

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

**CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
EN PACIENTES VIVIENDO CON EL VIRUS VIH (PVV)
DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
EN EL PERÍODO 2021-2022**

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

AUTORES:

DR. JOSUE MARCELO OBANDO PAREDES

DRA. TANIA FERNANDA VELASTEGUI GUACHILEMA

DIRECTOR:

DR. NELSON IGNACIO CEVALLOS SALAS

METODÓLOGO:

DRA. JACQUELINE ELIZABETH CEVALLOS SALAZAR

QUITO, 2022

AGRADECIMIENTO

Doctor Josué Obando

Agradezco a Dios por ser mi guía y no abandonarme nunca.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por brindarme la oportunidad de cumplir un sueño.

A los docentes del posgrado de Medicina Interna por su abnegada labor, en especial al maestro Dr. Nelson Cevallos por transmitirnos sus conocimientos, a la Dra. Jacqueline Cevallos por su tiempo y dedicación a este trabajo.

Dra. Tania Velastegui.

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado durante mi carrera, por la salud, aprendizajes y experiencias vividas.

Al Dr. Nelson Cevallos por todo el apoyo a lo largo de la especialidad, así como a la Dra. Jacqueline Cevallos por su aporte a la elaboración de esta tesis. Gracias Doctores por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

Finalmente quiero agradecer a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quien me abrió sus puertas para la formación en esta noble especialidad.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

Dedicatoria: Dr. Josué Obando

A mis hijas motivo y motor de mi existencia.

A mi esposa compañera de vida.

A mis padres forjadores de carácter y valentía.

“Las cosas más importantes en esta vida son la familia y el amor”. John Wooden

Dedicatoria Dra. Tania Velasteguí.

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza hasta el día de hoy.

A mis padres Rómulo y Margarita, por estar apoyándome en cada momento, por guiarme a través del camino de la vida, les agradezco por todo el amor que me han dado y el cual me ha ayudado a ser la persona que soy.

A mis hermanos que son el motor que cada día me hace más fuerte, y me han hecho alcanzar cada una de mis metas.

A mi esposo por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación	2
1.2. Problema de investigación	8
1.2.1. Pregunta de investigación	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Hipótesis de investigación:	12
CAPÍTULO II	13
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana	13
2.1.1. Biología	13
2.1.2. Epidemiología	13

2.1.3. Diagnóstico	14
2.1.4. Tratamiento antirretroviral	14
2.2. Adherencia al tratamiento antirretroviral	15
2.2.1. Barreras que afectan la adherencia	17
2.2.1.1. Barreras relacionadas con el paciente.....	18
2.2.1.2. Barreras comunitarias o estructurales	19
2.2.1.3. Barreras relacionadas con la relación médico-paciente y con el sistema de salud.....	20
2.2.1.4. Barreras relacionadas con el tratamiento	21
2.2.2. Evaluación de la adherencia	23
2.2.3. Investigaciones sobre adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA.....	25
2.3. Calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA	28
2.3.1. Investigaciones sobre calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA.....	32
CAPÍTULO III.....	36
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	36
3.2. Población y muestra	36
3.3. Criterios de selección.....	37
3.3.1. Criterios de inclusión	37
3.3.2. Criterios de exclusión.....	37
3.4. Operacionalización de las variables	37
3.5. Procedimientos de recolección de información.....	41
3.6. Aspectos bioéticos y de género	42

3.7. Anonimización, manejo, almacenamiento y custodia de la información	43
3.8. Plan de análisis de datos	46
CAPÍTULO IV.....	47
4. RESULTADOS.....	47
4.1. Características sociodemográficas de la población, personas viviendo con el virus VIH de la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.	47
4.2. Antecedentes de exposición a violencia o discriminación en personas viviendo con el virus VIH de la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.	51
4.3. Percepción de salud y calidad de vida en personas viviendo con el virus VIH de la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.	55
4.4. Análisis Bivariado	57
CAPITULO V.....	68
5. DISCUSIÓN	68
Limitaciones.....	73
CAPÍTULO VI.....	74
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
6.1. Conclusiones	74
6.2. Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribución según orientación sexual. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés (n=484)..... 49
- Gráfico 2.** Distribución según nivel de instrucción. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés (n=484)..... 49
- Gráfico 3.** Distribución según situación laboral. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés (n=484)..... 50
- Gráfico 4.** Distribución según personas con las que convive. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)..... 51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de la población. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés.....	48
Tabla 2. Exposición a violencia. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés...	52
Tabla 3. Hábitos tóxicos y comorbilidades. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés.....	53
Tabla 4. Características de la enfermedad. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)	55
Tabla 5. Dimensiones de la variable calidad de vida del test SF-36. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés	56
Tabla 6. Percepción del estado de salud, calidad de vida y adherencia. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés	57
Tabla 7. Asociación entre características generales de las personas y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés	59
Tabla 8. Asociación entre características sociodemográficas de los paciente y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés	60

Tabla 9. Asociación entre exposición a cualquier forma de violencia y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484).....	61
Tabla 10. Asociación entre antecedentes y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484).....	63
Tabla 11. Asociación entre características de la enfermedad y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)	65
Tabla 12. Análisis multivariado entre buena calidad de vida y las variables de estudio con hallazgo significativo. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484).....	66

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Regímenes de TARV inicial recomendados	15
Cuadro 2. Operacionalización de variables	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Factores que modulan la adherencia a los antirretrovirales	22
Figura 2. Calidad de vida relacionada con la salud	31
Figura 3. Cálculo de la muestra.....	36

ABREVIATURAS

QoL: Calidad de vida

HR-QoL: Calidad de vida relacionada con la salud

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

TARV: Tratamiento antirretroviral.

RESUMEN

Introducción: Con las mejoras en el tratamiento antirretroviral se ha logrado convertir la infección por VIH en una enfermedad crónica, con una supervivencia elevada, por lo que, cada vez existe mayor interés en evaluar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: Analizar la asociación que tiene la calidad de vida de los pacientes viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés con su adherencia al tratamiento.

