

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

**AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN PACIENTES VIVIENDO CON VIRUS DEL VIH (PVV) EN LA
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE
GARCÉS DURANTE LA PANDEMIA 2020-2021**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

AUTORES:

LUCIA CRISTINA MOLINA ONOFA

DIRECTOR:

DR. NELSON CEVALLOS

METODÓLOGO:

DR. JUAN JOSSE IGLESIAS

QUITO, 2022

AGRADECIMIENTO

A mi familia, amigos y profesores que con paciencia han estado a mi lado en este largo camino

DEDICATORIA

A mi madre, quien hace 15 años me apoyo incondicionalmente en mi decisión de seguir esta carrera y desde entonces ha sido el ángel que me ha guiado mi camino hasta este momento.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Justificación.....	17
1.2. Problema de investigación	18
1.2.1. Pregunta de investigación	18
1.3. Objetivos	19
1.3.1. Objetivo General	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. Hipótesis de investigación.....	19
CAPÍTULO II.....	21
2. MARCO TEÓRICO	21

2.1. Calidad de vida.....	21
2.1.1. Medición de la calidad de vida.....	26
2.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes VIH	27
2.1.2.1. Visión actual de la calidad de vida en los pacientes con VIH SIDA	31
CAPÍTULO III.....	33
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	33
3.2. Población y muestra	33
3.2.1. Población.....	33
3.2.2. Muestra.....	33
3.3. Criterios de selección	34
3.3.1. Criterios de inclusión	34
3.3.2. Criterios de exclusión.....	34
3.4. Operacionalización de las variables.....	35
3.5. Procedimientos de recolección de información	1
3.6. Consideraciones éticas	2
CAPÍTULO IV.	3
4. RESULTADOS.....	3
CAPÍTULO V.....	27

5. DISCUSIÓN.....	27
CAPÍTULO VI	34
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
6.1. Conclusiones	34
6.2. Recomendaciones.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según sexo.9
- Gráfico 2.** Estado de salud autopercebido (EVA) Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según sexo.....10
- Gráfico 3.** Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según edad.12
- Gráfico 4.** Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según edad.13
- Gráfico 5.** Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según carga viral.....15
- Gráfico 6.** Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según carga viral.....16

Gráfico 7. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según conteo de CD4+.....	18
Gráfico 8. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según conteo de CD4+.....	19
Gráfico 9. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según esquema de tratamiento.....	21
Gráfico 10. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según esquema de tratamiento.....	22
Gráfico 11. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según diagnóstico de Covid-19.	24
Gráfico 12. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según diagnóstico de Covid-19.....	25

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	3
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	5
Tabla 3. Resultados generales por dimensión e indicadores de salud en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	7
Tabla 4. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según el sexo en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	8
Tabla 5. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según la edad en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	11
Tabla 6. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según carga viral en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	14

Tabla 7. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según conteo de CD4+ en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	17
Tabla 8. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según tratamiento antirretroviral en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).....	20
Tabla 9. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según diagnóstico de Covid-19 en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).....	23
Tabla 10. Asociación entre Covid 19, Carga Viral y CD4 en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).	26

LISTA DE ABREVIATURAS

TAR: Tratamiento antirretroviral.

HRQoL: calidad de vida relacionada con la salud.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

PVV: Persona que vive con VIH

EVA: escala visual analógica

CDC: Centers of disease control

OMS: Organización Mundial de la Salud

EQ-5D: (EuroQol 5-Dimensiones)

RESUMEN

Introducción: Durante la pandemia de Covid-19, se produjo una reducción global de los servicios de salud no urgentes, debido a que los esfuerzos estaban centrados en atender la elevada demanda de atención médica asociada a esta emergencia sanitaria. Esto, unido a las medidas de aislamiento obligatorio para limitar los contagios, tuvo un impacto negativo en la vida de los PVV.

Objetivo: Evaluar la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia de la covid 2019

Metodología: Investigación analítica y transversal. Se utilizó el EQ-5D, en su versión actualizada en español y la escala de autovaloración del estado de salud (EVA). La información se recopiló en un matriz elaborada en Excel. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v25.0. Se utilizaron la prueba t de student y el estadístico de Levene (F).

Resultados: Se incluyeron 366 PVV. Resultados escala EQ-5D (\bar{x} : $0,837 \pm 0,146$), EVA (\bar{x} : $0,80 \pm 0,761$). Dimensiones afectadas: depresión (48,9%), movilidad (15,6%), actividades cotidianas (14,2%), dolor (7,9%). La edad > 60 años se asoció con peores resultados en movilidad y cuidado personal. El conteo de CD4+ <200 células/ml se relacionó con peores resultados en movilidad. Covid-19 se asoció con peores resultados en movilidad y dolor ($p < 0,05$).

Conclusiones: La autopercepción de la calidad de vida en PVV durante la pandemia estuvo sujeta a factores como la edad, el conteo de CD4 y la presencia de Covid-19, con lo que, se acepta la hipótesis de esta investigación, que postula que sí existe relación entre la pandemia de Covid-19 y la calidad de vida de PVV.

Palabras clave: calidad de vida, pandemia, virus de inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ABSTRACT

Introduction: During the Covid-19 pandemic, there was a global reduction in non-urgent health services, because efforts were focused on meeting the high demand for medical care associated with this health emergency. This, together with the mandatory isolation measures to limit contagion, had a negative impact on the lives of PLHIV.

Objective: To evaluate the self-perception of health-related quality of life in patients living with the HIV virus (PLHIV) in the Comprehensive Care Unit of the Enrique Garcés General Hospital during the pandemic.

Methodology: Analytical and cross-sectional research. The EQ-5D, in its updated version in Spanish, and the self-assessment scale of health status (EVA) were used. The information was collected in a matrix prepared in Excel. The analysis was performed with the statistical program SPSS v25.0. Student's t test and Levene's (F) statistic were used.

Results: 366 PLWH were included. EQ-5D scale results (\bar{X} : 0.837 ± 0.146), EVA (\bar{X} : 0.80 ± 0.761). Affected dimensions: depression (48.9%), mobility (15.6%), daily activities (14.2%), pain (7.9%). Age > 60 years was associated with worse results in mobility and personal care. A CD4+ count <199 cells/ml was associated with poorer mobility results. Covid-19 was associated with worse mobility and pain outcomes ($p < 0.05$).

Conclusions: The self-perception of quality of life in PLHIV during the pandemic was subject to factors such as age, CD4 count, and the presence of Covid-19, with which the hypothesis of this research is accepted, which postulates that it is. there is a relationship between the Covid-19 pandemic and the quality of life of PLHIV.

Keywords: quality of life, pandemic, human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome.

1. INTRODUCCIÓN

El VIH es uno de los principales problemas de salud en el mundo. La mayoría de las personas infectadas por el VIH viven en países en desarrollo. Aunque se han logrado avances en la atención a estos pacientes, su calidad de vida todavía necesita una atención especial. Algunos de los factores que se asocian consistentemente con la calidad de vida entre las PVV, son el envejecimiento, el estado inmunológico, la presencia de síntomas, la adherencia al tratamiento, la depresión, el apoyo social y el empleo (Desta et al., 2020).

La calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) es un concepto multidimensional que representa la percepción de un individuo del impacto de un estado de enfermedad o intervención en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales de la vida; se está convirtiendo en una parte fundamental del seguimiento y la monitorización de los pacientes. Proporciona una respuesta valiosa desde la perspectiva de los pacientes sobre una enfermedad y las intervenciones que la acompañan. La evaluación de la HRQoL en VIH/SIDA tiene en cuenta el impacto de la infección y el TAR en el bienestar físico, psicológico y social del paciente. Se trata de uno de los indicadores esenciales de la eficacia de los programas de tratamiento y atención del VIH/SIDA (Anosike et al., 2021).

La mejora en la terapia antirretroviral (TAR) ha llevado a una mayor supervivencia en las PVV. A pesar de estas mejoras, la infección por el VIH y sus problemas relacionados todavía tienen un impacto notable en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), incluso en personas que tienen supresión viral como resultado de tomar TAR. Específicamente, las personas que tienen antecedentes de uso de drogas inyectables o que comenzaron TAR con recuentos bajos de células CD4 no tienen reducción en la mortalidad (Khademi et al., 2021).

HRQoL se refiere a cómo la salud afecta la capacidad de las personas para funcionar en la vida diaria y su bienestar percibido en los dominios físicos, mentales y sociales de la vida. Recibir

un diagnóstico de VIH o SIDA y experimentar síntomas relacionados con la enfermedad se asocia con una HRQoL más baja. Además, está directamente asociada con resultados clínicamente relevantes en pacientes VIH positivos, como la adherencia al tratamiento y la supresión viral, ambos son importantes para mejorar la eficacia del tratamiento, prevenir el desarrollo de cepas del VIH resistente a los medicamentos y la transmisión del VIH (Den Daas et al., 2019).

Durante la pandemia de Covid-19, se produjo una reducción global de los servicios de salud no urgentes, debido a que los esfuerzos estaban centrados en atender la elevada demanda de atención médica asociada a esta emergencia sanitaria. Esto, unido a las medidas de aislamiento obligatorio tomadas por las autoridades gubernamentales, como una medida para limitar los contagios, pudo haber tenido un impacto negativo en la percepción de calidad de vida de los PVV.

En este contexto, se desarrolló esta investigación, en la que se evaluó la percepción que tenían los pacientes de la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés durante la emergencia sanitaria por Covid-19.

1.1. Justificación

Desde el primer reporte el 5 de junio del 1981 en el boletín de CDC, (Centers of disease control) de 5 casos de neumonía por *Pneumocytis Carini* diagnosticados en la Universidad de California en los Ángeles, hasta la actualidad se ha reportado 77.5 millones de personas que han contraído la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), considerado por tal como la epidemia del siglo XXI. El advenimiento del tratamiento antirretroviral ha llevado a un aumento de las tasas de supervivencia mejorando así la expectativa de vida de los PVV. Sin embargo, las repercusiones psicosociales y el estigma social de la enfermedad generan en el individuo sentimientos de miedo y vergüenza que interviene de alguna u otra forma con sus objetivos y expectativa de vida, por lo que, la calidad de vida relacionada con la salud, puede verse afectada (Cuesta et al., 2002).

Son varios los estudios que han evaluado la HRQoL en personas con VIH, que describe una asociación con menor escolaridad, mayor depresión, ansiedad, problemas económicos, comorbilidades, consumo de drogas. La HRQoL de los pacientes con infección por VIH según el cuestionario SF-12 no es buena y es notablemente inferior a la de la población general (Olier, 2016). En el marco de la pandemia de SARS-CoV2 evaluar la CVRS se ha transformado en motivo de investigación de interés creciente; las medidas tomadas por el COE Nacional (Comité de Operaciones Emergencias) se establecieron para reducir la interacción social entre personas y así disminuir el riesgo de contagio de la COVID 19; sin embargo, estas restricciones y limitaciones traen consecuencias en la calidad de vida relacionado con la salud (Muñoz, 2021).

La calidad de vida en PVV resulta relevante para determinar los aspectos que rodean a la enfermedad del individuo con el objetivo de determinar e identificar dimensiones que pueden condicionar la adherencia al tratamiento, la forma de percibir la enfermedad, el desarrollo de enfermedades concomitantes o progresión de la misma (Quintero et al., 2018; Yen et al., 2004),

estos factores se hacen más intensos durante la época de pandemia. No se cuenta con datos epidemiológicos sobre HRQoL en PVV para identificar las dimensiones antes mencionadas que la afectan sobre todo en este año de pandemia por la COVID 19. Con este proyecto de investigación se podrá para obtener datos que servirán en un futuro a crear políticas públicas de salud que beneficie a este grupo vulnerable.

1.2. Problema de investigación

A nivel mundial hasta el 2020 se registra 37.6 millones de personas que viven con VIH, 1.5 millones de contagios nuevos y 34.7 millones de fallecidos por enfermedades relacionadas con el SIDA. En el Ecuador para el 2020 se registraron 3823 nuevos casos; las provincias con más reportes fueron Guayas, Pichincha, Manabí, Santo Domingo, El Oro, Los Ríos, Azuay, Esmeraldas y Tungurahua con el 31.65%, 16.5%, 5.9%, 5.8%, 5.75%, 5.34%, 5.28%, 3.7%, 3.14% respectivamente (Ministerio de salud pública, 2021).

La enfermedad VIH-SIDA ha provocado en la sociedad junto con el impacto de quien lo padece la aparición de ansiedad, depresión, etc. que afecta de manera negativa a la calidad de vida, a esto se le suma la situación actual de la pandemia, los diferentes sistemas de salud tomaron medidas que mitiguen su propagación, entre ellas el aislamiento social, el distanciamiento, cuarentenas obligatorias, llevando así aun mayor deterioro de la calidad de vida que podría llevar al abandono del tratamiento antirretroviral, menos visitas a la consulta externa y posiblemente a una alejamiento completo de su tratamiento integral.

1.2.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Evaluar “Autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia 2021-2022”

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir cuales son las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud más afectadas en PVV durante el año de pandemia
- Determinar el nivel de gravedad de cada dimensión valorada en los PVV mediante la EQOL 5D durante el año de pandemia
- Establecer cuantitativamente el valor que el paciente percibe sobre su calidad de vida durante el año de pandemia
- Establecer si los factores como la edad, género, tratamiento antirretroviral, carga viral, CD4, nivel socioeconómico, influyen en la calidad de vida de los PVV.

1.4. Hipótesis de investigación

Hipótesis nula: La pandemia de la covid 19 durante los años 2020-2021 no ha afectado las dimensiones de su calidad de vida relacionado con la salud en PVV.

No Existe relación entre las medidas sanitarias tomadas para evitar la propagación de la pandemia de la covid 19 en la autopercepción de la calidad de vida en los PVV

Hipótesis alternas

La pandemia de la covid 19 durante los años 2020-2021 ha afectado las dimensiones de su calidad de vida relacionado con la salud en PVV.

