el año 2012 había unos 35,3 millones de personas infectadas por el VIH (las cifras oscilan entre 32,2 y 38,8 millones).¹

¹ En vísperas del Día Mundial del Sida 2013, ONUSIDA señala un avance sostenido en la respuesta al sida. ONUSIDA. Página disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2013/november/20131120report/>



A nivel mundial, se estima que en el 2012 hubo 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH, lo que supone una reducción del 33 % desde el 2001. Ese año las nuevas infecciones por el VIH en niños se redujeron a 260 000, con una disminución del 52 % desde el 2001. Gracias a la expansión del acceso al tratamiento antirretrovírico, las muertes relacionadas con el SIDA han disminuido en un 30 % desde el año 2005.

También se han logrado resultados significativos para cubrir las necesidades de los pacientes con tuberculosis que viven con el VIH, pues las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH han disminuido en un 36 % desde 2004.

En la actualidad, existen 76,000 casos de VIH en el Perú.² Según el MINSA, el Perú es el primer país en Sudamérica que tiene una estrategia multisectorial para luchar contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, que sirve de modelo para otros países.

En el 2004, gracias al apoyo técnico financiero del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la tuberculosis en el Perú, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria; el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, inició el TARGA (tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) que garantiza el acceso gratuito al tratamiento, lo que ha permitido que la cobertura se incremente a más del 70%. Cabe indicar, que el sustento legal del TARGA, según la Dirección General de Salud de las personas y la Dirección Ejecutiva de atención integral de salud del MINSA, implica una Norma Técnica N° 2004-MINSA/DGSP-V.01, denominada « Norma Técnica para el tratamiento antirretroviral

² Estimaciones sobre el VIH y el sida (2012). ONUSIDA. Página disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru/>

de gran actividad – TARGA - en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana”.³

Diversos trabajos a nivel internacional y nacional, han puesto de manifiesto que esta enfermedad afecta negativamente la percepción de la calidad de vida en quienes la padecen; por lo que puede afirmarse que el SIDA constituye un serio problema de salud pública si se analiza el costo moral, emocional y familiar que afecta negativamente la calidad de vida de las personas que la sufren, así como el alto costo económico del tratamiento y las complicaciones que debe asumir el enfermo, su familia y los sistemas de salud.

Actualmente no existen estudios a nivel local sobre calidad de vida en estos pacientes, por lo cual es importante conocer cómo es la calidad de vida de los pacientes con tratamiento antirretroviral de gran actividad de la estrategia VIH SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo es la percepción de la calidad de vida en los pacientes con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) de la estrategia VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014 mediante el Cuestionario SF-36?

³Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH / SIDA en el Perú 2006

Página disponible en: http://www.portalsida.org/repos/wcms_132643.pdf

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos Generales

- a. Conocer la calidad de vida de los pacientes con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) de la estrategia VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1.3.2.1 Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) de la estrategia VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014.
- 1.3.2.2 Evaluar la calidad de vida a través de sus dimensiones en los pacientes con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) de la estrategia VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014, mediante el cuestionario SF-36.
- 1.3.2.3 Determinar la relación de las dimensiones de la calidad de vida con las características sociodemográficas de los pacientes con TARGA de la estrategia VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014.

1.4 Justificación del problema

El estudio de la calidad de vida constituye un aspecto especialmente importante a evaluar en el grupo de pacientes infectados por el VIH dado que esta enfermedad deteriora lenta y progresivamente al organismo y que los efectos de los tratamientos no están perfectamente determinados. Los tratamientos antirretrovirales que se utilizan en la actualidad aumentan la supervivencia de los pacientes, pero el período en el que dichos fármacos son efectivos no está previamente establecido, a lo que hay que añadir sus frecuentes efectos secundarios (Hays, Cunningham, Sherbourne y cols., 2000).

La importancia de la calidad de vida en las personas enfermas, sobre todo en los pacientes con infección por VIH, proviene principalmente de la consideración del paciente no sólo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo. El relanzamiento de la calidad de vida desde la perspectiva médica proviene del modelo biopsicosocial que considera al enfermo como agente social y que por los mismos se pregunta por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades sociales del enfermo. Si la calidad de vida del enfermo es importante para aquel paciente que pueda sanar, lo es más todavía para quien sólo le queda su capacidad de disfrutar los aspectos positivos de cada momento presente.

El motivo de este trabajo de investigación es conocer cómo es la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH-SIDA que reciben TARGA en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, debido a que no se cuenta con un estudio previo y

además identificar cuál o cuáles de las dimensiones de la calidad de vida se encuentran más comprometidas positiva o negativamente, lo cual servirá a la Estrategia Sanitaria del Hospital Hipólito Unanue de Tacna programar actividades de atención integral que mejoren su calidad de vida.

1.5 Definición de términos

- ✓ **Infección por el virus humano (VIH):** Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es el virus que causa la infección y afecta al sistema inmunológico (sistema de defensa), el cual protege nuestro cuerpo.
- ✓ **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es la etapa en la que el sistema de defensa no está en capacidad de protegerlo ante las enfermedades oportunistas y de los microorganismos del medio ambiente.
- ✓ **Tratamiento Antirretroviral de gran actividad (TARGA):** El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad “TARGA”, es la combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo.
- ✓ **Ácido Ribonucleico (ARN):** El ARN es el ácido nucleico clave en la síntesis de proteínas ya que copia la información de cada codón de un gen del ADN y una vez maduro, es decir sin ningún intrón y con los exones unidos, pasa al citoplasma donde uniéndose a un ribosoma dirige la síntesis proteica.
- ✓ **Core viral:** Contiene el DNA viral que en algunos casos está asociado a una estructura proteínica.

- ✓ **Transcriptasa inversa:** es una enzima usada para generar ADN complementaria a partir de una plantilla de ARN, un proceso denominado transcripción inversa.
- ✓ **Integrasa:** es una enzima que inserta (o integra) los recién hechos genes de ADN, en el ADN de la célula infectada.
- ✓ **Reverso transcriptasa (RT)** es una enzima que cambia los genes del ARN de VIH, con los genes del ADN que dirigen a la célula. Cada partícula de VIH tiene dos moléculas de RT.
- ✓ **Proteasa** es una enzima que corta las nuevas proteínas del HIV en pequeñas piezas del tamaño preciso para llevar a cabo sus funciones. La proteasa actúa como un dímero, dos moléculas idénticas actúan juntas.
- ✓ **Glicoproteína gp41:** es una glicoproteína que forma parte de la envoltura del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es producida por proteólisis de la poliproteína gp160 por proteasas de la célula huésped.
- ✓ **Transmembrana:** son proteínas que contienen uno o más fragmentos que atraviesan la membrana celular. Son proteínas especialmente importantes ya que participan en la comunicación de señales entre los espacios extracelular e intracelular y son clave en el establecimiento de las interacciones intercelulares.
- ✓ **Correceptor CCR5:** C-C quimiocina receptora de tipo 5, es una proteína que en los humanos está codificada por el gen CCR5. Es un miembro de la familia de receptores de quimiocinas beta de las proteínas integrales de membrana.



- ✓ **Reacción en cadena de polimerasa (PCR):** Esta prueba detecta el material genético del VIH, y puede identificar el virus en la sangre dentro de 2-3 semanas de la infección.

- ✓ **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):** Se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

BERNSTEIN J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA. Argentina 2010.

La población evaluada tenía una edad promedio de 36 años, 56 % fueron mujeres y 44 % hombres; la mayoría poseía un nivel de instrucción consistente en escolaridad primaria completa o mayor. Más de la mitad de la población no tenía empleo, ni percibía planes sociales y el 81,6 % no poseía obra social.

Al analizar las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de salud SF-36, se observó que las puntuaciones medias variaron de 79 en la función física a 58 en el rol emocional. En el total de la población estudiada, la puntuación más baja obtenida fue en el rol emocional, con un elevado porcentaje de individuos con puntuación mínima. Con respecto a la edad, al realizarse el análisis de varianza, se observaron diferencias técnica y estadísticamente significativas y presentando asociación sólo en el rol físico ($p < 0,05$); las menores puntuaciones se obtuvieron en la franja etaria de 59 a 67 años, en todas las dimensiones del cuestionario. Comparando las puntuaciones con el género y grupos etarios, se observó que sólo en el rol emocional las mujeres presentaron puntuaciones más bajas que en los hombres, en todos los grupos etarios.

Al analizar la relación entre calidad de vida y las variables sociológicas, se advirtió que la relación entre todas las dimensiones del cuestionario y la edad, la vía de contagio de la infección por VIH y la causa del diagnóstico de la infección por VIH fue escasa y no significativa, con excepción del nivel de instrucción, donde se evidenció cierto grado de relación significativa. Los pacientes que no poseían obra social, plan social y empleo, y aquellos con estudios universitarios, presentaron las puntuaciones más bajas en el rol emocional. Las puntuaciones del cuestionario disminuyeron al aumentar el número de enfermedades marcadoras padecidas. Los pacientes que recibían TARGA desde hace 8 o más años, poseían los puntajes más bajos en el rol emocional, salud general, vitalidad, dolor corporal, salud mental, función social y función física.

La relación entre rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y las variables inmunológicas fue escasa y técnicamente no significativa.⁴

ACHUCARRO S. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería Paraguay 2010.

Esta investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva, observacional de corte transversal, se llevó a cabo en 50 pacientes con VIH/SIDA internados en el Instituto de Medicina Tropical, Asunción, Paraguay, en los meses de mayo a agosto de 2008. El propósito es conocer los datos sociodemográficos, identificar las manifestaciones clínicas, determinar la calidad de vida y caracterizar los cuidados de enfermería.

⁴ Bernstein Judith Celina. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA. Tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias Médicas. Buenos Aires, Argentina Mayo 2010.



Para la recolección de los datos fue elaborado un cuestionario, además del MOSSF36. Participaron en el estudio 50 pacientes con VIH/SIDA: El 60% proceden de Asunción, 64% corresponde al sexo masculino, 54% estado civil soltero, la edad de los sujetos osciló entre 20 a 30 años 44%. En cuanto al estrato socioeconómico y cultural el 38% de los encuestados ganan menor que el salario mínimo. Por otro lado en cuanto a la variable ocupación, se evidenció que un mayor grupo de personas realizaban alguna actividad laboral 66%, seguido de un 60% que son jornaleros. Respecto al grado de escolaridad se encontró que la mayoría de los sujetos 56% tenían un nivel académico comprendido entre primaria completa y secundaria incompleta. Un 56% profesan la religión católica y 40% evangélica. El 78% de los encuestados afirman ser heterosexuales, 16% homosexuales, 4% adictos a drogas. Respecto al tiempo de diagnóstico se visualiza que el porcentaje más alto se encuentra entre el rango de 1 a 30 días 78%, seguido de un mes a 3 años 16%.

La calidad de vida: dimensión energía, fatiga y salud mental; dimensión emocional función cognitiva y calidad de interacción social alcanzaron una medición muy baja. Se evidenció una valoración favorable respecto a las necesidades psicoafectivas, estigma y discriminación. Los pacientes califican de muy bueno a excelente los cuidados de enfermería y de los médicos.⁵

VINACCIA S. y cols. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida Colombia 2008.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia. Se

⁵ Achucarro, Sofía. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería Rev. Inst. Med. Trop. 2010;5(1):20-34

utilizaron los cuestionarios: MOS-SF-30 que mide Calidad de Vida y el DUKE-UNK que evalúa Apoyo Social Funcional. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las subescalas del MOS-SF-30 con excepción de la subescala de Malestar respecto a la salud. De otro lado se encontraron niveles altos de apoyo social. Por último, todo el estudio tuvo alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach superior a 0.7.⁶

ROMERO E. y cols. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en montería. Colombia 2010.

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo analítico. La población estuvo conformada por los pacientes con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en Montería, Colombia. Muestra de 77 pacientes. Mediante un muestreo aleatorio simple se realizó escogencia, y se les evaluó la calidad de vida mediante el instrumento QLI-SP y la escala de apoyo social percibido. Para determinar el grado de asociación se utilizó el coeficiente de Spearman.

Resultados: el promedio de edad fue de 33,3 años (I. C. 95% (31 – 35,8)). El 62% (48) de los pacientes son hombres. Entre las dimensiones de la calidad de vida quienes reportan promedios más altos son el bienestar físico y el funcionamiento ocupacional mientras los de menor promedio son las dimensiones de apoyo comunitario, apoyo social y plenitud personal. Ninguna de los promedios de las dimensiones superó los 7 puntos en una escala del 1 a 10. El apoyo comunitario fue

⁶ Vinaccia Alpi Stefano; Fernández Hamilton; Quiceno Japcy Margarita; López Posada Mónica; Otlavaro Cristina. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Colombia 2008. Terapia psicológica 2008, vol. 26, n° 1,125-132. Página disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext

la dimensión que contó con mayor variabilidad. La correlación más alta fue la reportada por la plenitud personal y el apoyo de la familia ($r=0.56$, $P=0.0$).⁷

GARCÍA M. y cols. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. España 2001.

Los pacientes con infección por VIH presentaron puntuaciones inferiores en las 8 dimensiones del SF-36 respecto a los controles y a los valores poblacionales de referencia. Los valores del coeficiente alfa de Cronbach se situaron para todas las dimensiones por encima de 0,7 (recorrido= 0,75-0,91). Los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad (con diagnóstico de SIDA y/o linfocitos $CD < 200/mm^3$) presentaron puntuaciones significativamente inferiores en todas las dimensiones salvo en salud mental. Treinta y siete (14,2%) pacientes tuvieron nuevos eventos diagnósticos de SIDA y 21 (8,1%) fallecieron.

La inmunodepresión severa (OR: 4,3; IC 95%: 1,6-11,8), presencia de SIDA previo (OR: 3,4; IC 95%: 1,4-8,1) y las puntuaciones en las dimensiones del SF-36 función física (OR: 0,3; IC 95%: 0,1-1,1) y dolor corporal (OR: 0,2; IC 95%: 0,1-0,8) fueron factores predictivos de progresión y mortalidad de la enfermedad. El SF-36 como medida de la CVRS en individuos con infección por VIH muestra una alta consistencia interna, es capaz de discriminar a pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y podría ayudar a predecir más adecuadamente el curso de la misma.⁸

⁷ Romero Massa Elizabeth; Ahumada Concepción Amador; Alvis Estrada Luis. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en montería. Colombia 2010. Página disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/vol-bio12/apoyosocialycalidad/>

⁸ García Ordóñez M. A.; Mansilla Francisco J. J; Nieto Aragón E.; Cereto M. R.; Salas Samper F.; Vallejo Díaz M.; Martínez González J. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36, Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga 1997-1998. An. Med. Interna (Madrid) v.18 n.2 Madrid feb. 2001. Página disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000200005&lng=es&nrm=iso

CARDONA J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF Colombia 2011.

Los mayores puntajes de CVRS se observaron en las dimensiones de función física, ambiente, nivel de independencia y espiritualidad. El MOSSF-36 presentó un nivel excelente de fiabilidad, consistencia interna y validez discriminante en sus 8 dominios. El WHOQOL-BREF presentó un excelente desempeño psicométrico en salud física, ambiente y relaciones sociales y bueno en salud psicológica; mientras que el WHOQOL-HIV-BREF presentó excelente en desarrollo psicométrico en relaciones sociales, ambiente, espiritualidad e independencia y bueno en salud física y psicológica. Se presentaron correlaciones superiores a 0.4 entre los dominios de los diferentes instrumentos lo que evidencia la convergencia de la medición de la CVRS con los instrumentos aplicados.⁹

Rivas J., Cavero R. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011.

Estudio trasversal descriptivo, muestreo probabilístico consecutivo; muestra de 80 pacientes, obtenida mediante Epidat versión 3.1, con nivel de confianza de 95% , precisión de 5% y prevalencia esperada de 50%. Se usaron los instrumentos: Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) y el Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT- VIH). Se

⁹ Cardona Arias Jaiberth Antonio. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF Colombia 2011. Colomb Med 2011; 42(4) : 438-447. Página disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84598&id_seccion=1609&id_ejemplar=8337&id_revista=108



calcularon razones de prevalencia, intervalos de confianza y valores p. Se usó la prueba estadística de Chi²; se utilizó SPSS versión 15. Se firmó un consentimiento informado. Se encontró una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 +/-10,6 años; 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria. La adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre Calidad de Vida física y mental y Adherencia al TARGA: p : 0,03 y 0,04, respectivamente con IC9 5%. Existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física.¹⁰

BEJARANO y cols. Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH-SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2006.

Estudio transversal de seguimiento, se trabajó con personas que viven con VIH SIDA de la Región Huánuco (Huánuco, Tingo María, Aucayacu). Se aplicó un cuestionario estructurado, evaluación médica periódica, evaluación psicológica seguimiento mensual. La edad promedio fue de 33,7 +/- 6,1 años; con una mediana de 32 años, no hay diferencias en el género, el 90,0% de casos tienen algún grado de instrucción a diferencia del 10,0% que son analfabetos. Son trabajadores independientes. Se alcanzó el 95,3% de prevalencia en la adherencia. El tiempo en saber su diagnóstico fue corto entre 1 a 3 años, conocen su vía de contagio 100 %

¹⁰ Rivas Muro, Jorge Mauricio. Cavero Ramírez, Rosa Mercedes. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011. Página disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/120/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf

fue sexual. Tuvieron apoyo familiar en un 60,0%. El entorno social desconoce su enfermedad (60,0%). Su relación con pareja se rompió luego de saber el diagnóstico (8,3%). El 60,0% mantienen relaciones sexuales como parte de su etapa de vida. El 90,0% no acude a un grupo de ayuda, esperan atención del personal de salud. No fuman (90,0%) y no beben (70,0%). Su diagnóstico compartió con sus padres en un 80,0% y con su pareja 60,0%. El 100% de casos en estudio conocen a cerca de su enfermedad. La prevalencia a la adherencia fue de 95,3%, los factores estudiados determinan una influencia importante para el logro de la adherencia.¹¹

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

2.2.1.1 Conceptos generales

El VIH pertenece a la familia Retroviridae, la cual comprende tres subfamilias: Oncovirinae u oncovirus; Lentivirinae o lentivirus a la que pertenece el VIH y, por último, la subfamilia Spumavirinae o espumavirus.

A pesar de la amplia gama de enfermedades diferentes que pueden producir y del gran número de virus que pertenecen a la gran familia retrovirus, todos poseen una estructura, organización del genoma y modo de replicación similares. La denominación de retrovirus se debe

¹¹ Bejarano Flores Carmen Maria Del Rosario, Chanamé Carpio Gregorio Exzequiel, Dámaso Mata Bernardo, Palacios Flores Elsa Elvira. Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH-SIDA que reciben Esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco. Página disponible en: http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/75.pdf

a que, contrariamente a lo que suele suceder, la información genética en forma de ARN se transcribe al ADN de la célula huésped.¹²

La enzima responsable de este proceso es la transcriptasa inversa. Esta enzima es tendente a los errores, lo que provoca la elevada mutabilidad del virus. Los lentivirus constituyen una subfamilia de retrovirus, pero con comportamiento biológico diferente, su nombre tiene su origen en el hecho de que producen infecciones lentas. Se han identificado lentivirus en diferentes especies de animales y, en especial, en primates. En el ser humano se han hallado dos, el VIH-1 y el VIH-2 (aislado en 1985). El VIH-1 es el más extendido y responsable de la mayor parte de casos de infección por VIH en el mundo. De los subtipos de VIH-1, los de prevalencia más elevada son A, B, C y E. No obstante, la prevalencia de los subtipos varía según distintas regiones del mundo. En este sentido, mientras que en América, Europa y Australia la mayor prevalencia se debe al subtipo B, en África Occidental, Central y Oriental al subtipo A; en África del Sur al subtipo C, en el Sudeste Asiático al E y en el sur de Asia el subtipo C. Si bien, la gran movilidad de la población está provocando un aumento, cada vez mayor, de infecciones mixtas en países donde varios tipos de virus están presentes.¹³

2.2.1.2 Sistemas de clasificación

¹² Longo DL, Fauci AS. Retrovirus humano. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. Harrison principios de medicina interna. 17th ed. Mexico: McGraw-Hill; 2008.

¹³ Holguin A. Aumento de los subtipos no-B del VIH y recombinantes entre los nuevos diagnósticos. Repercusiones clínicas. 2009.

Los dos principales sistemas de clasificación de la infección son el creado por los Centros para el Control y Prevención de la enfermedad “Centers for Disease Control and Prevention (CDC)” y el elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La definición de la CDC ha tenido dos fases. En 1986 se estableció una clasificación de la enfermedad, con su correspondiente definición en 1987. En enero de 1993, debido a la necesidad de incluir nuevos criterios, se implanta una nueva definición que sustituye a la de 1987; en ella se definieron unos estadios con base fundamental a dos criterios (cuadro 01):

- Criterio clínico:

- a. Grupo A: Infección aguda por VIH asintomática o linfadenopatía generalizada persistente.
- b. Grupo B: Presencia de enfermedad por VIH sintomática.
- c. Grupo C: Presencia de enfermedad y trastornos indicadores de enfermedad de SIDA.

- Criterio analítico (cifra de células CD4):

- a) Categoría 1: tener más de 500 células CD4/ml (ó >29%).
- b) Categoría 2: tener una cifra de CD4 entre 200-500 CD4/ml (ó 14- 29%).
- c) Categoría 3: tener una cifra menor de 200 CD4/ml.

La combinación de ambos criterios se correlaciona con el estadio evolutivo y el pronóstico, definiéndose SIDA como enfermedad en las situaciones C1, C2, C3, A3 y B3.¹⁴

		CATEGORÍAS CLÍNICAS		
		A	B	C
		INFECCIÓN AGUDA POR VIH ASINTOMÁTICA O LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE	PRESENCIA DE ENFERMEDAD POR VIH SINTOMÁTICA DISTINTO A TRASTORNOS A Y C	PRESENCIA DE ENFERMEDAD Y TRASTORNOS INDICADORES DE LA ENFERMEDAD DE SIDA
CÉLULAS T CD4	≥ 500 cél/μl	A1	B1	C1
	200-499 cél/μl	A2	B2	C2
	<200/ cél/μl	A3	B3	C3

Cuadro 01. Criterios Diagnósticos CDC 1993

Para el diagnóstico de SIDA, a las dos clasificaciones anteriores se le suma un tercer criterio relacionado con los trastornos asociados a la enfermedad; por lo que, entonces, para diagnosticar el SIDA, según la definición recogida por los CDC (1993), requiere que se confirmen, al menos, una de las 26 condiciones clínicas llamadas indicativas de la enfermedad, pero para el continente europeo. Todas las categorías son excluyentes y el paciente debe clasificarse en la más avanzada.

En el momento en que los CDC definieron estos estadios, la infección por VIH era “un camino sin retorno cuyo final era la muerte”, si un paciente descendía de una categoría no podía recuperarla.¹⁵ Con el transcurso del tiempo y los avances terapéuticos, esta clasificación, en

¹⁴ García JA, Picazo JJ. Microbiología médica. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.

¹⁵ Kindelan JM. Manifestaciones clínicas. Cuadro mononucleósido asociado a la primoinfección. Clasificación de la infección VIH. 2009.

parte, ha quedado obsoleta en sus objetivos clínicos y epidemiológicos. Por un lado, hoy es posible mejorar el pronóstico con el TARGA; y, por otro, desde el punto de vista epidemiológico y de salud comunitaria tiene más interés conocer las características de los pacientes recién infectados por el VIH y su evolución en el tiempo. A pesar de ello, sigue siendo una clasificación que apoya la valoración y el seguimiento clínico del paciente.

A diferencia del sistema de clasificación CDC, el proporcionado por la OMS (desarrollado en 1990 y revisado en 2007) se establece con base a las manifestaciones clínicas sin tener en cuenta el recuento de CD4 u otras pruebas analíticas, por lo que se emplea, con preferencia, en lugares donde es difícil realizar recuentos de CD4; este motivo hace que sea el sistema de clasificación más empleado en los países en vías de desarrollo.

Clasificación de la OMS (Adultos residentes en África)

Criterios mayores

- Pérdida de al menos el 10% del peso corporal.
- Diarrea crónica de más de un mes de evolución.
- Fiebre intermitente o constante de más de un mes de evolución.
- Astenia y debilidad corporal.

Criterios menores

- Tos persistente de más de un mes de evolución
- Dermatitis extensa y pruriginosa

- Herpes zoster recurrente durante los últimos 5 años
- Candidiasis orofaríngea
- Herpes simple crónico diseminado
- Linfadenopatía generalizada

La presencia de sarcoma de Kaposi o de meningitis por criptococos son suficientes por sí solos para aceptar el diagnóstico de SIDA.

Se deben cumplir al menos dos criterios mayores y uno menor en ausencia de cualquier otra causa de inmunosupresión: Neoplasias, malnutrición severa u otros factores.

2.2.1.3 Fases de la infección

La infección por VIH y el desarrollo del sida pasa por una serie de fases que se describen a continuación y cuyo comienzo ocurre en el momento en el que la persona se infecta con el VIH. **¡Error! Marcador no definido.** ¹⁶

2.2.1.3.1 Primoinfección o Infección aguda

Una vez que se produce la infección por VIH, el virus inicia su expansión a través de tejidos y órganos del cuerpo. La persona está infectada por VIH, sin embargo, se encuentra en el denominado “periodo ventana”. Este periodo abarca las 4-12 semanas iniciales en las que no se detectan anticuerpos que

¹³ Thompson SE. Síndrome de inmunodeficiencias humana. In: Perea EJ, editor. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica Barcelona: Doyma; 1991. p. 556- 571

¹⁶ Floridia M, Giuliano M, Palmisano L, Vella S. Gender differences in the treatment of HIV infection. Pharmacol Res 2008 Sep-Oct;58(3-4):173-182.

hagan suponer la existencia del virus y no aparecen síntomas clínicos. Entonces comienza la extensión del virus a través del tejido linfoide, los ganglios linfáticos y el sistema nervioso. En este punto, más del 50% de los pacientes presentan un cuadro clínico muy similar al de la mononucleosis infecciosa¹⁷: fiebre, cefalea, mialgias, poliadenomegalias y rash cutáneo y datos analíticos caracterizados por leucopenia, trombopenia y elevación de las enzimas de histolisis. Al igual que en la mononucleosis infecciosa, el cuadro se autolimita en pocos días. Tanto si aparece síndrome mononuclear por VIH como si la primoinfección es asintomática, durante este periodo se detecta una alta replicación viral y diseminación generalizada del VIH con afectación especialmente ganglionar y sistema nervioso y con una importante caída en la cifra de linfocitos CD4. Durante este periodo aún no se ha desarrollado ninguna respuesta humoral y, por lo tanto, no es útil el ELISA VIH para el diagnóstico de la infección, llegando, en este momento, al diagnóstico sólo a través de la PCR de VIH.¹⁵

Pasadas cerca de 20 semanas ya se produce una respuesta inmune específica frente al VIH, que logra una disminución sustancial de su desarrollo, con bajada muy importante de la carga viral circulante y recuperación parcial de las cifras de CD4, aunque sin conseguir erradicar al virus.¹⁵

¹³ Thompson SE. Síndrome de inmunodeficiencias humana. In: Perea EJ, editor. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica Barcelona: Doyma; 1991. p. 556- 571.