Metodología: Investigación analítica, transversal. Población: 1400 pacientes que viven con VIH y sin atendidos en esta institución de salud. Muestra: 484 pacientes, seleccionados mediante un método probabilístico. La información fue tomada mediante cuestionarios realizados a los pacientes que asisten a consulta de Clínica de VIH, de forma anónima. Se analizó con el programa SPSS v25.0. como medida de asociación se usó la razón de prevalencias (IC 95%). Para el análisis multivariado, se desarrolló un modelo de regresión logística binaria. Se consideró significación estadística cuando $p < 0,05$.

Resultados: QoL: Buena (91,1%), Mala (8,9%). Dimensiones: Salud física (\bar{x} : 4,36 \pm 0,77), Función física (\bar{x} : 12,1 \pm 1,75), Salud general (\bar{x} : 7,82 \pm 1,05), Salud mental (\bar{x} : 53,7 \pm 8,81). Percepción del estado de salud: Buena (87,2%), mala (0,4%). Adherentes (68%), No adherentes (32%). Factores relacionados con la QoL: Educación superior [RP: 1,18; IC 95%: 1,07-1,31], desempleo [RP: 1,10; IC 95%: 1,01-1,19], discriminación [RP: 1,16; IC 95%: 1,09-1,24], violencia física [RP: 1,09; IC 95%: 1,01-1,19], comorbilidades [RP: 1,22; IC 95%: 1,09-1,37], tabaco [RP: 1,12; IC 95%: 1,05-1,20], alcohol [RP: 1,11; IC 95%: 1,04-1,19], polifarmacia [RP: 1,26; IC 95%: 1,09-1,45], percepción del estado de salud [RP: 2,67; IC 95%: 1,86-3,82], carga viral [RP: 1,26; IC 95%: 0,11-1,42], CD4 [RP: 1,33; IC 95%: 1,08-1,65], tiempo de tratamiento [RP: 1,06; IC 95%: 1,12] y adherencia [RP: 1,33; IC 95%: 1,21-1,46], ($p < 0,05$).

Conclusiones: En los pacientes viviendo con el virus VIH tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés, la adecuada adherencia al tratamiento se asoció con una buena calidad de vida, lo que confirma la hipótesis de esta investigación.

Palabras clave: Virus de inmunodeficiencia humana, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cumplimiento y adherencia, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: With the improvements in antiretroviral treatment, it has been possible to convert HIV infection into a chronic disease, with a high survival rate, therefore, there is increasing interest in evaluating and improving the quality of life of these patients.

Objective: To analyze the association between the quality of life of patients living with the HIV virus (PLHV) treated in the comprehensive care unit of the General Garces Hospital with their adherence to treatment.

Methodology: Analytical, cross-sectional research. Population: 1400 patients living with HIV and without care in this health institution. Sample: 484 patients, selected using a probabilistic method. The information was taken from the patients' histories, anonymously. It was analyzed with the SPSS v25.0 program. The prevalence ratio (95% CI) was used as a measure of association. For multivariate analysis, a binary logistic regression model was developed. Statistical significance was considered if $p < 0.05$.

Results: QoL: Good (91.1%), Bad (8.9%). Dimensions: Physical health (\bar{x} : 4.36 ± 0.77), Physical function (\bar{x} : 12.1 ± 1.75), General health (\bar{x} : 7.82 ± 1.05), Mental health (\bar{x} : 53.7 ± 8.81). Health status perception: Good (87.2%), bad (12.8%). Adherents (68%), Non-adherents (32%). Factors related to QoL: Higher education [PR: 1.18; 95% CI: 1.07-1.31], unemployment [PR: 1.10; 95% CI: 1.01-1.19], discrimination [PR: 1.16; 95% CI: 1.09-1.24], physical violence [PR: 1.09; 95% CI: 1.01-1.19], comorbidities [PR: 1.22; 95% CI: 1.09-1.37], tobacco [PR: 1.12; 95% CI: 1.05-1.20], alcohol [PR: 1.11; 95% CI: 1.04-1.19], polypharmacy [PR: 1.26; 95% CI: 1.09-1.45], perception of health status [PR: 2.67; 95% CI: 1.86-3.82], viral load [PR: 1.26; 95% CI: 0.11-1.42], CD4 [PR: 1.33; 95% CI: 1.08-1.65], treatment time [PR: 1.06; 95% CI: 1.12] and adherence [PR: 1.33; 95% CI: 1.21-1.46], ($p < 0.05$).

Conclusions: In patients living with the HIV virus treated in the comprehensive care unit of the General Garces Hospital, adequate adherence to treatment was associated with a good quality of life, which confirms the hypothesis of this research.

Keywords: Human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, compliance and adherence, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

La mejora en la lucha contra el VIH/SIDA se puede atribuir al uso generalizado de la terapia antirretroviral (TARV) de gran actividad, conocida como un tratamiento eficaz con medicamentos inhibidores del VIH. Esto convirtió la infección por VIH de potencialmente fatal en una enfermedad crónica, reduciendo la frecuencia de episodios mórbidos y hospitalizaciones, al mismo tiempo que aumentaba la supervivencia del paciente (Cooper et al., 2017).

Con el tratamiento adecuado, las personas con VIH ahora pueden tener una esperanza de vida casi normal. Sin embargo, continúan teniendo una calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) sustancialmente más baja que la población general, incluso cuando la mayoría de las personas que viven con el VIH tienen control virológico y son inmunológicamente estables. La evidencia sugiere que, además de la infección subyacente, las circunstancias sociales, los problemas de relación, las comorbilidades y el estigma pueden afectar la HR-QoL de las personas con VIH (Popping et al., 2021).

A pesar de las ventajas conocidas de la TARV, el nivel de toxicidad de los medicamentos varía de moderado a severo y deben tomarse regularmente a lo largo de la vida del paciente, mientras que la suspensión de la terapia conduce a la resistencia del virus y al aumento de su cantidad en el cuerpo del individuo. Por lo tanto, es necesario comprender cómo la TARV impacta en la calidad de vida (QoL) de las personas que viven con VIH/SIDA, ya que este tratamiento interfiere no solo

con la condición fisiológica del individuo sino también con sus aspectos sociales y culturales (Lu et al., 2018).