Existe relación entre las medidas sanitarias tomadas para evitar la propagación de la pandemia de la covid 19 en la autopercepción de la calidad de vida en los PVV.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Calidad de vida

Para poder entender el concepto de calidad de vida y sus dimensiones, debemos remontarnos muchos años atrás desde la primera concepción que se tiene sobre la salud y enfermedad y, como ésta a su vez ha ido evolucionando para dar paso a una serie de premisas sobre la importancia de la valoración de la calidad de vida, como estrategia para mejorar la salud pública.

Como conocemos, desde el inicio de la humanidad el ser humano ha buscado la forma de comprender que es la salud; en las culturas antiguas, la salud y enfermedad se basaban en la existencia de dioses capaces de tener poderes sobrenaturales, mágicos, que curaban o provocaban las dolencias de la población, a su vez, la presencia de seres virtuosos capaces de curar (Vergara, 2007). Galeno cuestiona la intervención de dichos dioses como causantes de la enfermedad y con esto se renuncia a la idea de que estas son producto de un castigo divino.

Durante la edad moderna se desarrollaron conocimientos sobre anatomía, patología, microbiología, etc., que, tras su comprensión, explicaría las principales causas de las enfermedades. En la mitad del siglo XIX se identificó agentes infecciosos relacionados con la enfermedad y de la mano del estudio de la inmunidad se planteó diferentes formas de transmisión de las enfermedades (Valencia G., 2007).

En este mismo siglo, con la Revolución Francesa, se da el primer acercamiento al concepto salud, el cual tomó en cuenta que no solo los aspectos biológicos y físicos se encuentran involucrados, si no que observaron que la dimensión social, económica y política son fenómenos causantes de enfermedad (Vergara, 2007). Se comienza a estudiar la salud desde las

representaciones sociales, de hecho, se entiende a la salud y la enfermedad como resultado de procesos sociales (Juárez, 2011). O'Donnell, añade: “que es también importante el equilibrio de los factores físico, emocionales, sociales, espirituales y salud intelectual (1989, p.5).

Marc Lalonde mientras identificaba las causas de muerte y enfermedad en la población canadiense identificó que: “la salud de la población está condicionada por dos grandes grupos, el primero, los determinantes económicos, sociales y políticos y el segundo los que corresponde a la responsabilidad del sector de salud, el estado”. Estos son: medio ambiente: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida; estilos de vida: Relacionados con los hábitos personales y de grupo; biología humana: relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas; atención sanitaria: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones” (1974, p. 1-5).

Una serie de acontecimientos en el siglo XVIII y XIX influyó para entender la importancia de estos factores, uno de ellos es el del médico europeo Johann Peter Frank quien escribió un tratado donde expuso el papel que debía cumplir el estado para mejorar la salud de la población (Villar 2011, p.237-238).

Durante la revolución industrial la explotación laboral, salarios bajos, el daño ambiental por la polución llevaba a condiciones deplorables en salud, en la vivienda y comida a los obreros y por ende a sus familias, favoreciendo así a la aparición de enfermedades infecciosas que provocaban su muerte a temprana edad, con este antecedente los dueños de las empresas reclamaron al estado y exigieron que el gobierno se haga cargo de cubrir la salud de los mismos (Villar, 2011). Lo mismo ocurriría en Alemania y Estados Unidos lo que llevo a los gobiernos a crear los servicios de salud pública con la finalidad de proteger la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 señala que: “la salud es un completo estado de bienestar bio, psico, social y no solo la ausencia de enfermedad”. Bajo este precepto surgen también el concepto de determinantes de la salud que son: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, vive y envejecen incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (2009).

El interés por el estudio de la calidad de vida aumentó considerablemente en los últimos años del siglo XX y se desarrolló en 2 fases de tiempo, la primera surge desde las primeras civilizaciones y se extiende hasta finales del siglo XVIII, donde los egipcios, hebreos, griegos y romanos se preocupaban por la salud de la persona, prestando más atención a mejorar los factores que intervenían en la higiene personal y alimentación, así es por ejemplo, en Roma la ingeniería sanitaria de conducción y eliminación de aguas; la salud para estas civilizaciones debía desarrollarse sin riesgos, de ahí surgen las medidas contra ciertas epidemias como la lepra (Sugawara & Nikaido, 2014). La segunda fase para García (1991) comienza en los siglos XII, XIII y XIV donde se crean normas legales de salud pública con un alcance muy limitado. Para Piédrola, 1991, en el siglo XVIII e inicios del siglo XIX es donde se habla por primera vez de la regulación del trabajo, horas de descanso, maternidad, etc. con el objetivo clave de mejorar la perspectiva que tiene el trabajador sobre su vida y la de su familia.

La aparición del concepto Calidad de Vida (CV) ligada al desarrollo económico puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981). Esta idea se afianza en los años setenta a cargo de los investigadores sociales donde comienzan recolectando información sobre el estado socioeconómico de la población, su nivel de educación etc., al no ser suficiente estas variables, ya que no lograron explicar todo el fenómeno de la calidad de

vida, aparece la colaboración de la psicología quienes agregan indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción que con su aporte se logra tener una perspectiva más clara sobre la calidad de vida (Campbell et al., 1976).

Smith, (1999) realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar qué porcentaje de los estudios que analizó tenía una definición conceptual de calidad de vida, encontró que solo el 15% cumplía con este, requisito, además notó que utilizan la palabra calidad de vida y estado de salud como sinónimos por lo que plantea que la calidad de vida debe ser parte de la valoración en la atención médica, sobre todo en los pacientes que tienen enfermedades crónicas incurables.

Existen dos informes claves que correlacionan la salud con el bienestar social, estos son: el informe Chadwick en 1842 en Inglaterra, en el cual detallo el impacto del deterioro ambiental sobre la salud pública; Chadwick sostenían que las malas condiciones ambientales llevan a la degradación moral del individuo afectando así la estabilidad emocional, social y psicológica; el segundo donde Shatukk en 1850 en Estados Unidos, analiza varios aspectos, entre ellos las condiciones de trabajo, la escolaridad, la vivienda de la mano con la dieta, la salud pública y las formas de vida de las distintas clases sociales determinando que el mejoramiento de estos aspectos es la clave para disminuir las enfermedades.

Como consecuencia de estos dos informes los países comprendieron la importancia de los factores sociales y económicos para que la población gozará de mejores condiciones de vida, en el aspecto personal y laboral que los llevaba a mejorar su calidad de vida, por ende, mejorar su desempeño laboral, personal y familiar (Villar, 2011).

A pesar de toda la información recolectada por varios años se ha hecho difícil dar una definición clara de la calidad de vida y como medirla. En el estudio de Shumaker y Naughton (1997), y,

también posteriormente en el de Varni, Limbers y Burwinkle (2007a), este concepto se concibe como salud autopercebida, el cual contiene como mínimo las dimensiones de funcionamiento social, físico y cognitivo, movilidad, cuidado personal y bienestar emocional.

Un concepto importante que apporto Ferrans sobre la calidad de vida es que: “el bienestar personal se deriva de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella” (1990, p. 253). Haas define a la calidad de vida en un aspecto multidimensional que abarca varias circunstancias de la vida de cada persona dentro de un contexto cultural y un valor que solo le pertenece a la persona (1999, pp.215-220).

Para poder entender y como se debe evaluar la calidad de vida lo primero es se reconocer que se trata de un concepto multidimensional que abarca lo físico, psicológico y social, así mismo, que todas estas dimensiones están influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones subjetivas, Espinoza lo define “como percepciones de la salud”. (2016, p. 2); además de un componente objetivo, por lo que se explica que cada persona a pesar de tener el mismo estado de salud pueda tener una calidad de vida diferente.

Después analizar por varios años ideas, conceptos, diferentes investigaciones agruparon toda la información de tal manera que sea útil para la aplicación del mismo a la población y ha logrado dar definición a la calidad de vida (CV); la OMS refiere que: “es la manera en el que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” (Eugenia & Mejía, 2007).

2.1.1. Medición de la calidad de vida

La medición al igual que el concepto de calidad en vida es complejo; por lo que es importante la medición de la subjetividad con respecto a la calidad de vida. La subjetividad se basa en el bienestar percibido por la persona, su reacción frente a las experiencias de vida la cual se basa en dos aspectos fundamentales que son su bienestar psicológico y la satisfacción personal, esto ayuda a la persona a medir el grado de sentimientos positivos frente a determinadas circunstancias de la vida (Andrews & Robinson, 1991; Garay Lillo, 1996; Sugawara & Nikaido, 2014).

Los intentos de medir el estado funcional de los pacientes se iniciaron en la década de los cuarenta con el fin de evaluar el impacto del tratamiento médico y el propósito fundamental de la utilización y medición de la HRQoL era proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo; en los años setenta se desarrolló los instrumentos de medida de la HRQoL, primero genéricos y posteriormente específicos, basados en la propia percepción del paciente de su estado de salud ([Badia Llach, 2004](#)).

En la actualidad, se dispone de varias herramientas para usar en la realización de investigaciones sobre la HRQoL. Estas herramientas pueden ser específicas de la enfermedad (calidad de vida dirigida al VIH/SIDA [HAT-QoL]) (Holmes & Shea, 1998) o instrumentos genéricos (SF-6D, EQ-5D-5L).

Sin embargo, se prefieren las evaluaciones basadas en EQ-5D-5L porque proporcionan ponderaciones de utilidad de salud claras, válidas y fáciles de incorporar para su uso en evaluaciones económicas. Además, el cuestionario EQ5D-5L es corto y conveniente, por lo que es fácil de administrar e interpretar. Sin embargo, parece ser menos sensible en el seguimiento de pacientes en TAR en comparación con los instrumentos específicos de VIH/SIDA (Janssen et al., 2008).

Además, el cuestionario EQ5D-5L es corto y conveniente, por lo que es fácil de administrar e interpretar. Sin embargo, parece ser menos sensible en el seguimiento de pacientes en TAR en comparación con los instrumentos específicos de VIH/SIDA. El estado de salud obtenido con EQ-5D-5L indica el peso de preferencia o utilidad, expresado por la población de estudio (Anosike et al., 2021).

El EQ-5D (EuroQol 5-Dimensiones) se ha utilizado ampliamente en la encuesta de población debido a la baja carga de encuestados. Con este cuestionario, se consideran 5 dimensiones: movilidad, capacidad de autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor y malestar, y ansiedad y depresión. La versión primaria de EQ-5D permite a los encuestados indicar el grado de deterioro en cada dimensión en 3 niveles: sin problemas, algunos problemas y problemas extremos (Wang et al., 2022).

Una nueva versión de EQ-5D-5L incluye 5 niveles para indicar el grado de severidad de cada dimensión: sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas severos y problemas extremos (Shi et al., 2019). Cualquiera que sea EQ-5D-3L o EQ-5D-5L, podría generar un índice basado en preferencias. El SF-12 es la versión abreviada del SF-36 (la Encuesta de Salud Short Form-36) con 12 ítems, que finalmente proporciona puntajes resumidos de 2 componentes relacionados con la salud física y mental respectivamente. El SF-6D (la Dimensión de la Forma Corta-6) es un índice econométrico derivado del sistema de valores de preferencia del SF-36 y luego del SF-12 (Brazier et al., 2004).

2.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes VIH

Históricamente tras el primer reporte el 5 de junio del 1981 en el boletín de CDC, (Centers of disease control) de 5 casos de neumonía por *Pneumocytis Carini* diagnosticados en la Universidad de California en los Ángeles a quienes posteriormente se identificó como agente causal de base al virus de la inmunodeficiencia humana la cifra de casos aumento

considerablemente en Europa, Estos Unidos y África, con lo que aumento también la discriminación. Los datos epidemiológicos encasillaban a estas personas dentro del grupo de pacientes que tenían como característica común una orientación sexual, homosexual, por lo que la prensa en 1982 comenzó a llamarlo la “peste rosa”. Larry Kramer junto con otras 5 personas en las mismas condiciones, en 1981 fundan la primera asociación de afectados y voluntarios en defensa de los enfermos y la discriminación llamado “Gay Men Health Crisis”. Hasta ese momento padecer SIDA era enfrentarse a un gran estigma social.

El estigma de la enfermedad por VIH está íntimamente relacionado con comportamientos de riesgo que son rechazados por la sociedad, como las prácticas homosexuales, promiscuidad, el uso de drogas intravenosas, personas privadas de la libertad, migrantes etc. (Infante et al., 2006). El resultado de la falta de conocimiento sobre la enfermedad genera miedos y temor en la población que a su vez se deriva en rechazo, discriminación y exclusión de este grupo vulnerable; como consecuencia, las personas afectadas, tras el miedo al rechazo, no practican comportamientos protectores, entre ellos el acudir oportunamente a los servicios de salud a recibir su tratamiento y seguimiento correspondiente (Bastardo & Kimberlin, 2008). Este estigma ocasiona además un desequilibrio físico, psicológico y social que afecta a la persona portadora del virus su calidad de vida (Tamayo et al., 2015).

Los avances en la medicina han logrado de muchas formas prolongar el promedio de vida en la población de una manera notable, llevando así a crear un conflicto entre la cantidad y la calidad de vida. Las enfermedades crónicas, han contribuido a que la evaluación de la HRQoL haya ido tomando protagonismo, no sólo como reflejo de la salud del paciente, sino también como método para demostrar los resultados de un tratamiento y el bienestar experimentado a lo largo de los años de vida (Gilabert, 2015).

Muchos trabajos de investigación se han centrado en buscar nuevos tratamientos farmacológicos, efectos de los mismos, enfermedades concomitantes, comportamientos de riesgo, prevención, programas de salud pública, etc., y no es de sorprenderse el interés creciente en los últimos 10 años sobre cómo perciben su salud mediante el análisis de calidad de vida (Tavera, 2010).