¹⁷ Kindelan JM. Manifestaciones clínicas. Cuadro mononucleósido asociado a la primoinfección. Clasificación de la infección VIH. 2009.

¹⁸ Floridia M, Giuliano M, Palmisano L, Vella S. Gender differences in the treatment of HIV infection. Pharmacol Res 2008 Sep-Oct;58(3-4):173-182.

Inicialmente, esta guerra parece ganada por el sistema inmune, que consigue, a los 6-12 meses, controlar la infección y mantener la carga viral en niveles bajos. Durante este tiempo se van produciendo anticuerpos específicos (aunque no eficaces) frente al VIH, ocurre, por tanto, la seroconversión, y ello da la posibilidad de diagnosticar la infección por VIH mediante el test de ELISA.¹⁵

El curso de esta primera fase dependerá de la virulencia de las cepas infectantes, así como de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico de la persona. Sin embargo, una extensión más acentuada por tejidos importantes del cuerpo supondrá que pronto aparezcan los síntomas clínicos que determinarán el diagnóstico de infección por VIH.

2.2.1.3.2 Fase intermedia o crónica

En esta fase intermedia desde la infección por VIH hasta el diagnóstico de SIDA, se produce un mantenimiento de la defensa humoral y celular del sistema nervioso iniciada en la fase anterior. Los pacientes no presentan síntomas o, a lo sumo, presentan adenopatías, plaquetopenia o trastornos neurológicos de tipo leve. Este equilibrio, con un control aparentemente fácil del VIH y cifras estables de CD4 dura un tiempo prolongado, habitualmente más de 10 años.

2.2.1.3.3. Fase final

La actividad replicativa elevada del virus en el cuerpo de la persona infectada es una característica importante de esta fase. La inmunosupresión, la alteración del estado general, las infecciones oportunistas y los trastornos neurológicos también la definen. Al mismo tiempo, se están produciendo déficits en las reservas de linfocitos encargadas de hacer frente al virus. Es en este momento, es cuando el paciente desarrolla el SIDA. Como en las fases anteriores, la variabilidad individual y las características virológicas jugarán un papel importante en esta etapa.

2.2.1.4 Epidemiología de VIH en Tacna

En el mes de enero del presente año no se notificaron nuevos casos de VIH/SIDA en Tacna. Durante el año 2013, se registraron 27 casos nuevos de VIH/SIDA, 20 en sexo masculino (4 fallecieron) y 7 femeninos. La razón Hombre/Mujer en el presente año se mantiene en 3, es decir, de cada 3 hombres existe una mujer infectada con VIH (Imagen N°1).

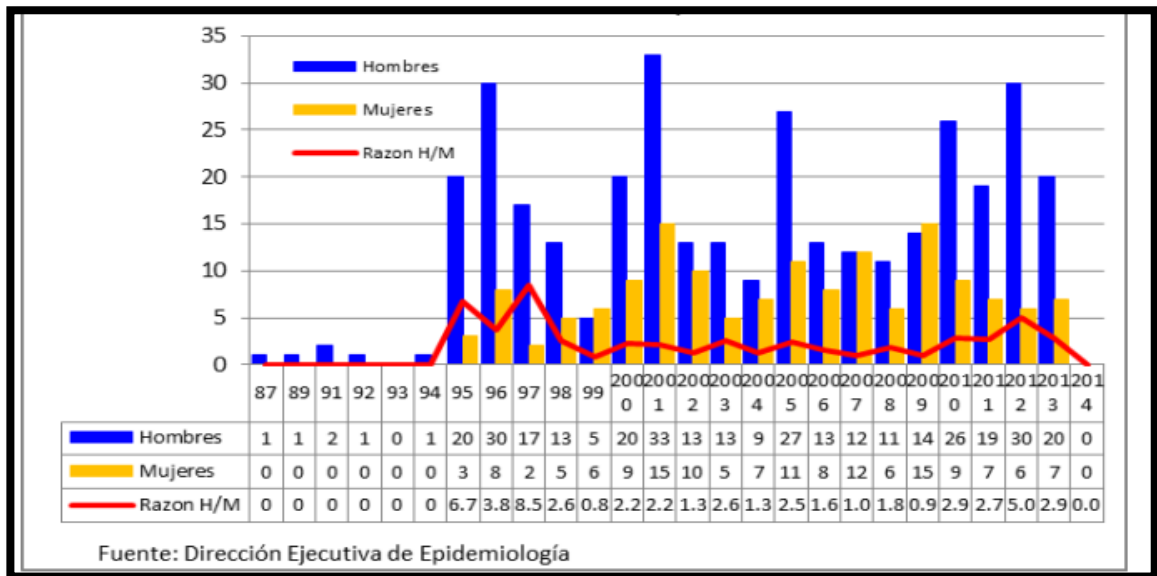


Imagen N°1: Razón hombre/mujer de VIH-SIDA en la región de salud Tacna 1987-2013

Según área geográfica, se observó que 11 casos corresponden al distrito Tacna, 4 en Ciudad Nueva, 7 en Gregorio Albarracín, 2 en Alto de la Alianza, 3 en Pocollay y 1 en Locumba (Imagen 2).

Desde el inicio de la epidemia (1987), hasta diciembre del 2013 se registraron 493 casos de VIH/SIDA.

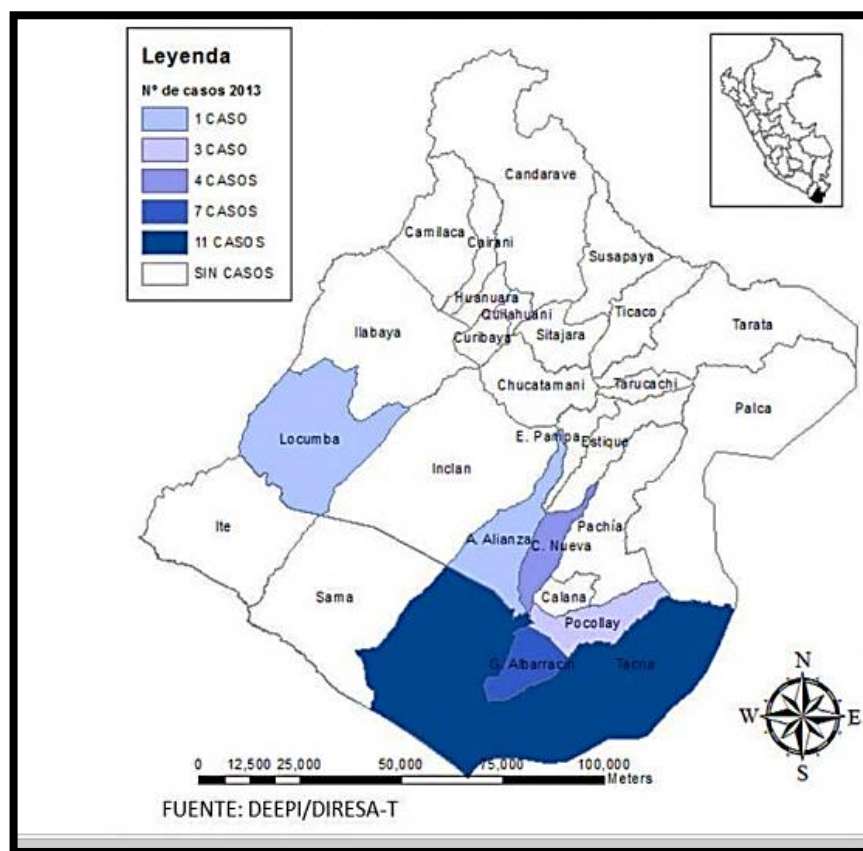


Imagen N°2: Número de casos de VIH/SIDA por distrito en el departamento de Tacna 2013

2.2.1.5 El TARGA en el Perú

En febrero del año 2004 se aprueba la norma técnica de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en adultos, lo cual marca el inicio de la aplicación del TARGA en el Perú. En aquel momento el Estado invirtió para la adquisición del TARGA, el 60% de la compra, con el apoyo financiero del fondo mundial quien aportó el 40% restante.

Para el 2011 el acceso de la población afectada por VIH al TARGA se amplió en un 37%, teniendo en la actualidad 62 establecimientos referenciales del MINSA, 03 penales, 03 ONGs y 11 establecimientos de segundo nivel MINSA que lo brindan. Actualmente, son más de 16 mil personas en tratamiento a nivel nacional de los cuales el ministerio atiende al 84%.¹⁸

2.2.1.6 Atención del adulto con diagnóstico de infección por VIH.

2.2.1.6.1 La atención del adulto con diagnóstico de infección por VIH, debe ser llevada a cabo con la participación del equipo multidisciplinario.

2.2.1.6.2 El equipo multidisciplinario básico para la atención de pacientes con VIH está conformado por un médico/a especialista en Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales o un médico/a internista o un médico/a general capacitado en atención integral de pacientes con infección por VIH, una licenciada/o de enfermería, un psicólogo/a y una asistente/e social. En los establecimientos donde se atiendan partos se incluirá al médico especialista en Ginecología y Pediatría. Donde se cuente con la disponibilidad de personal se deben integrar al equipo químico/a farmacéutico, obstetra no médico/a cirujano, nutricionista, psiquiatra, neurólogo/a, dermatólogo/a, neumólogo/a, laboratorista y otros.

¹⁸ Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA – ESNITS. Página disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=3&Opc=1>

2.2.1.6.3 La Evaluación Inicial debe incluir una anamnesis adecuada, examen físico completo, exámenes de laboratorio y vacunaciones.

2.2.1.6.4 Anamnesis: La entrevista inicial es similar a la que se realiza rutinariamente en personas sin diagnóstico de infección por VIH. Sin embargo, debe enfatizarse en los siguientes aspectos:

Revisión de órganos y sistemas para detectar signos y síntomas relacionados al VIH:

- a. **Constitucionales:** Preguntar por fatiga en el último mes; fiebre y/o sudoración nocturna, especificando severidad, duración y patrón presentación; y pérdida de peso definiendo si fue intencional o no, y si la pérdida representa más del 10% del peso basal.
- b. **Dermatológicos:** Preguntar por prurito, erupciones o lesiones en piel.
- c. **Gastrointestinales:** Preguntar por odinofagia (dolor al tragar alimentos), sugestivo de esofagitis; diarrea; Problemas rectales; e Intolerancia a alimentos, especialmente a productos lácteos.
- d. **Cabeza y cuello:** Preguntar por la presencia de lesiones de boca (lesiones orales nuevas, úlceras que no sanan)

alteraciones del gusto, sangrado, sensibilidad o dolor de encías.

- e. **Neurológicos:** Preguntar por confusión o pérdida de memoria (la presencia de períodos de confusión podrían indicar la presencia de una lesión o infección del sistema nervioso central, demencia asociada a VIH, una reacción a una droga, o un disturbio metabólico); dolor de cabeza.
- f. **Psiquiátricos:** Busque evidencias de depresión/ansiedad, preguntando acerca de su estado de ánimo, cambios en el sueño o el apetito, cambios en la libido.
- g. **Pulmonares:** Pregunte por tos, determinando desde cuándo está presente (la tuberculosis es frecuente en nuestro medio y se presenta en etapas tempranas de la enfermedad); y disnea.
- h. **Historia relacionada a la infección por VIH:** Trate de determinar cuándo se transmitió el VIH al paciente.
- i. **Historia de enfermedades infecciosas:** Es necesario hacer una detallada historia de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo historia de uretritis o cervicitis, úlcera genital, verruga genital.

j. Viajes: Preguntar por la totalidad de lugares de residencia previa o que hayan sido visitados por el paciente, con especial énfasis en zonas tropicales.

k. Medicamentos: Hacer una lista detallada de medicinas que el paciente este recibiendo.

l. Vacunas: Consultar sobre el tipo, número de dosis y fecha de aplicación de vacunas recibidas por el paciente.

2.2.1.6.5 Examen Físico: Se debe realizar un examen físico completo, como en cualquier paciente, pero con énfasis en las siguientes áreas:

Área	Buscar
Funciones vitales y peso.	<ul style="list-style-type: none">• Fiebre, polipnea, taquicardia, pérdida de peso.
Piel	<ul style="list-style-type: none">• Erupciones, xerosis; seborrea, psoriasis, foliculitis.• Sarcoma de Kaposi: lesión violácea, no dolorosa, a veces nodular.• Ulceras o vesículas pueden representar infecciones por Herpes simple o Herpes zóster.• Cicatrices por Herpes zóster.• Buscar petequias (trombocitopenia asociada a



	<p>VIH).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acarosis, onicomycosis, dermatomycosis.
Cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar exhaustivamente campos visuales por confrontación especialmente si el paciente se queja de problemas visuales o neurológicos. • Examinar el fondo de ojo, buscar exudados, hemorragias, etc. • Examinar los senos paranasales. • Examinar la boca buscar candidiasis; leucoplasia vellosa, lesiones ulcerativas o lesiones sospechosas de Sarcoma de Kaposi, aftas orales y enfermedad periodontal.
Sistema linfático	<ul style="list-style-type: none"> • Describir localización y tamaño de ganglios linfáticos anormales. • Las adenopatías crónicas se asocian a infección por VIH pero pueden ser manifestaciones de otras infecciones o cáncer.
Sistema genitourinario	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar la zona genital y rectal en busca de condilomas, lesiones de Sarcoma de Kaposi, lesiones ulcerativas (herpes), secreción uretral, descenso vaginal. • Todas las mujeres deben recibir un examen ginecológico completo que incluya toma de muestra para Papanicolaou. • Este último debe hacerse anualmente.
Sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere un examen neurológico completo



	<p>que sirva como basal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Además incluir un examen del estado mental (cognitivo) del paciente.
--	---

2.2.1.6.6 Exámenes de Laboratorio

Prueba	Indicación	Frecuencia
Hemograma.	Alteraciones hematológicas son frecuentes. La medición basal es importante. Sobre todo por posible administración de AZT o TMP- SMX.	Por lo menos cada 6 meses.
Serología para sífilis	RPR o VDRL en todo paciente.	Anualmente si es sexualmente activo.
Cultivo de esputo para micobacterias	Para descartar TB pulmonar activa	Repetir según necesidad
Rx de tórax.	La posibilidad de encontrar una normalidad es baja si el paciente es asintomático. Importante tener una radiografía basal.	Repetir según necesidad. Puede ser cada 6 meses.
Recuento de CD 4.	Sirve para el pronóstico,	Si > 500, control cada 12



	<p>como gula para iniciar la terapia antirretroviral y profilaxis contra las infecciones oportunistas. También sirve para seguimiento.</p>	<p>meses. Si < 500 control cada 6 meses Si < 350 control cada 3 meses</p>
Serología para toxoplasmosis Ig G	<p>Sirve para predecir si el paciente está en riesgo de desarrollar una toxoplasmosis.</p>	<p>Una vez si el resultado es positivo, si es negativo repetir anualmente.</p>
Serología para hepatitis B y C	<p>Para determinar si son portadores de hepatitis B y C o candidatos a vacunarse para hepatitis B.</p>	<p>Una vez al inicio</p>
Pruebas bioquímicas: Glucosa, urea, creatinina, pruebas hepáticas, electrolitos.	<p>Las alteraciones bioquímicas son más frecuentes que en la población general, compromiso hepático por tratamiento o infecciones.</p>	<p>De acuerdo a criterio médico</p>
Carga viral.	<p>Sirve para manejo de TARGA</p>	<p>Antes de TARGA, y luego de iniciar TARGA a los 3 meses, a los 6 meses y luego cada 6 meses.</p>

2.2.2 Calidad de vida

2.2.2.1 Conceptos generales

Se señalaba antes que cuando se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, etc., para la mayor parte de los miembros de una comunidad, en un contexto determinado, empieza el interés por la calidad de vida. Se insiste en que es preciso dejar de centrarnos en las necesidades de déficit y empezar a trabajar en el crecimiento personal, las realizaciones de las potencialidades, el bienestar subjetivo y otros temas similares.

Este es un campo de trabajo que lleva varias décadas, e incluso ha influido en el contexto de la salud a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud). Es un área de gran importancia y de gran crecimiento. Señalemos que la mayor parte de las investigaciones y de las aplicaciones se han llevado a cabo en el campo de la salud y en el campo del trabajo: calidad de vida y salud, por una parte, y calidad de vida laboral por la otra.

Se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos. Podríamos enunciar que los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son los siguientes:

- Bienestar emocional
- Riqueza material y bienestar material

- Salud
- Trabajo y otras formas de actividad productiva.
- Relaciones familiares y sociales
- Seguridad
- Integración con la comunidad

Aquí nos referimos únicamente al problema de la definición de calidad de vida. Para los demás aspectos de este campo de trabajo, remitimos al lector a otras fuentes, entre las cuales podemos incluir las siguientes: Ardila (1995), Neri (2002), Levy y Anderson (1980), Diener y Suh (2002), Salas y Glickman (1990), Reichel de Carrasquel y Jiménez (1997).

2.2.2.2 Definiciones

Entre las definiciones propuestas de calidad de vida se encuentran las siguientes:

- ❖ «Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa» (Levy y Anderson, 1980, p. 7).
- ❖ «Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo» (Szalai, 1980).

- ❖ «Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal» (Celia y Tulsy, 1990).
- ❖ «Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo» (Chaturvedi, 1991).
- ❖ «Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado» (Quintero, 1992).

2.2.2.3 Definición Integradora

La definición que propone Ardila y que nos parece que integra todos los aspectos relevantes, es la siguiente:

«Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida».

En esta definición hay varios aspectos que señalar, en primer lugar que calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee.

a) Realización personal y calidad de vida son dos aspectos que se han ligado, y que sin duda están altamente correlacionados.

b) Calidad de vida, en esta definición incluye como aspectos *subjetivos* los siguientes:

b.1 Intimidad

b.2 Expresión emocional

b.3 Seguridad percibida

b.4 Productividad personal

b.5 Salud percibida

Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad.

Como aspectos *objetivos* la calidad de vida incluye:

1. Bienestar material

2. Relaciones armónicas con el ambiente

3. Relaciones armónicas con la comunidad

4. Salud objetivamente considerada

Como puede notarse, separamos salud percibida y salud objetiva. Podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirnos saludables.

En la definición se señala igualmente la importancia de tener relaciones armónicas con el ambiente natural y con la comunidad de la cual somos parte.

Consideramos que esta nueva definición de calidad de vida puede ayudar a especificar los aspectos que entran en juego en esta área, y a dar luces sobre problemas de investigación. Sin duda este es un campo de pesquisa muy pronisorio, en la salud y el trabajo, pero también en el desarrollo humano y el ciclo vital, en aspectos trans-culturales, y en los conflictos personales e interpersonales y sociales.¹⁹

2.2.2.4 Medición de la Calidad de Vida

La medición de la CVRS se hace a través de instrumentos estandarizados, los cuestionarios, que contienen unas instrucciones de cumplimentación, unos ítems o preguntas, y unas escalas de respuesta. Estos instrumentos deben cumplir con las propiedades de medición: validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

¹⁹ Ardila Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Página disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

a. Validez

Expresa el grado en que una medida mide aquello para lo que está destinada. Un determinado instrumento de medida de la CVRS será válido según la capacidad que posea para medir realmente la CVRS del individuo. Existen diferentes tipos de validez, y cada una de ellas proporciona un valor añadido para la validación global del instrumento.

b. Fiabilidad

Es sinónimo de precisión o estabilidad. Se emplean comúnmente 3 métodos para evaluar la fiabilidad:

b.1 Fiabilidad interna: hace referencia a la estabilidad de las puntuaciones entre los diferentes elementos que componen el instrumento de medición. Proporciona una idea del error aleatorio que se debe probablemente a la selección de los ítems. También se denomina consistencia interna. El coeficiente de correlación obtenido se denomina alfa de Cronbach y va del 0 (ausencia de correlación entre ítems) al 1 (los ítems son iguales y no proporcionan información diferenciada). Se acepta como válido un valor alfa por encima de 0,7.

b.2 Fiabilidad test-retest: hace referencia a la estabilidad temporal o reproducibilidad y tiene como objetivo determinar si una prueba dará los mismos resultados o similares cuando se aplica a una misma persona en más de una ocasión en las mismas condiciones. La forma más común de calcular a fiabilidad test-retest es el cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI), que determina la proporción

de la variabilidad total teniendo en cuenta la variabilidad de los individuos. El CCI va del 0 (ausencia de fiabilidad) a 1. Se acepta como válido un valor de CCI por encima de 0,7.

b.3 Fiabilidad intra e interobservador: la primera se refiere al grado de concordancia de los resultados de una medición de un observador consigo mismo, y la segunda a la concordancia entre dos observadores independientes sobre una medición practicada en el mismo individuo o paciente.

c. **Sensibilidad al cambio:** Es la capacidad del instrumento de detectar cambios en la salud de los pacientes cuando mejora o empeora su CVRS después de un tratamiento o intervención sanitaria. La forma más frecuente de probar la sensibilidad al cambio de un instrumento de medida es la comparación de las puntuaciones del instrumento pre y post-tratamiento, por ejemplo comparando las puntuaciones antes y después del tratamiento antirretroviral en el paciente VIH. La sensibilidad al cambio se expresa normalmente con el estadístico del “tamaño del efecto“, que relaciona los cambios en la puntuación media, antes y después del tratamiento, con la desviación estándar de la puntuación antes del tratamiento. Se ha sugerido que el “tamaño del efecto” puede representar un pequeño cambio debido al tratamiento o intervención si es de 0,2, moderado si es de 0,5 y grande si es de 0,8 o superior. La determinación de la sensibilidad al cambio de un instrumento tiene un importante papel en la determinación del tamaño muestral necesario para demostrar los cambios debidos al tratamiento en un ensayo clínico. Cuanto mayor sea la sensibilidad al cambio del

instrumento menor será el tamaño muestral necesario para el estudio.

2.2.2.5 Clasificación de instrumentos de medida de la Calidad de Vida

2.2.2.5.1 Cuestionarios genéricos

Los instrumentos genéricos de medida de la CVRS contienen un amplio abanico de dimensiones de CVRS y se han diseñado para que sean aplicables a la población general y a una gran variedad de afecciones. Así, los instrumentos genéricos permiten hacer comparaciones de la CVRS entre individuos de la población general o pacientes con diferentes afecciones. No obstante, una de sus mayores limitaciones es que no suelen ser suficientemente sensibles a cambios clínicos significativos en dimensiones que sí estarían incluidos en los instrumentos específicos. Los más utilizados son el SF-36 o el EuroQoL-5D.

2.2.2.5.2 Cuestionarios específicos

Incluyen sólo los aspectos importantes de un determinado problema de salud de una determinada población (p. ej. Pacientes VIH), para valorar ciertas funciones (p. ej. la función sexual) o un determinado síntoma clínico (p. ej. el dolor). Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios en la Calidad de Vida que los genéricos ante el problema específico de salud que se está evaluando. Su mayor desventaja es que no son aplicables a la población general ni a otras afecciones, con lo que no se pueden obtener valores de referencia y no permiten

comparaciones entre diferentes poblaciones.²⁰

2.2.2.6 Cuestionario de Salud SF-36

2.2.2.6.1 Desarrollo, validación y adaptación cultural

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de Calidad de vida relacionada con la salud, que consta de 36, preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana.

El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son *funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental* del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este *ítem* no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Los pesos

²⁰ Badía Llach Xavier; Lara Suriñach Nuria. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Health Outcomes Research Europe Group Barcelona. 4^º Seminario de Atención Farmacéutica.

incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia (Ware et al. 1994). El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica.²¹

Dimensiones de la calidad de vida

- **Función física:** es el grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o cargar peso y realizar esfuerzos moderados o intensos (10 ítems).
- **Rol físico:** es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las mismas (4 ítems).
- **Dolor corporal:** es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (2 ítems).
- **Salud general:** es la valoración personal del estado de salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).

²¹ Arostegui Madariaga Inmaculada; Núñez-Antón Vicente. Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con salud Short Form-36 (sf-36). Estadística española Vol. 50, núm. 167, 2008, págs. 147 a 192

- **Vitalidad:** sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
- **Función social:** grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
- **Rol emocional:** grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (3 ítems).
- **Salud mental:** valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (5 ítems).

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; estas puntuaciones se transforman en una escala que tiene un recorrido desde cero (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta cien (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. (Imagen N°03).

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, se realizaron los siguientes pasos:

1º) Homogenización de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”.

2º) Cálculo de la sumatoria de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3º) Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas al de la escala).

Significado de las puntuaciones de 0 a 100			
Dimensión	Nº de ítems	“Peor” puntuación (0)	“Mejor” puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo y en otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor de mucha intensidad y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala a su propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa a su propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimientos de angustia y depresión todo el tiempo.	Sentimientos de felicidad y calma durante todo el tiempo.

Imagen N°03: Contenido de las escalas del Cuestionario de salud SF-36.

Así, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que va del 0 al 100. En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50 % de los ítems de una escala, se recomienda sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. Si más del 50 % de los ítems no fueron contestados, no se debe calcular la puntuación de dicha escala. Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor o peor de los estados de salud posibles.

2.2.2.6 Calidad de vida en pacientes VIH

La calidad de vida relacionada con la salud involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales. Existe un gran interés por el estudio de la calidad de vida en la población de pacientes con VIH/SIDA, y las investigaciones han mostrado que existe una relación entre la calidad de vida y variables psicológicas tales como la ansiedad y la depresión.