Por otra parte, en el proceso de adherencia a la TARV y sus representaciones sociales para las personas que viven con VIH/SIDA, interfieren varios factores, de orden económico, social, relacionados con su estado de salud y con el sistema sanitario. En este sentido, la familia representa una red de apoyo de extrema importancia para la continuidad de la adhesión al tratamiento medicamentoso, constituyéndose en un agente de apoyo al proceso. La no adherencia es un evento determinado por varios factores, dada su relación con la persona en tratamiento, la enfermedad, la terapia, los servicios de salud y el apoyo social. De hecho, las reacciones adversas a la TARV son un desafío no solo para la adherencia, sino también para su nivel socioeconómico (Paschoal et al., 2014).

En consecuencia, la motivación para realizar esta investigación surge de la necesidad de conocer si existe relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento entre los pacientes que viven con VIH/SIDA que son atendidos en el la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés de la Ciudad de Quito.

1.1. Justificación

La calidad de vida ha sido la aspiración humana de todos los tiempos su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional (Ramírez-Coronel et al., 2020).

El término calidad de vida es reciente y tiene su propagación en los años ochenta, cuando Karnofsky desarrolló un índice ideado para valorar la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de vejiga tratados con mostaza nitrogenada. Después se desarrollaron los criterios clínico funcionales de la Asociación de Nueva York del Corazón para clasificar la gravedad del paciente cardíaco. La innovación de la medicina actual comenzó con el desarrollo de instrumentos de medida de calidad de vida relaciona con la salud (CVRS), primero genéricos y posteriormente específicos, basados en la propia percepción del paciente de su estado de salud (Llanch, 2004).

El objetivo primordial de la utilización y medición de la CVRS es proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud, y una evaluación más precisa de los beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica. Se espera también que la información estandarizada sobre la CVRS de los pacientes pueda ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria mediante la aplicación de políticas públicas que puedan mejorar el estado de salud de una población (Llanch, 2004).

En los últimos años el análisis de la Calidad de Vida ha logrado cautivar la curiosidad de un sin número de investigadores que tratan de dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones la autopercepción de los pacientes respecto a su salud. En un inicio, sólo se consideraban válidas las apreciaciones médicas (datos objetivos), posteriormente, tuvo mayor importancia la consideración de los datos subjetivos provenientes de los pacientes (Salas Z & Garzón, 2013).

La calidad de vida, se encuentra relacionada con la esperanza de vida de una población en Japón es cercana a los 84 años, mientras que en nuestro país es de 74,5 años para los hombres; el VIH en la actualidad se considera una enfermedad crónica, según un estudio publicado por *The Lancet HIV*, desde 2017 en adelante, los jóvenes de 20 años con un TAR podrían vivir hasta los 70 años.

Anteriormente, en 2003, la esperanza de vida llegaba a 51 años. En el año 2007 el Plan de Fortalecimiento Institucional del MSP, establece que “esta Cartera de Estado, desarrollará acciones para fortalecer la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud, para alcanzar una mejor calidad de vida de la población ecuatoriana”. Su principal objetivo es promover el desarrollo de la investigación científica en salud dirigida a generar el conocimiento que responda a las necesidades de salud y al mejoramiento de la calidad de vida de la población; sin embargo, no se ha logrado cristalizar estudios que estimen la CVRS por lo que resulta fundamental el apoyo a los proyectos inclinados a esta línea de investigación (Ministerio de Salud Pública, 2007).

Una vez que la persona contrae el VIH, lo tendrá toda la vida. Hasta la actualidad no existe un tratamiento que erradique al VIH. No obstante, con un diagnóstico y TAR se puede controlar la enfermedad y lograr una mejor calidad de vida (Vélez & Tobar, 2021). Se ha comprobado que adherencias superiores al 95% logran suprimir adecuadamente la carga viral, la falla virológica se presenta aproximadamente en 61% en los pacientes y su adherencia es del 80-94% (Pacífico & Gutiérrez, 2015).

Desde el aparecimiento del primer antiretroviral en 1987 Zidovudina un fármaco que fue en primera instancia utilizado para tratar el cáncer; los estudios se han intensificado para desarrollar nuevos fármacos que sean más eficaces y tengan menor cantidad de efectos adversos lo que mejora la calidad de vida y a la adherencia al tratamiento (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018). De los aproximadamente 15 millones de personas que viven con el VIH en países en vías de desarrollo, cerca del 33% tienen acceso a TARGA lo que traduce en un menor número de muertes relacionadas con el SIDA (Awofala & Ogundele, 2018).

Terminar con la epidemia por el virus del VIH es la quimera de las políticas de salud pública a nivel mundial; han fallecido más de 40 millones de personas por SIDA en el planeta tierra. En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA recurrió a ONUSIDA a fin de respaldar los esfuerzos nacionales y regionales para establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH después del 2015. Se plantearon los siguientes objetivos: que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada, que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral (United Nations Programme on HIV, 2019).

En países con menos ingresos económicos como el Ecuador no se ha logrado la meta propuesta, no obstante, se continúan elaborando nuevas políticas públicas que sean el medio por el cual se puedan cumplir las metas y objetivos planteados a nivel mundial que serán evaluados nuevamente en el año 2030.

En la actualidad se ha propuesto el cuarto noventa por investigadores y activistas comunitarios a la Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud (90-90-90) y hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que viven con el virus del VIH (Fuster, 2018). Una vez que se ha logrado cronificar la enfermedad gracias a la eficacia de la TAR, por lo cual la mayoría de los pacientes tienen una carga viral indetectable y una esperanza de vida similar a la del resto de la población. Aunque la estrategia 90-90-90 marcada por Onusida no se logró alcanzar completamente, se requiere ir más allá por lo que organismos de salud a nivel mundial se plantean alcanzar el cuarto noventa como SEISIDA en España donde todas sus políticas y objetivos se ven volcados a alcanzar estas metas (Lazarus, 2020).