En 1985 se reportó 22.996 casos de los cuales 12.592 murieron a causa del SIDA; tras el descubrimiento del primer fármaco utilizado para bloquear la replicación del VIH in vitro y el progresivo desarrollo farmacológico, que llevó a la creación de antiretrovirales, la expectativa de vida aumentó considerablemente en esta población. Desde 1989 se han desarrollado más de 10 instrumentos para medir la HRQoL en las PVV. **Es importante por lo tanto entender y medir los factores psicosociales que influyan en la salud de las PVV con el afán de aumentar la comprensión de dicha enfermedad y diseñar programas de salud pública que mejoren su HRQoL.**

Se realizó un estudio con 118 pacientes en donde se estudiaba la relación entre calidad de vida relacionada con la salud, apoyo social, factores sociodemográficos y factores relacionados con la enfermedad en personas infectadas por el virus de VIH; se observó que el impacto de la enfermedad en la HRQoL fue mayor en comparación entre sintomáticos y asintomáticos, a su vez que los pacientes con enfermedad avanzada (SIDA) con síntomas varios tenían menor puntaje en todos los dominios evaluados a comparación de los asintomáticos (Bastardo & Kimberlin, 2000)

Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong realizado el 2004 por Alma au encontró que el principal factor protector de los efectos sociales negativos y de discriminación de la infección por VIH fue el soporte social, además que el aislamiento social era la principal causa de estrés en la población (M. C. Zea et al., 2004).

El estudio Disclosure of HIV Status and Psychological Well-Being Among Latino Gay and Bisexual men en 2005 evaluó el salud mental después de informar a sus familiares sobre su preferencia sexual y su infección por el virus del VIH, el resultado determino que a mayor apoyo social de su círculo más cercano, mejor era su autoestima por consiguiente tenían una mejor calidad de vida.(M. Zea et al., 2005).

Otro aspecto importante a tomar en cuenta y que se relaciona con la calidad de vida son las enfermedades psiquiátricas; Lorenza Nogueira en el año 2009 evaluó la calidad de vida en los pacientes que inician el tratamiento anti retroviral en Brasil, concluyo que la ausencia de síntomas depresivos y ansiosas se relaciona con mejor percepción de su calidad de vida.

Muchas investigaciones relacionan los niveles de calidad de vida con los indicadores clínicos de la enfermedad como el conteo de CD4 o los niveles de carga viral; se encontró que el conteo de CD4 no fue predictor de la calidad de vida en una muestra de pacientes en Hong Kong y en otra muestra de pacientes en EEUU (Au et al 2004; Sherbourne, 2000). Por otro lado, Globe et al, encontraron que los niveles de CD4 se asociaban de manera directa con los niveles de HRQoL en una muestra de pacientes hospitalizados en EEUU. En relación a la sintomatología VIH, García et al (2001) encontraron que pacientes con criterios definitorios de SIDA y con una inmunodepresión severa, mostraron puntuaciones bajas en todos los dominios del SF-36.

En cuanto al tratamiento antirretroviral, la mayoría de estudios encontrados refieren una relación directa con la HRQoL Hollzemer et al (2009) encontraron que los individuos medicados reportaban una menor cantidad de síntomas por lo tanto referían mejor calidad de vida. Por su lado Nogueira et al (2009) en Brasil encontraron que luego de cuatro meses de terapia antirretroviral los niveles de HRQoL mejoraron notablemente y se manifestaba como mejor predictor.

2.1.2.1. Visión actual de la calidad de vida en los pacientes con VIH SIDA

La implementación continua de la terapia antirretroviral combinada en la práctica clínica, desde su introducción, ha cambiado por completo el perfil de las PVV, transformando la infección por VIH en una enfermedad crónica y elevando la esperanza de vida de los pacientes hasta la población general. Al igual que en otras condiciones clínicas permanentes, las PVV experimentan síntomas y preocupaciones multidimensionales que pueden ser una carga en varios aspectos de sus vidas (Seguiti et al., 2022).

La evidencia indica que el TAR se relaciona con mejores resultados clínicos y con un impacto positivo en la calidad de vida para las PVV. A pesar de que las PVV toman medicamentos de por vida con las consiguientes consecuencias, esto ha sacado a relucir otros problemas que giran en torno al bienestar psicosocial de este grupo de pacientes. Todos estos indicadores de calidad de vida se consideran importantes en la actualidad para el manejo general de las PVV. HRQoL es una entidad amplia que denota QOL basada en el resultado clínico del paciente, muestra aún más la verdadera definición de salud tal como la define la OMS (Suleiman et al., 2020).

En una investigación realizada por Dutra et al., (2019) se analizó el impacto de la TAR en la calidad de vida de los pacientes con VIH, mediante una investigación prospectiva, durante dos años; con la que observaron que, después del primer año de tratamiento, se produjo una mejora en todos los dominios de calidad de vida, especialmente en la función física, satisfacción vital, desempeño sexual. Por esto, los autores mencionados consideran que, a partir del primer año de uso de TAR, se produce una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes con VIH.

Por su parte, Joulaei et al., (2021) analizaron la HRQoL en una serie de 134 PVV en Irán. Estos investigadores observaron que, las dimensiones más afectadas en estos pacientes se

relacionaban con la red de apoyo social y el acceso de los servicios de salud. Adicionalmente, encontraron una relación significativa positiva entre el estado civil, la zona de residencia, el nivel educativo, la duración de la infección, la vía de transmisión y la terapia antirretroviral (TAR) con el puntaje de la HRQoL.

En Pakistán, Ahmed et al., (2021) analizaron la HRQoL en una serie de 602 PVV, a través del instrumento EuroQoL-5, con el que determinaron que los factores que se relacionaron con peor calidad de vida fueron el sexo femenino, el nivel educacional bajo, tener más de 50 años, y el estadio SIDA al momento del diagnóstico. Además, estos investigadores observaron que la adherencia a la TAR era un factor predictor de buena calidad de vida.

En el Ecuador, Romero et al., (2019) estudiaron la relación entre calidad de vida, estilo de alimentación y adherencia al tratamiento en 32 pacientes con VIH de la provincia Cañar. En la investigación mencionada, se determinó que la mayoría de los pacientes tenían un estado nutricional catalogado como “malo” y que esto influyó de forma significativa en la calidad de vida, al igual que la baja adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó una investigación analítica transversal

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) que acuden a la consulta externa de la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés. La población registrada que acude a dicho establecimiento es de 1500 pacientes.

3.2.2. Muestra

Muestra: Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple: La mecánica de aleatorización se realizó con la base de datos que cuenta el hospital de los pacientes que acuden a consulta externa de la clínica de VIH. Se utilizó para aleatorizar el programa validado de acceso gratuito *Randomizer Research* en <https://www.randomizer.org/>.

Para el cálculo muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$$\frac{1500 \times 3,84 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{(1500 - 1) \times 0,0025 + 3,84 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{1440}{(1499) \times 0.0025 + 0.96}$$

$$n = \frac{1440}{3.740 + 0,96}$$

$$n = \frac{1440}{4.7}$$

$$n = 306$$

Dónde: n, es el tamaño de la muestra que se requiere: N, es el tamaño de la población (1500); Z, es la desviación del valor medio que puede aceptarse, y depende del nivel de confianza escogido (Para 95% de nivel de confianza, Z=1,96); E, es el error máximo admitido (e=0,05); P, es la proporción esperada, utilizaríamos el valor p = 0,5 (50%) que maximiza el tamaño muestral ya que no se cuenta con estudios previos. A la muestra obtenida se le sumó un 20% más para poder controlar las posibles pérdidas, obteniendo una muestra total de 366 pacientes.

3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH que acudieron a la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés.
- Todos los pacientes que dispongan de los datos clínicos requeridos en el estudio (características clínicas de la enfermedad, CD4, carga viral, estadio de la enfermedad).
- Todos los pacientes que firmen el consentimiento informado expresando que desea ser parte del estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH que no tengan detalladas todas las variables a estudiarse.
- Paciente que no deseen ser parte del estudio

3.4. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Tiempo en años cumplidos	Adulto joven Adulto maduro Adulto mayor	Adulto joven: 18 a 25 años Adulto maduro: 25 a 64 años Adulto mayor: mayor de 65 años	Escala de intervalo	Variable cualitativa
Orientación sexual	Se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas.	Homosexual Heterosexual Bisexual Otros	0: Heterosexual 1: Bisexual 2: Homosexual 3: otros	Escala nominal	Variable cualitativa
Etnia	Es una categoría social, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia	Afrodescendientes Mestizos Blancos Indígena	0: afrodescendientes 1: Mestizos 2: Blancos 3: Indígenas	Escala Nominal	Variable Cualitativa politómica
Nivel de instrucción	Nivel de educación que ha alcanzado	Ninguna Básica Bachiller 3er nivel	Ninguna Básica Bachiller	Escala nominal	Variable cualitativa dicotómica

		4to nivel	3er Nivel 4to Nivel		
Estado civil	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales	Soltera/o Casada/o Viuda/o Divorciada/o Unión libre	Soltera/o Casada/o Viuda/o Divorciada/o Unión libre	Escala nominal	Variable cualitativa politómica
Ocupación	Tarea, ocupación, oficio en donde ha estado un mayor número de años del total de su vida laboral, hasta ese momento. (SENA, 2013)	En base a la clasificación nacional de ocupaciones encontramos 9 áreas de desempeño: Ocupaciones de gerencia Finanzas y admisión Ciencias naturales y aplicadas Salud Sociales, educación, gobierno, religión. Arte, cultura y esparcimiento Ventas y servicios Explotación primaria y extractiva Construcción, transporte mantenimiento Procesamiento	Sociales, educación, gobierno, arte. Ventas y servicios. Construcción, transporte, mantenimiento, agricultura. Amas de casa. Otros	Nominal	Cualitativa

		o y fabricación			
Enfermedades de transmisión sexual	Infecciones que se transmiten de persona a persona el momento del contacto sexual.	Herpes genital HPV Sífilis Otras	Herpes genital HPV Sífilis otras ninguna	Escala nominal	Cualitativa politómica
ULTIMA Carga viral de VIH	Cantidad de carga viral que posee un paciente	No suprimida: más de 50 copias/ml Suprimida: menos de 50 copias/ml	No suprimida Suprimida Desconoce	Escala Nominal	Cualitativa Politómica
Estadio de enfermedad de VIH al momento del diagnostico (CDC)	Diagnostico basado en las condiciones indicadoras de SIDA, que tienen valor en ausencia de otra inmunodeficiencia y que se suman al conteo de células CD4, entrando en la categoría de SIDA los estadios A3, B3 y los C3.	Según la clasificación de la CDC, se reconocen 3 estadios de enfermedad, que se cataloga al momento del diagnóstico de infección por VIH/SIDA y es no regresivo. A1 - A2 - A3 B1 - B2 - B3 C1 - C2 - C3	No SIDA Categoría SIDA Desconocido	Escala nominal	Cualitativa politómica
Enfermedades definitorias de SIDA	Son enfermedades que se presentan en los pacientes con diagnóstico de VIH, relacionadas con el sistema inmunitario	Enfermedades oportunistas: Candidiasis Coccidioidomicosis	Enfermedades oportunistas Neoplasias	Escala nominal	Cualitativa politómica

		<p>Criptococosis</p> <p>Criptosporidiosis intestinal crónica</p> <p>Citomegalovirus</p> <p>Infección por el virus del herpes simple</p> <p>Histoplasmosis</p> <p>Isosporosis</p> <p>Tuberculosis</p> <p>Infección por el complejo MAC</p> <p>Pneumocystis carinii</p> <p>Neumonía recurrente</p> <p>Leucoencefalopatía multifocal progresiva</p> <p>Septicemia por salmonella</p> <p>Toxoplasmosis cerebral</p> <p>Neoplasias: Sarcoma de Kaposi</p> <p>Linfoma</p>	<p>Conjunto de síntomas</p> <p>Ninguna</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>Carcinoma de cérvix uterino invasivo</p> <p>Conjunto de síntomas: Encefalopatía asociada al VIH</p> <p>Síndrome de caquexia progresiva por VIH</p>			
Esquema antiretroviral	combinación de tres tipos de medicamentos antiretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo	Esquema antiretroviral de primera línea establecido por la guía ecuatoriana de manejo de PVV	<p>Esquema de primera línea: 0: DGT + TDF +3TC</p> <p>Esquema alternativo: ABC/3TC + DTG TDF/FTC +DTG TDF/FTC +ATV/RTV ABC/3TC + ATV/RTV TDF/FTC + DRV/RTV</p>	Escala nominal	Variable cualitativa

			ABC/3TC +DRV/RT V OTROS		
Movilidad	Capacidad de moverse o desplazarse	No tengo problemas Tengo algunos problemas Encamado	No tengo problemas Tengo algunos problemas Encamado	Escala nominal	Variable cualitativa politómica
Actividades cotidianas	Capacidad de realizar actividades de la vida diaria	Puedo realizar mis actividades diarias Tengo algunos problemas en mis actividades diarias Soy incapaz de realizar mis actividades diarias	Puedo realizar mis actividades diarias Tengo algunos problemas en mis actividades diarias Soy incapaz de realizar mis actividades diarias	Escala nominal	Variable cualitativa politómica
Cuidado personal	Capacidad de autocuidado	No tengo problemas Tengo algunos problemas Soy incapaz de auto cuidarme	No tengo problemas Tengo algunos problemas Soy incapaz de auto cuidarme	Escala nominal	Variable cualitativa politómica

Área psicoafectiva	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, angustia, preocupación o tristeza	No ansioso ni deprimido Moderadamente ansioso y deprimido Severamente ansioso y deprimido	No ansioso ni deprimido Moderadamente ansioso y deprimido Severamente ansioso y deprimido	Escala nominal	Variable cualitativa politómica
Malestar/dolor	Percepción sensorial molesta o desagradable	No tengo dolor Con moderado dolor Con mucho dolor	No tengo dolor Con moderado dolor Con mucho dolor	Escala nominal	Variable cualitativa politómica
Escala análoga visual	Percepción del estado de salud	Escala desde el 0 como peor estado de salud, hasta el 100 como el mejor estado de salud	Escala desde el 0 como peor estado de salud, hasta el 100 como el mejor estado de salud	Escala de intervalos	Variable cuantitativa discreta

<p>Clínica de covid 19</p>	<p>Síntomas compatibles con infección por covid</p>	<p>Sintomatología prevalente en pacientes con covid</p>	<p>Si No</p>	<p>Escala nominal</p>	<p>Variable cualitativa politómica</p>
<p>Clasificación clínica de covid 19</p>	<p>clasificación clínica de la gravedad de la infección por covid 19</p>	<p>LEVE: tos, malestar general, dolor de garganta, fiebre, congestión nasal</p> <p>MODERADO: disnea, FR: > 22, trastorno de la conciencia, hipotensión arterial o choque, signos clínicos o radiológicos de neumonía, recuento de linfocitos menos de 100.</p> <p>SEVERO: disnea, PAFI menos de 300, PaO2 menos de 60mmhg, PaCO2: menor de 32mmhg, FR: mayor de 22, trastorno de la conciencia, PAS menos de 100, PAM menos de 65,</p>	<p>Asintomático Leve Moderado Grave Crítico</p>	<p>Escala nominal</p>	<p>Variable cualitativa politómica</p>

		lactato más de 2mosm/l, signos clínicos de fatiga muscular.			
Serología para covid 19	Los ensayos serológicos detectan los anticuerpos producidos por el cuerpo humano en respuesta a la infección por la covid 19	Positivo Negativo	Positivo Negativo	Escala nominal	Variable cualitativa politómica

Elaborado por: Molina, L (2022).