En el estudio realizado por Martín, Cano, Pérez de Ayala y cols. (2002), se evaluaron la ansiedad y la depresión presentes en pacientes infectados por el VIH, la calidad de vida y la influencia de los fármacos antirretrovirales en los aspectos clínicos, inmunológicos y psicológicos y en el estado de salud percibido por el paciente. Se encontró que 7 de los 52 pacientes evaluados (13.4%) mostraban depresión según el Inventario de Depresión de Beck. Del resto de la muestra, 13 pacientes (25%) manifestaban una depresión grave y en el resto aparecían signos de depresión. Respecto de la ansiedad, que se evaluó mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, 76.9% de los pacientes evaluados mostraba ansiedad, de los cuales 75%

exhibía una ansiedad grave. El estudio halló una relación significativa positiva entre ansiedad y depresión y el encontrarse en fases más avanzadas de la infección por VIH, tener un nivel cultural e ingresos económicos más altos, así como haberse infectado a través de la vía de transmisión sexual. Los mencionados autores concluyen que la prevalencia de la depresión y la ansiedad en estos pacientes es muy alta e incluso superior a la que muestran personas con otras enfermedades crónicas. Asimismo, se hace patente el hecho de que la *calidad de vida* se halla *más deteriorada* en los *pacientes infectados por VIH en fases avanzadas*, comparados con pacientes que padecen otras enfermedades crónicas. Un aspecto que destacan los autores es que la depresión repercute de forma importante en la calidad de vida y, por otra parte, que los pacientes deprimidos pueden presentar una percepción distorsionada de las mejoras en la salud que producen los tratamientos antirretrovirales como consecuencia de las alteraciones en el estado de ánimo.

En cuanto a la influencia de variables sociodemográficas sobre la calidad de vida, la investigación realizada por Swindells, Mohr, Justice y cols. (1999), en la que se evaluó a 138 pacientes infectados por el VIH, se encontró que la calidad de vida no estaba relacionada con variables demográficas como la edad, el sexo, la raza, el nivel educativo o el estado civil. Los niveles más altos de calidad de vida tenían que ver con un mayor nivel de ingresos económicos y el empleo, entre otras variables. En esta misma línea, se halló que los pacientes seropositivos de mayor edad, con un menor nivel educativo y que consumían drogas por vía parenteral mostraban unos niveles más bajos de calidad de vida (Gielen, McDonnell, Wu, O'Campo y Faden, 2000). Según los resultados de otras investigaciones (Gielen y cols., 2000; Lenderking, Testa, Katzenstein y Hammer, 1997), las mujeres



seropositivas manifiestan una peor calidad de vida en comparación con los hombres en esta circunstancia. Un estudio realizado por McDonell, Gielen, Wu, O'Campo y Faden (2001) evaluó la CVRS en una muestra de 287 mujeres seropositivas; este grupo de mujeres mostró, comparado con los hombres seropositivos, unos niveles más bajos de bienestar. Las mujeres que el año anterior al estudio estaban trabajando exhibían unos niveles más altos de calidad de vida; además, los mayores niveles educativo y de ingreso económico correlacionaban de forma positiva con la calidad de vida, lo que corrobora lo hallado en otras investigaciones (por ejemplo, Hays y cols., 2000). Con respecto a los pacientes seropositivos que consumen drogas por vía parenteral, los estudios han puesto de manifiesto que su calidad de vida, cuando se encuentran en el período asintomático de la infección, es menor comparada con la de los pacientes seropositivos homosexuales (Carretero, Burgess, Soler y Soler, 1996).

La fase de la infección en la que esté el paciente (asintomática, sintomática o sida) constituye otro factor relacionado con la calidad de vida y, por ende, es importante la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a estos pacientes cuyo objetivo sea la mejora de su calidad de vida a lo largo del período evolutivo de la infección (Nunes, Raymond, Nicholas, Leuner y Webster, 1995). Los resultados hallados en la investigación realizada por Burgoyne y Saunders (2001) ponen de manifiesto que los pacientes que se encontraban en el período asintomático de la infección tenían una mejor CVRS que quienes estaban en el período sintomático o que habían progresado a la fase de sida. Otras investigaciones que han tenido resultados similares a los anteriores (Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2004) han demostrado que los pacientes en la fase asintomática muestran mayores niveles de Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) física que los



pacientes en la fase sintomática o sida. En esta misma línea, Aguirre (1998) expuso que los hombres con sida tienen una peor CVRS; sin embargo, el aspecto que más impacto tiene sobre la calidad de vida es recibir la noticia de que se es seropositivo.

Otro aspecto importante en la infección por el VIH y su relación con la calidad de vida es la presencia de lipodistrofia, puesto que repercute sobre los aspectos emocionales y el bienestar. Hay pocos estudios que hayan evaluado de forma objetiva la calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA y que padecen lipodistrofia, pues los cuestionarios utilizados no evalúan los aspectos relacionados con la imagen corporal, factor muy importante en la ponderación de los pacientes que sufren lipodistrofia (García y Font, 2004). Estos autores realizaron una investigación en la que valoraron el impacto de la lipodistrofia sobre la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que padecían aquélla. Encontraron que únicamente había diferencias entre los que sufrían lipodistrofia y los demás en calidad de vida con respecto al malestar emocional. Los autores concluyeron que la lipodistrofia produce un malestar emocional que repercute negativamente sobre la calidad de vida. Por otra parte, no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las subescalas de calidad de vida, aunque las mujeres percibían una mayor pérdida de atractivo físico que los hombres.²²

²² Teva Inmaculada, Bermúdez María de la Paz, Hernández-Quero José, Buela Casal Gualbert. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Página disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_2/14_2/GBuela.html

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

La calidad de vida a través de sus dimensiones está relacionada con las características sociodemográficas de los pacientes con TARGA de la Estrategia Sanitaria Nacional VIH-SIDA en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna 2014.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Calidad de vida	Cuestionario SF-36	- Función física	Escala
		- Rol físico	
		- Dolor corporal	
		- Salud general	
		- Vitalidad	
		- Función social	
		- Rol emocional	
Características sociodemográficas	Edad	- Menos de 30 años	Intervalo (Tipo Cuantitativa)
		- 31-40 años	
		- 41-50 años	



		<ul style="list-style-type: none"> - 51-60 años - Más de 60 años 	
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Nominal Dicotómica (Tipo Cualitativa)
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior incompleto - Superior completo 	Nominal Politómica (tipo Cualitativa)
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero (a) - Casado (a) - Conviviente - Divorciado (a) - Viudo (a) 	Cualitativa
	Estado Laboral actual	<ul style="list-style-type: none"> - Trabaja - No trabaja - Jubilado 	Nominal Politómica (tipo Cualitativa)
	Tiempo de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - 1 año - 2 años - 3 años 	Intervalo (Tipo Cuantitativa)



	(diagnosticada)	<ul style="list-style-type: none"> - 4 años - 5 años 	
	Tiempo en TARGA	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 año - 1-2 años - 2-3 años - 3-4 años - Más de 4 años 	Intervalo (Tipo Cuantitativa)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO:

Se realizó un estudio no experimental de tipo observacional, analítico y transversal.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

- El Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inicio sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas y otros servicios adicionales como vivienda y alojamiento para Médicos y Enfermeras. El primero de una serie de Hospitales Regionales cuya ejecución abordó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, consta de un pabellón de 5 pisos y sótano en el que está incluido el núcleo asistencial y la Unidad Sanitaria. El Hospital “Hipólito Unanue” cuenta con la “Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA”, la cual se inicia desde el año 2005 en Tacna, lo que da comienzo al TARGA; dicho programa es a nivel nacional y da cobertura a los pacientes: personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS); grupos con elevada prevalencia y alto riesgo de adquirir y transmitir

ITS y VIH y /o contactos sexuales; recién nacido de madres con ITS/VIH y población en general.

4.3 POBLACIÓN

La población de estudio fue el 100% de los pacientes con Tratamiento Antirretroviral de la Estrategia Nacional de VIH SIDA del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014 que aceptaron ser parte del estudio.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Todo paciente con diagnóstico de VIH SIDA en TARGA.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que no acepten participar del estudio.
- Pacientes que al momento del estudio no están en tratamiento.

4.5 Instrumentos de recolección de datos.

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Para crear el

cuestionario se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del cuestionario inicial. El cuestionario final es un instrumento genérico que contiene 36 ítems que conforman 8 dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo. Las 8 dimensiones evalúan: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Las puntuaciones se transforman en una escala que tiene un recorrido desde **cero=0 (el peor estado de salud)** hasta **cien =100 (el mejor estado de salud)**. El instrumento fue ampliamente descrito en el marco teórico.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 PROCESO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se realizó la coordinación con la enfermera encargada de la Estrategia VIH SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna para conocer a la población del estudio.
- Del total de población, 94 pacientes, 4 menores de 18 años y 15 no quisieron ser parte del estudio, resultando una población total final de 75 pacientes entrevistados.
- A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (75), se les realizó la entrevista en su domicilio a cargo de un personal de salud previamente calificado para sobre guardar la privacidad del paciente.

5.2 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

- Los datos fueron digitados y codificados en Excel 2007, para posteriormente elaborar la base de datos mediante software propio que tiene el Cuestionario SF 36.
- Se utilizó la base de datos en el programa SPSS versión 21 para la presentación de los resultados.



- Los datos obtenidos fueron presentados en tablas y/o gráficos en Excel 2007, evaluándose las variables de acuerdo a los objetivos específicos.
- Se utilizaron gráficas de “Barras de error” con un intervalo de confianza de 95%, donde se contrastan la diferencia de medias, con un p significativo < 0.05 . En estas gráficas se podrán observar las tendencias entre las categorías respectivas de cada variable para encontrar las diferencias estadísticas.
- En dichas graficas se podrá observar más de una característica a la vez, según una variable respectiva y poder directamente diferenciar cuál de ellas está más asociada a una menor o mejor calidad de vida, se consideró la puntuación de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida) en el eje de las ordenadas.
- Las gráficas al 95% significa que, si el investigador repitiera el procedimiento empleado, en 95 de esas veces tendríamos las mismas gráficas presentadas en este trabajo, lo que determina fehacientemente las diferencias que se logran observar.



CAPÍTULO VI.

RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES EN TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

Características sociodemográficas		n	%
Género	Femenino	28	37.3%
	Masculino	47	62.7%
	Total	75	100%
Edad	menos de 30 años	15	20.0%
	31 – 40 años	32	42.7%
	41 – 50 años	15	20.0%
	51 – 60 años	13	17.3%
	Total	75	100.0%
Grado de instrucción	Analfabeto	1	1.3%
	Primaria	9	12.0%
	Secundaria	50	66.7%
	Superior incompleto	8	10.7%
	Superior completo	7	9.3%
	Otro	0	0.0%
Total	75	100.0%	
Estado civil	Soltero(a)	46	61.3%
	Casado(a)	2	2.7%
	Conviviente	21	28.0%
	Divorciado(a)	5	6.7%
	Viudo(a)	1	1.3%
	Total	75	100.0%
Ocupación actual	Trabaja	55	73.3%
	No trabaja	20	26.7%
	Jubilado	0	0.0%
	Total	75	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla N° 1 se observó que el 62.6 % del total de la población corresponde al género masculino. El 42.7% de los pacientes, tienen entre 31-40 años de edad.

En cuanto al grado de instrucción, el 66.7% tienen estudios secundarios y el 20% estudios superiores, observando que hay un paciente analfabeto. También se observa que el 61.3% de la población son solteros, 28.0% son convivientes y que el 73.3% de la población trabaja.

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD Y DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH-SIDA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

		n	%
Tiempo de diagnóstico de VIH en años	1 años	2	2.7%
	2 años	10	13.3%
	3 años	16	21.3%
	4 años	22	29.3%
	5 años	18	24.0%
	6 años	7	9.3%
	Total	75	100.0%
Tiempo con TARGA	Menos de 1 año	14	18.7%
	de 1 a 2 años	16	21.3%
	de 2 a 3 años	25	33.3%
	de 3 a 4 años	15	20.0%
	más de 4 años	5	6.7%
	Total	75	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 2 nos muestra que el 62.6% de los pacientes tienen un tiempo de diagnóstico de VIH mayor de 4 años y, que el 73.3% de la población tiene menos o igual a 3 años en tratamiento.

TABLA N° 3

MEDIDAS DE CENTRALIZACIÓN Y DISPERSIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO SF 36 EN LOS PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. E
FUNCION FISICA (0-100)	75	30.00	100.00	80.8667	13.7883
ROL FISICO (0-100)	75	0.00	25.00	19.3333	9.25733
DOLOR CORPORAL (0-100)	75	22.00	100.00	72.7600	20.3282
SALUD GENERAL (0-100)	75	0.00	77.00	31.2800	14.2559
VITALIDAD (0-100)	75	12.50	87.50	51.5000	15.2692
FUNCION SOCIAL (0-100)	75	25.00	100.00	67.8333	21.0747
ROL EMOCIONAL (0-100)	75	0.00	25.00	13.5556	10.5918
SALUD MENTAL (0-100)	75	15.00	93.75	58.8500	15.9771
N válido (según lista)	75				

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla N° 3, observamos que las dimensiones de la calidad más afectadas son el rol emocional (media (\bar{X})=13.56), el rol Físico (\bar{X} =19.33) y la Salud General (\bar{X} =31.28).

Las dimensiones Función Física, Dolor Corporal, Función Social, Salud Mental y Vitalidad están afectadas pero en menor grado (\bar{X} >50).

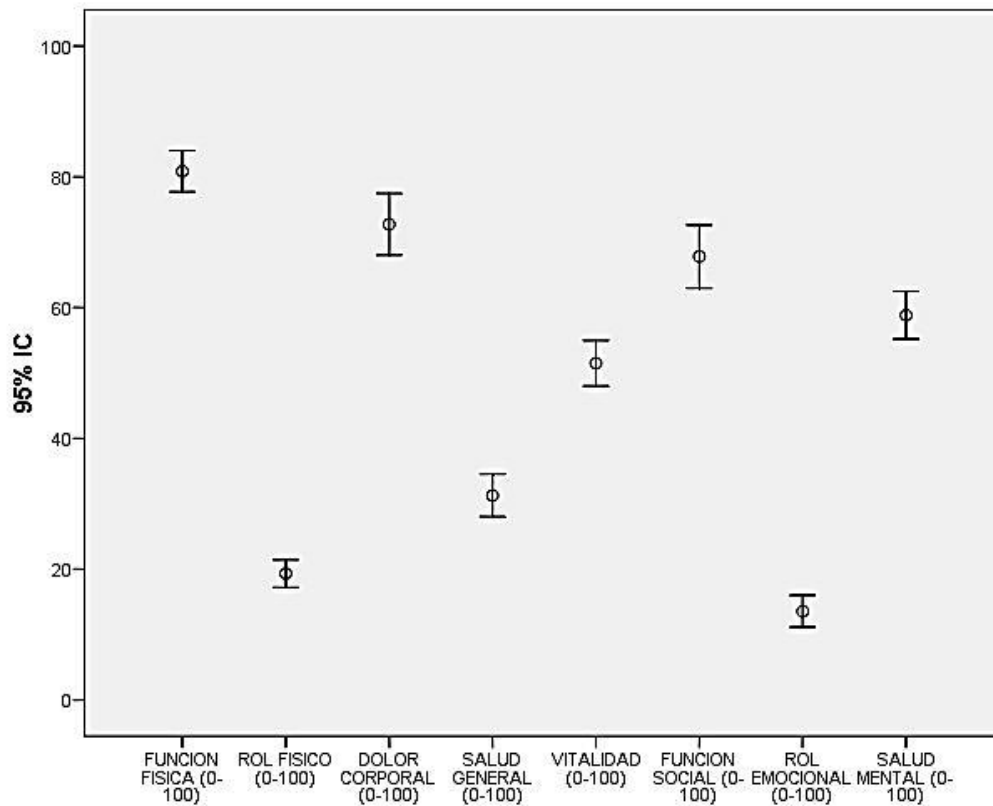
TABLA N°4: CORRELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN SUS MEDIDAS DE CENTRALIZACIÓN EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" DE TACNA 2014

Género	FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	ROL FÍSICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
Femenino	Media	75.1786	63.5000	27.8571	43.5268	60.2679	10.7143	53.3929
	N	28	28	28	28	28	28	28
	Desv. típ.	15.66325	10.95815	20.31329	13.15355	13.86965	20.14231	16.55818
Masculino	Media	84.2553	78.2766	33.3191	56.2500	72.3404	15.2482	62.1011
	N	47	47	47	47	47	47	47
	Desv. típ.	11.41979	7.35001	18.41986	14.62890	14.15654	20.51248	14.85918
Total	Media	80.8667	72.7600	31.2800	51.5000	67.8333	13.5556	58.8500
	N	75	75	75	75	75	75	75
	Desv. típ.	13.78830	9.25733	20.32828	14.25592	15.26926	21.07473	15.97713

La tabla N°4 nos muestra que las pacientes del género femenino presentan mayor afectación de las dimensiones de la calidad de vida, debido a que comparativamente los pacientes del género masculino presentan medias más altas.

GRÁFICO N°1

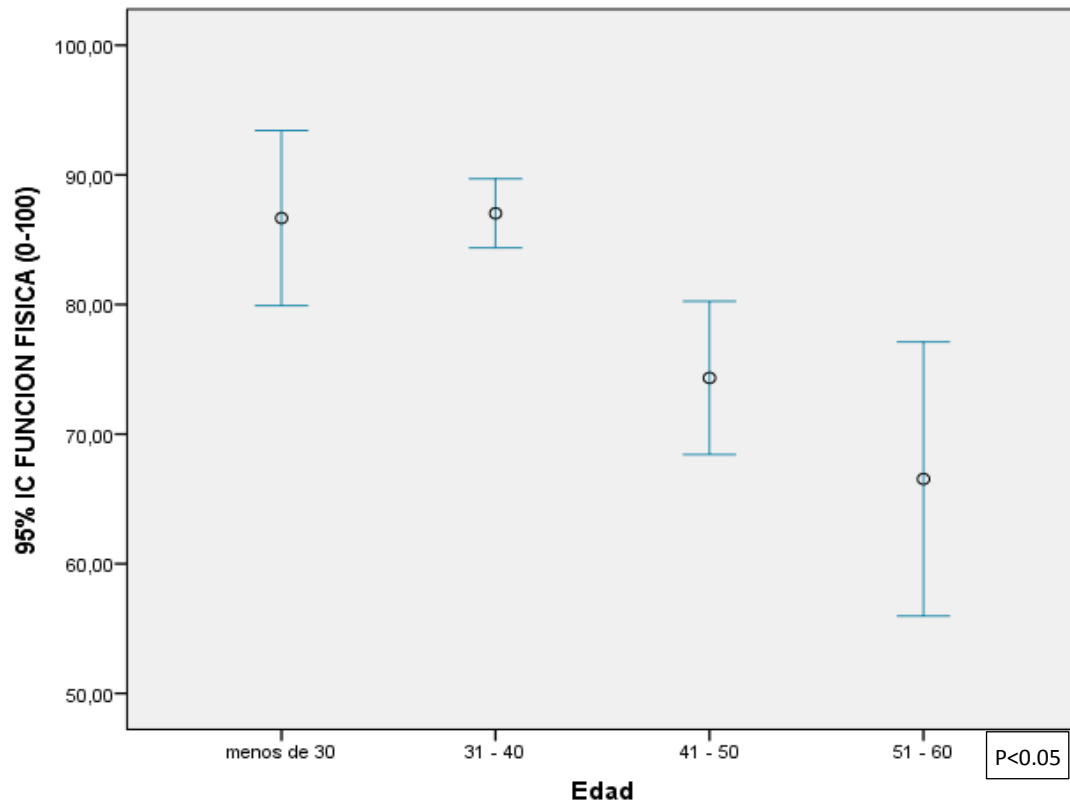
PROYECCIÓN DE MEDIDAS DE CENTRALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO SF 36 EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014



En el gráfico N°1, con un intervalo de confianza al 95%, observamos que las dimensiones más afectadas son el Rol emocional, Rol físico y la Salud General, por tener $\bar{X} < 50$.

GRÁFICO N° 2

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN FÍSICA” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

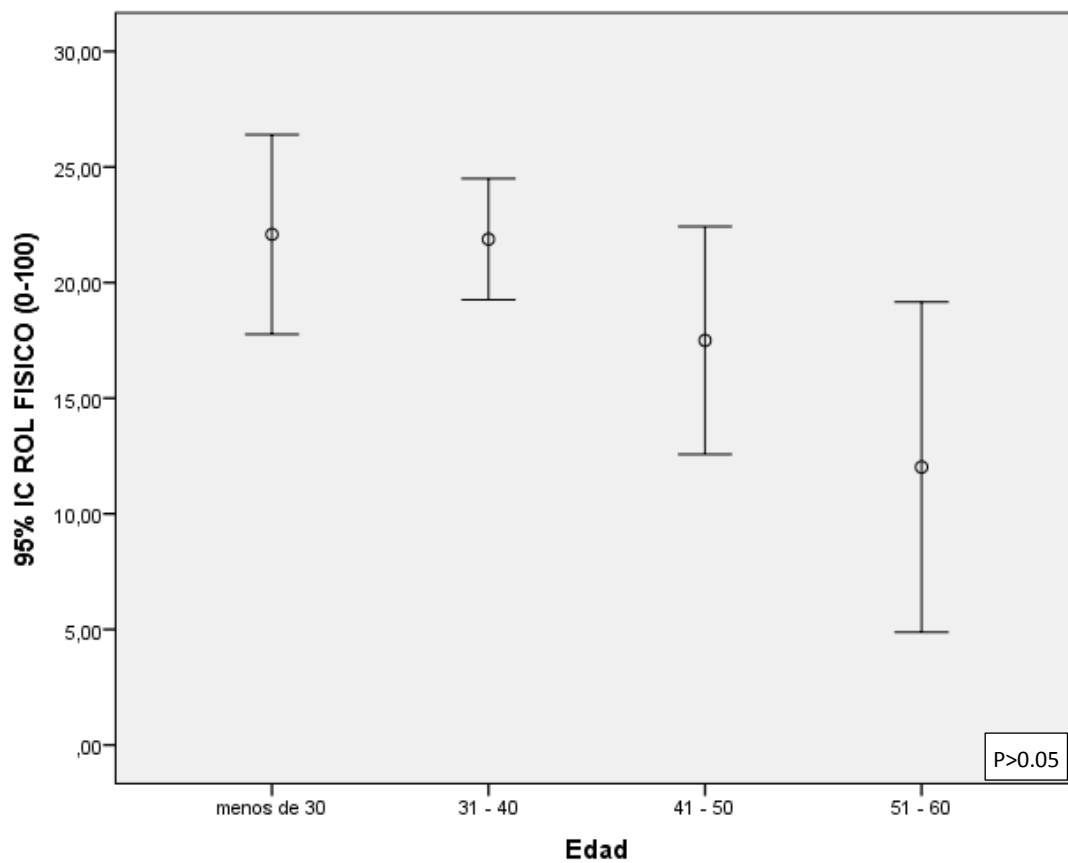


En el gráfico N°2, con un intervalo de confianza de 95%, se observa que la dimensión Función Física disminuye con la edad, y los pacientes más afectados son los mayores de 51 años.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Física con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 3

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL FÍSICO” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

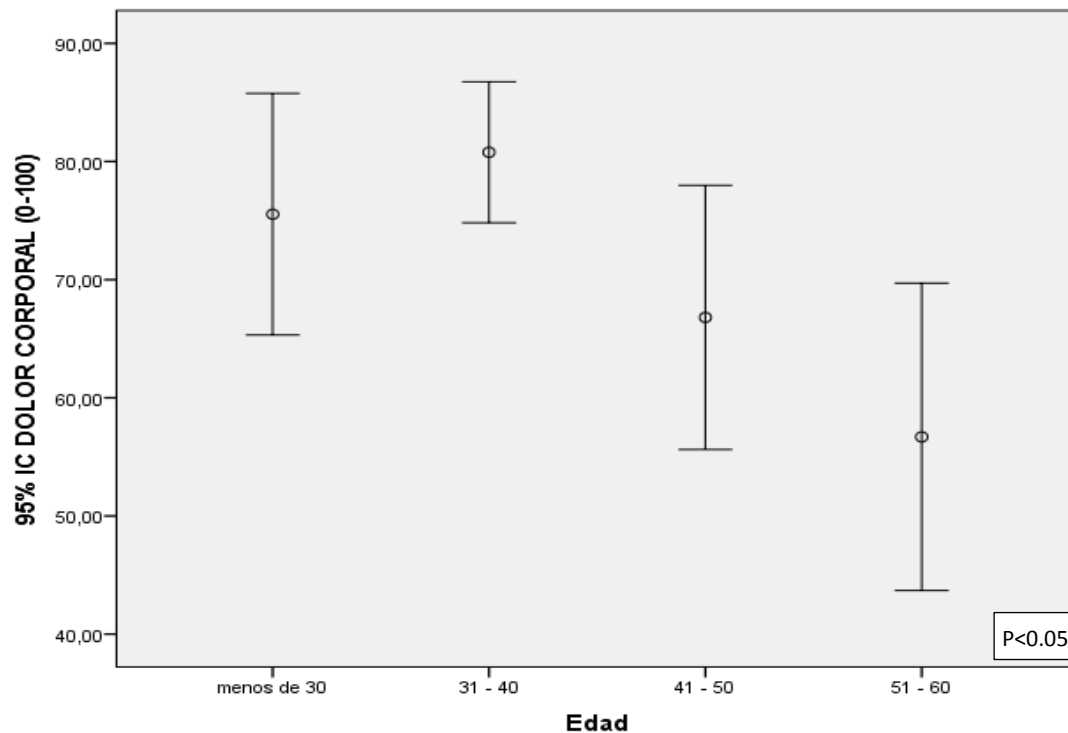


El gráfico N°3, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Físico se encuentra más disminuida en los pacientes mayores de 51 años.