Por lo tanto, el cuarto “90” va más allá del objetivo de la supresión viral para abarcar los desafíos de salud relacionados con el VIH y los factores que afectan la calidad de vida, como el bienestar mental y las experiencias de discriminación relacionada con el VIH. Los esfuerzos que ya están en marcha en todo el mundo demuestran cómo enfocarse en la calidad de vida puede lograr grandes mejoras para las personas que viven con el VIH. La India tiene una iniciativa nacional llamada Vihaan que va más allá del acceso al tratamiento del VIH al integrar programas que reducen el estigma, la discriminación y mejoran la calidad de vida (Estrategia del Fondo Mundial, 2022).

Se ha convertido en un exitoso modelo, que varios países ha decido replicar; se centra en una herramienta innovadora basada en tabletas que ayuda a facilitar la gestión de casos, hacer un seguimiento de las métricas relacionadas con la

calidad de vida y vincular al paciente con servicios adicionales de salud y no relacionados con la salud. Hasta la fecha, Vihaan ha vinculado a casi 600,000 personas que viven con el VIH a programas sociales tales como planes nutricionales o de pensiones y ha facilitado la denuncia de más de 6,000 casos de discriminación relacionada con los servicios familiares y de salud (Estrategia del Fondo Mundial, 2022).

La calidad de vida relacionada con la salud en PVV se ha constituido en la revolución en cuanto a políticas de salud a nivel mundial, nuestro país se constituye en una excepción; donde se carece de estudios, además no existen datos de estimación de la calidad de vida en pacientes con VIH; por lo que consideramos que este estudio es necesario y fundamental para desarrollar las bases sobre las cuales se puedan proyectar en un futuro inmediato nuevas estrategias o intervenciones; a este problema sanitario que abarca a una población vulnerable y estigmatizada en el Ecuador. Es de suma importancia analizar cómo perciben los pacientes su calidad de vida y el apoyo social recibido, porque en la medida que estos cuenten con el apoyo de sus familias, amigos, instituciones y todo el contexto en donde este se encuentre inmerso, se contribuirá al bienestar biopsicosocial propiciando una plenitud integral y satisfacción con su vida en general (Basavaraj et al., 2010).

Además la investigación plantea la necesidad urgente de conocer la calidad de vida relacionada con la salud en PVV y la relación directa con la adherencia al tratamiento; es un estudio innovador desde el aspecto que no existen estudios previos en la unidad de atención integral en el Hospital Enrique Garcés, el mismo constituirá una base y un pilar esencial para la elaboración de protocolos que

ayuden a la mejoría en la atención integral mediante los cuales se logrará generar interrogantes que podrían plasmarse con la generación de nuevas políticas de salud pública que fomenten mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

1.2. Problema de investigación

La ONUSIDA señala que el VIH ha infectado a más de 78 millones de personas desde los años 80 cuando inicio la epidemia. Se estima que al día se infectan a nivel mundial quince mil personas, el 50% de ellas jóvenes entre 15 y 34 años, además el VIH causa la muerte cerca de 1,2 millones personas cada año, según datos del presente año (ONUSIDA, 2021). El Boletín Anual de VIH/Sida Ecuador 2020 publicado en mayo de 2021 por el ministerio de salud pública, reporta que los primeros casos de VIH en el Ecuador fueron detectados en 1984 y para el cierre del año 2020 fueron 45.056 casos, el grupo etario con mayor prevalencia se encuentra entre 15 y 49 años.

La calidad de vida (CV) está relacionada con el bienestar bio- psico- social, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Fhon et al., 2016). El estudio de la calidad de vida de vida relacionada con la salud (CVRS), es un tema relegado en nuestro país disponemos de escasos estudios y aún en menor proporción realizados en poblaciones vulnerables.

La Calidad de Vida de los pacientes viviendo con el virus (PVV) del VIH en la actualidad ha adquirido importancia en los diferentes niveles relacionados con el

bienestar del paciente, las intervenciones, los tratamientos y cuidados médicos, logrando de esta manera que enfermedades anteriormente consideradas fatales se hayan convertido en enfermedades crónicas.

En España, SEISIDA ha realizado en los últimos años diversas investigaciones en las que ha medido la CVRS con muestras amplias de PVV y en las que se ha utilizado principalmente la escala específica breve de calidad de vida en VIH de la OMS (WHOQOL-HIV-BREF). Los resultados han mostrado que las dimensiones de salud física, nivel de independencia y salud del ambiente son las que obtenían mejores puntuaciones, mientras que las dimensiones psicológica, social y espiritual o existencial eran las que presentaban puntuaciones más bajas (Fuster, 2018).

Los puntajes de CVRS en personas con VIH/sida fueron superiores a 50, lo que implica que su adecuado manejo puede disminuir los efectos negativos sobre la salud física, psicológica, social, ambiental, el nivel de independencia y la espiritualidad. Además, se reafirmó la concepción de la infección como una enfermedad crónica tratable que se debe abordar desde un enfoque multidimensional y que la CVRS es de interés mundial para el seguimiento de las personas que viven con VIH/sida (Fuster, 2018).

Los efectos adversos relacionados con la medicación recibida, pueden afectar directamente en la adherencia al tratamiento y calidad de vida de los pacientes, más aún cuando se someten a tratamientos antirretrovirales que pueden provocar eventos adversos importantes para el organismo y para la salud mental

(Santos Corraliza & Fuertes Martín, 2006). La CVRS además se podría asociar con la adherencia al tratamiento lo que permitiría tomar acciones de motivación y seguimiento a tratamientos logrando una atención integral en estos pacientes (Ortega Cerda et al., 2018).

El tratamiento de la infección por el VIH presenta factores que obstaculizan la adherencia: más de un fármaco, varias tomas al día, presencia de efectos adversos y esquemas prolongados, por lo que alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un gran reto para el paciente y para el personal de salud. En líneas generales, la adherencia, la satisfacción al tratamiento antirretroviral (TAR) y la CVRS de los pacientes con TAR es alta (Municipio de Quito, 2021).