3.5. Procedimientos de recolección de información

Previa autorización de las autoridades competentes del hospital se procedió a realizar llamadas telefónicas a las personas seleccionadas y se programaron citas para que acudieran realizar la encuesta al área de consulta externa de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH en el Hospital General Enrique Garcés, en un promedio de 7 pacientes por día por 75 días.

Se utilizó el EQ5D que es un cuestionario estandarizado genérico de la calidad de vida relacionado con la salud en su versión actualizada en español que ya ha sido aprobado su uso en esta investigación por la *EuroQol Research Foundation*.

El investigador de manera personal explicó y ejemplificó una encuesta para mejor entendimiento de los participantes. Los pacientes elegidos que no fueron contactados se los buscó en la página del registro civil para ver si no constan como defunciones.

La información se recopiló en un matriz elaborada en Excel. Se guardó la confidencialidad de los pacientes y de los datos recolectados, mediante codificación, se registraron en la matriz de datos elaborada por la autora de la presente investigación y posteriormente almacenados en una base de datos digital realizada en hojas de cálculo de Microsoft Excel 2011 versión 14.0.0. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v25.0. Se utilizaron la prueba t de student y el estadístico de Levene (F).

3.6. Consideraciones éticas

Se solicitó la base de datos al área de estadística del Hospital Enrique Garcés previamente anonimizada mediante oficio, el cual fue aprobado por el director médico para la autorización respectiva; el responsable de los datos fue asignado por las autoridades respectivas. Una vez obtenida la información, la base de datos, que se encontró en un computador en la clínica de VIH con clave de acceso que solo conoce el responsable y el encargado de los datos se realizó el análisis de los mismos solo tuvo acceso el director de tesis y el investigador.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS

Se incluyeron 366 personas que viven con VIH, de los cuales, el 77,6% fueron hombres. El 89,6% se encontraban en el rango de edad de entre 26 y 64 años y el 100% se reconocieron de etnia mestiza. En cuanto al estado civil, predominaron los casados con el 52,7%. el bachillerato fue el nivel educacional más frecuente con el 62,8%. En cuanto a la ocupación, se encontró que eran trabajadores de ventas y servicios en el 20,5%. Al analizar la orientación sexual, se observó que la mayoría se auto declaró homosexual, 53,3%. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).

Variable	N=366	%
Sexo		
Hombre	284	77,6
Mujer	82	22,4
Edad		
Adulto joven (18-25 años)	36	9,8
Adulto maduro (26-64 años)	328	89,6
Adulto mayor \geq 65 años	2	0,5
Etnia		
Mestizo	366	100,0
Estado civil		
Soltero	118	32,2
Casado	193	52,7
Viudo	12	3,3
Divorciado	20	5,5

Unión Libre	23	6,3
Nivel de instrucción		
Ninguno	3	0,8
Básico	74	20,2
Bachiller	230	62,8
3er Nivel	59	16,1
Ocupación		
Educación	5	1,4
Agricultura	9	2,5
Trabajo Social	3	0,8
Salud	8	2,2
Estudiante	42	11,5
Arte, Cultura	3	,8
Ventas y Servicios	75	20,5
Construcción	12	3,3
Transporte	35	9,6
Mantenimiento	21	5,7
Quehaceres domésticos	37	10,1
Otros	88	24,0
Desempleo	28	7,7
Orientación sexual		
Heterosexual	118	32,2
Homosexual	206	56,3
Bisexual	42	11,5

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
Autor: Molina L.

Con respecto a las características clínicas de las personas viviendo con VIH y en base a la última medición, se encontró que el conteo de linfocitos tCD4+ fue mayor a 200 células en el 88,3% y, la carga viral estaba suprimida (con menos de 40 copias) en el 88,0%. Con respecto al esquema de tratamiento, la mayoría de los pacientes estaba usando el

tratamiento de primera línea (DTG/TDF/3TC) 86,3%. Los antecedentes de infecciones de transmisión sexual se constataron en el 15,3% de los casos. La ITS más frecuente fue la sífilis con el 8,5%.

En relación a Covid-19, se observó que de las 366 personas viviendo con VIH evaluados, a 126 se les diagnosticó de Covid-19, con respecto a la clasificación clínica en estos pacientes se encontró que el 76,1% fueron asintomáticos. El ensayo CLIA fue positivo para covid 19 E9n 109 personas viviendo con VIH. La determinación de IgG fue positiva en el 26,9% y la IgM en el 26,1%. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).

Variable	N=366	%
Conteo de CD4+		
< 199 células/ml	43	11,7
≥ 200 células/ml	323	88,3
Carga viral		
Suprimida (< 40 copias)	322	88,0
No suprimida (> 41 copias)	44	12,0
Tratamiento		
DTG/TDF/3TC	316	86,3
ABC/3TC/DTG	26	7,1
TDF/FTC/ATV/RTV	5	1,4
TDF/FTC/DRV/RTV	10	2,7
DTG/TDF/3TC/DGT	9	2,5
Enfermedades de transmisión sexual		
Herpes Genital	3	0,8
HPV	18	4,9
Sífilis	31	8,5
Otras	4	1,1

Ninguna	310	84,7
Covid -19		
Sí	126	34,4
Clasificación clínica Covid-19		
	N: 126	
Asintomático	96	76,1
Leve	27	21,4
Moderado	2	1,5
Grave	1	0,79
ECLIA PARA COVID 19		
	N 126	
No	17	13,4
Sí	109	86,5
IgG SARS CoV 2		
Sí	34	26,98
IGM SARSCoV2		
Sí	33	26,1
Interpretación		
Positivo	126	100

ECLIA: Inmunoensayo de quimioluminiscencia para el diagnóstico de Covid-19.

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

En relación a las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, la movilidad, el cuidado personal, actividades cotidianas, el dolor fueron evaluados “con problemas” en el 15,6%, 7,4%, 14,2%, 7,9% respectivamente. Por último, la dimensión que evalúa trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión, fue considerada “con problemas” en 48,5%; siendo esta la dimensión más afectada en esta serie. Ver tabla 3.

Al analizar los resultados del Índice EQ-5D, se obtuvo un promedio de 0,837 (DE: 0,146), mínimo de 0,251 y máximo de 1,000. La escala de autovaloración del estado de salud

(EVA) alcanzó una puntuación promedio de 80,63 puntos (DE: 7,61), mínimo: 60,0 puntos y máximo: 90,0 puntos.

Tabla 3. Resultados generales por dimensión e indicadores de salud en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).

Dimensión	N=366	%
Movilidad		
Sin problemas	309	84,4
Con problemas	57	15,6
Cuidado Personal		
Sin problemas	339	92,6
Con problemas	27	7,4
Actividades Cotidianas		
Sin problemas	314	85,8
Con problemas	52	14,2
Dolor/Malestar		
Sin problemas	337	92,1
Con problemas	29	7,9
Depresión		
Sin problemas	187	51,1
Con problemas	179	48,9
Índice EQ-5D		
Media	0,837	
Desviación Estándar	0,146	
Autovaloración del estado de salud (EVA)		
Media	80,63	
Desviación Estándar	7,61	

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
Autor: Molina L.

Se analiza la asociación entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y el sexo de las personas viviendo con VIH. No se observa en ninguna de las dimensiones una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$); adicionalmente, se

determinó que, todas las dimensiones evaluadas tuvieron mayor afectación entre las mujeres que entre los hombres, a excepción de la depresión, que alcanzó igual porcentaje de la categoría “con problemas” entre ambos. Ver Tabla 4.

Tabla 4. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según el sexo en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia (n=366).

Dimensión	Sexo				χ^2	p*
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%		
Movilidad						
Sin problemas	68	82,9	241	84,9	0,181	0,671
Con problemas	14	17,1	43	15,1		
Cuidado Personal						
Sin problemas	73	89,0	266	93,7	2,003	0,157
Con problemas	9	11,0	18	6,3		
Actividades Cotidianas						
Sin problemas	69	84,1	245	86,3	0,235	0,628
Con problemas	13	15,9	39	13,7		
Dolor/Malestar						
Sin problemas	73	89,0	264	93,0	1,349	0,245
Con problemas	9	11,0	20	7,0		
Depresión						
Sin problemas	42	51,2	145	51,1	0,001	0,979
Con problemas	40	48,8	139	48,8		

*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p-valor < 0.05)

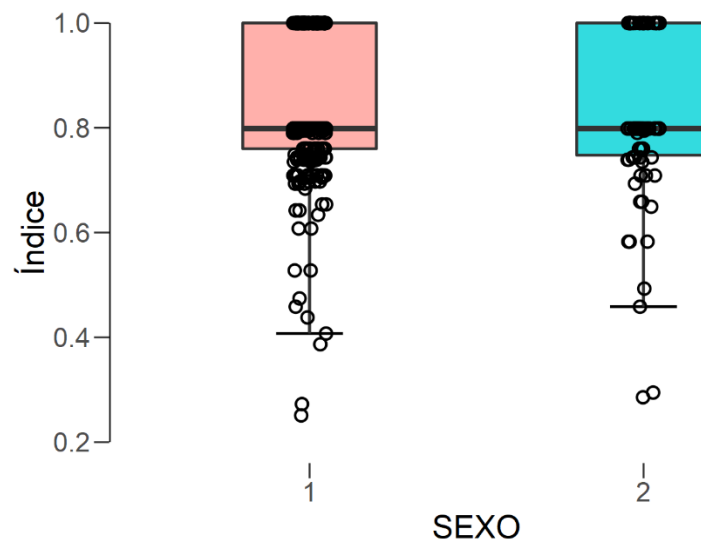
Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

Al analizar el índice de calidad de vida entre hombres y mujeres, se observó que la media fue 0,839 para los hombres (DE: 0,14) y 0,829 para las mujeres (DE: 0,16), sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (t= 0,481; 0,631). La

mediana para las mujeres y para los hombres fue igual (mediana = 0,79860). Para las mujeres, el percentil 25 fue 0,743 y para los hombres fue 0,760. Los percentiles 50 en adelante fueron iguales para ambos sexos (percentil 50 = 0,799), (percentil 75 = 1,000). Por otra parte, en el estadístico de Levene (F) no se comprueban diferencias significativas en las varianzas del índice en ambos grupos, tampoco se evidencian diferencias significativas en las medias obtenidas en la prueba t de Student para muestras independientes ($t= 0,481; 0,631$).

Gráfico 1. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según sexo.



1: Masculino. 2: Femenino

$F: 1,448; p= 0,230 / t= 0,481; 0,631$.

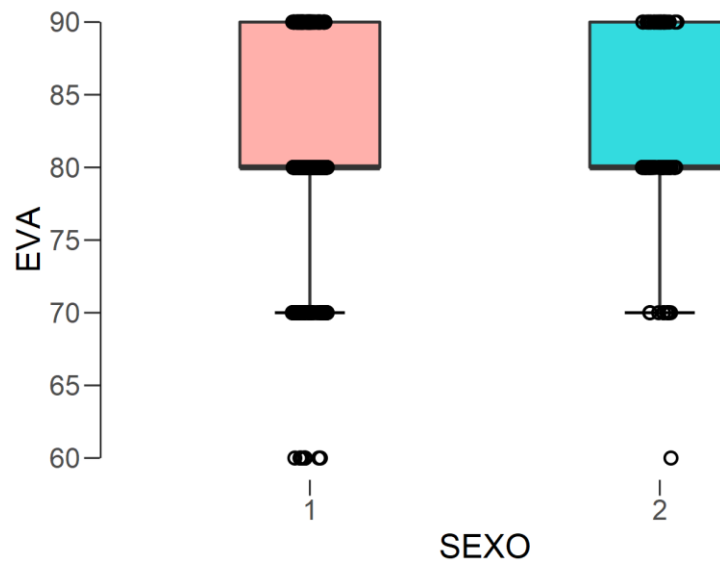
Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

Con respecto al estado de salud autopercebido (EVA). El promedio para los hombres fue 80,99 (DE: 7,41), mientras que para las mujeres fue de 79,49; (DE: 8,22). La mediana de

la escala EVA fue 80 para ambos géneros. Los percentiles también coincidieron (50 percentil= 80). En el estadístico de Levene (F) no se demostró diferencias significativas en las varianzas del puntaje obtenido en ambos grupos. Tampoco hubo diferencias significativas en los promedios obtenidos en este puntaje en la prueba T de Student para muestras independientes ($t=1,68$; $p=0,095$).

Gráfico 2. Estado de salud autopercebido (EVA) Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según sexo.



1: Masculino. 2: Femenino

$F: 113$; $p= 0,737$ / $t= 1,68$; $0,095$

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
Autor: Molina L.