Con un valor $p > 0,05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Físico con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 4

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “DOLOR CORPORAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

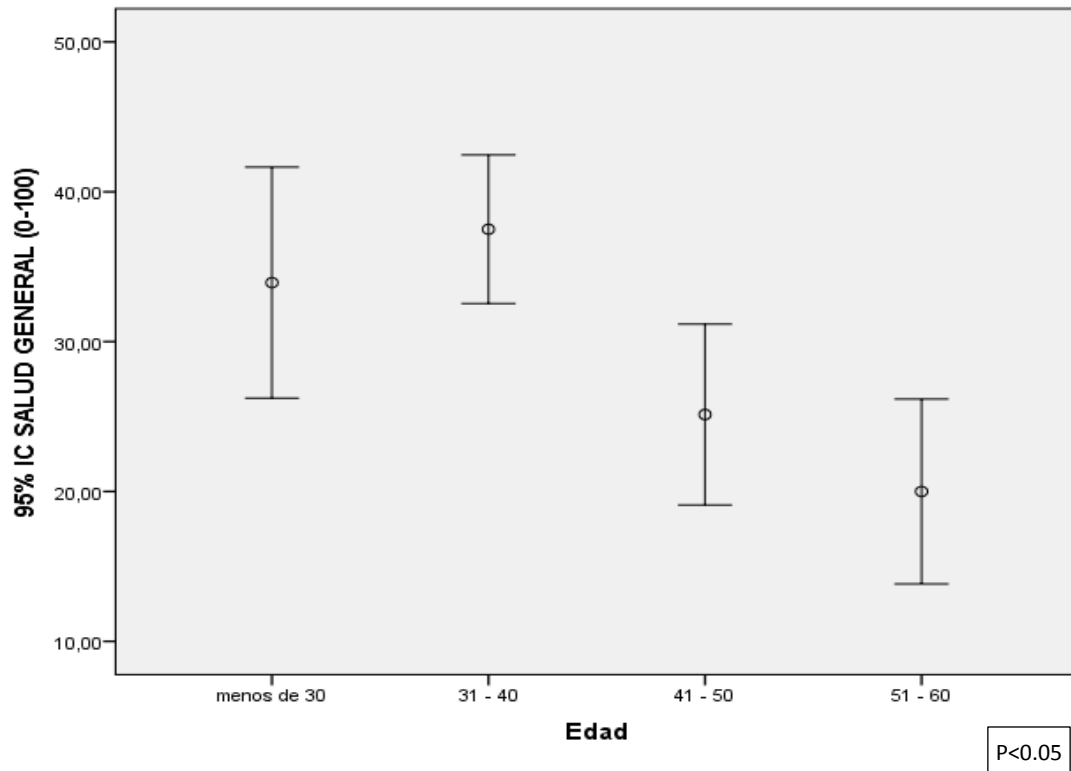


En el gráfico N°4, con un intervalo de confianza de 95%, observamos que los pacientes mayores de 51 años perciben mayor afectación de la dimensión Dolor Corporal.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Dolor Corporal con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 5

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD GENERAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

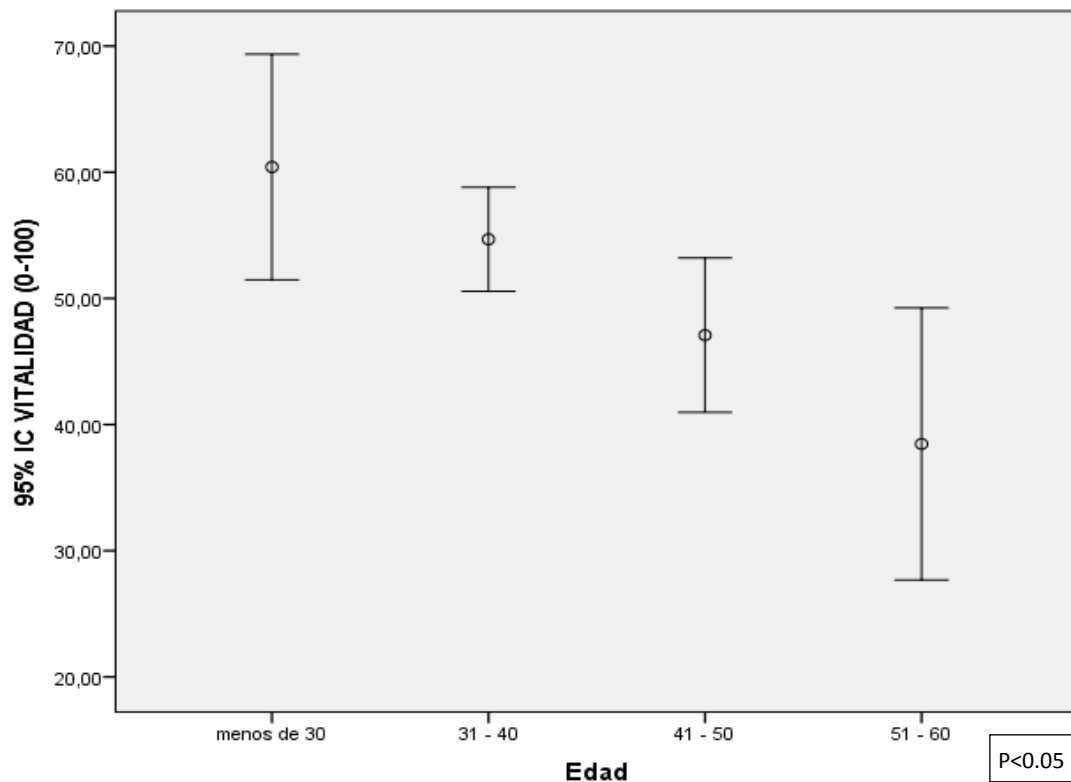


El gráfico N°5, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión de la Salud General, está afectada en todas las edades, encontrándose más disminuida en los pacientes mayores de 51 años.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud General con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 6

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “VITALIDAD” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

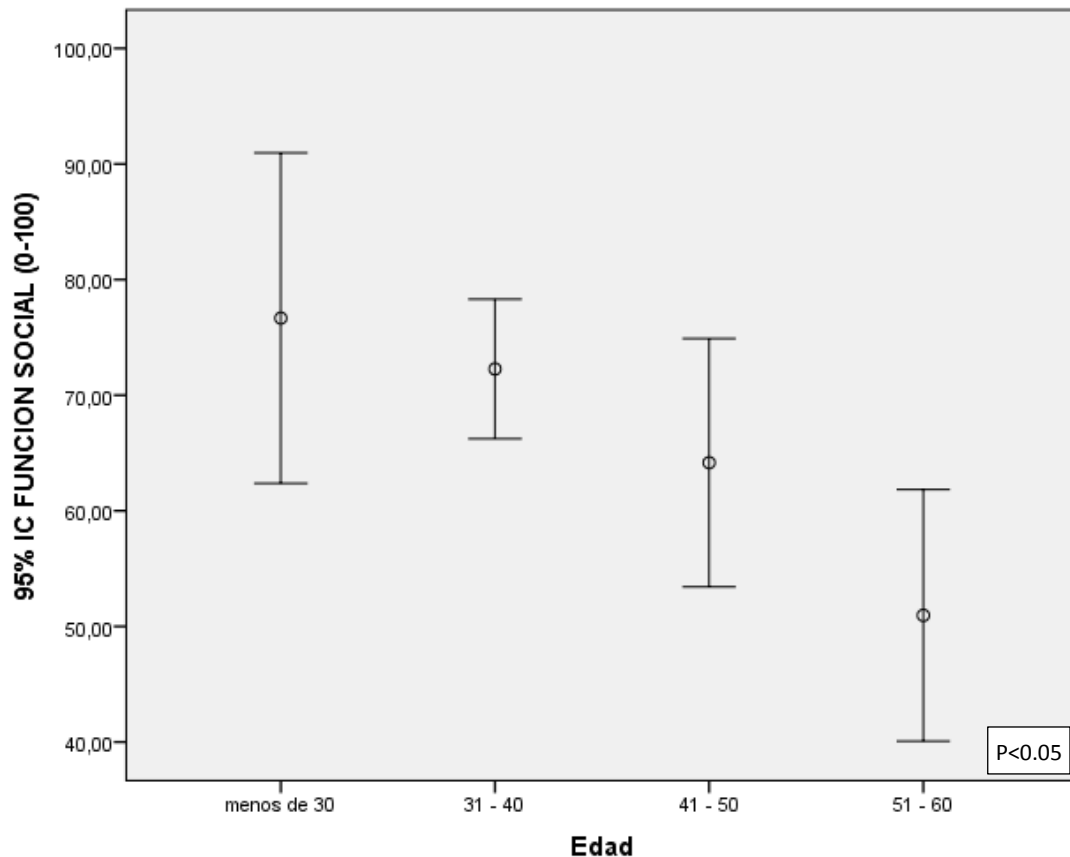


El gráfico N° 6, con un intervalo de confianza de 95%, observamos que los pacientes mayores de 51 años perciben mayor afectación de la dimensión Vitalidad.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Vitalidad con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 7

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN SOCIAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

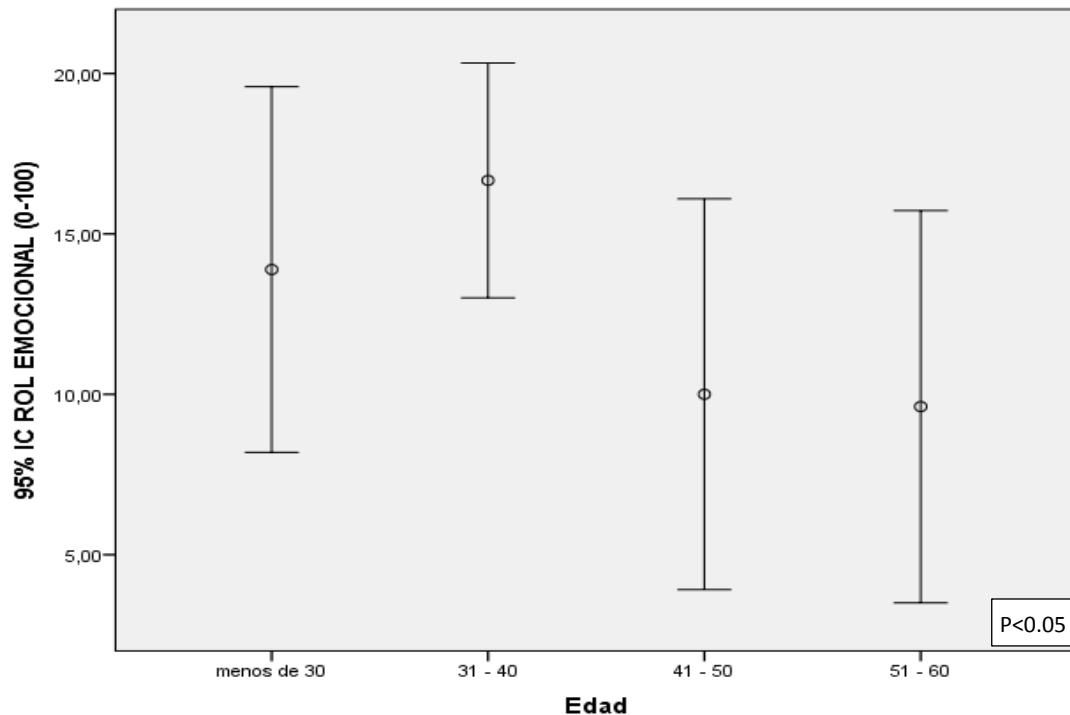


El gráfico N°7, con un intervalo de confianza de 95%, observamos que los pacientes mayores de 51 años perciben mayor afectación de la dimensión Función Social.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Social con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 8

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL EMOCIONAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

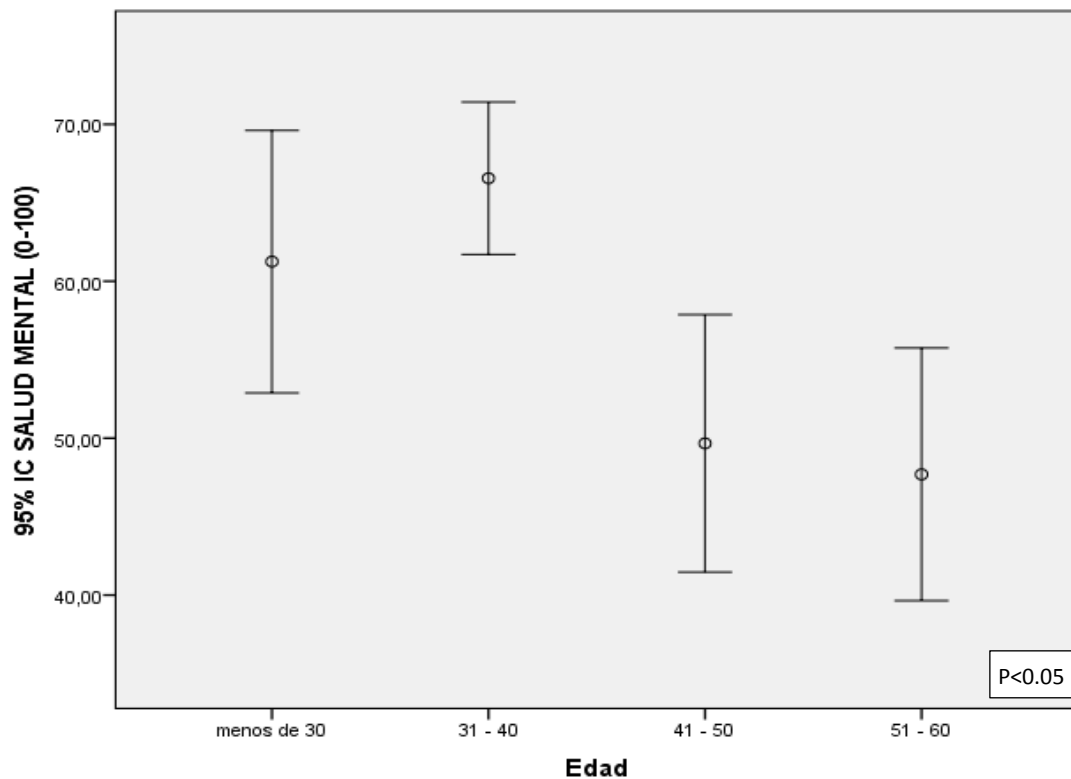


El gráfico N°8, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión del Rol Emocional, está afectada en todas las edades, encontrándose más disminuida en los pacientes mayores de 51 años.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol emocional con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 9

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD MENTAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

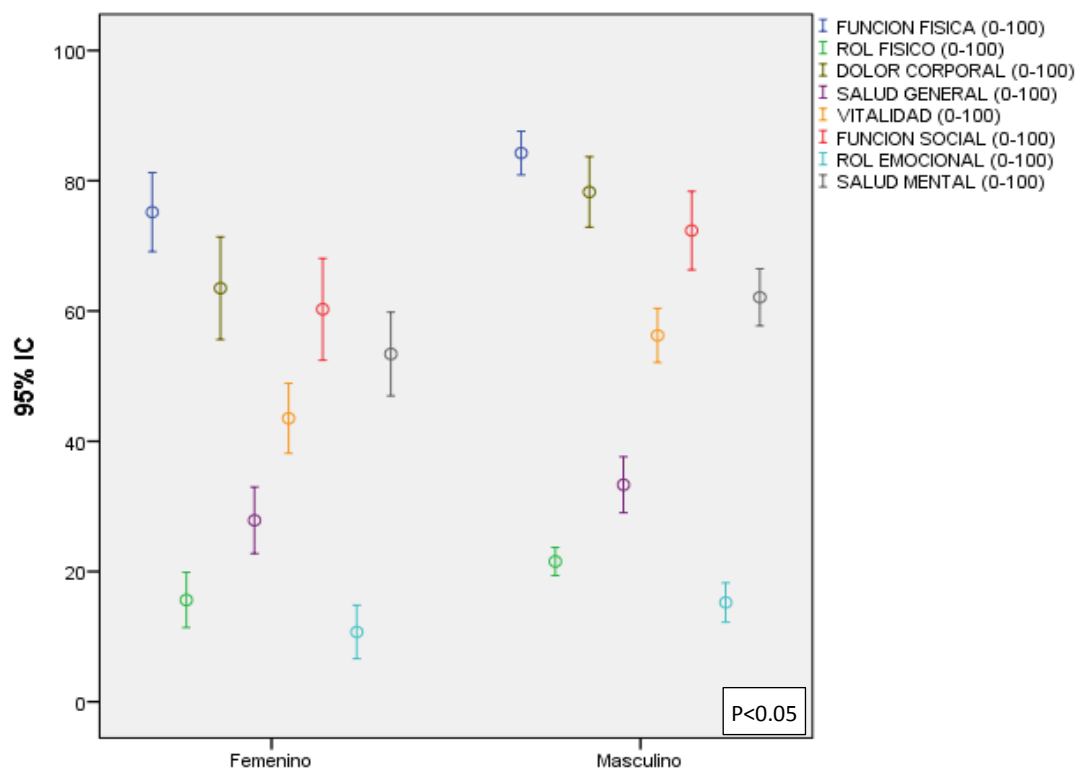


El gráfico N°9, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que pacientes mayores de 51 años perciben mayor afectación de la dimensión Salud Mental.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud Mental con respecto a la edad.

GRÁFICO N° 10

CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GÉNERO EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014



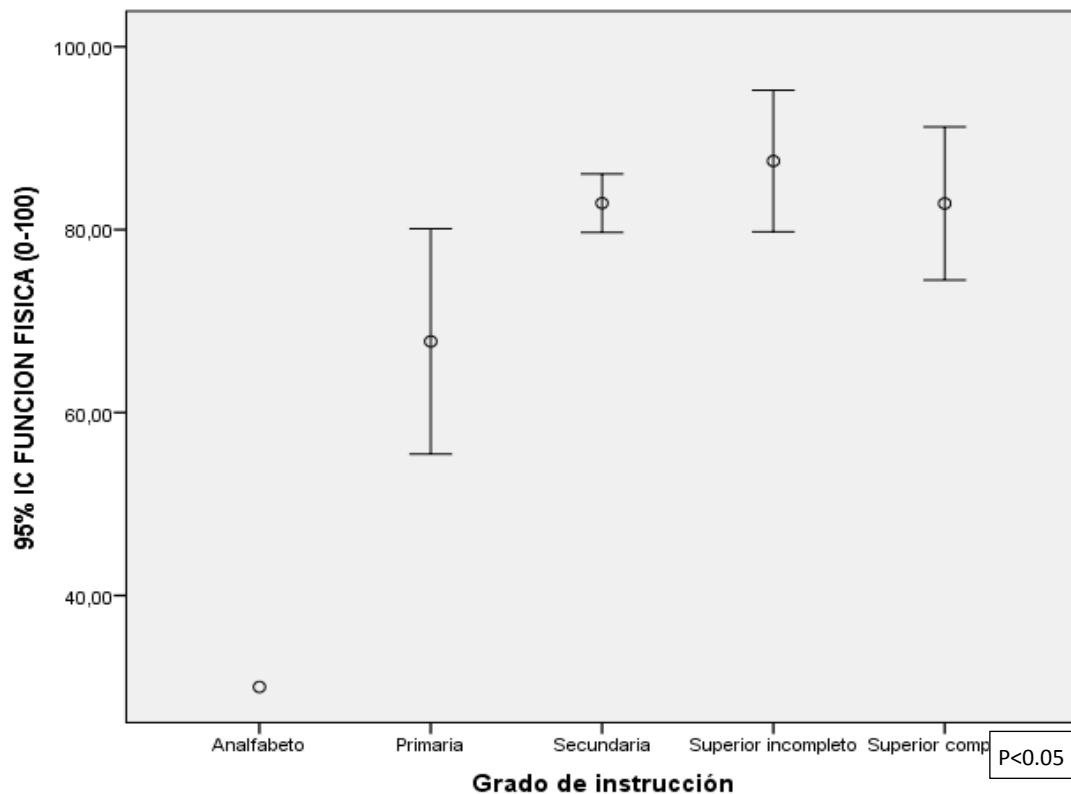
Género

En el gráfico N°10, con un intervalo de confianza de 95%, podemos afirmar que las dimensiones de la calidad de vida están más afectadas en pacientes del género femenino.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en las dimensiones Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Vitalidad, Función Social con respecto al sexo de los pacientes.

GRÁFICO N° 11

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN FÍSICA” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

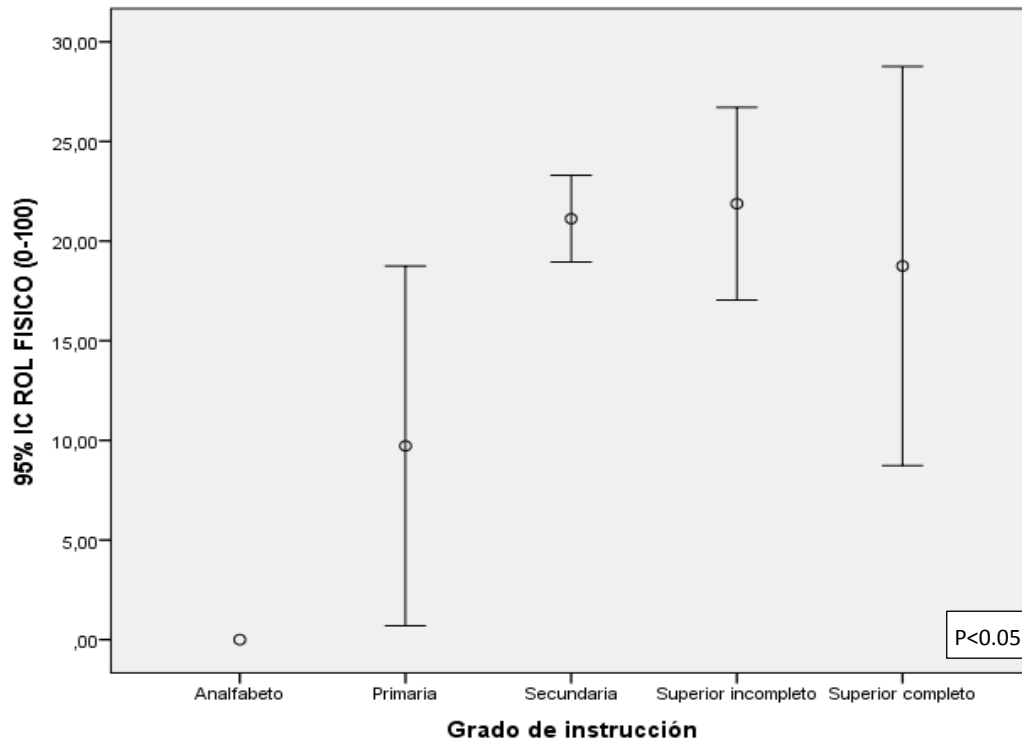


En el gráfico N° 11, con un intervalo de confianza de 95%, encontramos que la dimensión Función Física está más afectada en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Física con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 12

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL FÍSICO” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

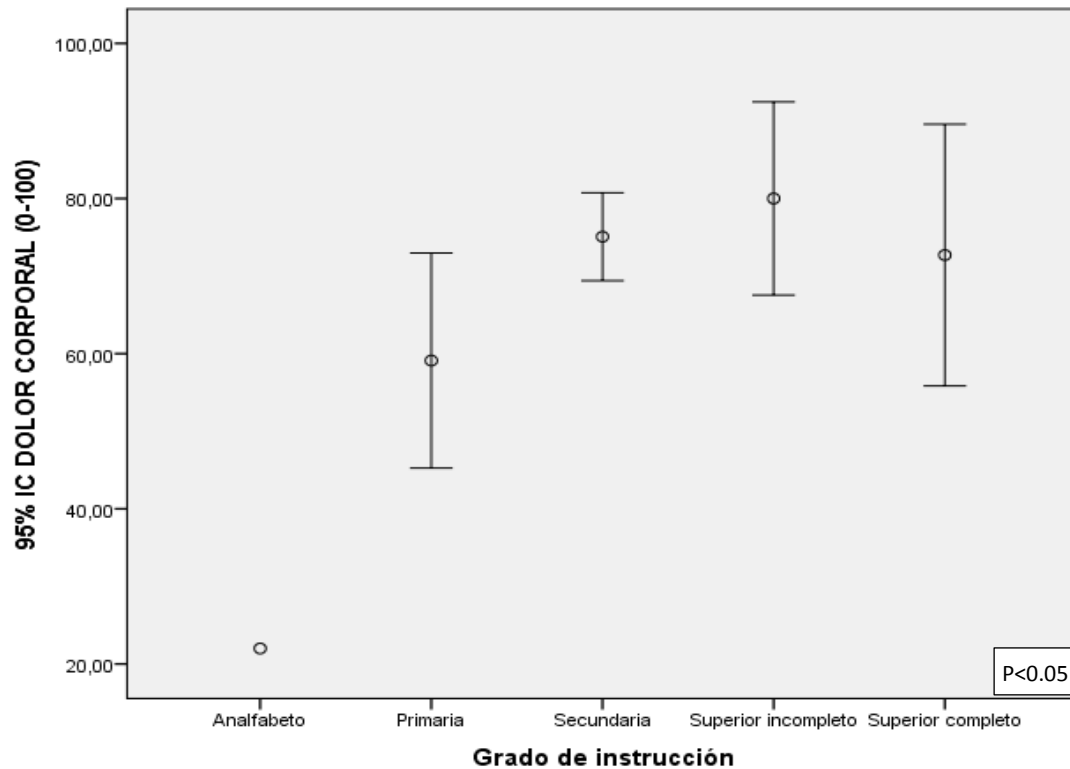


El gráfico N°12, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Físico se encuentra afectada en todos los pacientes, siendo mayor en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Físico con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 13

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “DOLOR CORPORAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