El Informe anual del año 2020 del Distrito Metropolitano de Quito en asociación con la Fundación Panamericana para el Desarrollo es uno de los pocos estudios donde se realiza un análisis general de la Calidad de Vida en el país. En Ecuador, en 2019 la mortalidad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana fue de 5 por cada 100 000 habitantes. A escala provincial, Pichincha se ubica en el séptimo lugar en el promedio de infecciones. La tasa de VIH es de 19.3 frente a la tasa de SIDA de 6.73 por cada 100000 (Municipio de Quito, 2021)

Según la Encuesta de Condiciones de Vida ECV - Sexta Ronda 2015, en Quito, de un total de 1 884 143 personas de 15 años o más, 93.5% escuchó hablar sobre VIH/SIDA frente a un 65% que no sabe de qué se trata. El 97.4% cree que una persona sí puede contagiarse por tener relaciones sexuales sin preservativo.

Un 31.6% cree que el contagio puede darse por el uso de baños públicos, frente al 62.3% que sabe que no es posible. El 96.5% considera que una persona puede contraer el virus por jeringas usadas. El 94.9% piensa que se transmite por transfusiones sanguíneas, frente a un 3.3% que opina que no. Por último, el 16.2% cree que se puede contagiar por compartir el baño con personas con SIDA, frente al 77.2% que opina que no es posible. La falta de conocimiento y de educación de la población es un factor preponderante para la propagación de la enfermedad (Municipio de Quito, 2021).

A pesar de los avances científicos en la actualidad no existe una vacuna o tratamiento que evite al VIH. Sin embargo, con un diagnóstico temprano y la inclusión al tratamiento antirretroviral además de llevar una buena adherencia, se puede controlar la enfermedad y lograr una mejor calidad de vida.

No se dispone de estudios previos realizados en la Unidad de Atención integral del Hospital Enrique Garcés sobre CVRS en PVV; la finalidad es estimar la percepción de la calidad de vida y como esta influye directamente con la adherencia al TAR ; se utilizará el instrumento SF36 que ha mostrado en diversos estudios una buena discriminación y aporta suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad , estos resultados son consistentes con el instrumento original que demuestra que puede ser utilizado en estudios nacionales e internacionales.

1.2.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es percepción de la CVRS en todas las dimensiones físicas y mentales en los PVV del VIH, y si existe una asociación directa con la adherencia al tratamiento antirretroviral?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar la asociación que tiene la calidad de vida de los pacientes viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés con su adherencia al tratamiento.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir la calidad de vida en los PVV según: características personales y condiciones clínicas en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés.
- Determinar el nivel de la adherencia al tratamiento que tienen los PVV en la unidad de atención integral del Hospital Enrique Garcés en el periodo 2021-2022.
- Determinar los factores relacionados con la calidad en los PVV en la unidad de atención integral del Hospital Enrique Garcés en el periodo 2021-2022.

1.4. Hipótesis de investigación:

La calidad de vida se asocia con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana

2.1.1. Biología

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia *Retroviridae* y su género es Lentivirus. Su tamaño es pequeño y, su forma tiende a la esfericidad. Al ser retrovirus, contiene un ARN monocatenario (ssRNA), que se encarga de transmitir la información genética al momento de la replicación viral; también se caracteriza por tener una enzima transcriptasa inversa (RT), que se encarga de transcribir de forma inversa el ARN en ADN (proviral). Este virus tiene un genoma conformado por 9 genes, con un tamaño aproximado de 9,8 kb (Verma et al., 2020).

2.1.2. Epidemiología

A finales del 2021, cuarenta años después de las primeras descripciones de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sigue siendo un problema de salud a nivel global; con 1,5 millones de nuevas infecciones por el VIH y 680 000 muertes por causas relacionadas con el SIDA al inicio de ese año; en el que se registraron 37,7 millones de personas que vivían contagiadas, de los cuales, 10,2 millones no recibían tratamiento antirretroviral (TARV)(Unaid, 2021).

2.1.3. Diagnóstico

Establecer el periodo de tiempo adecuado para realizar el diagnóstico de la infección por el VIH no siempre resulta fácil, ya que en pocos casos se conoce con precisión la fecha en que se tuvo el contacto de riesgo. Así, deben tenerse en cuenta aspectos como el periodo de eclipse y de ventana (Delaney et al., 2017). El primero hace mención al tiempo después de la exposición durante el que ninguna prueba de VIH disponible lo detecta. La duración de este período varía según las características del virus infectante y del hospedero; pero, el promedio de duración es de unos 11,5 días. Por otra parte, el periodo de ventana se denomina al tiempo que pasa desde la exposición hasta que una prueba puede detectar el VIH. No es igual en todos los casos, y puede ser más prolongado si se utilizó tratamiento preventivo (pre o post exposición) (Delaney et al., 2017).

2.1.4. Tratamiento antirretroviral

Las recomendaciones actuales para el inicio de la TARV incluyen dos inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (INTI) junto a un tercer fármaco de una de estas familias (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2022):

- Un inhibidor de la transferencia de cadena de la integrasa (INSTI).
- Un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (NNRTI) o un inhibidor de la proteasa (IP) con un potenciador farmacocinético (PK) (cobicistat o ritonavir).

La evidencia disponible también sustenta el uso de esquemas con dos fármacos: Dolutegravir + Lamivudina (Arancón Pardo et al., 2021; Krentz et al., 2022). En el

cuadro se resumen los esquemas de tratamiento más recomendados para iniciar el TARV en adultos y adolescentes:

Cuadro 1. Regímenes de TARV inicial recomendados

ESQUEMA DE TRATAMIENTO
Bictegravir/Tenofovir Alafenamida/Emtricitabina
Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina**
Dolutegravir + Emtricitabina O Lamivudina + Tenofovir
Dolutegravir/Lamivudina ***

** Solamente debe usarse en pacientes con HLA-B*5701 negativo, una vez que se haya descartado la infección por Hepatitis B. *** Contraindicado en pacientes con Carga viral > 500 000 copias/mL; Coinfección con el virus de la Hepatitis B; o si no hay disponibilidad de pruebas de resistencia.

Fuente: *Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents* (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2022).