Se analiza la asociación de las diferentes dimensiones de la calidad de vida asociada a la salud con la edad de los pacientes. La movilidad y el cuidado personal alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$). La dimensión depresión tuvo problemas en el 49,3% de los menores de 60 años y en el 40% de los mayores de 60 años, sin que esto alcance significación estadística ($p > 0,05$). Ver Tabla 5

Tabla 5. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según la edad en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia ($n=366$).

Dimensión	Edad				χ^2	p*
	Menor a 60 años		Mayor a 60 años			
	n	%	n	%		
Movilidad						
Sin problemas	299	85,2	10	66,7	3,752	0,053
Con problemas	52	14,8	5	33,3		
Cuidado Personal						
Sin problemas	328	93,4	11	73,3	8,517	0,004
Con problemas	23	6,6	4	26,7		
Actividades Cotidianas						
Sin problemas	303	86,3	11	73,3	1,992	0,158
Con problemas	48	13,7	4	26,7		
Dolor/Malestar						
Sin problemas	324	92,3	13	86,7	0,627	0,428
Con problemas	27	7,7	2	13,3		
Depresión						
Sin problemas	178	50,7	9	60,0	0,497	0,481
Con problemas	173	49,3	6	40,0		

*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p-valor $< 0,05$)

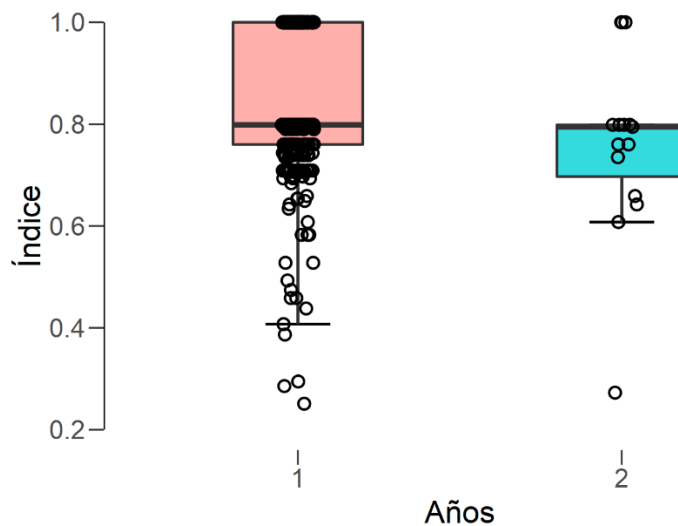
Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

El índice de estado de salud alcanzó un promedio de 0,839 (DE: 0,14) en los menores de 60 años; en los mayores de 60 años, el promedio fue 0,836 (DE: 0,18). La mediana para

los menores de 60 años fue 0,798 y, para los mayores de 60 años fue 0,795. El percentil 50 fue 0,799 para los menores de 60 años y 0,795 para los mayores de 60 años. El percentil 75 fue de 1,0 para los menores de 60 años y 0,799 para los mayores de 60 años. De acuerdo al estadístico de Levene (F) no hubo diferencias en las varianzas de ambos grupos de edad, sin embargo, la prueba t de Student indica que existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los promedios entre los menores y mayores de 60 años ($t=2,036$; $p= 0,042$).

Gráfico 3. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según edad.

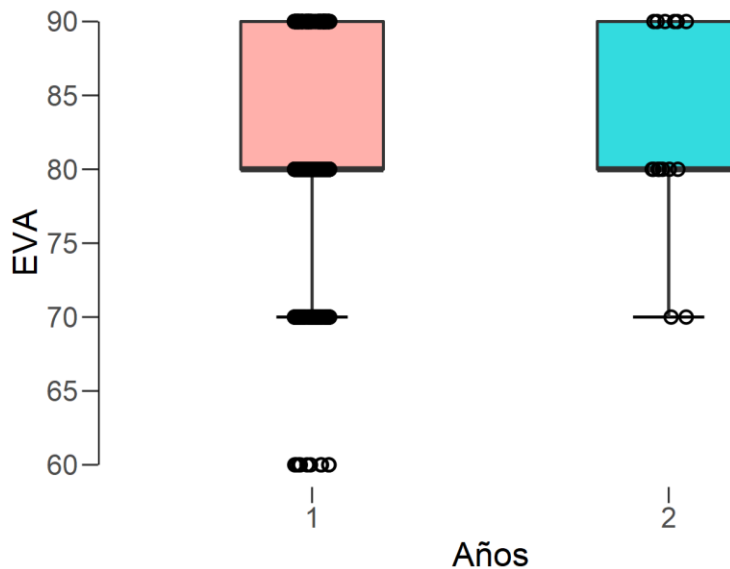


1: Edad < 60 años. 2: Edad ≥ 60 años
 $F= 0,001$; $p= 0,974$ / $t=2,036$; $p= 0,042$
 Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
 Autor: Molina L.

El estado de salud autopercebido (EVA) alcanzó un promedio de 80,54 (DE: 7,63) en los menores de 60 años y entre los mayores de 60 años, el promedio fue de 82,67 (DE: 7,04).

La mediana fue de 80 entre ambos grupos de edad. El percentil 50 fue de 80 puntos para ambos grupos y el percentil 90 fue de 90 puntos para ambos grupos. El estadístico de Levene ($F = 0,072$; $p = 0,789$) indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en las varianzas de ambos grupos y, la prueba t de Student indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de la puntuación EVA para la edad ($t = -1,059$; $p = 0,290$).

Gráfico 4. Estado de salud autopercibido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según edad.



1: Edad < 60 años. 2: Edad ≥ 60 años
 $F = 0,072$; $p = 0,789$ / $t = -1,059$; $p = 0,290$
 Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
 Autor: Molina L.

Se muestra la asociación entre las diferentes dimensiones de calidad de vida y la carga viral de los pacientes. se observa que en ninguna de las dimensiones se estableció una

asociación estadísticamente significativa con la carga viral ($p > 0,05$). La dimensión de depresión presentó problemas en el 43,2% de los pacientes con carga viral no suprimida y en el 49,7% de los que tenían carga viral suprimida. Ver tabla 6

Tabla 6. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según carga viral en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia ($n=366$).

Dimensión	Carga viral				χ^2	p*
	No suprimida (≥ 41 copias)		Suprimida (≤ 40 copias)			
	n	%	n	%		
Movilidad						
Sin problemas	37	84,1	272	84,5	0,004	0,948
Con problemas	7	15,9	50	15,5		
Cuidado Personal						
Sin problemas	41	93,2	298	92,5	0,023	0,880
Con problemas	3	6,8	24	7,5		
Actividades Cotidianas						
Sin problemas	35	79,5	279	86,6	1,601	0,206
Con problemas	9	20,5	43	13,4		
Dolor/Malestar						
Sin problemas	41	93,2	296	91,9	0,084	0,772
Con problemas	3	6,8	26	8,1		
Depresión						
Sin problemas	25	65,8	162	50,3	0,656	0,418
Con problemas	19	43,2	160	49,7		

*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p -valor < 0.05)

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

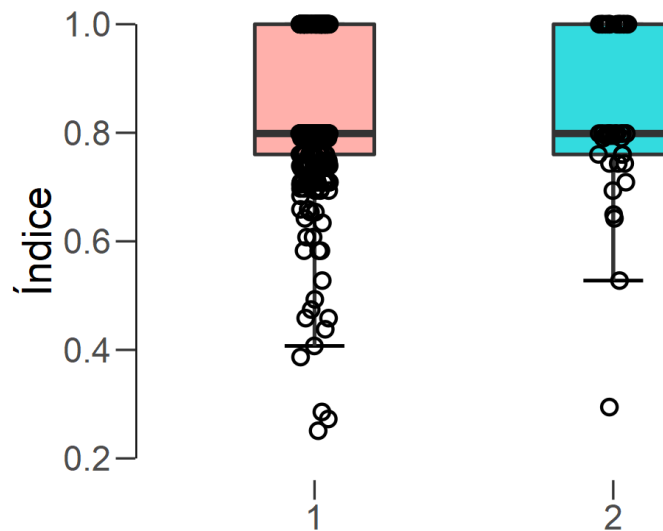
,Autor: Molina L.

El promedio del índice de estado de salud fue 0,837 (DE: 0,15) para los pacientes con carga viral suprimida, mientras que, para los pacientes con carga viral no suprimida, el promedio fue 0,830 (DE: 0,15). La mediana fue igual para ambos grupos de pacientes,

según su carga viral 0,799. El percentil 50 fue 0,799 para ambos grupos. El percentil 90 fue 1,000 para ambos grupos.

La prueba de homogeneidad de varianzas de Levene (F) indicó que no hay diferencias significativas entre las varianzas de ambos grupos, ($p= 0,138$); sin embargo, la prueba t de Student alcanzó significación estadística ($t= 2,071$; $p= 0,039$), lo que significa que, las puntuaciones promedio del Índice del estado de salud difirieron entre los pacientes según su carga viral.

Gráfico 5. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según carga viral.



1: Carga viral suprimida (< 40 copias). 2: Carga viral no suprimida (> 40 copias).

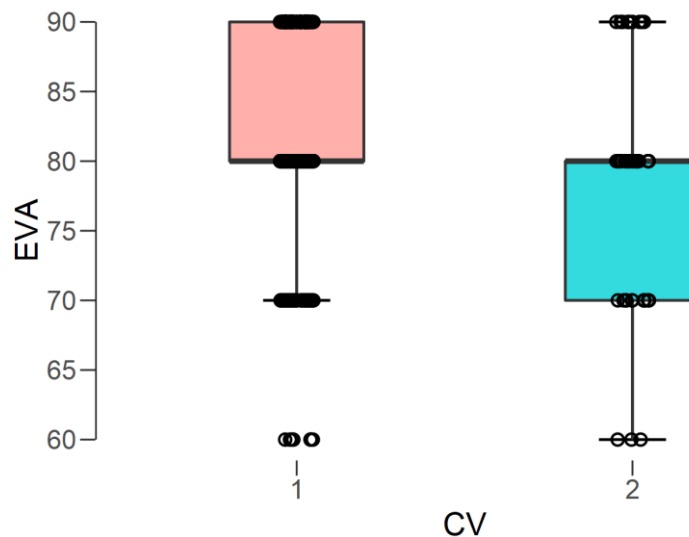
$F = 2,208$; $p = 0,138$. $t = 2,071$; $p = 0,039$

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

El estado de salud autopercebido (EVA) entre los pacientes con carga viral no suprimida alcanzó un promedio de 78,41 (DE: 8,62), mientras que, entre los que tuvieron carga viral suprimida, este promedio fue 80,93 (DE: 7,43). Con el estadístico de Levene (F) se determinó que existe homogeneidad de varianzas en cuanto a la escala EVA según la carga viral ($F= 2,208$; $p= 0,138$). Adicionalmente, se establecieron diferencias estadísticamente significativas en los promedios de EVA según la carga viral, de acuerdo a los resultados de la prueba t de Student ($t= 2,071$; $p= 0,039$). La mediana fue de 80,00 en ambos grupos de pacientes. El percentil 50 fue de 80 puntos, para ambos grupos, mientras que el percentil 75 fue de 90 puntos para los que pacientes con carga viral suprimida y de 80 puntos para los pacientes con carga viral no suprimida.

Gráfico 6. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según carga viral.



1: Carga viral suprimida (< 40 copias), 2: Carga viral no suprimida (> 40 copias).

$F= 2,208$; $p= 0,138$ / $T= 2,071$; $p=0,039$

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

Se analiza la asociación entre las diferentes dimensiones de calidad de vida y el conteo de células CD4+. Solamente la dimensión de movilidad alcanzó significación estadística con este parámetro ($p < 0,05$). En relación a la dimensión de depresión, se identificaron problemas en el 44,2% de los pacientes con $CD4 < 199$ células/ml y en el 49,5% de los que tenían $CD4 > 200$ células. Ver tabla 7

Tabla 7. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según conteo de CD4+ en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia ($n=366$).

Dimensión	CD4+				χ^2	p*
	Menor a 199 células		Mayor a 200 células			
	n	%	n	%		
Movilidad						
Sin problemas	28	65,1	281	87,0	13,82	<0,001
Con problemas	15	34,9	42	13,0		
Cuidado Personal						
Sin problemas	37	86,0	302	93,5	3,084	0,079
Con problemas	6	14,0	21	6,5		
Actividades Cotidianas						
Sin problemas	35	81,4	279	86,4	0,773	0,379
Con problemas	8	18,6	44	13,6		
Dolor/Malestar						
Sin problemas	38	88,4	299	92,6	0,916	0,338
Con problemas	5	11,6	24	7,4		
Depresión						
Sin problemas	24	55,8	163	50,5	0,435	0,510
Con problemas	19	44,2	160	49,5		

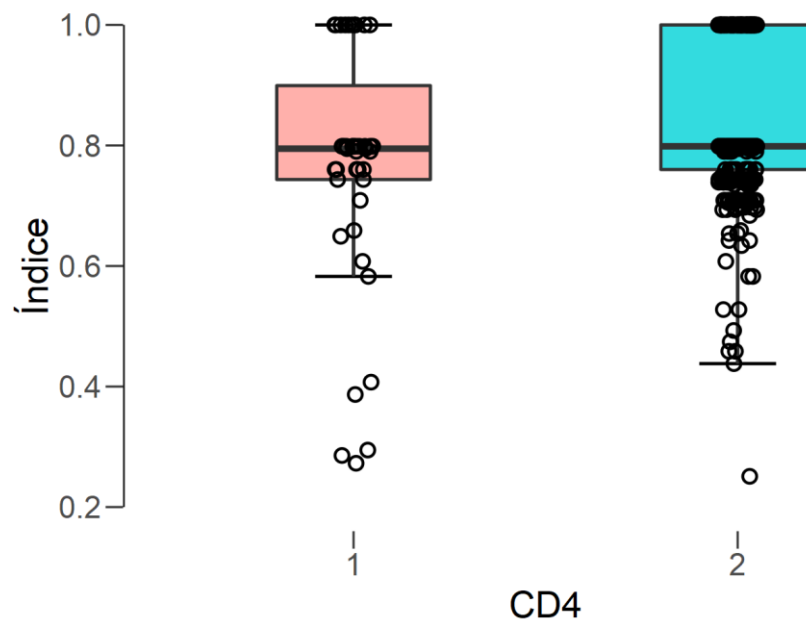
*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p -valor < 0.05)

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

El promedio del índice EQ-5D entre los pacientes con $CD4^+ < 199$ células/mL, fue de 0,769 (DE: 0,199), mientras que, entre los pacientes con $CD4^+ > 200$ células/mL, el promedio fue de 0,846 (DE: 0,135). Estas diferencias de medias tuvieron significación estadística ($F = 2,35$; $p = 0,128$, $t = -3,285$; $p = 0,001$). La mediana para los pacientes con $CD4^+ < 199$ células/mL fue de 0,794, mientras que, entre los pacientes con $CD4^+ > 200$ células/mL, la mediana fue de 0,799. El percentil 25 fue de 0,743 para los pacientes con $CD4^+ < 199$ células/mL mientras que, entre los pacientes con > 200 células fue de 0,760.