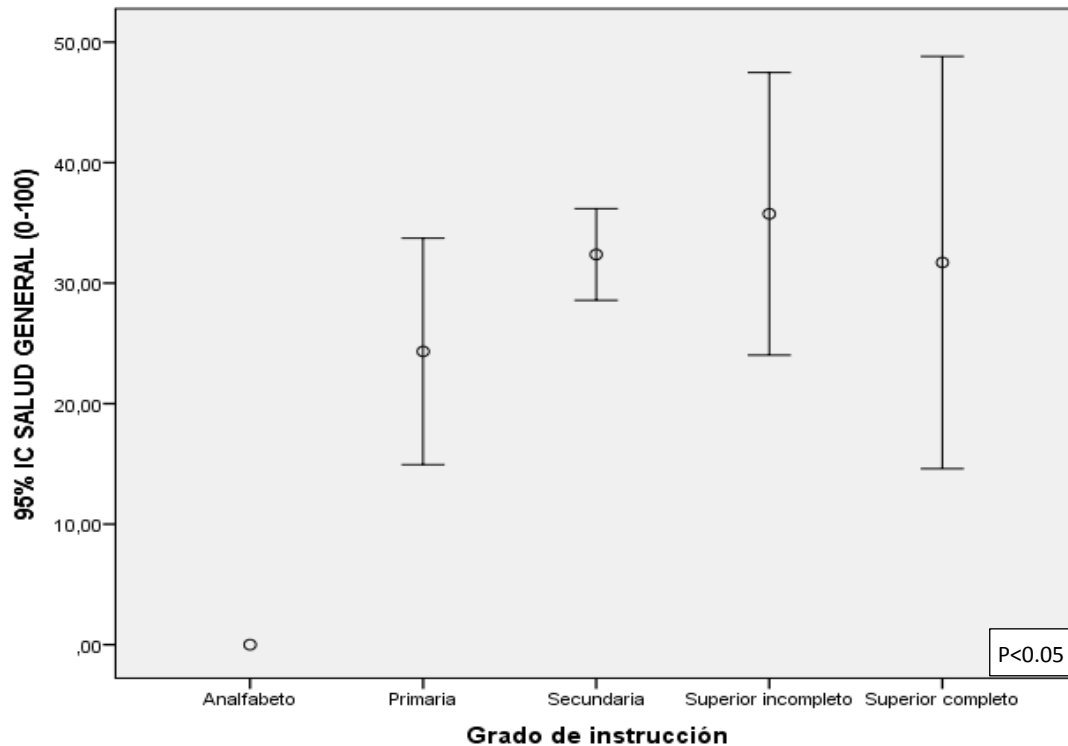


En el gráfico N° 13, con un intervalo de confianza de 95%, encontramos que la dimensión Dolor Corporal está más afectada en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Dolor Corporal con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 14

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD GENERAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

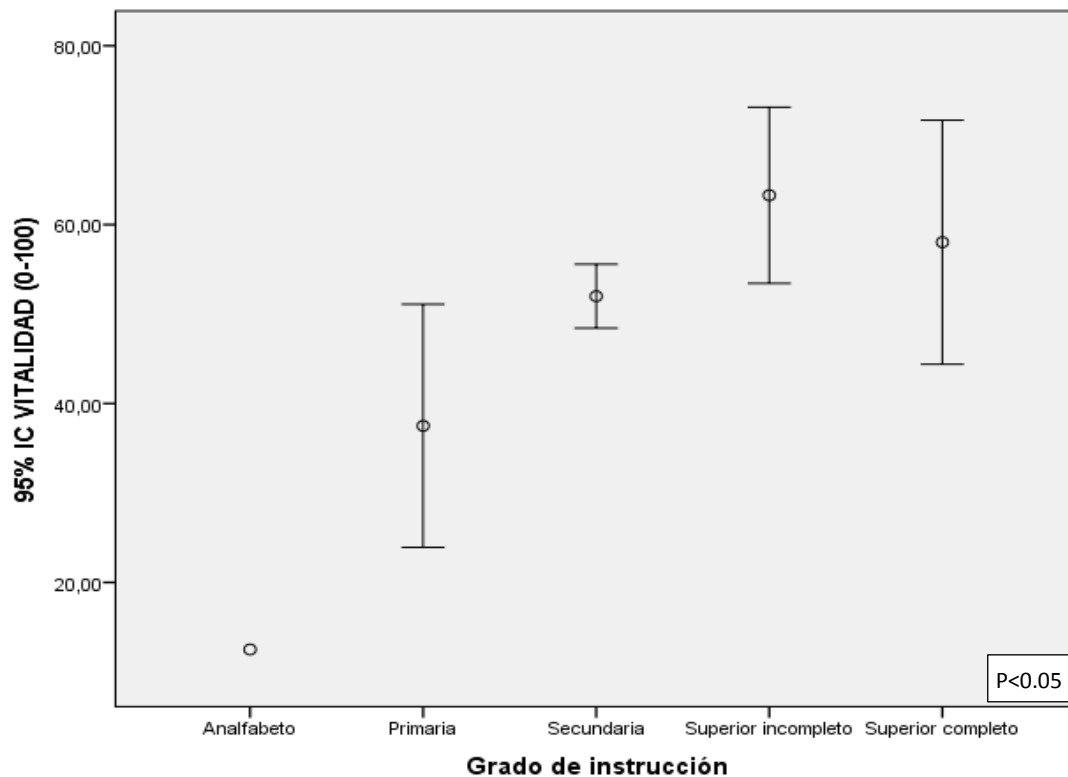


El gráfico N° 14, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión de la Salud General, está afectada en todos los grados de instrucción, encontrándose más disminuida en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud General con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 15

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “VITALIDAD” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

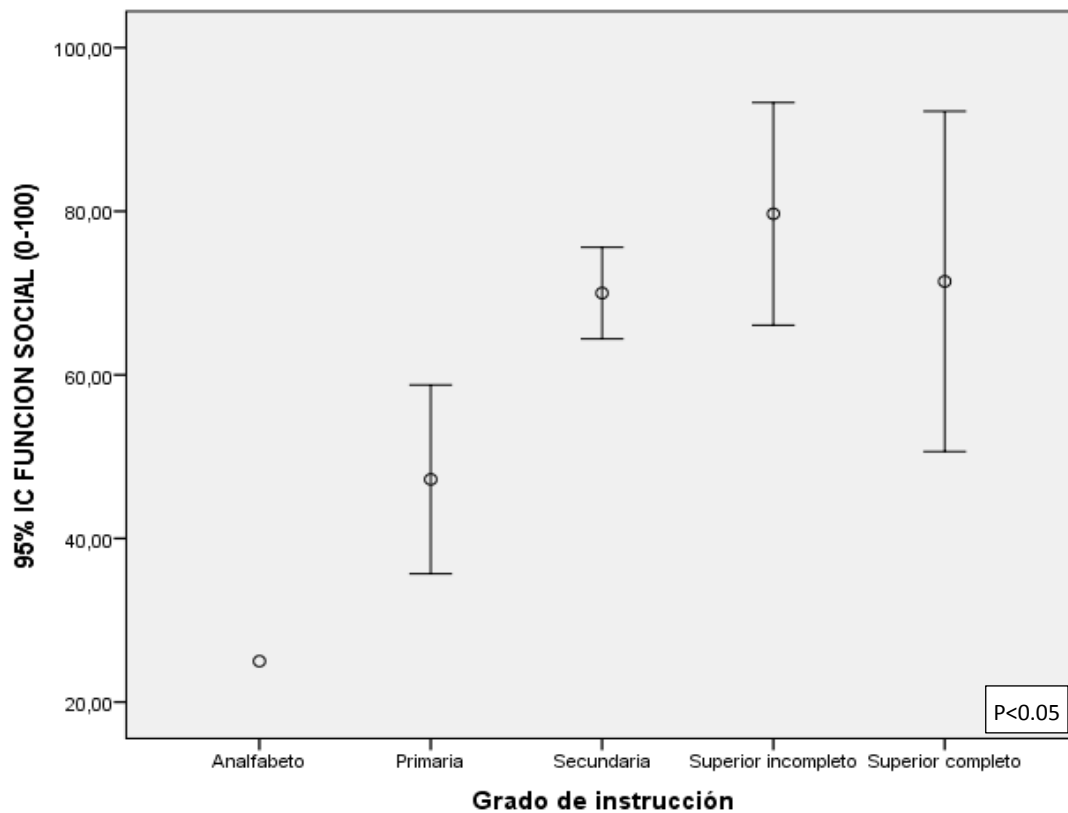


En el gráfico N° 15, con un intervalo de confianza de 95%, encontramos que la dimensión Vitalidad está más afectada en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Vitalidad con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 16

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN SOCIAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

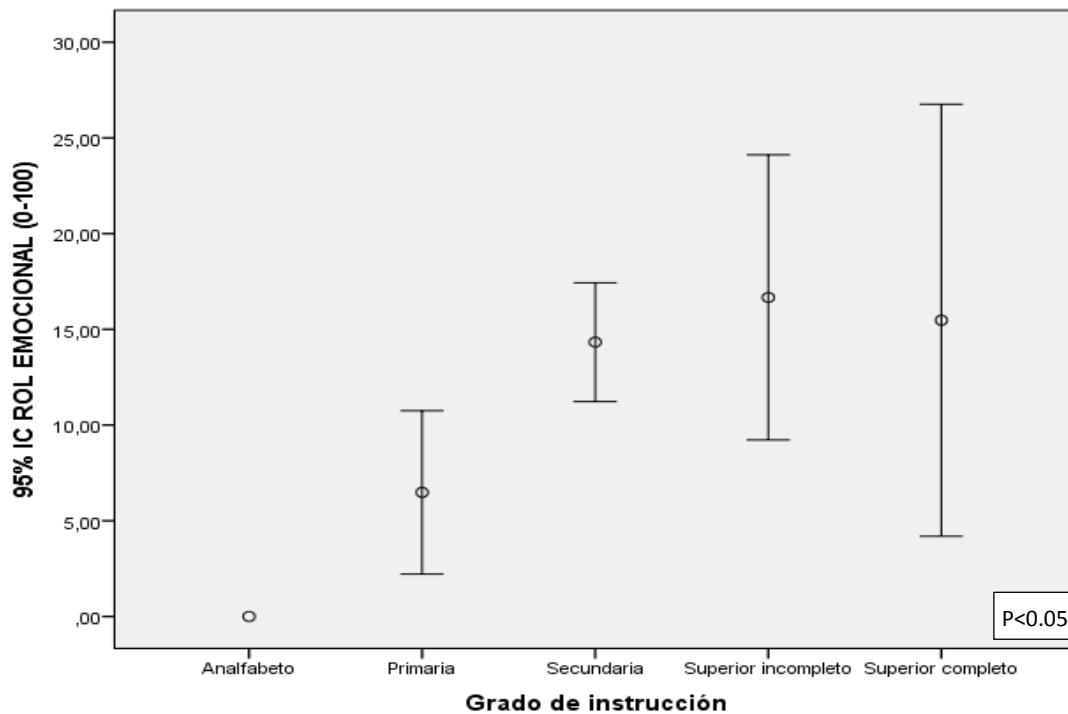


En el gráfico N° 16, con un intervalo de confianza de 95%, encontramos que la dimensión Función Social está más afectada en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Social con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 17

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL EMOCIONAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

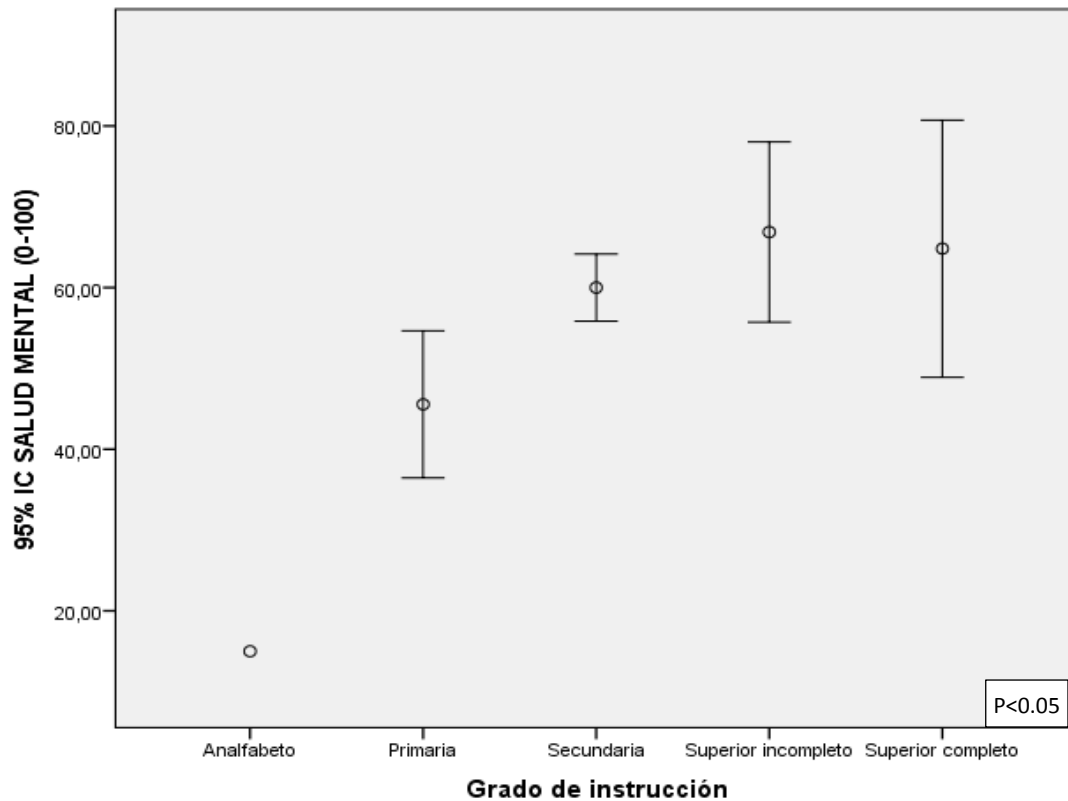


En el gráfico N° 17, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Emocional está afectada en todos los grados de instrucción, sobre todo en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Emocional con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 18

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD MENTAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

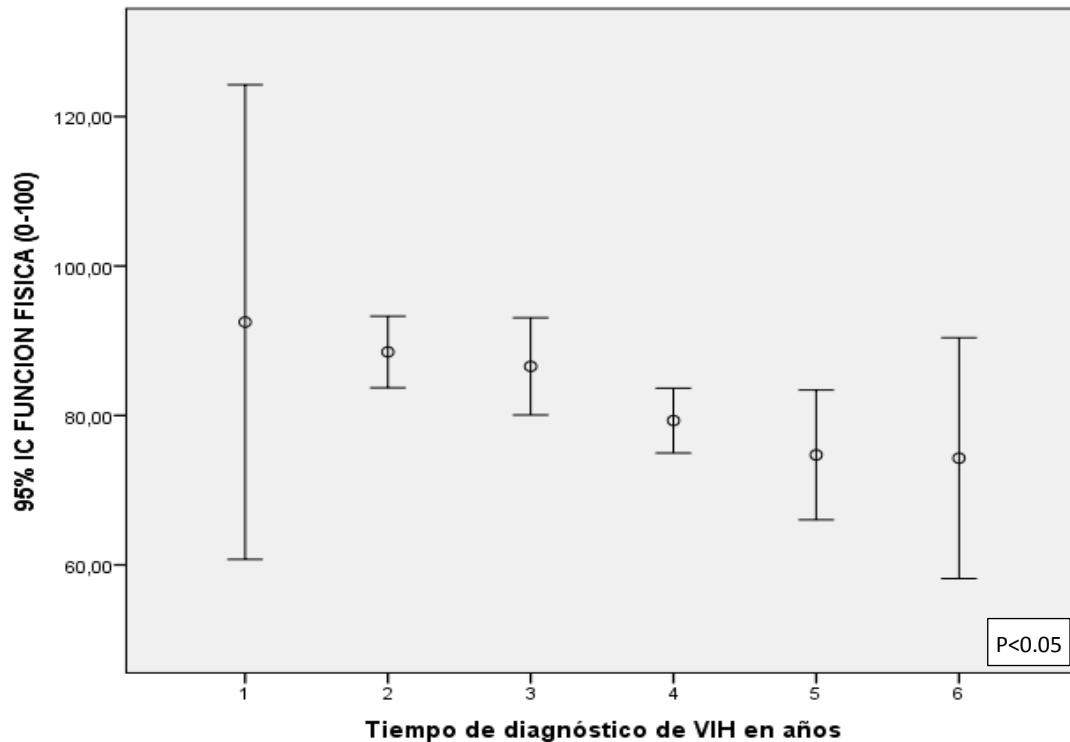


En el gráfico N°18, con un intervalo de confianza de 95%, encontramos que la dimensión Salud Mental está más afectada en los pacientes analfabetos.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud Mental con respecto al grado de instrucción.

GRÁFICO N° 19

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN FÍSICA” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

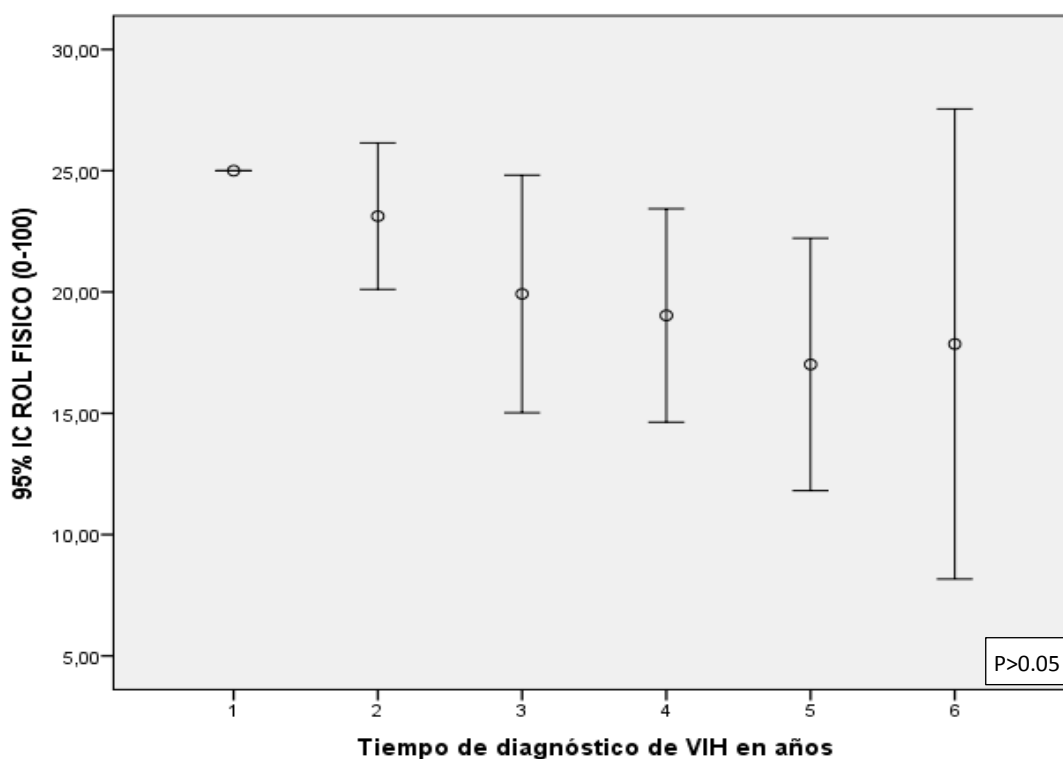


En el gráfico N°19, con un intervalo de confianza de 95%, encontramos que los pacientes con tiempo de diagnóstico de VIH de 1 año perciben menos afectación de la Función Física.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Física con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 20

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL FÍSICO” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

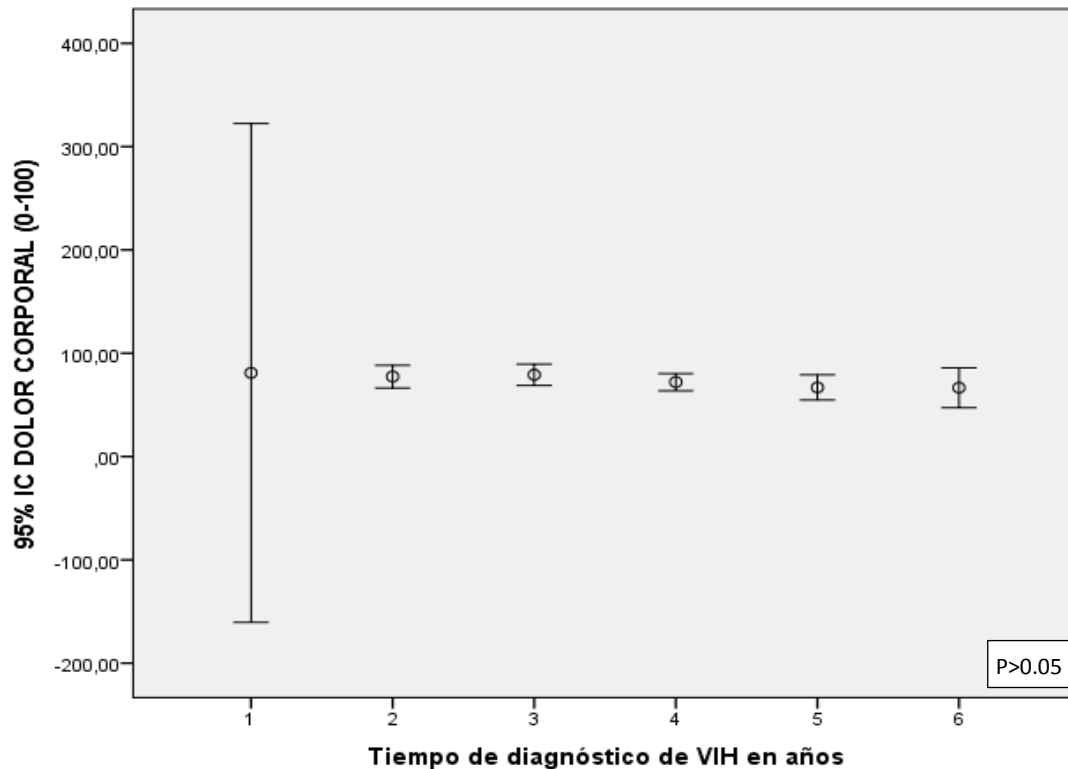


El gráfico N°20, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Físico está afectada en todos los años de diagnóstico del VIH, sobre todo en los pacientes con más de 6 años de diagnóstico.

Con un valor $p > 0,05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Físico con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 21

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “DOLOR CORPORAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

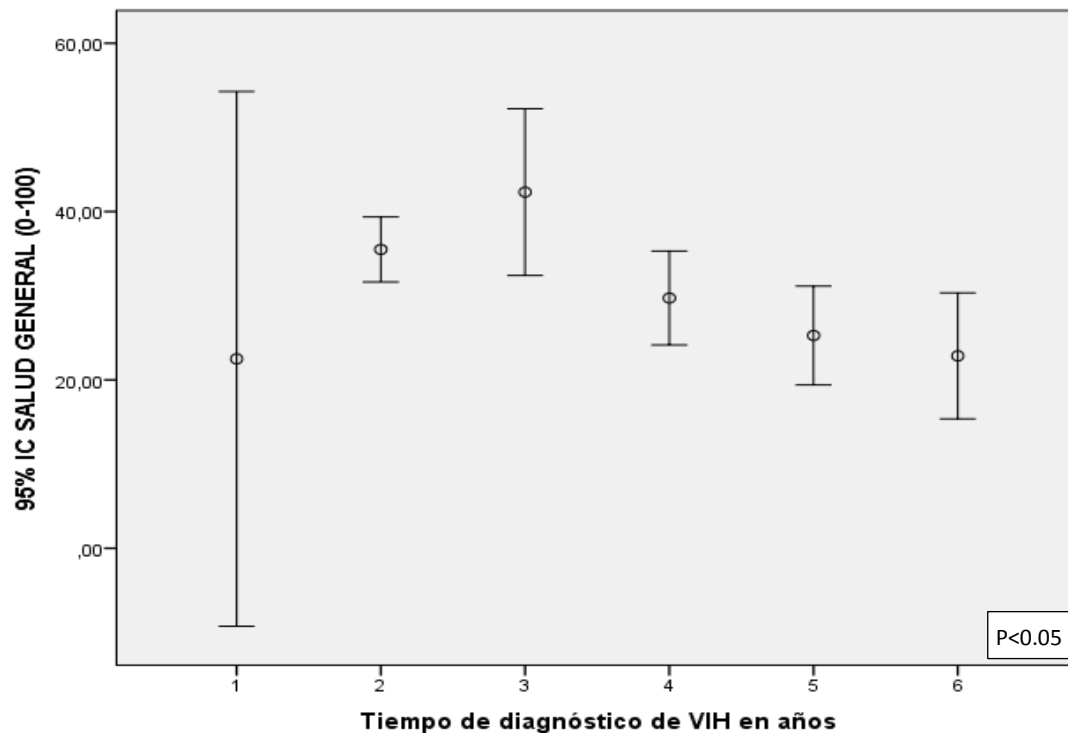


El gráfico N°21, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Dolor Corporal está más afectada en los pacientes con 1 año de diagnóstico del VIH.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Dolor Corporal con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 22

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD GENERAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

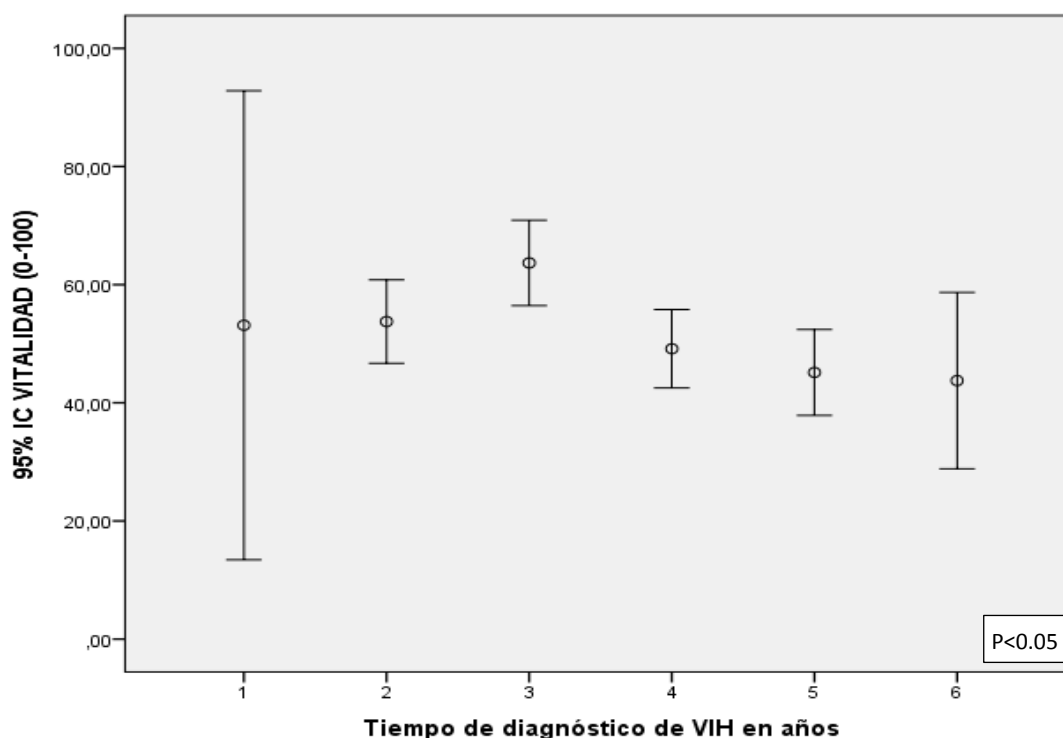


El gráfico N° 22, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Salud General está afectada todos los años de diagnóstico del VIH, sobre todo en los pacientes con 1 año con VIH.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud General con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 23