En la actualidad se recomienda el uso en primera línea de esquemas basados en dolutegravir, independientemente del estado de la carga viral. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, los regímenes de tratamiento basados en dolutegravir se relacionan con una mejor ganancia de peso, en comparación con los de efavirenz o elvitegravir; con bajo riesgo de hiperglucemia o diabetes. También se ha asociado con una reducción en la incidencia de defectos del tubo neural en recién nacidos de mujeres que usan dolutegravir (World Health Organization., 2022).

2.2. Adherencia al tratamiento antirretroviral

Se considera adherencia a un tratamiento de largo plazo, a la magnitud de apego de una persona a las recomendaciones de un profesional sanitario; esto

incluye seguir las pautas de medicación, modificar el estilo de vida o seguir cualquier tipo de recomendación relacionada con un tratamiento prolongado. Esta definición fue adoptada y modificada por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization., 2001), a partir de los conceptos anteriores de Haynes (1979) y Rand (1993).

El comportamiento de las personas en relación a la toma de medicamentos es extremadamente complejo e individual, por lo que se necesita de varias estrategias para mejorarla. La baja adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) se asocia con una mayor probabilidad de resistencia a los medicamentos y falla virológica. Es un certero determinante de la calidad de vida y la supervivencia entre las personas que viven con el VIH (Brown & Bussell, 2011).

En 2019, *Pharmacy Quality Alliance* (2019) recomendó que la adherencia mayor al 90 % se considere óptima para los regímenes de TAR. También se ha planteado que el uso de un régimen de un solo comprimido está asociado con una mejor adherencia a los regímenes de TAR en comparación con los regímenes de múltiples comprimidos y en algunos estudios también se ha encontrado que está asociado con mejores resultados, incluidos niveles más altos de supresión viral, disminución hospitalizaciones y menores costos médicos.

La adherencia al tratamiento médico implica un concepto multifactorial, que se ve afectado por factores relacionados con la enfermedad, con el paciente (cognitivos, psicológicos), la relación médico-paciente, y con la sociedad. Los factores relacionados con la enfermedad incluyen los síntomas, el curso de la

enfermedad y los efectos secundarios. Los factores cognitivos y psicológicos incluyen la autoeficacia, el estado de depresión o ansiedad y el conocimiento de la medicación. Los factores relacionados con el proveedor incluyen relaciones entre el proveedor y el paciente, la provisión de instrucciones limitadas y servicios de baja calidad (McComsey et al., 2021).

Se acepta que existe una relación positiva entre mayores niveles de educación y mejores condiciones de vida con la adherencia al TAR. Esto puede estar relacionado en parte con una mayor comprensión de lo que implica el tratamiento, así como con tener la capacidad económica para acceder a este. El hecho de tener un empleo formal, con una red de apoyo social adecuada, también se ha relacionado con mejores niveles de adherencia al TAR (Burch et al., 2016; Dorcéus et al., 2021).

La falta de adherencia es la razón más común del fracaso del tratamiento, con un riesgo potencial de desarrollar resistencia a los medicamentos a través de una supresión viral subóptima. La transmisión subsiguiente de cepas de VIH resistentes al TAR de primera línea aumenta la demanda de tratamiento de segunda línea, a menudo asociado con peores resultados de salud del paciente y mayores costos de atención médica. Por estas razones, una comprensión profunda de los determinantes de la adherencia al TAR es primordial (Heestermans et al., 2016).

2.2.1. Barreras que afectan la adherencia

La adherencia a la terapia ARV todavía se ve desafiada por múltiples barreras individuales; es decir, educación, alfabetización en salud, pobreza, uso de

sustancias y barreras comunitarias o estructurales: estigma, divulgación, acceso a la atención, que limitan su durabilidad (Farhoudi et al., 2020). La adherencia a los medicamentos antirretrovirales continúa siendo un importante predictor del éxito del tratamiento (Garrison & Haberer, 2017).

2.2.1.1. Barreras relacionadas con el paciente

Los factores relacionados con el paciente son muy variados, es incluyen variables socioeconómicas, demográficas, psicológicas, cognitivas y conductuales, el nivel de autoeficacia o funcionalidad, la falta de comprensión de su enfermedad, la falta de participación en el proceso de toma de decisiones del tratamiento y la alfabetización médica insuficiente. Las creencias y actitudes de salud del paciente sobre la efectividad del tratamiento, sus experiencias previas con terapias farmacológicas y la falta de motivación también afectan el grado de adherencia. En este apartado también se incluyen la falta de apoyo familiar; el consumo de alcohol y otras drogas (Ndirangu et al., 2022); así como la mala salud mental. Por lo tanto, el empleo, los ingresos y la educación pueden desempeñar un papel importante en la comprensión del paciente de su enfermedad y la capacidad de participar en su manejo (Dorcélus et al., 2021; Shubber et al., 2016).

En este sentido, la autorepresentación que tenga el paciente de su enfermedad, es también un factor importante en la adherencia. Se conocen cinco componentes que modulan las percepciones/representaciones de enfermedades (Anakwa et al., 2021):

- Creencias sobre el impacto de la enfermedad en el paciente.

- Creencias sobre la cronicidad de la enfermedad.
- Creencias sobre la incontrolabilidad de la enfermedad por parte del paciente.
- Creencias sobre la incurabilidad de la enfermedad a través del tratamiento y la medicación.
- Creencias sobre los síntomas de la enfermedad tal como los experimenta el paciente).