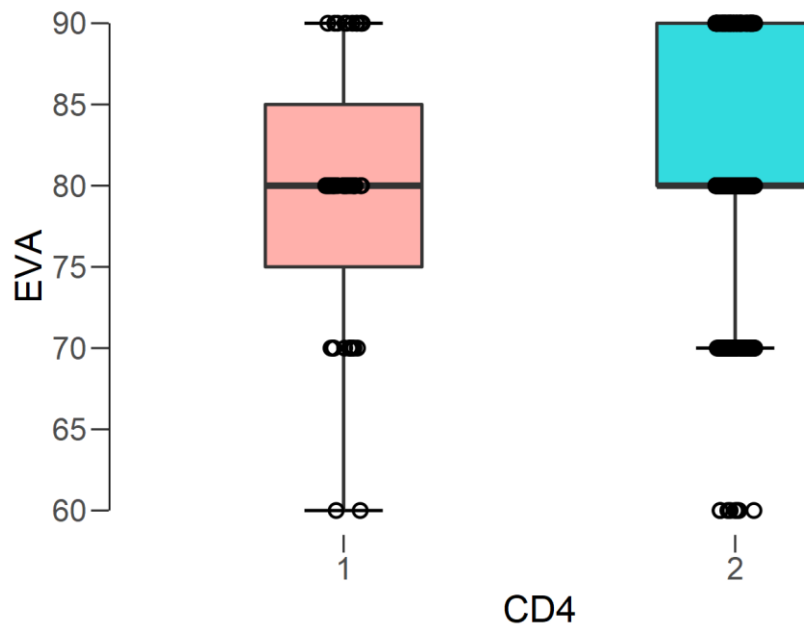
Gráfico 7. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según conteo de $CD4^+$



1: $CD4^+ < 199$ células/mL. 2: $CD4^+ > 200$ células/mL
 $F = 2,35$; $p = 0,128$, $t = -3,285$; $p = 0,001$
 Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
 Autor: Molina L.

La escala EVA alcanzó una puntuación promedio de 79,53 (DE: 8,15) entre los pacientes con $CD4^+ < 199$ células; mientras que, entre los pacientes con conteo de $CD4^+ > 200$ células/ml, el promedio fue 80,77 (DE: 7,54). Estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($F= 0,101$; $p= 0,750$; $t= -1,003$; $p= 0,317$). La mediana fue de 80 puntos para todos los pacientes. El percentil 25 fue de 70 puntos para los pacientes con menos de 200 $CD4^+$, y de 80 para los pacientes con más de 200 $CD4^+$.

Gráfico 8. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según conteo de $CD4^+$



1: $CD4^+ < 199$ células/mL. 2: $CD4^+ > 200$ células/mL
 $F= 0,101$; $p= 0,750$; $t= -1,003$; $p= 0,317$.

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
 Autor: Molina L.

Se analiza la asociación de las dimensiones de calidad de vida con el esquema de tratamiento antirretroviral. No se estableció una asociación estadísticamente significativa con ninguna de las dimensiones analizadas ($p > 0,05$). Ver tabla 8

Tabla 8. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según tratamiento antirretroviral en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia ($n=366$).

Dimensión	Tratamiento antirretroviral				χ^2	p*
	Primera línea (DTG/TDF/3TC)		Alternativas			
	n	%	n	%		
Movilidad						
Sin problemas	271	85,8	38	76,0	3,127	0,077
Con problemas	45	14,2	12	24,0		
Cuidado Personal						
Sin problemas	292	92,4	47	94,0	0,161	0,688
Con problemas	24	7,6	3	6,0		
Actividades Cotidianas						
Sin problemas	270	85,4	44	88,0	0,232	0,630
Con problemas	46	14,6	6	12,0		
Dolor/Malestar						
Sin problemas	289	91,5	48	96,0	1,222	0,269
Con problemas	27	8,5	2	4,0		
Depresión						
Sin problemas	170	53,8	17	34,0	6,771	0,009
Con problemas	146	46,2	33	66,0		

*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p -valor $< 0,05$)

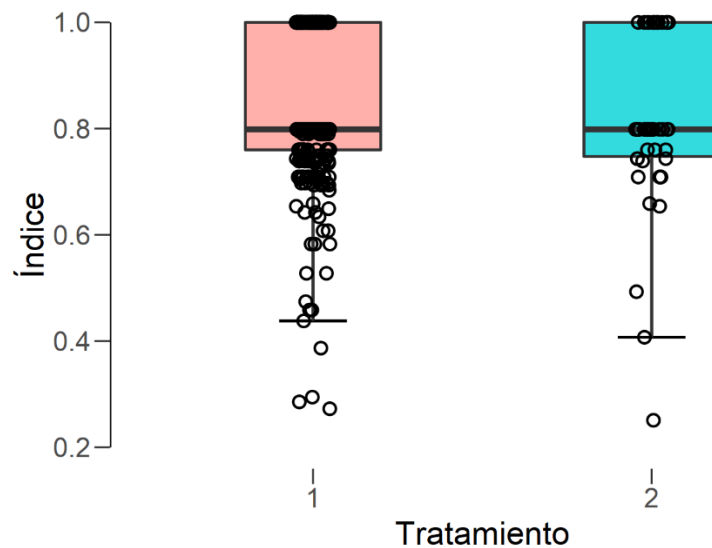
Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

El promedio del índice EQ-5D entre los pacientes con el tratamiento de primera línea fue 0,841 (DE: 0,144), mientras que, entre los pacientes con un esquema alternativo fue de

0,810 (DE: 0,156). Según el estadístico de Levene ($F = 1,127$; $p = 0,289$), no hubo diferencias significativas en las varianzas según el esquema de tratamiento. Adicionalmente, las diferencias en los promedios obtenidos no tuvieron significación estadística, de acuerdo a la prueba t de Student ($t = 1,366$; $p = 0,173$). La mediana fue 0,798 para ambos grupos de estudio. El percentil 25 fue 0,744 para los del esquema de primera línea y 0,760 para los de otros tratamientos.

Gráfico 9. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según esquema de tratamiento.



1: Tratamiento de primera línea (DTG/TDF/3TC). 2: Otros tratamientos

$F = 1,127$; $p = 0,289$ / $t = 1,366$; $p = 0,173$

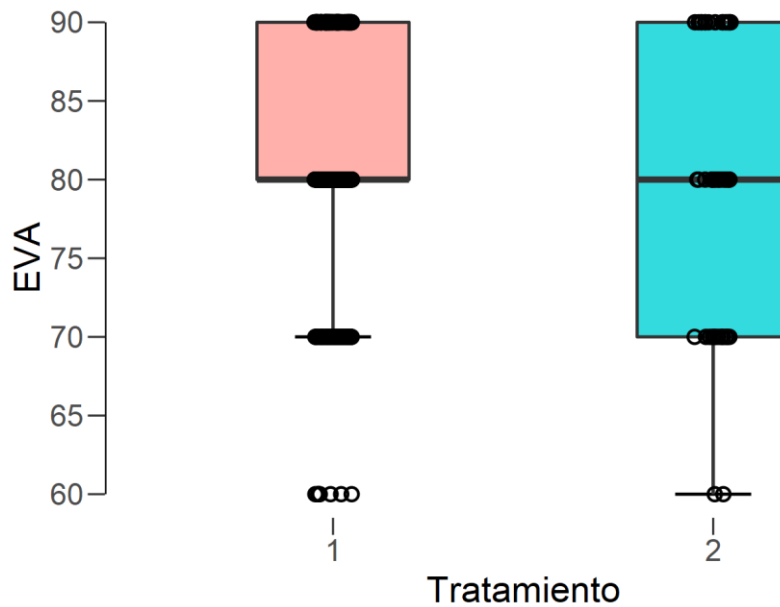
Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

El promedio alcanzado con la escala EVA fue de 80,76 (DE: 7,44) de para los pacientes con el esquema de antirretrovirales de primera línea, mientras que, para los pacientes con

esquemas alternativos, fue de 79,8 puntos (DE: 8,69). El estadístico de Levene ($F = 2,725$; $p = 0,100$) indica que existe homogeneidad de varianzas y, la prueba t de Student confirmó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos ($t = 0,828$; $p = 0,408$). La mediana en esta escala fue de 80 puntos para todos los pacientes. El percentil 25 fue de 70 puntos para los que usaban tratamientos alternativos y de 80 puntos para los del esquema de primera línea. Los percentiles 50, 75 y 90 fueron de 90 puntos para todos los pacientes.

Gráfico 10. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según esquema de tratamiento.



1: Tratamiento de primera línea (DTG/TDF/3TC). 2: Otros tratamientos

$F = 2,725$; $p = 0,100$ / $t = 0,828$; $p = 0,408$

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

Se muestra la asociación entre las dimensiones de calidad de vida y Covid-19 en los pacientes que viven con VIH. Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones de movimiento y dolor, con la presencia de Covid-19 ($p < 0,05$). Ver tabla 9

Tabla 9. Análisis de los resultados dimensionales de la encuesta según diagnóstico de Covid-19 en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia ($n=366$).

Dimensión	Covid - 19				χ^2	p*
	Positivo		Negativo			
	n	%	n	%		
Movilidad						
Sin problemas	96	76,2	213	88,8	9,912	0,002
Con problemas	30	23,8	27	11,3		
Cuidado Personal						
Sin problemas	116	92,1	223	92,9	0,088	0,767
Con problemas	10	7,9	17	7,1		
Actividades Cotidianas						
Sin problemas	103	81,7	211	87,9	2,581	0,108
Con problemas	23	18,3	29	12,1		
Dolor/Malestar						
Sin problemas	109	86,5	228	95,0	8,167	0,004
Con problemas	17	13,5	12	5,0		
Depresión						
Sin problemas	64	50,8	123	51,2	0,007	0,937
Con problemas	62	49,2	117	48,8		

*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p-valor $< 0,05$)

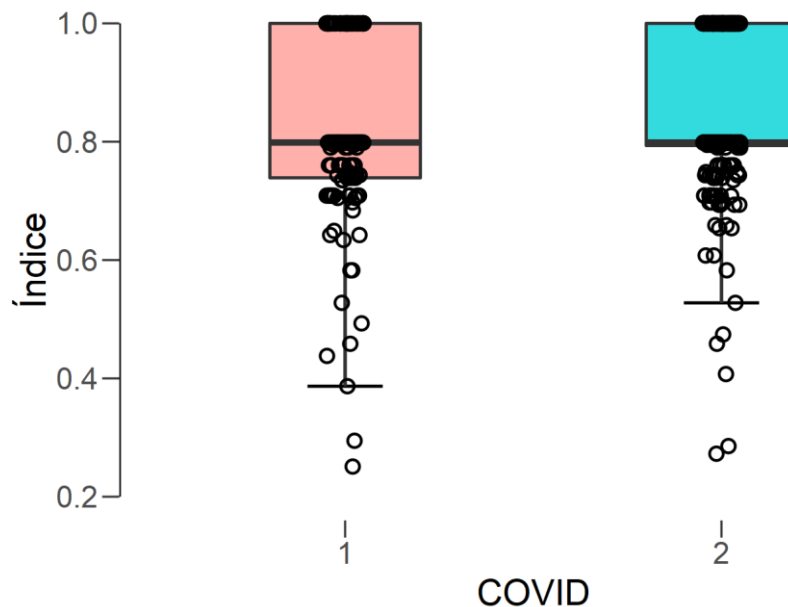
Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

Con respecto al índice EQ-5D, el promedio para los pacientes con Covid-19 fue 0,808 (DE: 0,155), mientras que para los pacientes sin Covid-19 fue 0,852 (DE: 0,139). De acuerdo al estadístico de Levene ($F= 0,397$; $p= 0,529$) no existieron diferencias

significativas entre las varianzas según la presencia de Covid-19. La prueba t de Student indica que no existen diferencias significativas entre las medias del índice EQ-5D en pacientes con y sin Covid-19 ($t=-2,740$; $p = 0,006$). La mediana para todos los pacientes fue 0,799. El percentil 25 fue 0,739 para los pacientes con Covid-19 y 0,791 para los que no tuvieron Covid-19. El percentil 75 fue 1,000 para todos.

Gráfico 11. Índice del estado de salud. Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según diagnóstico de Covid-19.



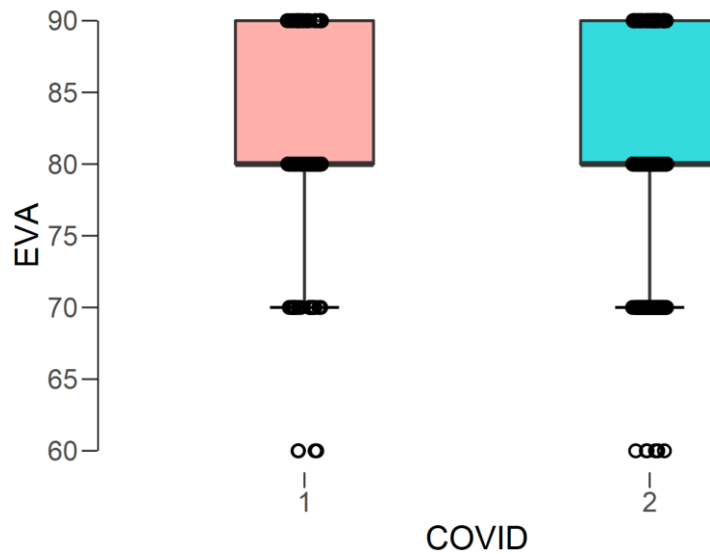
1: Covid-19 positivo. 2: Covid-19 negativo
 $F = 0,397$; $p = 0,529$ / $t = -2,740$; $p = 0,006$

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
 Autor: Molina L.