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “VITALIDAD” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

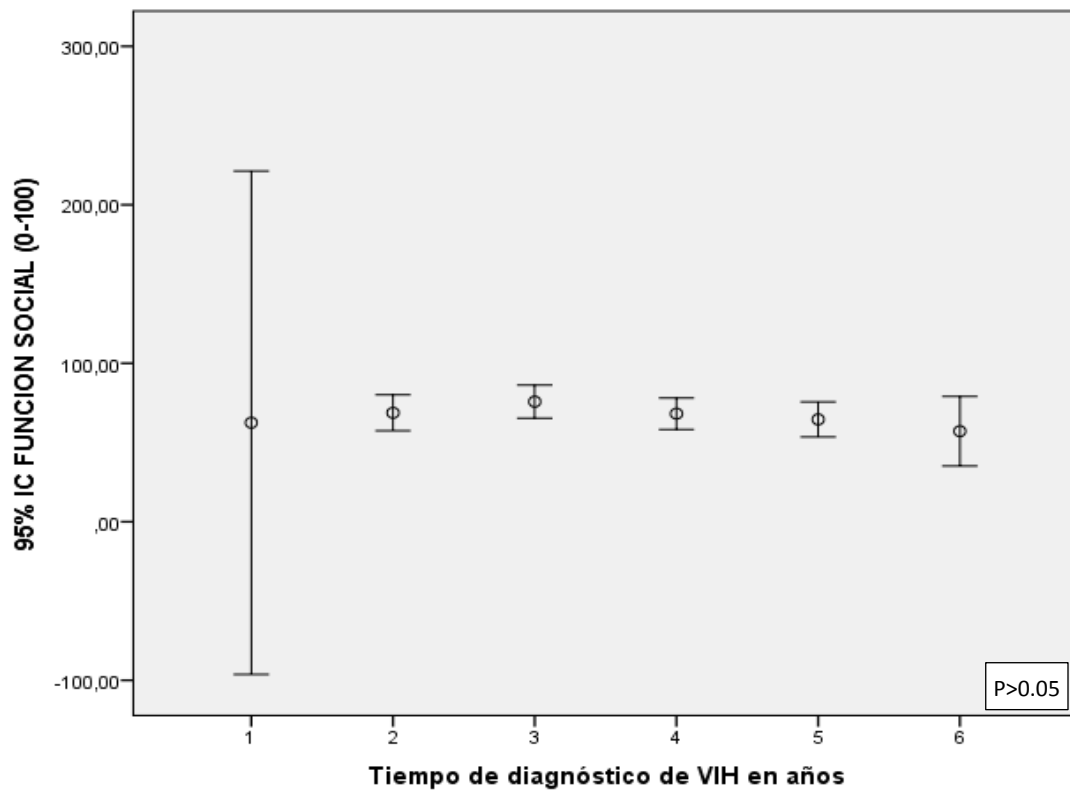


El gráfico N° 23, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que los pacientes con un tiempo de diagnóstico de VIH de 1 año presentan más afectada la dimensión Vitalidad.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Vitalidad con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 24

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN SOCIAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

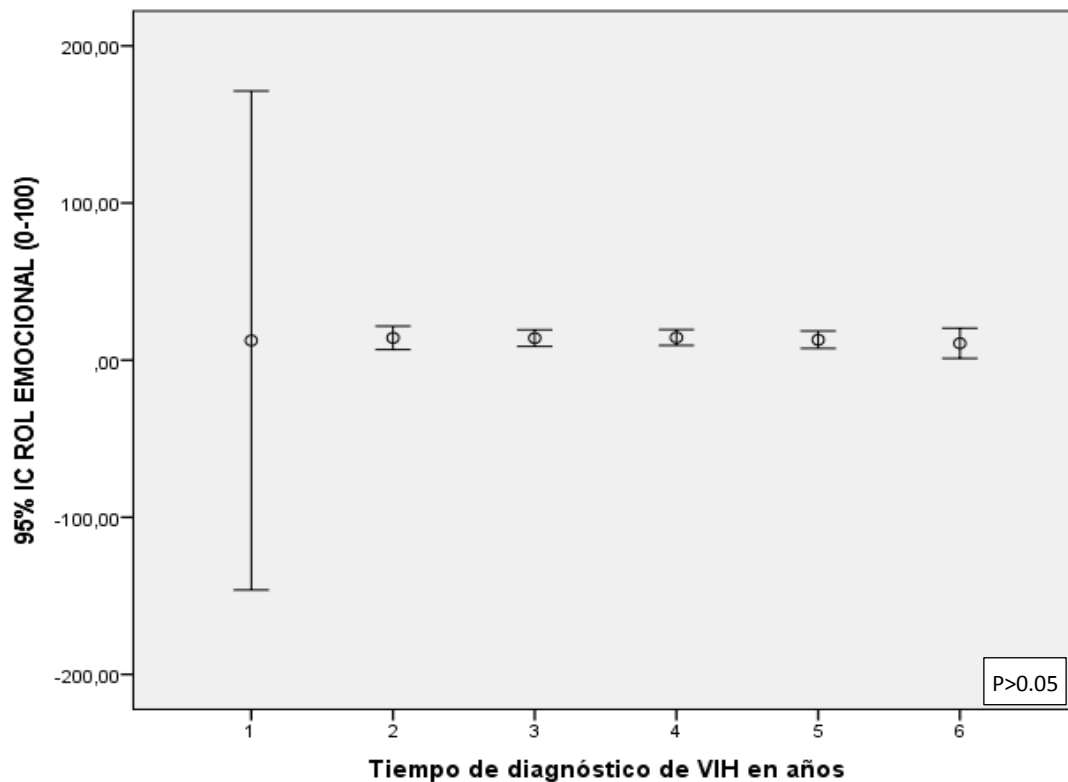


El gráfico N°24, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Función Social está más afectada en los pacientes con 1 año de diagnóstico.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Social con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 25

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL EMOCIONAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

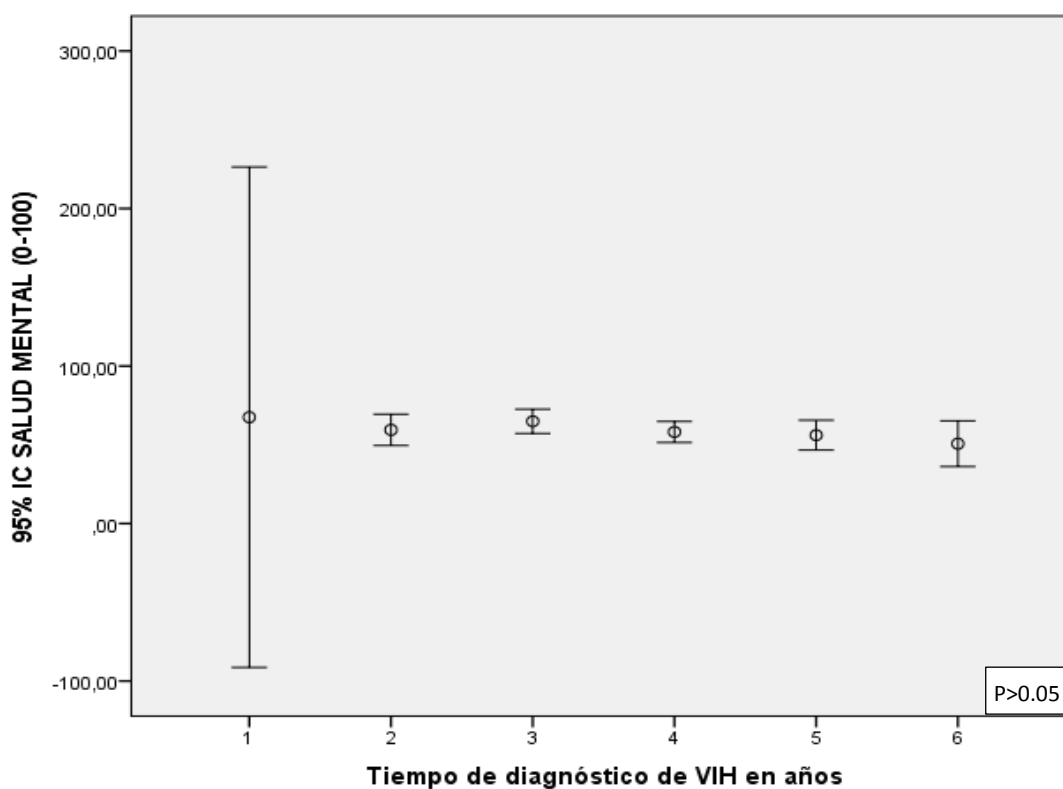


El gráfico N°25, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Emocional está más afectada en los pacientes con 1 año de diagnóstico.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Emocional con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 26

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD MENTAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

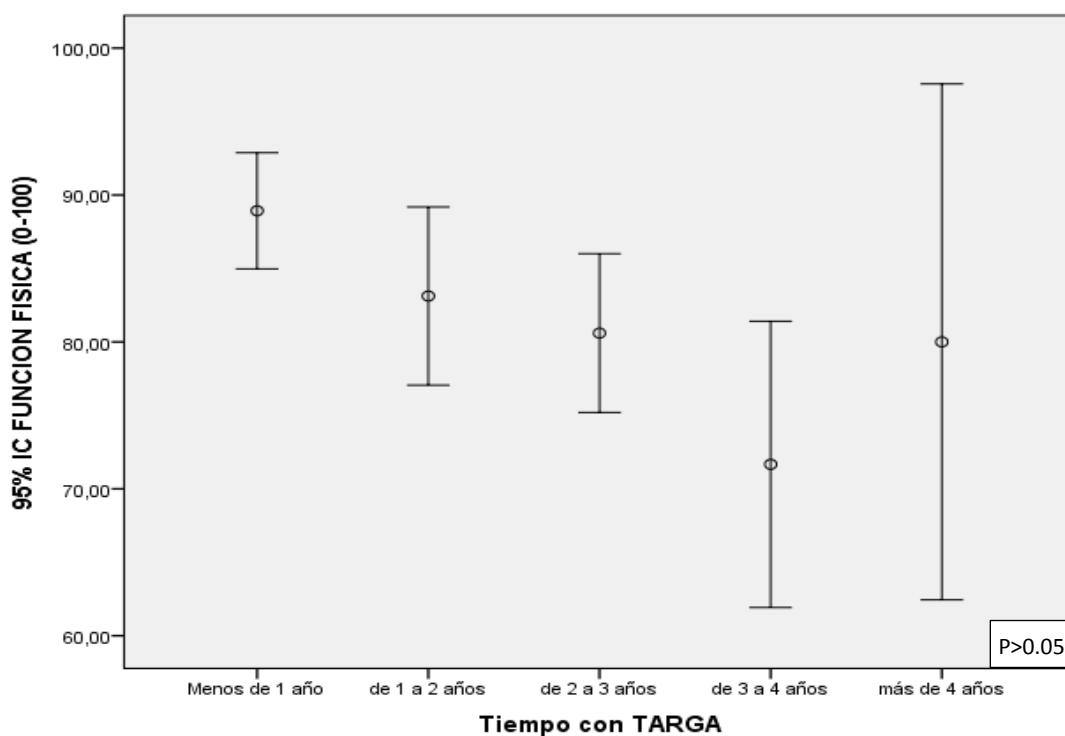


El gráfico N°26, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión de Salud Mental está más afectada en los pacientes con 1 año de diagnóstico de VIH.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud Mental con respecto al tiempo de diagnóstico de VIH.

GRÁFICO N° 27

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN FÍSICA” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

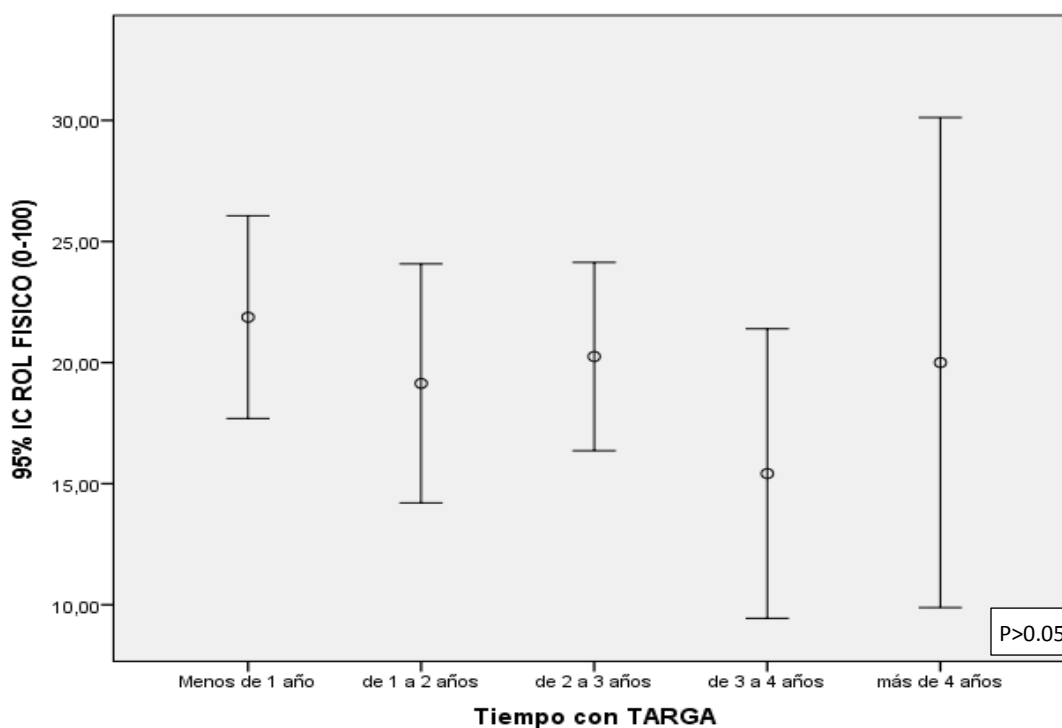


El gráfico N°27, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Función Física está más afectada en los pacientes con 3 a 4 años de diagnóstico del VIH.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Física con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 28

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL FÍSICO” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

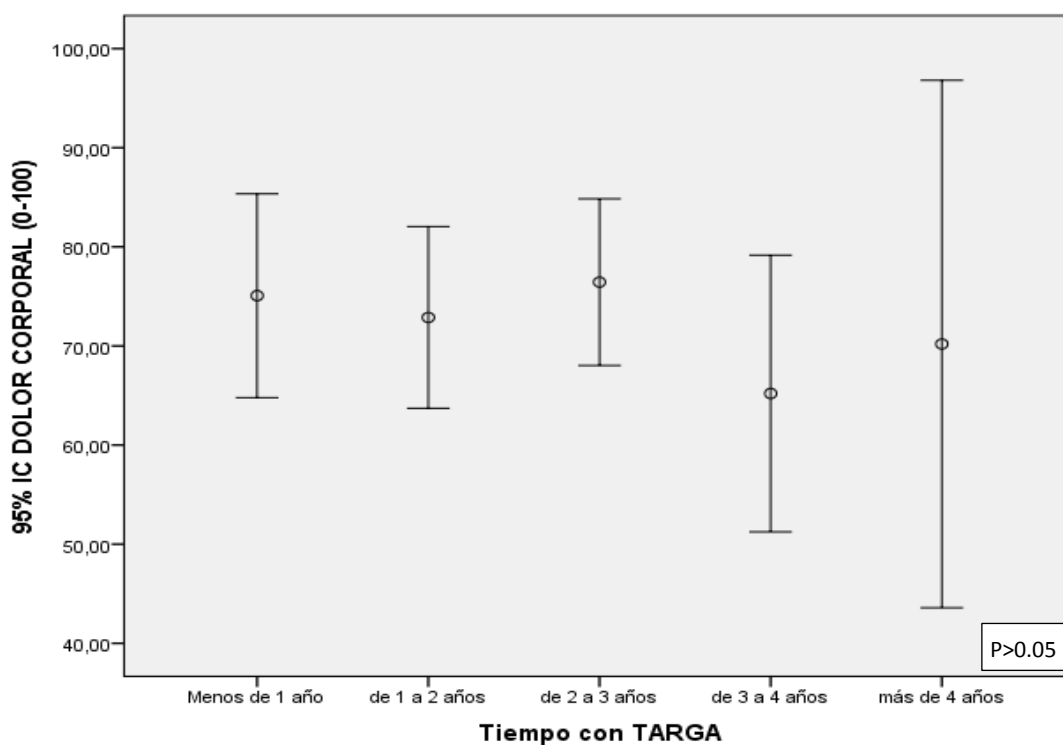


El gráfico N°28, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Físico está afectada todo el tiempo de tratamiento, sobre todo en los pacientes con 3 a 4 años de tratamiento.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Físico con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 29

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “DOLOR CORPORAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

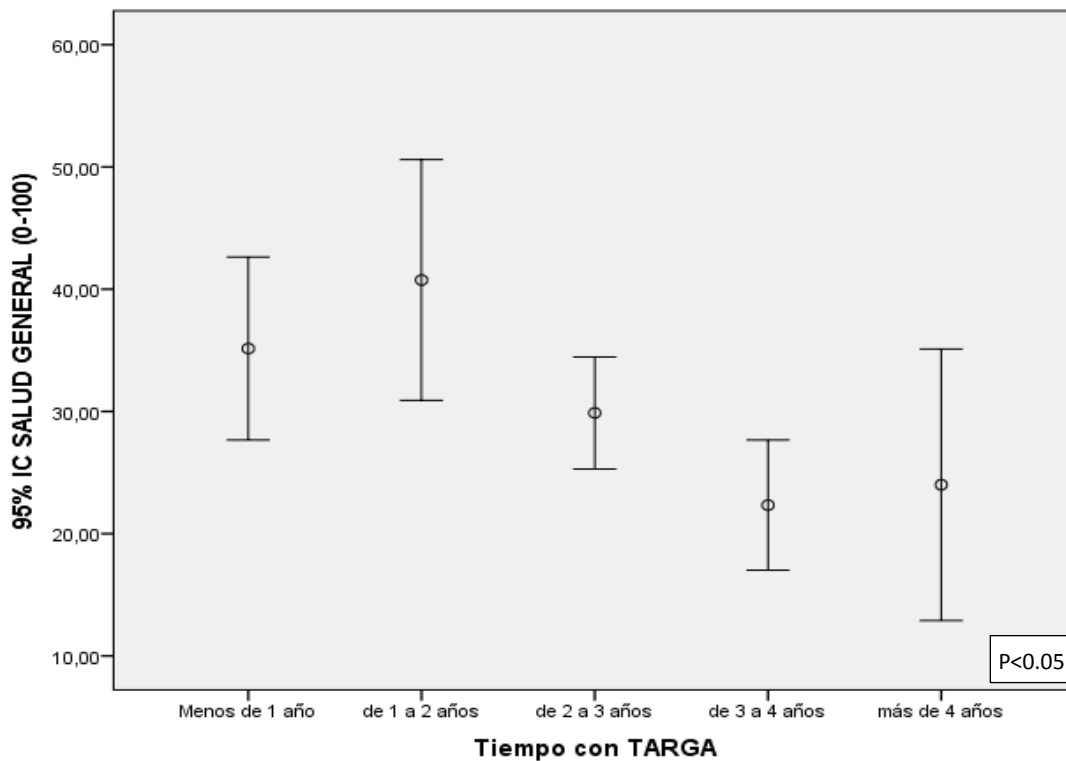


El gráfico N°29, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Dolor Corporal está afectada en todo el tiempo con tratamiento, sobre todo en los pacientes con más de 4 años de tratamiento.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Dolor Corporal con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 30

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD GENERAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

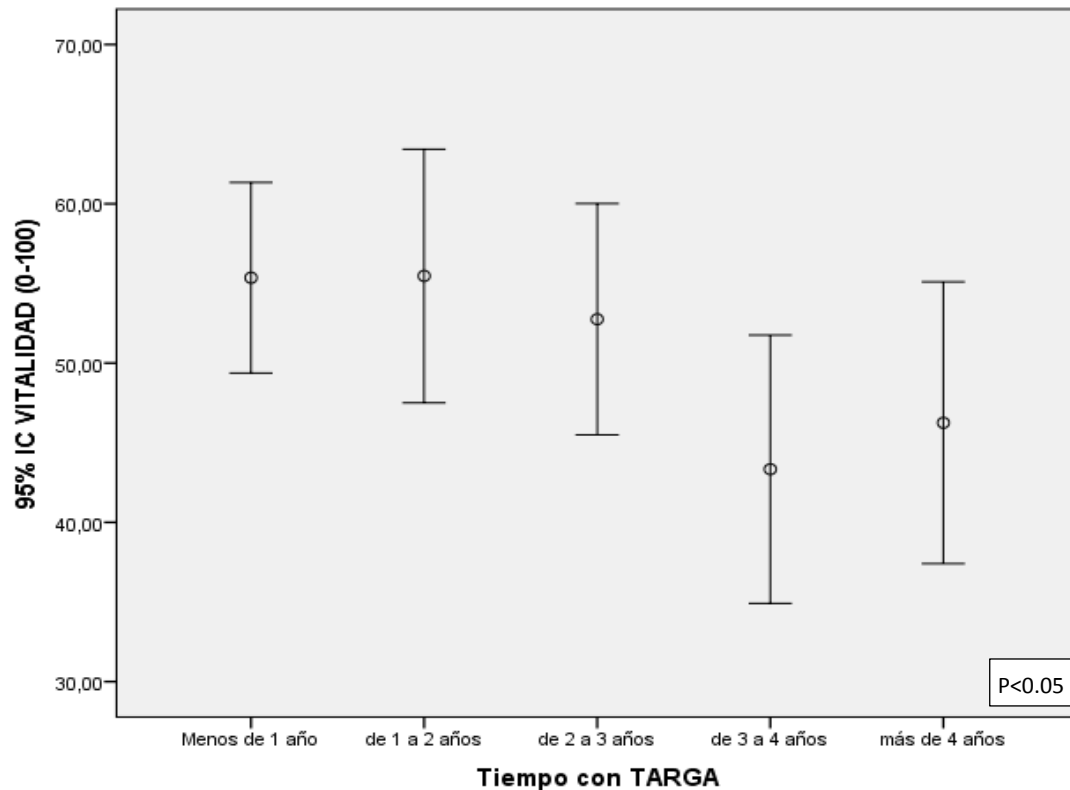


El gráfico N°30, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Salud General está afectada en todo el tiempo con tratamiento, sobre todo en los pacientes con más de 4 años de tratamiento.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud General con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 31

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “VITALIDAD” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

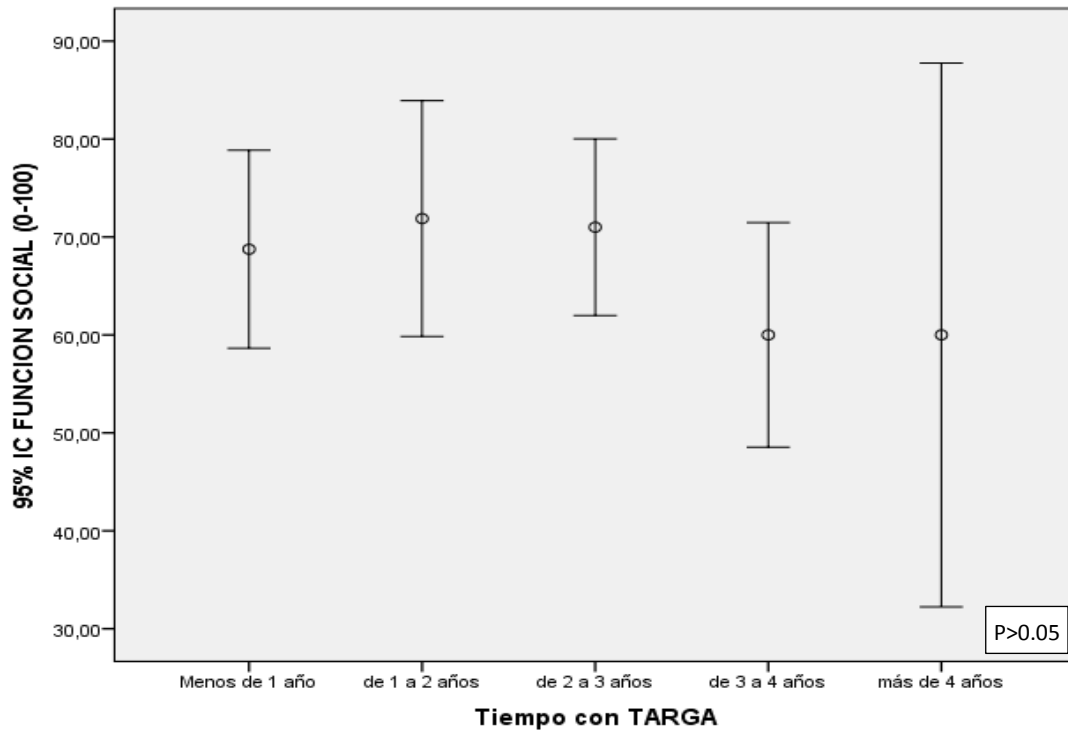


El gráfico N°31, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Vitalidad está más afectada en los pacientes con 3 a 4 años de tratamiento.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Vitalidad con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 32

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN SOCIAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