Dos componentes adicionales representan percepciones/representaciones emocionales de la enfermedad; miedos y preocupaciones que experimenta el paciente acerca de la enfermedad; excitación emocional negativa que la enfermedad provoca en el paciente (Anakwa et al., 2021)

2.2.1.2. Barreras comunitarias o estructurales

Los factores estructurales que no están directamente relacionados con el paciente o los medicamentos también pueden influir en la adherencia. En este grupo de factores se incluyen la disponibilidad y accesibilidad limitadas de medicamentos antirretrovirales y establecimientos de atención médica para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, el alto costo de TAR y otros servicios de salud, la presencia de proveedores de atención médica sin experiencia en la provisión de TAR. Las relaciones personales, las creencias de los proveedores de atención médica, el tiempo de espera y los horarios de apertura, la disponibilidad de servicios de asesoramiento y el apoyo social, económico o psicológico para las personas que viven tanto en países en desarrollo como desarrollados pueden influir en la adherencia de manera positiva o negativa. Por lo tanto, garantizar la privacidad de

las clínicas de TAR y las áreas de espera es fundamental para contribuir con la adherencia (Reda & Biadgilign, 2012)

En cuanto a las barreras comunitarias; una que cobra gran importancia es el estigma social percibido, que conduce al estigma internalizado, lo que conlleva al estigma anticipado de la comunidad, que a su vez se asocia con una menor adherencia a la medicación. La asociación entre el estigma comunitario percibido y los resultados interpersonales (apoyo social y confianza en el médico) también pudiera estar mediada por el estigma internalizado y el estigma anticipado de manera serial. El estigma se refiere al proceso por el cual un grupo de personas es etiquetada como socialmente indeseable y estas personas son devaluadas debido a atributos o comportamientos que la sociedad considera profundamente desacreditadores. El estigma es un fenómeno social perjudicial. En el caso de las personas que viven con el VIH (PLWH), tiene efectos negativos en los resultados de salud, incluida la adherencia no óptima a la medicación, menor asistencia a consulta programada, mayor depresión y, en general, una menor calidad de vida (Turan et al., 2017; Zeng et al., 2020).

2.2.1.3. Barreras relacionadas con la relación médico-paciente y con el sistema de salud

Se aceptan que cuatro factores afectan los comportamientos de salud, que se relacionan con la relación médico-paciente: confianza, compasión, entrega de atención individualizada y capacidad de respuesta. Estas cualidades pueden fomentar la confianza y favorece la adherencia al plan de tratamiento propuesto. En este sentido, también se plantea que una adecuada relación médico paciente,

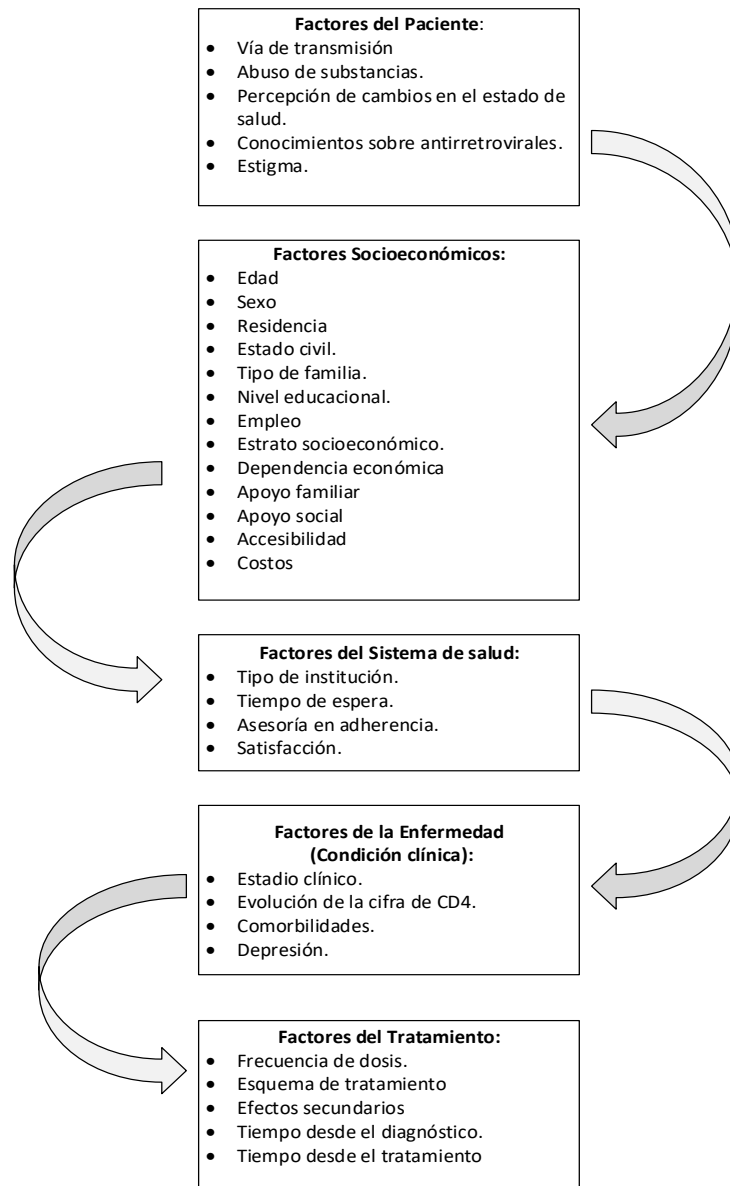
reduce sustancialmente las ausencias o cancelaciones a citas médicas y el abandono del tratamiento (Holtzman et al., 2015).

Algunos de los factores relacionados con el sistema de salud incluyen los altos costos de los medicamentos, falta de transporte, la comprensión deficiente de las instrucciones de los medicamentos y los largos tiempos de espera en la farmacia. Adicionalmente, se considera que la disponibilidad de servicios auxiliares como el asesoramiento sobre salud mental; trastornos por uso de sustancias, apoyo financiero y asistencia con alimentos y vivienda podría reducir las barreras para la adherencia al TAR (Crim et al., 2020).

2.2.1.4. Barreras relacionadas con el tratamiento

En este punto, los efectos adversos del tratamiento tienen un impacto significativo en la adherencia de los pacientes al esquema terapéutico (Zhou et al., 2017).

Figura 1. Factores que modulan la adherencia a los antirretrovirales



Fuente: Alvi et al., (2019)

2.2.2. Evaluación de la adherencia

Teniendo en cuenta que la adherencia al tratamiento se define como el grado en que un paciente se adhiere a la dosis prescrita y al intervalo de su régimen de medicación. Los pacientes se consideran adherentes cuando el número de píldoras ausentes en un período determinado dividido por el número de píldoras prescritas por el médico en ese mismo período es superior al 80%; en consecuencia, puede perderse casi una semana de medicación durante un mes y seguir siendo considerado adherente (Brown et al., 2016).