La escala EVA alcanzó una media de 80,56 (DE: 7,52) entre los pacientes con Covid-19 y, de 80,67 entre los pacientes sin Covid-19. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, según los resultados de la prueba t de Student para varianzas semejantes

($F= 0,561$; $p= 0,454$; $t= -0,132$; $p= 0,895$). La mediana para esta escala fue de 80 puntos para todos los pacientes y, la distribución de los puntos por percentiles también fue igual para pacientes con y sin Covid-19.

Gráfico 12. Estado de salud autopercebido (EVA). Pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia según diagnóstico de Covid-19.



1: Covid-19 positivo. 2: Covid-19 negativo
 $F= 0,561$; $p= 0,454$; $t= -0,132$; $p= 0,895$

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA
 Autor: Molina L.

Se muestra la asociación entre la carga viral, conteo de CD4 y la presencia de Covid-19. Entre los pacientes positivos para Covid-19, el 87,3% tenía la carga viral suprimida, y el 12,7% no suprimida; mientras que, entre los pacientes sin Covid-19, el 88,3% tenía la carga viral suprimida y el 11,7% no suprimida, esto no alcanzó significación estadística ($p>0,05$).

Por otra parte, el conteo de linfocitos CD4 fue menor a 199 células en el 12,7% de los pacientes con Covid-19 y en el 11,7% de los pacientes sin Covid-19 y, fue mayor a 200 células en el 87,3% de los pacientes positivos para Covid-19 y en el 88,8% de los negativos, sin que esto sea estadísticamente significativo ($p>0,05$). Ver tabla 10

Tabla 10. Asociación entre Covid 19, Carga Viral y CD4 en pacientes viviendo con virus del VIH (PVV) en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia ($n=366$).

	Covid - 19				χ^2	p*
	Positivo		Negativo			
	n	%	N	%		
Carga Viral						
No suprimida (≥ 40 copias)	16	12,7	28	11,7	0,083	0,773
Suprimida (< 40 copias)	110	87,3	212	88,3		
CD4						
< 199 células	16	12,7	27	11,3	0,167	0,683
≥ 200 células	110	87,3	213	88,8		

*Chi Cuadrado de Pearson (significativo a un p -valor $< 0,05$)

Fuente: Resultados de Encuesta EuroQoL 5D + EVA

Autor: Molina L.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Se realizó esta investigación Con el objetivo de evaluar la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) en pacientes viviendo con virus del VIH en la Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés durante la pandemia de Covid-19. La población analizada se caracterizó por ser predominantemente adultos maduros, de sexo masculino, homosexuales, la prevalencia de Covid-19 en estos pacientes fue de 34,4% y, no se estableció una asociación estadísticamente significativa entre Covid-19, la carga viral, o el conteo de CD4.

Estos hallazgos son similares a los de Härter et al., (2020), para quienes no existe una elevada morbi-mortalidad por Covid-19 entre los pacientes con VIH/Sida, que tengan carga viral suprimida o tratamiento antirretroviral. De forma similar, Cooper et al., (2020) en una revisión sistemática determinaron que, las personas viviendo con VIH/Sida (PVV) con un adecuado control, no tienen mayor riesgo de Covid-19 grave que la población general.

Al analizar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, se observó que la más afectada fue la “Depresión”, que se reportó con problemas en el 48,9% de las PVV. Esto indica que las afectaciones del estado de ánimo de las PVV fue el factor que más afectó, durante la pandemia; su autopercepción de la calidad de vida. Sin embargo, no alcanzó significación estadística con ninguna de las características clínicas o demográficas de los pacientes.

Esto puede sustentarse con los resultados de Siewe et al., (2021) que describen una elevada prevalencia de trastornos como depresión y ansiedad entre las PVV en el contexto de la pandemia por Covid-19, lo que se explica no solamente por las medidas de aislamiento y el temor al contagio, sino también porque, esta emergencia epidemiológica produjo un importante descenso los servicios de atención a todas las condiciones no urgentes, dentro de lo que se incluye VIH/Sida. Estos investigadores describen que, durante la pandemia, los pacientes con VIH sufrieron afectaciones relacionadas con la vida familiar, la situación financiera, la interrupción de la vida social más allá de la familia, y experimentaron limitaciones en su vida y satisfacción sexual, lo que también pudiera explicar la elevada frecuencia de depresión y ansiedad en este sector poblacional.

En este contexto, también Guaraldi et al., (2022) describen que el factor psicológico tuvo un importante impacto en la autopercepción de la calidad de vida de las PVV durante la pandemia. De acuerdo a estos investigadores, la baja resiliencia y la fragilidad fueron los factores que afectaron la HR-QoL en estos pacientes. Estos investigadores resaltan que, la baja resiliencia y la fragilidad en estos pacientes no se relacionaron con ninguna de las variables de VIH, sino con la soledad, el envejecimiento y el estigma, lo que resalta la importancia del bienestar psicológico en la autopercepción de la calidad de vida en estos pacientes.

Adicionalmente, Dyer et al., (2021) también describen una elevada frecuencia de afectaciones en el estado de ánimo de las PVV durante la pandemia, lo que relacionaron las limitaciones de movilidad, que reducía sus interacciones sociales, la dificultad para

acceder a la medicación antirretroviral, y de recibir atención médica; lo que también sustenta el planteamiento de que, las afectaciones psicológicas, dentro de las cuales la depresión, alcanzó una frecuencia elevada durante la emergencia sanitaria por la Covid-19 entre las personas viviendo con VIH, con afectaciones en su bienestar y percepción de HR-QoL. **Acerca de esto, Tomar et al., (2021)** mencionan que, el confinamiento prolongado, las limitaciones de movilidad, la falta de acceso a los médicos y judiciales afectaron notablemente la calidad de vida de los pacientes con VIH durante la pandemia, con altos índices de depresión en estos pacientes, lo que también concuerda con los hallazgos de esta investigación.

En este sentido, Kall et al., (2021) afirman que las PVV experimentan de manera desproporcionada una salud mental más deficiente, causada por factores como enfrentar el diagnóstico reciente de VIH, el impacto de esto en las relaciones, la estigmatización y las experiencias de discriminación, el aislamiento social, la soledad, y la experiencia de vivir con una enfermedad crónica. Para estos autores, los factores que más influyeron en la HR-QoL en personas viviendo con VIH/Sida fueron la presencia de enfermedades mentales y, la baja autopercepción sobre su estado de salud, argumentando que los pacientes con peor calidad de vida se caracterizaron por tener más problemas de salud física y mental, lo que permite afirmar que los problemas psicológicos, el estado de salud deficiente y las preocupaciones sobre la salud son importantes predictores de una baja HR-QoL.

Por otra parte, Cooley et al., (2021) explican el impacto de la pandemia en la calidad de vida de las PVV, por un descenso significativo del acceso de los servicios médicos, incremento de la inseguridad alimentaria y estrés financiero, en comparación con los pacientes sin VIH. Esto pudiera explicar los elevados niveles de ansiedad y depresión de estas personas en el contexto de la pandemia por Covid-19.

Con respecto a las otras dimensiones de la calidad de vida, se observó que las relacionadas con la movilidad y las actividades de la vida cotidiana prosiguieron en frecuencia de afectación, aunque de forma general, puede decirse que el grado de afectación en estas fue bajo. Las afectaciones en la movilidad se asociaron de forma estadísticamente significativa con la edad (≥ 65 años), el conteo de CD4 (< 200 células) y, con la presencia de Covid-19.

Esto se explica porque, los pacientes adultos mayores, con cifras bajas de CD4 son más propensos a tener una serie de condiciones propias del envejecimiento, junto a enfermedades oportunistas por el mal control de la enfermedad, que pudieran estar afectando su capacidad de movilidad, a lo que se suma al malestar propio de Covid-19, que suele cursar con fatiga, reducción del apetito, mialgias, cefalea, que limitan la autonomía de los pacientes, además de la fatiga post Covid-19, que ha sido ampliamente reportada en la literatura especializada (Kedor et al., 2022).

Esto puede interpretarse como que, la movilidad es la dimensión de HR-QoL que más influyó en la autopercepción de la calidad de vida, aunque no fue la más frecuente. Unos resultados similares obtuvieron Koster et al., (2022) que al analizar la calidad de vida en

las PVV, determinaron que las dimensiones más afectadas eran las relacionadas con la salud física, no con la espiritual o la vida social, que aunque pueden ser más frecuentes, su impacto en la HR-QoL parece ser menor que los aspectos relacionados con el bienestar físico (dolor, movilidad, autonomía).

El deterioro en las funciones físicas en las PVV también ha sido documentado en la literatura especializada. Se ha establecido una asociación entre la capacidad física y el progreso de la enfermedad, lo que indica que, aparece de forma temprana en pacientes con mal control de la enfermedad, y presentan una funcionalidad reducida (Jimenez-Morales et al., 2020).; adicionalmente, se conoce que en algunos casos, la reducción de la funcionalidad física puede ser consecuencia de la administración de medicamentos que causan mialgias y debilidad muscular en estos pacientes (Abdo et al., 2021).

En este contexto, es conocido que el deterioro de la función física es inherente al envejecimiento, lo que afecta considerablemente la independencia y la vida social, en la población general. Si a esto se suma el deterioro funcional, dado por fatiga, debilidad, mialgias, explicaría el impacto de esta dimensión en la calidad de vida ya que la reducción en la funcionalidad implica mayor dependencia, imposibilidad de trabajar, deterioro de las interacciones sociales, incluso, dificultad para acudir a las consultas, mayor probabilidad de caídas, accidentes y hospitalizaciones (Bernard et al., 2020).

Los resultados de esta investigación también concuerdan con los de Belay et al., (2021) quienes observaron que las dimensiones de ansiedad, dolor y disconfort físico, fueron las que más influyeron en el deterioro de la HR-QoL en una serie de personas viviendo con

VIH/Sida (Sin Covid-19). Estos investigadores también reportan diferencias significativas en la HR-QoL con respecto al conteo de CD4. Adicionalmente, Wang et al., (2021) también describen resultados similares al analizar la HR-QoL en personas viviendo con VIH/Sida, en los que, las dimensiones física y mental, el estigma, la falta de apoyo social, la inseguridad financiera y los trastornos del estado de ánimo fueron las que más influyeron en la autopercepción de la calidad de vida.

Por otra parte, Schaaf et al., (2022) analizaron el impacto de la pandemia por Covid-19 en la calidad de vida de las PVV. En esta investigación se determinó que los síntomas depresivos tuvieron una prevalencia similar entre personas con y sin VIH, además, la preocupación por el contagio y la presencia de síntomas depresivos y la edad menor a 60 años, fueron los factores que influyeron en una peor calidad de vida, independientemente de la presencia o no de VIH/Sida.

Una de las limitaciones identificadas durante el desarrollo de esta investigación es que existen pocas investigaciones que analizan la calidad de vida de las PVV en el contexto de la pandemia de Covid-19, por lo que no fue posible comparar ampliamente los resultados obtenidos con investigaciones similares; sin embargo, se observó que, los resultados de investigaciones sobre la calidad de vida de las PVV sin Covid-19, no difieren significativamente de lo obtenido en esta investigación. Adicionalmente, tanto en pacientes con Covid-19, como sin este, las dimensiones que más afectaron la calidad de vida entre las PVV, se relacionaron con el bienestar físico (movilidad, dolor, cuidado

personal). En la mayoría de las investigaciones consultadas, (personas con VIH/Sida con y sin Covid-19), se reporta una elevada frecuencia de depresión y ansiedad.

Por otra parte, en esta investigación puede considerarse una fortaleza, que se obtuvo información sobre un número considerable de pacientes, que aportó datos fiables sobre las diferentes dimensiones de la calidad de vida en las PVV, evidenciando la importancia de la atención multidimensional de estos pacientes, con enfoque en la salud mental y la funcionalidad.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- La autopercepción de la calidad de vida en los pacientes viviendo con VIH durante la pandemia estuvo sujeta a factores como la edad, el conteo de CD4 y la presencia de Covid-19, con lo que, se acepta la hipótesis de esta investigación, que postula que sí existe relación entre la pandemia de Covid-19 y la calidad de vida de PVV.
- Las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud que tuvieron más afectaciones fueron la depresión (48,9%), movilidad (16,6%), actividades cotidianas (14,2%) y, dolor, malestar (7,9%).
- Los pacientes con más de 60 años tuvieron afectaciones significativas en las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la movilidad y cuidado personal.
- El conteo de linfocitos TCD4+ menor a 199 células/ml se relacionó significativamente con afectaciones en la dimensión de movilidad de la calidad de vida.
- El diagnóstico de Covid-19 se asoció con afectaciones significativas en las dimensiones de movilidad, dolor y malestar.
- Factores como el género, el esquema de antirretrovirales, la carga viral o el nivel socioeconómico de los pacientes, no se relacionó de forma significativa con la calidad de vida, y ninguna de sus dimensiones.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda la evaluación sistemática de la calidad de vida en todos los pacientes con VIH, con el propósito de identificar tempranamente los factores que pudieran interferir en esto.
- Se sugiere incrementar el acceso a los servicios de salud mental en pacientes con VIH, ya que la dimensión de calidad de vida con más afectaciones en la población analizada fue la relacionada con la depresión.
- Se recomienda reforzar la vigilancia sobre calidad de vida en los adultos mayores de 60 años con VIH, ya que la edad fue uno de los factores que más influyeron en la autopercepción de calidad de vida.
- Divulgar los resultados de esta investigación con los profesionales que atienden a PVV en el Hospital Enrique Garcés, ya que esto permitirá un acercamiento a los factores que pudieran influir en la calidad de vida de estos pacientes.
- Ampliar la población de estudio a otras instituciones de salud, ya que los pacientes con VIH SIDA constituyen una población vulnerable, que pueden sufrir afectaciones multifactoriales en su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo, M., Langan, S. J., MaWhinney, S., Sun, J., Lake, J. E., Palella, F. J., Kingsley, L., Brown, T. T., & Erlandson, K. M. (2021). Effect of Statin Therapy on Age-Associated Changes in Physical Function Among Men With and Without HIV in the Multicenter AIDS Cohort Study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *86*(4), 455–462. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002579>
- Ahmed, A., Saqlain, M., Bashir, N., Dujaili, J., Hashmi, F., Mazhar, F., Khan, A., Jabeen, M., Blebil, A., & Awaisu, A. (2021). Health-related quality of life and its predictors among adults living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral therapy in Pakistan. *Quality of Life Research*, *30*(6), 1653–1664. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02771-y>
- Andrews, F., & Robinson, J. (1991). Measures of Subjective Well-Being. In *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (Third Revi). Academic Press, Inc. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-590241-0.50007-1>
- Anosike, C., Anene-Okeke, C. G., & Akunne, M. O. (2021). Assessment of Health-Related Quality of Life Among HIV-Infected Patients Receiving Care in a Nigerian Tertiary Hospital. *Value in Health Regional Issues*, *25*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.09.002>
- Badia Llach, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterología y Hepatología*, *27*(Supl.3), 2–6.