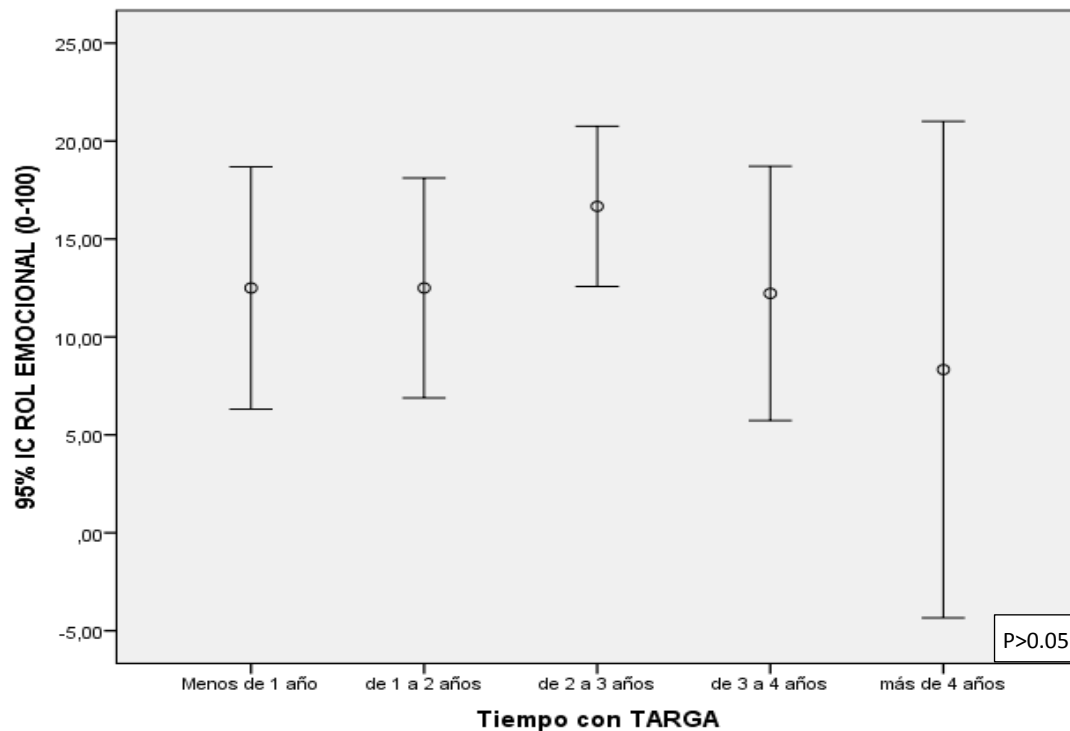


El gráfico N°32, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Función Social está afectada en todo el tiempo con tratamiento, sobre todo en los pacientes con más de 4 años de tratamiento.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Social con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 33

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL EMOCIONAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

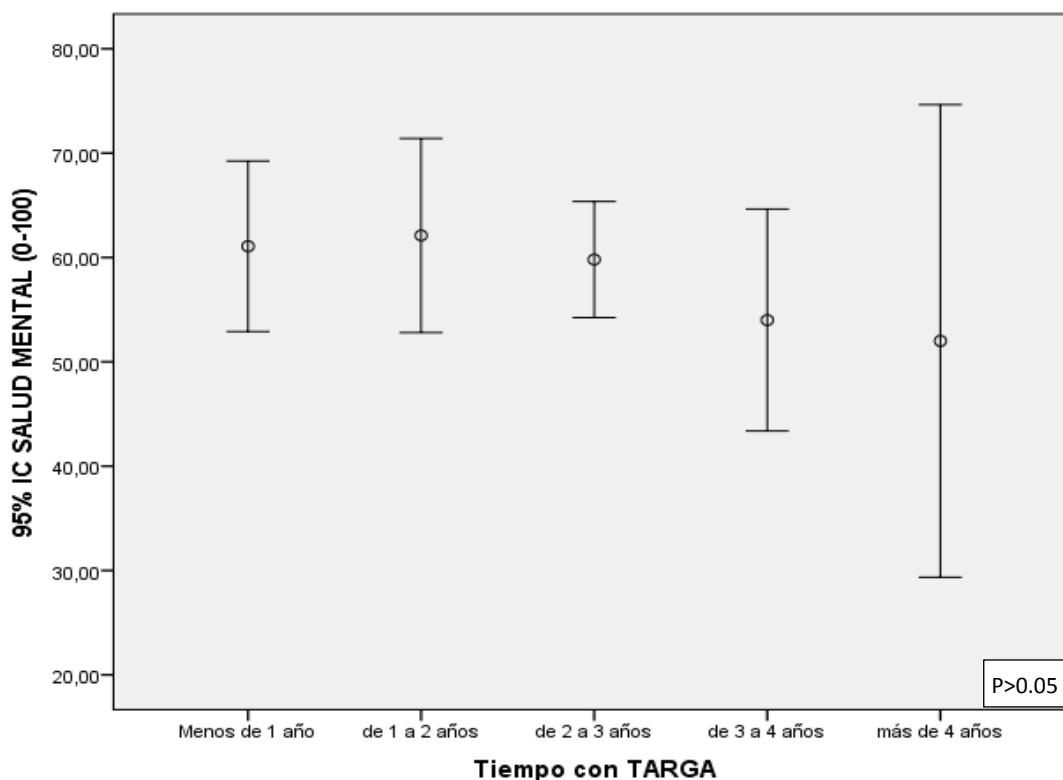


El gráfico N°33, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Emocional está afectada en todo el tiempo con tratamiento, sobre todo en los pacientes con más de 4 años de tratamiento.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Emocional con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 34

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO CON TRATAMIENTO Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD MENTAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

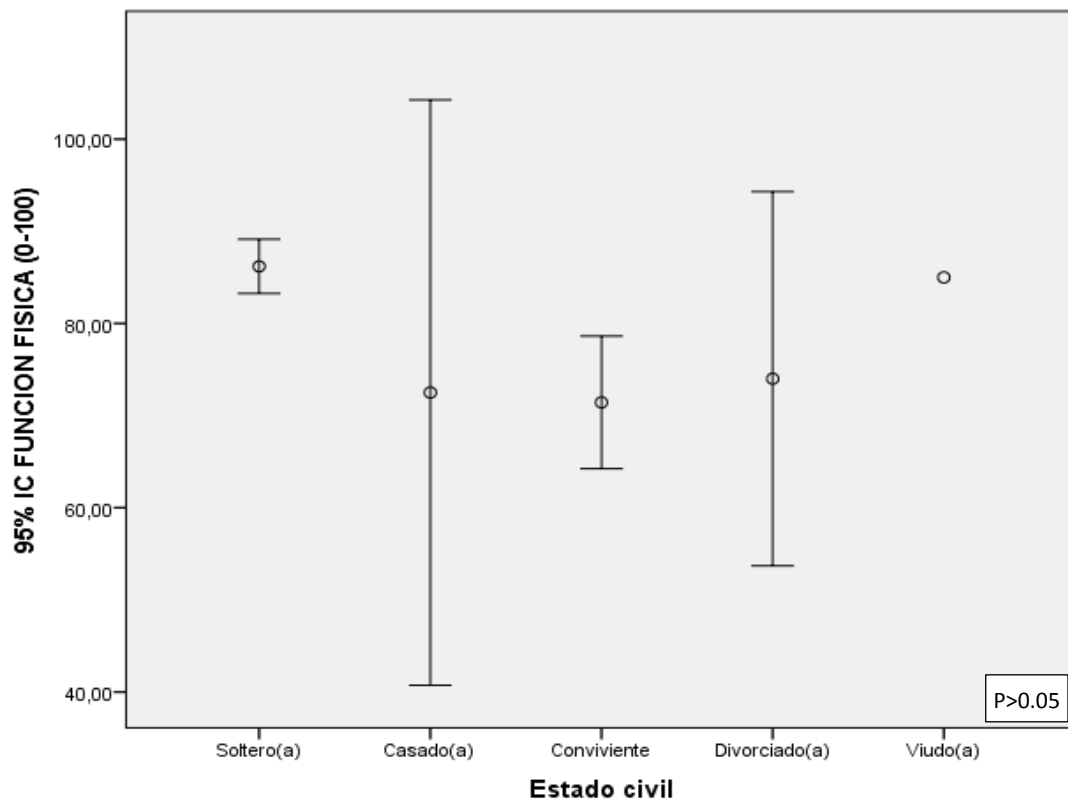


El gráfico N°34, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Salud Mental está más afectada en los pacientes con más de 4 años de tratamiento.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud Mental con respecto al tiempo con TARGA.

GRÁFICO N° 35

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN FÍSICA” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

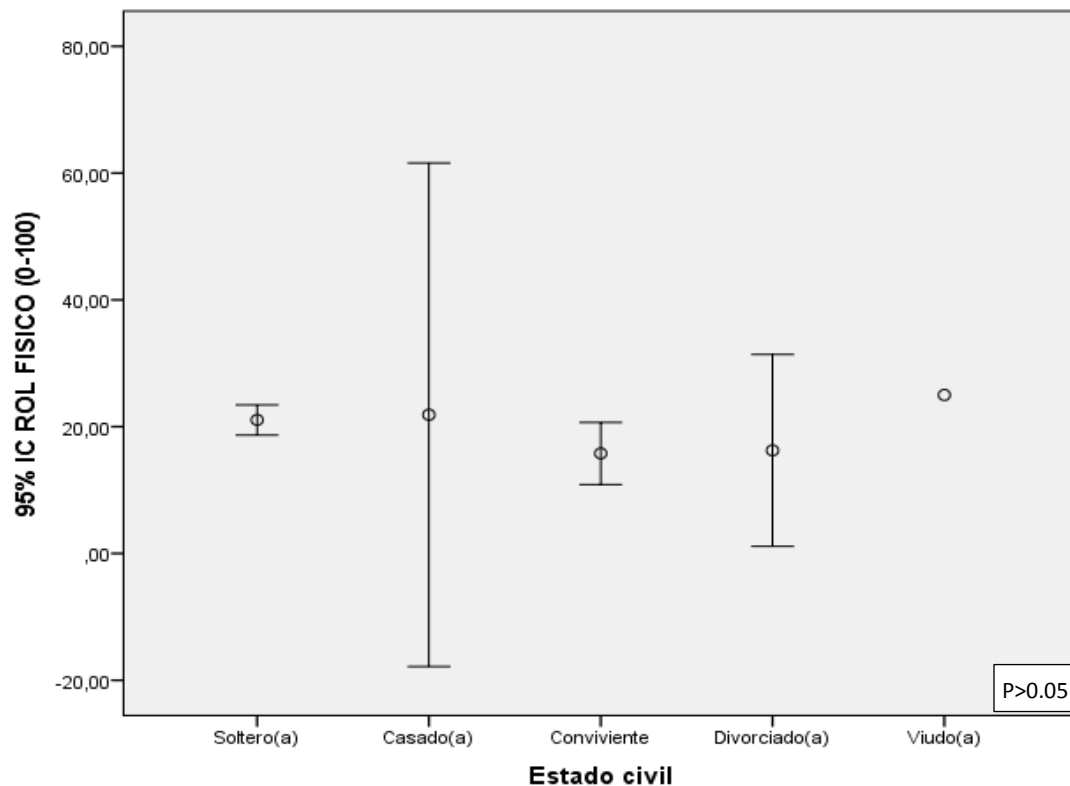


El gráfico N°35, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Función Física está más afectada en los pacientes casados.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Física con respecto al estado civil.

GRÁFICO N° 36

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL FÍSICO” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

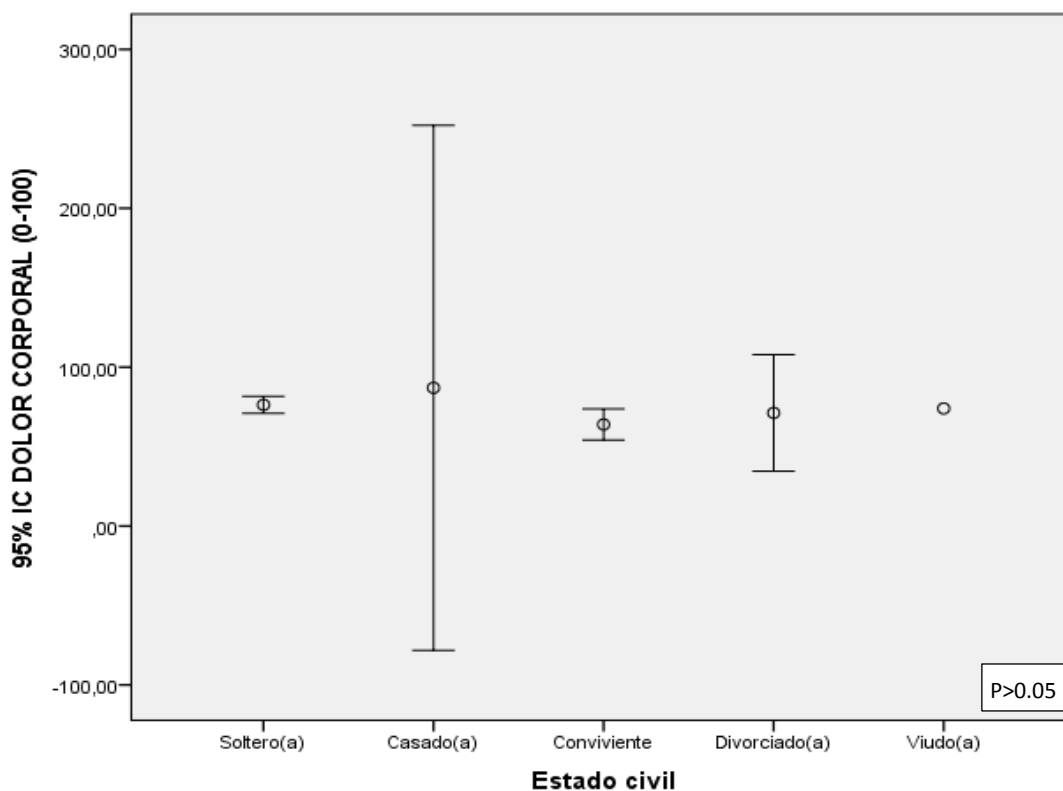


El gráfico N°36, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol Físico está más afectada en los pacientes casados.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Físico con respecto al estado civil.

GRÁFICO N°37

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “DOLOR CORPORAL” Y EL ESTADO CIVIL EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

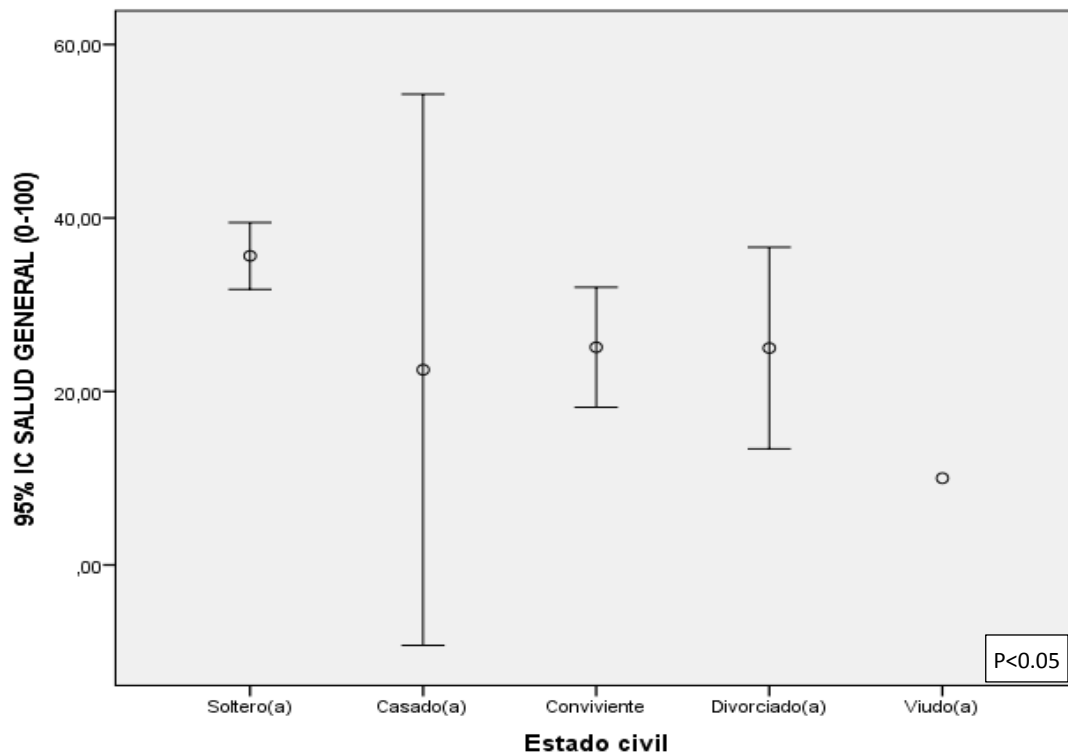


El gráfico N°37, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Dolor corporal está más afectada en los pacientes casados.

Con un valor $p > 0,05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Dolor Corporal con respecto al estado civil.

GRÁFICO N°38

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD GENERAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

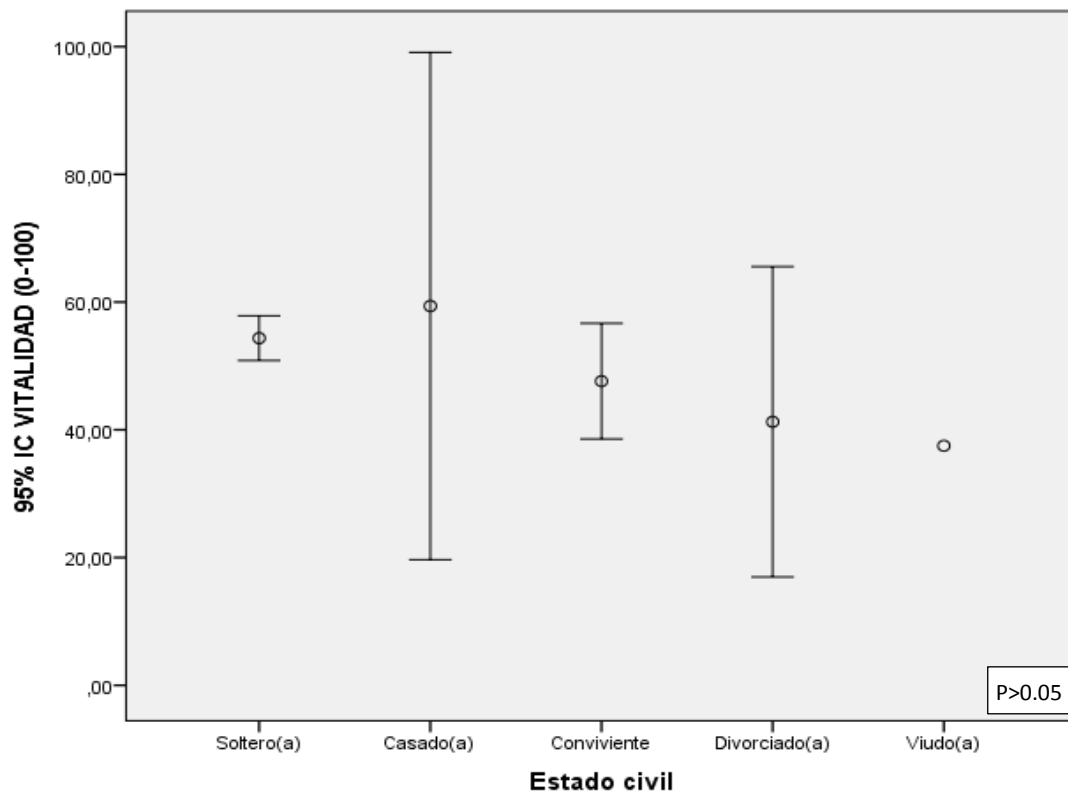


El gráfico N°38, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Salud General está afectada en todos los estados civiles, encontrándose más disminuida en los pacientes casados.

Con un valor $p < 0.05$, se establece que hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud General con respecto al estado civil.

GRÁFICO N°39

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “VITALIDAD” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

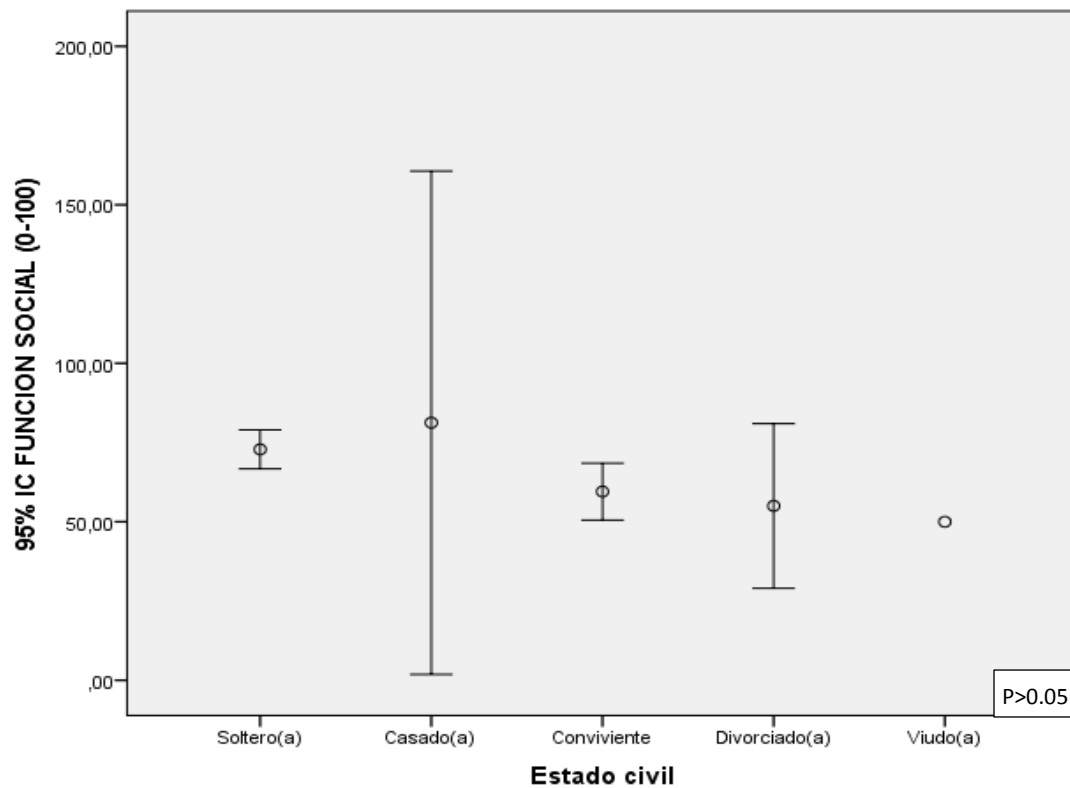


El gráfico N°39, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Vitalidad está más afectada en los pacientes casados y divorciados.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Vitalidad con respecto al estado civil.

GRÁFICO N° 40

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “FUNCIÓN SOCIAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

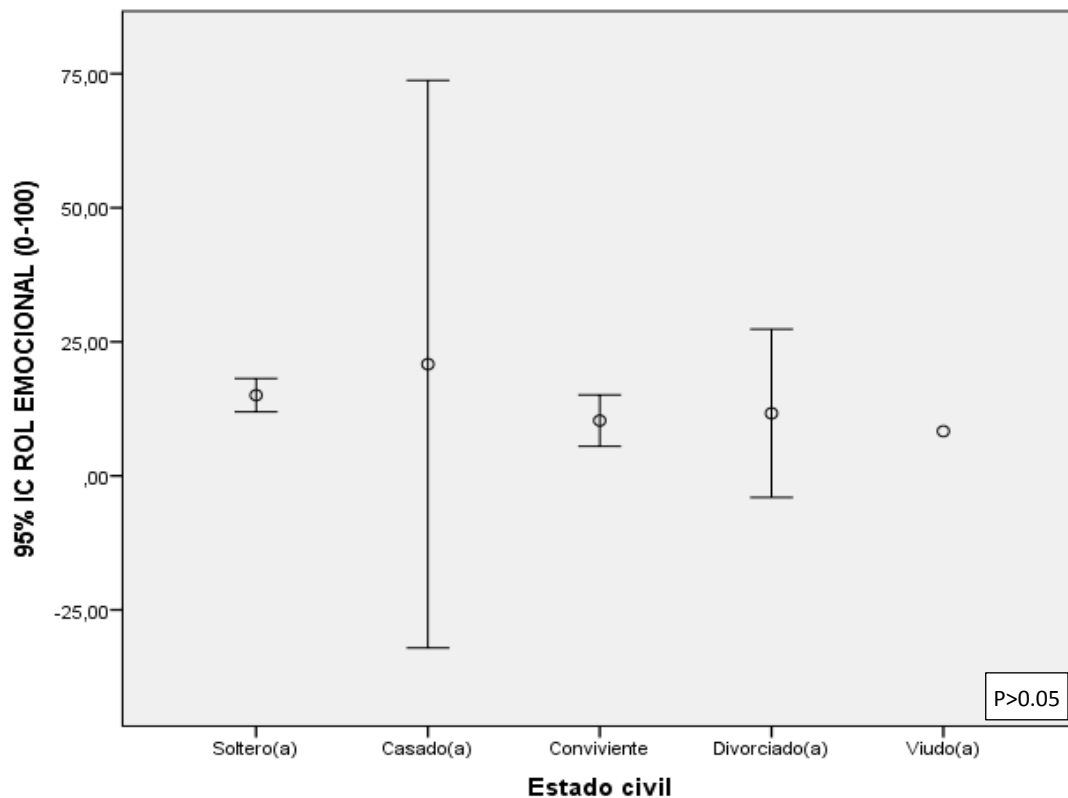


El gráfico N°40, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Función Social está más afectada en los pacientes casados.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Función Social con respecto al estado civil.