<https://doi.org/10.1157/13058924>

BASTARDO, Y. ., & KIMBERLIN, C. L. (2008). Reducir el estigma y la discriminación por el VIH : una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas. *Conjunto de Las Naciones Unidas Sobre El VIH/Sida*, 2(Ginebra), 1–56.

Bastardo, Y. M., & Kimberlin, C. L. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 12(5), 673–684. <https://doi.org/10.1080/095401200750003842>

Belay, Y. B., Ali, E. E., Sander, B., & Gebretekle, G. B. (2021). Health-related quality of life of patients with HIV/AIDS at a tertiary care teaching hospital in Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01670-7>

Bernard, C., Font, H., Diallo, Z., Ahonon, R., Tine, J. M., Abouo, F., Tanon, A., Messou, E., Seydi, M., Dabis, F., & de Rekeneire, N. (2020). Prevalence and factors associated with physical function limitation in older West African people living with HIV. *PLOS ONE*, 15(10), e0240906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240906>

Brazier, J., Roberts, J., Tsuchiya, A., & Busschbach, J. (2004). A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health Economics*, 13(9), 873–884.

<https://doi.org/10.1002/HEC.866>

- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *QualityAmLife.pdf*.
- Cooley, S. A., Nelson, B., Doyle, J., Rosenow, A., & Ances, B. M. (2021). Collateral damage: Impact of SARS-CoV-2 pandemic in people living with HIV. *Journal of NeuroVirology*, 27(1), 168–170. <https://doi.org/10.1007/s13365-020-00928-y>
- Cooper, T., Woodward, B., Alom, S., & Harky, A. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outcomes in HIV/AIDS patients: a systematic review. *HIV Medicine*, 21(9), 567–577. <https://doi.org/10.1111/hiv.12911>
- Cuesta, F., Rodríguez, P., & Llave, E. P. D. E. L. A. (2002). *Calidad de vida , aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. 19*, 396–404.
- Den Daas, C., Van den Berk, G. E. L., Kleene, M.-J. T., de Munnik, E. S., Lijmer, J. G., & Brinkman, K. (2019). Health-related quality of life among adult HIV positive patients: assessing comprehensive themes and interrelated associations. *Quality of Life Research*, 28(10), 2685–2694. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02203-y>
- Desta, A., Biru, T. T., & Kefale, A. T. (2020). Health related quality of life of people receiving highly active antiretroviral therapy in Southwest Ethiopia. *PLOS ONE*, 15(8), e0237013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237013>
- Dutra, B. S., Lédo, A. P., Lins-Kusterer, L., Luz, E., Prieto, I. R., & Brites, C. (2019). Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of

- antiretroviral therapy: a longitudinal study. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 23(4), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.06.005>
- Dyer, J., Wilson, K., Badia, J., Agot, K., Neary, J., Njuguna, I., Kibugi, J., Healy, E., Beima-Sofie, K., John-Stewart, G., & Kohler, P. (2021). The Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Youth Living with HIV in Western Kenya. *AIDS and Behavior*, 25(1), 68–72. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03005-x>
- Eugenia, B., & Mejía, B. De. (2007). *CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS : UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA*. 11–24.
- Garay Lillo, J. (1996). Calidad de vida. *Geriatriska*, 12(4), 35–43. <https://doi.org/10.35563/revan.v4i2.230>
- Gilabert, A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres. *Universitat Ramon Llull*, 1–191.
- Guaraldi, G., Milic, J., Barbieri, S., Marchiò, T., Caselgrandi, A., Volpi, S., Aprile, E., Belli, M., Venuta, M., & Mussini, C. (2022). Resilience and Frailty in People Living With HIV During the COVID Era: Two Complementary Constructs Associated With Health-Related Quality of Life. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 89(S1), S65–S72. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002865>
- Härter, G., Spinner, C. D., Roider, J., Bickel, M., Krznaric, I., Grunwald, S., Schabaz, F.,

- Gillor, D., Postel, N., Mueller, M. C., Müller, M., Römer, K., Schewe, K., & Hoffmann, C. (2020). COVID-19 in people living with human immunodeficiency virus: a case series of 33 patients. *Infection*, *48*(5), 681–686. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01438-z>
- Holmes, W., & Shea, J. (1998). A New HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (HAT-QoL) Instrument: Development, Reliability, and Validity on JSTOR. *Medical Care*, *36*(2), 138–154. <https://www.jstor.org/stable/3767177>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Publica de Mexico*, *48*(2), 141–150. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342006000200007>
- Janssen, M. F., Birnie, E., Haagsma, J. A., & Bonsel, G. J. (2008). Comparing the Standard EQ-5D Three-Level System with a Five-Level Version. *Value in Health*, *11*(2), 275–284. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00230.x>
- Jimenez-Morales, J., Arias-Vázquez, P. I., Tovilla-Zárate, C. A., Gutiérrez-Hernández, G., Dávila-Tejeida, A. B., Ortega-Corzo, Y., Hernández-Gil, K. del C., González-Castro, T. B., López-Narváez, M. L., & Juárez Rojop, I. E. (2020). Association between physical capacity of individuals with HIV/AIDS and markers of disease progression. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *63*(3), 249–251. <https://doi.org/10.1016/J.REHAB.2020.01.003>

Joulaei, H., Mousavi, S. G., Foroozanfar, Z., & Rakhshani, T. (2021). Health-Related Quality of Life in People Living with HIV in Southwest Iran in 2018: A Cross-Sectional Study. *BioMed Research International*, 2021(2), 1–8. <https://doi.org/10.1155/2021/9935175>

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70–79. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>

Kall, M., Fresán, U., Guy, D., Brown, G., Burgui, C., Castilla, J., Grecu, V. I., Dumitrescu, F., Delpech, V., & Lazarus, J. V. (2021). Quality of life in people living with HIV in Romania and Spain. *BMC Infectious Diseases*, 21(S2), 898. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06567-w>

Kedor, C., Freitag, H., Meyer-Arndt, L., Wittke, K., Hanitsch, L. G., Zoller, T., Steinbeis, F., Haffke, M., Rudolf, G., Heidecker, B., Bobbert, T., Spranger, J., Volk, H. D., Skurk, C., Konietzschke, F., Paul, F., Behrends, U., Bellmann-Strobl, J., & Scheibenbogen, C. (2022). A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. *Nature Communications* 2022 13:1, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-32507-6>

Khademi, N., Zanganeh, A., Saeidi, S., Teimouri, R., Khezeli, M., Jamshidi, B., Yigitcanlar, T., Salimi, Y., Almasi, A., & Gholami Kiaee, K. (2021). Quality of life of HIV-infected individuals: insights from a study of patients in Kermanshah, Iran.

BMC Infectious Diseases, 21(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-05908-z>

Koster, Y., Taddele, M., Aderaw, Z., & Tefera, K. (2022). Health-related quality of life and associated factors among HIV-positive individuals on antiretroviral therapy at Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *HIV & AIDS Review*, 21(3), 239–249. <https://doi.org/10.5114/hivar.2022.117281>

Ministerio de salud pública. (2021). *Boletín Anual de VIH / sida*. <https://www.pfac.coalitionplus.org/2021/08/04/boletin-anual-de-vih-sida-ecuador-2020/>

Muñoz, E. G. (2021). Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes Impact of a pandemic context on the quality of life of young adults. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2), 96–101. <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/898>

Olier, M. (2016). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes VIH* [Universidad de Zaragoza]. <https://zagan.unizar.es/record/64686/files/TAZ-TFM-2016-1274.pdf>

Quintero, J., Goodman, D., Burgos, J., & Muñoz, M. (2018). Quality of life in persons with Human Immunodeficiency Virus infection in Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(2), 126–131. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29901901/>

Romero, L., & Ramírez, A. (2019). Calidad de vida, hábitos alimenticios y adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA. *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 3(3), 27–34. <https://www.researchgate.net/profile/Andres-Ramirez->

Coronel/publication/343681885_Calidad_de_vida_habitos_alimenticios_y_adherencia_al_tratamiento_de_los_pacientes_con_VIHSIDA_Quality_of_life_eating_habits_and_adherence_to_the_treatment_of_HIV-AIDS_patien

Schaaf, R. E. A., Verburgh, M. L., Boyd, A., Wit, F. W., Nieuwkerk, P. T., Schim van der Loeff, M. F., & Reiss, P. (2022). Change in Substance Use and the Effects of Social Distancing on Health-Related Quality of Life and Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic in People Living With and Without HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *91*(3), 261–268. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003055>

Seguiti, C., Salvo, P. F., Di Stasio, E., Lamonica, S., Fedele, A. L., Manfrida, S., Ciccarelli, N., Corvari, B., De Luca, C., Tartaglione, L., Pitocco, D., Cauda, R., & Cingolani, A. (2022). Health-related quality of life (HRQoL) from HIV patients' perspective: comparison of patient-reported outcome (PRO) measures among people living with hiv (PLWH) and other chronic clinical conditions. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *6*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00423-4>

Shi, Y., Thompson, J., Walker, A. S., Paton, N. I., Cheung, Y. B., Agweng, E., Awio, P., Bakeinyaga, G., Isabirye, C., Kabuga, U., Kasuswa, S., Katuramu, M., Kityo, C., Kiweewa, F., Kyomugisha, H., Lutalo, E., Mugenyi, P., Mulima, D., Musana, H., ... Villacian, J. (2019). Mapping the medical outcomes study HIV health survey (MOS-HIV) to the EuroQoL 5 Dimension (EQ-5D-3 L) utility index. *Health and Quality of Life Outcomes*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/S12955-019-1135-8>

- Siewe Fodjo, J. N., Faria de Moura Villela, E., Van Hees, S., Vanholder, P., Reyntiens, P., & Colebunders, R. (2021). Follow-Up Survey of the Impact of COVID-19 on People Living with HIV during the Second Semester of the Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4635. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094635>
- Sugawara, E., & Nikaido, H. (2014). Properties of AdeABC and AdeIJK efflux systems of *Acinetobacter baumannii* compared with those of the AcrAB-TolC system of *Escherichia coli*. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 58(12), 7250–7257. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Suleiman, B. A., Yahaya, M., Olaniyan, F. A., Sule, A. G., & Sufiyan, M. B. (2020). Determinants of health-related quality of life among human immunodeficiency virus positive (HIV-positive) patients at Ahmadu Bello University teaching hospital, Zaria, Nigeria- 2015. *BMC Public Health*, 20(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08659-9>
- Tamayo, B., Macías, Y., Cabrera, R., Henao, J., & Cardona, J. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias de La Salud*, 13(1), 9–23. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>
- Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 170–176.

- Tomar, A., Spadine, M. N., Graves-Boswell, T., & Wigfall, L. T. (2021). COVID-19 among LGBTQ+ individuals living with HIV/AIDS: psycho-social challenges and care options. *AIMS Public Health*, 8(2), 303–308. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2021023>
- Valencia G., P. L. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 25(2), 13–20. Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad
- Vergara, M. del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12(1), 41–50. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Villar, M. (2011). Determining factors in health: Importance of prevention. *Acta Med Per*, 28(4), 237–241. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
- Wang, X., Luo, H., Yao, E., Tang, R., Dong, W., Liu, F., Liang, J., Li, H., Xiao, M., Zhang, Z., Niu, J., Song, L., Fu, L., Li, X., Qian, S., Guo, Q., & Song, Z. (2021). The role of personality, social economic and prevention strategy effects on health-related quality of life among people living with HIV/AIDS. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00890-9>
- Wang, X., Luo, H., Yao, E., Tang, R., Dong, W., Liu, F., Liang, J., Xiao, M., Zhang, Z.,

- Niu, J., Song, L., Fu, L., Li, X., Qian, S., Guo, Q., & Song, Z. (2022). Health utility measurement for people living with HIV/AIDS under combined antiretroviral therapy: A comparison of EQ-5D-5L and SF-6D. *Medicine*, *101*(45), e31666. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031666>
- Yen, C., Tsai, J., Lu, P., Chen, Y., CHEN, T., CHEN, P., & CHEN, T. (2004). Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *58*(5), 501–506. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01292.x>
- Zea, M. C., Reisen, C. A., Poppen, P. J., Bianchi, F. T., & Echeverry, John J. (2004). Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong. *AIDS and Behavior*, *8*(2), 119–129. <https://doi.org/10.1023/B:AIBE.0000030243.50415.c0>
- Zea, M., Reisen, C. A., Poppen, P. J., Bianchi, F. T., & Echeverry, J. J. (2005). Disclosure of HIV status and psychological well-being among latino gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, *9*(1), 15–26. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-1678-z>