GRÁFICO N°41

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “ROL EMOCIONAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

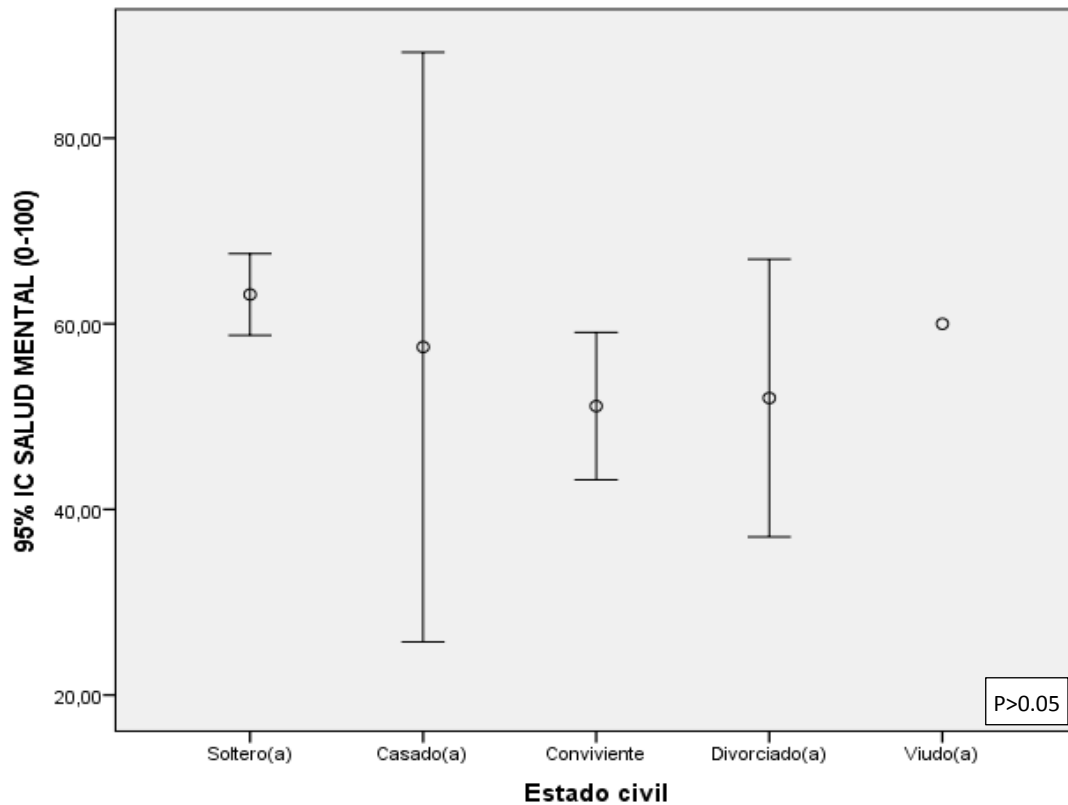


El gráfico N°41, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Rol emocional está más afectada en los pacientes casados.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Rol Emocional con respecto al estado civil.

GRÁFICO N°42

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA “SALUD MENTAL” EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014

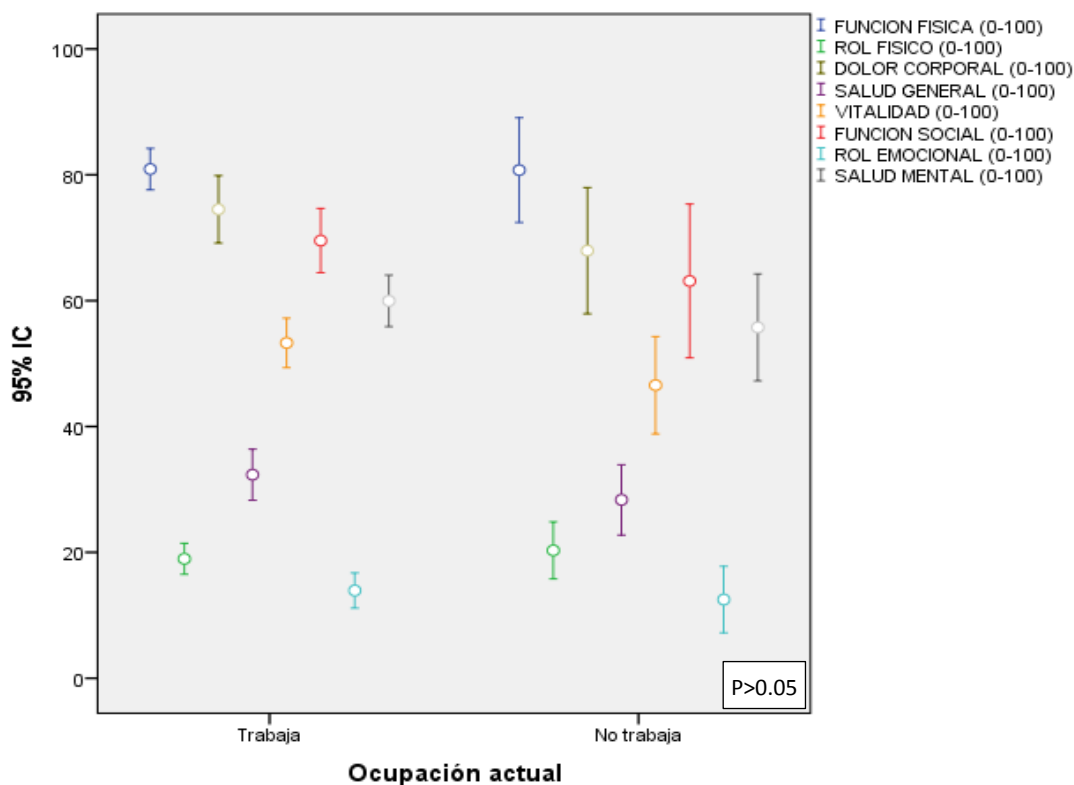


El gráfico N°42, con un intervalo de confianza de 95%, nos muestra que la dimensión Salud Mental está más afectada en los pacientes casados.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en la dimensión Salud Mental con respecto al estado civil.

GRÁFICO N°43

CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA OCUPACIÓN ACTUAL EN PACIENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL VIH SIDA CON TARGA DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA 2014



En el Gráfico N°43, con un intervalo de confianza de 95%, podemos afirmar que las dimensiones de la calidad de vida están más afectadas en los pacientes que no trabajan.

Con un valor $p > 0.05$, se establece que no hay diferencias estadísticas en las dimensiones de la calidad de vida con respecto a la ocupación actual.



CAPÍTULO VII.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado con pacientes que integran la Estrategia Sanitaria Nacional de VIH-SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna durante el presente año. Con una población de 75 pacientes seleccionados según los criterios de inclusión descritos en la metodología, los cuales fueron entrevistados.

En la Tabla N° 1 se observó que el 62.6 % del total de la población corresponde al género masculino. El 42.7% de los pacientes, tienen entre 31-40 años de edad. Datos semejantes encontramos en el estudio de Bernstein⁴ y Romero⁷ donde la población en estudio tenía entre 36 años y 33 años, respectivamente.

Referente al grado de instrucción, el 66.7% tienen estudios secundarios y el 20% estudios superiores. En cuanto al estado civil, los solteros representan el 61.3% de la población total y los convivientes el 28.0%; y respecto al estado laboral, el 73.3% de la población trabaja. Comparativamente Achucarro⁵ encontró que el 54% de sus pacientes estudiados fueron solteros; en el aspecto ocupacional el 66% de los pacientes realizaban alguna actividad laboral; y el 56% de los pacientes tenían un nivel académico comprendido entre primaria completa y secundaria incompleta.

La tabla N° 2 nos muestra que el 62.6% de los pacientes tienen un tiempo de diagnóstico de VIH mayor de 4 años y, que el 73.3% de la población tiene menos o igual a 3 años de tratamiento. Datos diferentes encontramos en el estudio de Bejarano¹¹, con un tiempo de diagnóstico entre 1 a 3 años.

En la Tabla N° 3, tomando en cuenta que los puntajes van de 0 a 100 correspondiendo el máximo a la percepción favorable, las dimensiones más afectadas son el rol

Emocional, el rol Físico y la Salud General. Al igual que Función Física, Función social, Dolor corporal corresponden a las mejor percibidas por los pacientes.

Bernstein⁴ en su estudio, tiene la puntuación más baja en el Rol Emocional, semejante a nuestro estudio y al de Achucarro⁵.

Por ende, podemos afirmar que, tanto en nuestros pacientes como en otras poblaciones estudiadas, la infección por VIH causa deterioro de la salud percibida, afectando tanto las dimensiones físicas como psíquicas. Se evidencia entonces la importancia que adquiere no sólo el abordaje médico sino también psicológico y sociológico cuando se diseña el plan terapéutico de estos pacientes, que no debe limitarse simplemente a la prescripción de estudios de laboratorio, drogas antiretrovirales y quimioprofilaxis para prevenir la ocurrencia de infecciones oportunistas, sino la provisión de un “espacio” para el tratamiento de la problemática integral de estas personas.

De acuerdo a las características sociodemográficas, la edad juega un rol determinante en la calidad de vida, ya que las menores puntuaciones en todas las dimensiones se obtuvieron en el grupo de pacientes mayores de 51 años y podemos afirmar que a mayor edad mayor afectación de la calidad de vida. Esta situación se observa en numerosos trabajos, donde se relaciona a la vejez con una peor calidad de vida y en la cual influye probablemente la declinación en la funcionalidad física global por causas fisiológicas o por enfermedades concurrentes. El ir aumentando de edad despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Con respecto al género de los pacientes, se puede determinar que las dimensiones de la calidad de vida están más afectadas en las pacientes del género femenino esto se puede

confirmar con la tabla N°4, donde todas las \bar{X} de las pacientes están por debajo de los pacientes del género masculino.

Para explicar estas diferencias de género se postula una multiplicidad de causas: diferencias en la percepción de la salud entre el hombre y la mujer, una mayor prevalencia en las mujeres de desórdenes del comportamiento y ansiedad, un mayor impacto en las mujeres de las situaciones de estrés, una disminución en la autoestima y la imagen corporal, la necesidad de las mujeres de conciliar un conjunto de compromisos como el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, haciendo que se prioricen estas actividades y fundamentalmente, el impacto de la desigualdad de género en la sociedad.

Según el grado de instrucción, a mayor grado de instrucción mejor calidad de vida y las dimensiones de la calidad de vida están más afectadas en los pacientes analfabetos. El analfabeto tiene mayores dificultades de inserción social no sólo a nivel personal (problemas de inclusión social, trabajo precario, altas morbilidades, etc.), sino también a nivel de su grupo familiar (nutrición, higiene, salud y escolaridad de los hijos, entre otros), y a la sociedad (pérdidas de productividad, altos costos para el sistema de salud). Los adultos analfabetos tienen grandes limitaciones de empleabilidad debido a un nivel bajo de conocimientos y de especialización. Ello ocurre porque no han tenido acceso a la educación formal; o porque la abandonaron tempranamente para incorporarse al mercado de trabajo o, finalmente, por la pérdida en el tiempo de la capacidad de leer y escribir. En cuanto a las dimensiones afectadas por el analfabetismo del adulto, estas se pueden agrupar en: salud, educación, economía e integración y cohesión social (UNESCO 2010).

De acuerdo al tiempo de diagnóstico de VIH en años, se observa que los pacientes se encuentran más afectados el primer año de diagnóstico, y que luego va disminuyendo,

hasta que a los 6 años vuelve a aumentar la afectación; esto se puede apreciar según el modelo de la Dra. Kubler-Ross, el cual permite establecer un esquema evolutivo de la adaptación al proceso terminal, basado en los mecanismos de reacción o defensa que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal. Los pacientes parecen atravesar generalmente una serie predecible de etapas emocionales clásicas a veces difíciles de distinguir, que varían individualmente en duración e intensidad: negación y aislamiento, ira y furor, negación o pacto, depresión y al final la aceptación; es por ello, que los pacientes con VIH se encuentran más afectados al inicio de la enfermedad, y a los 6 años producto de enfermedades intercurrentes.

La introducción del TARGA ha modificado la historia natural de la enfermedad, transformándola de una infección de curso progresivo y mortal a una patología crónica, permitiendo la supervivencia de los pacientes. El efecto neto del TARGA en la calidad de vida es considerado como el balance entre la mejoría clínica —a través de una disminución en la morbilidad relacionada con el VIH— y la presentación de toxicidad y de efectos adversos. Según nuestras gráficas con respecto al tiempo con TARGA, se observa que las dimensiones de la calidad de vida disminuyen conforme avanza los años de tratamiento, encontrándose más afectadas en los pacientes con más de 4 años de tratamiento, lo que nos indicaría que el tratamiento no ayuda ni mejora la calidad de vida de los pacientes con VIH; para lo cual sería mejor confirmar mediante otros trabajos de investigación como la adherencia al tratamiento.

Según estudios internacionales como el de Bernstein⁴, refiere que la adherencia de los pacientes al tratamiento es una de las principales dificultades que se presentan actualmente y en todos los lugares del mundo. Uno de los factores que dificulta la adherencia al tratamiento a largo plazo es la intrusividad del mismo, entendiéndose por intrusividad aquellas características del régimen terapéutico que interfieren en la vida

cotidiana de la persona, impidiendo el desarrollo habitual de la misma. Esto sucede cuando el paciente debe tomar su medicación en horario de trabajo o cuando se presentan efectos adversos durante el mismo (diarrea, somnolencia), o simplemente cuando está fuera de su hogar. La adherencia al tratamiento también supone que deben resolverse cuestiones paralelas que usualmente se presentan en los pacientes como la depresión, la ansiedad, el consumo y abuso de drogas. Sin embargo, no debemos olvidar nunca, que antes de pretender que el paciente cumpla con el tratamiento antirretroviral que le hemos indicado, debe tener cubiertas sus necesidades sociales mínimas, como por ejemplo, vivienda y alimentación. De nada sirve pretender adherencia al tratamiento indicando potentes fármacos que deben conservarse refrigerados, cuando el paciente no posee refrigerador y vive en una casa con techo de calamina, donde en verano la temperatura alcanza los 50 °C. No tiene ningún sentido indicar el mejor tratamiento disponible si para ello el paciente debe ingerirlo con determinado tipo de alimentos, cuando en realidad sólo puede realizar una sola comida al día. La Estrategia Sanitaria Nacional de VIH-SIDA debe terminar su disociación con el entorno social y considerar la provisión no sólo de medicamentos sino de los insumos necesarios para proporcionar un tratamiento integral y permitir al sujeto llevar su situación de enfermo con la mayor dignidad posible.

Con respecto al Estado Civil, podemos afirmar que las dimensiones de la calidad de vida están más afectadas en los pacientes casados, ya que en su mayoría de los pacientes trabajan, ellos llevan consigo una carga familiar y múltiples preocupaciones personales, sociales y laborales.

De acuerdo al estado laboral, si bien no se encontró relación significativa, los pacientes que no trabajan presentan bajas puntuaciones, fundamentalmente en el Rol Emocional y Rol Físico, lo que merece el análisis de esta observación. El empleo, provee no sólo beneficios económicos sino que además constituye la fuente de la



estructura social de una comunidad, le brinda al individuo su identidad y su razón de ser y está asociado con una mejoría global de la calidad de vida. Su relación con el funcionamiento psicológico de la persona es un fenómeno complejo que se halla aún en estudio. Se han publicado trabajos que demuestran que los individuos desempleados generalmente presentan niveles mayores de ansiedad, depresión, aislamiento social y baja autoestima que los sujetos que poseen empleo. Blalock y colaboradores, Liu y colaboradores y Wothington y Krentz han concluido que en los individuos que viven con VIH/SIDA, el empleo es un fuerte predictor de niveles elevados de calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes con infección por VIH corresponde al género masculino (62.6%); el 42.7% de los pacientes tienen entre 31-40 años de edad; el mayor porcentaje cuenta con estudios secundarios (66.7%); los solteros representan el 61.3% de la población y la mayoría trabaja (73.3%). El 62.6% de la población presenta un tiempo de diagnóstico de VIH mayor de 4 años, el 73.3% de la población tiene tiempo con TARGA menor o igual a 3 años.
2. La calidad de vida de los pacientes con VIH del estudio se encuentra afectada, predominantemente en las dimensiones Rol emocional, Rol Físico y Salud general, de acuerdo a valores promedio ($\bar{X} < 50$) según el Cuestionario SF 36.
3. Al relacionar las dimensiones de la calidad de vida con las características sociodemográficas se encontró que los pacientes más afectados son los del sexo femenino, los mayores de 51 años, los casados, las personas analfabetas, los que no trabajan, los que tienen un tiempo de diagnóstico de VIH de 1 año y con tratamiento mayor de 4 años, con ciertas diferencias estadísticas ($p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda integrar las dimensiones de la calidad de vida en programas y proyectos de promoción de la salud integral; así como mejorar el aspecto psicológico de la Estrategia Sanitaria de VIH SIDA de Tacna, creando grupos de apoyo personal e incluyendo visitas personalizadas; ya que según los resultados obtenidos está implicado considerablemente el Rol Emocional.
2. Crear programas de información que se difundan en los medios de comunicación, sobre todo en los centros de trabajo para la orientación sobre la transmisión y contagio del VIH SIDA y así evitar la discriminación hacia los pacientes infectados por falta de información de la población en general, y así facilitar su desempeño laboral; y mejorar con ello la estabilidad emocional, para que los pacientes con VIH puedan establecer relaciones formales.
3. Mejorar y brindar más apoyo a la Estrategia Sanitaria de VIH SIDA del Hospital “Hipólito Unanue” para que puedan contratar más personal para la atención integral del paciente en sus tres dimensiones: física, social y emocional.
4. Para mejorar el rol Físico, organizar actividades deportivas dentro de la Estrategia de VIH SIDA, incluyendo a la familia, pilar fundamental para mejorar conjuntamente el aspecto psicológico.
5. Es necesario continuar investigando en esta área, sobre todo en adherencia al TARGA e incluir criterios laboratoriales, así como fases de la infección para ver su influencia en la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. En vísperas del Día Mundial del Sida 2013, ONUSIDA señala un avance sostenido en la respuesta al sida. ONUSIDA. Página disponible en:
<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2013/november/20131120report/>
2. Estimaciones sobre el VIH y el sida (2012). ONUSIDA. Página disponible en:
<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru/>
3. Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH / SIDA en el Perú 2006. Página disponible en:
http://www.portalsida.org/repos/wcms_132643.pdf
4. Bernstein Judith Celina. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA. Tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias Médicas. Buenos Aires, Argentina Mayo 2010.
5. Achucarro, Sofía. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería Rev. Inst. Med. Trop. 2010;5(1):20-34.
6. Vinaccia Alpi Stefano; Fernández Hamilton; Quiceno Japcy Margarita; López Posada Mónica; Otalvaro Cristina. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Colombia 2008. Terapia psicológica 2008, vol. 26, n° 1,125-132.

Página disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-08200800100011&script=sci_arttext

7. Romero Massa Elizabeth; Ahumada Concepción Amador; Alvis Estrada Luis. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en montería. Colombia 2010. Página disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/vol-bio12/apoyosocialycalidad/>
8. García Ordóñez M. A.; Mansilla Francisco J. J; Nieto Aragón E.; Cereto M. R.; Salas Samper F.; Vallejo Díaz M.; Martínez González J. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36, Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga 1997-1998. An. Med. Interna (Madrid) v.18 n.2 Madrid feb. 2001. Página disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000200005&lng=es&nrm=iso
9. Cardona Arias Jaiberth Antonio. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF Colombia 2011. Colomb Med 2011; 42(4) : 438-447. Página disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84598&id_seccion=1609&id_ejemplar=8337&id_revista=108
10. Rivas Muro, Jorge Mauricio. Cavero Ramírez, Rosa Mercedes. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011. Página disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/120/1/TL_Rivas_Muro_Jorg J.pdf

11. Bejarano Flores Carmen Maria Del Rosario, Chanamé Carpio Gregorio Exzequiel, Dámaso Mata Bernardo, Palacios Flores Elsa Elvira. Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH-SIDA que reciben Esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco.

Página disponible en:

http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/75.pdf

12. Sherris JC, Ryan K, Ray CG. Microbiología médica: una introducción a las enfermedades infecciosas. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
13. Thompson SE. Síndrome de inmunodeficiencias humana. In: Perea EJ, editor. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica Barcelona: Doyma; 1991. p. 556- 571.
14. Longo DL, Fauci AS. Retrovirus humano. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. Harrison principios de medicina interna. 17th ed. Mexico: McGraw-Hill; 2008.
15. Holguin A. Aumento de los subtipos no-B del VIH y recombinantes entre los nuevos diagnósticos. Repercusiones clínicas. 2009.
16. García JA, Picazo JJ. Microbiología médica. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
17. Kindelan JM. Manifestaciones clínicas. Cuadro mononucleósido asociado a la primoinfección. Clasificación de la infección VIH. 2009.

18. Thompson SE. Síndrome de inmunodeficiencias humana. In: Perea EJ, editor. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica Barcelona: Doyma; 1991. p. 556- 571.
19. Thompson SE. Síndrome de inmunodeficiencias humana. In: Perea EJ, editor. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica Barcelona: Doyma; 1991. P 455-601
20. Floridia M, Giuliano M, Palmisano L, Vella S. Gender differences in the treatment of HIV infection. Pharmacol Res 2008 Sep-Oct;58(3-4):173-182.
21. Villa IC, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida. Psicología y Salud 2006;16(1):51-62.
22. Ortega E, Arazo P, canoves L, García U, Dalmau D, Segador. A, et al. Luces y sombras. Infoseisida 2010; Noviembre.
23. WHO. Hacia el acceso universal. Expansión de las intervenciones contra VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados en 2010.
24. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA – ESNITS. Página disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=3&Opc=1>
25. García Apac Coralith. Terapia Antirretroviral. Página disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MODULOS/TERAPIATER.htm>

26. Ardila Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Página disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
27. Norma Técnica de salud n° 091 -MINSA/dgsp-v.01 "Norma Técnica de salud de atención integral del adulto/a con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)" Página disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20120717-MINSA-NT-Atencion-Adulto-VIH.pdf>
28. Badía Llach Xavier; Lara Suriñach Nuria. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Health Outcomes Research Europe Group Barcelona. 4° Seminario de Atención Farmacéutica.
29. Arostegui Madariaga Inmaculada; Núñez-Antón Vicente. Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con salud Short Form-36 (sf-36). Estadística española Vol. 50, núm. 167, 2008, págs. 147 a 192.
30. Teva Inmaculada, Bermúdez María de la Paz, Hernández-Quero José, Buela Casal Gualbert. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Página disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_2/14_2/GBuela.html



ANEXOS



ANEXO A

FICHA DE DATOS

Edad:.....

Sexo: F () M ()

1. Último nivel de estudios que cursó:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior incompleto
- d) Superior completo
- e) Otro:.....

2. Estado Civil

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Conviviente
- d) Divorciado(a)
- e) Viudo(a)

3. ¿Cuál es su ocupación actual?

- a) Trabaja
- b) No trabaja
- c) Jubilado

4. ¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticado el VIH?:

5. ¿Hace cuánto tiempo está recibiendo el TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad)?

ANEXO B

CUESTIONARIO SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

- 1) En general, usted diría que su salud es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala

- 2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

- A. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

- 3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada



- 4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada
- 5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada
- 6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada
- 7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada
- 8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada
- 9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada

- 10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada
- 12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- 1 ... Sí, me limita mucho
 - 2 ... Sí, me limita un poco
 - 3 ... No, no me limita nada

B. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

- 13) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
 - 2 No
- 14) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ... Sí

1. No

- 15) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ... Sí

2 ... No

- 16) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ... Sí

2 ... No

- 17) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ... Sí

2 ... No

- 18) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ... Sí

2 ... No

- 19) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?



- 1 ... Sí
- 2 ... No
- 20) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 ... Nada
- 2 ... Un poco
- 3 ... Regular
- 4 ... Bastante
- 5 ... Mucho
- 21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 ... No, ninguno
- 2 ... Sí, muy poco
- 3 ... Sí, un poco
- 4 ... Sí, moderado
- 5 ... Sí, mucho
- 6 ... Sí, muchísimo
- 22) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- 1 ... Nada
- 2 ... Un poco
- 3 ... Regular
- 4 ... Bastante
- 5 ... Mucho

C. LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

- 23) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- 1 ... Siempre
 - 2 ... Casi siempre
 - 3 ... Muchas veces
 - 4 ... Algunas veces
 - 5 ... Sólo alguna vez
 - 6 ... Nunca
- 24) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
- 1 ... Siempre
 - 2 ... Casi siempre
 - 3 ... Muchas veces
 - 4 ... Algunas veces
 - 5 ... Sólo alguna vez
 - 6 ... Nunca
- 25) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- 1 ... Siempre
 - 2 ... Casi siempre
 - 3 ... Muchas veces



- 4 ... Algunas veces
 - 5 ... Sólo alguna vez
 - 6 ... Nunca
- 26) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- 1 ... Siempre
 - 2 ... Casi siempre
 - 3 ... Muchas veces
 - 4 ... Algunas veces
 - 5 ... Sólo alguna vez
 - 6 ... Nunca
- 27) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- 1 ... Siempre
 - 2 ... Casi siempre
 - 3 ... Muchas veces
 - 4 ... Algunas veces
 - 5 ... Sólo alguna vez
 - 6 ... Nunca
- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- 1 ... Siempre
 - 2 ... Casi siempre
 - 3 ... Muchas veces
 - 4 ... Algunas veces



5 ... Sólo alguna vez

6 ... Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 ... Siempre

2 ... Casi siempre

3 ... Muchas veces

4 ... Algunas veces

5 ... Sólo alguna vez

6 ... Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 ... Siempre

2 ... Casi siempre

3 ... Muchas veces

4 ... Algunas veces

5 ... Sólo alguna vez

6 ... Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 ... Siempre

2 ... Casi siempre

3 ... Muchas veces

4 ... Algunas veces

5 ... Sólo alguna vez

6 Nunca

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

D) POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 ... Totalmente cierta

2 ... Bastante cierta

3 ... No lo sé

4 ... Bastante falsa

5 ... Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera.

1 ... Totalmente cierta

2 ... Bastante cierta

3 ... No lo sé



4 ... Bastante falsa

5 ... Totalmente falsa

35) **Creo que mi salud va a empeorar.**

1 ... Totalmente cierta

2 ... Bastante cierta

3 ... No lo sé

4 ... Bastante falsa

5 ... Totalmente falsa

36) **Mi salud es excelente.**

1 ... Totalmente cierta

2 ... Bastante cierta

3 ... No lo sé

4 ... Bastante falsa

5 ... Totalmente falsa