En este sentido, se han descrito varios otros métodos para medir la adherencia a la medicación. Los enfoques incluyen encuestas autoinformadas, recuentos de píldoras, niveles de medicamentos, medidas fisiológicas, afirmaciones farmacéuticas, monitoreo electrónico de medicamentos y pedidos médicos en registros de salud electrónicos (EHR). Cada método tiene limitaciones inherentes, y en los estudios se usa una combinación de estas medidas, lo que lleva a una heterogeneidad sustancial en la base de evidencia (Brown et al., 2016).

Las formas de medir la adherencia de los pacientes al tratamiento pueden ser directas o indirectas. La observación directa del cumplimiento de la terapia, la medición de las concentraciones de un fármaco o su metabolito en la sangre o la orina son ejemplos de métodos directos. Los métodos indirectos incluyen cuestionarios, el conteo de tabletas, las tasas de surtido de farmacias, así como las evaluaciones del resultado clínico del paciente y monitores eléctricos de medicamentos.

Cada método tiene ventajas y desventajas. El cuestionario del paciente es ampliamente utilizado para medir la adherencia a las terapias en el ámbito clínico debido a su simplicidad y bajo costo, aunque está sujeto a sesgos de resultados por parte de los pacientes. Uno de los cuestionarios más utilizados para la evaluación de la adherencia a la medicación es la Escala de adherencia a la medicación de Morisky, que es un instrumento simple, que permite medir las causas intencionales y no intencionales de incumplimiento del tratamiento. Ha sido validado en todos los estados de enfermedad e internacionalmente y está disponible en forma abreviada para la detección (Muntner et al., 2011).

Esta escala tiene ventajas sobre otros instrumentos autoinformados, ya que puede usarse en diferentes enfermedades, poblaciones y países, tiene mayor grado de concordancia con los datos de llenado de farmacia o dispositivos de monitoreo electrónico, se asocia con menos elementos que dan como resultado una menor carga de respuesta. Sin embargo, también tiene inconvenientes, ya que intentan capturar solo algunas razones o factores asociados con la no adherencia y no realizan una evaluación integral de la adherencia a la medicación, lo que dificulta el desarrollo de intervenciones dirigidas a estos factores en función de sus resultados (Li-Wan-Po & Peterson, 2021; Muntner et al., 2011).

En consecuencia, evaluar la adherencia a la medicación es un desafío porque la adherencia es un comportamiento individual del paciente. Algunos de los enfoques que se han utilizado para medir adherencia son (Brown & Bussell, 2011):

- Mediciones subjetivas obtenidas al preguntar a los pacientes, familiares, cuidadores y médicos sobre el uso de medicamentos del paciente.
- Mediciones objetivas obtenidas contando pastillas, examinando registros de resurtido de farmacias o usando sistemas electrónicos de monitoreo de eventos de medicamentos.
- Mediciones bioquímicas obtenidas agregando un marcador no tóxico al medicamento y detectando su presencia en la sangre o la orina o la medición de los niveles séricos del fármaco.

2.2.3. Investigaciones sobre adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA

En la consideración de Crim et al., (2020) al analizar el grado de adherencia entre una población de hombres jóvenes homosexuales, latinoamericanos en los Estados Unidos, fue menor entre las personas más jóvenes, las que vivían en la pobreza o por debajo de ella y las que reportaron consumo de drogas, depresión y necesidades insatisfechas de servicios complementarios. El motivo informado con mayor frecuencia por el que se omitió la última dosis de TAR fue el olvido de tomarla; tres de cada cinco personas reportaron múltiples razones además del olvido, incluidos los efectos adversos.

En un metaanálisis realizado por Langebeek et al., (2014) la adherencia al TAR se asoció más fuertemente con las creencias de los pacientes, (las creencias de autoeficacia de la adherencia, las preocupaciones sobre los efectos adversos del TAR y las creencias sobre la necesidad/utilidad del TAR), y también con el consumo

de sustancias, la confianza o la satisfacción con el médico, los síntomas depresivos, el estigma del VIH y apoyo social. Los aspectos de la complejidad del régimen, como la frecuencia de dosificación diaria, la carga de píldoras y si el régimen incluía un inhibidor de proteasas, tuvieron efectos menores, aunque significativos en el grado de adherencia.

Por su parte, Yu et al., (2018) en el análisis de una serie de 207 pacientes que recién habían comenzado con el TARV, determinaron que una sexta parte de los participantes tuvieron una adherencia baja a la medicación dentro de los primeros 6 meses; además, esto se relacionó con la falta de información por parte del personal sanitario acerca de su estado de salud y la importancia del TARV; así como con la presencia de depresión.

En la consideración de Tchakoute et al.,(2022) los problemas con la adherencia son las principales barreras para el éxito de la terapia y también es un factor de riesgo para la aparición de resistencia. Estos investigadores identificaron tasas de adherencia subóptimas entre los usuarios de drogas inyectables, evidenciando la vulnerabilidad de estos pacientes y la necesidad de un seguimiento personalizado. Estos autores observaron también que los pacientes que reciben un régimen con dolutegravir o raltegravir tuvieron tasas de cumplimiento más altas en comparación con el grupo de régimen de referencia basado en efavirenz, lo que justificaron por las diferencias en la tolerancia entre ambas sustancias.

Por su parte, en una investigación realizada en Zambia, Kanguya et al., (2022), observaron que, para romper las barreras que limitan la adherencia a la

TARV, deben enfocarse en los factores interpersonales relacionadas con la pareja, la divulgación de la importancia de la TARV y el apoyo social e institucional, ya que no solamente se trata de optimizar los sistemas de atención, sino de incluir la valoración psicosocial de los pacientes, dentro de las estrategias para mejorar la adherencia.

En este sentido, Biney et al., (2021) al analizar los niveles de adherencia a la TARV en adolescentes en Gana, observaron a mayores niveles de adherencia (según la puntuación de la escala de adherencia de Morinski), se incrementaba la probabilidad de supresión viral en comparación con aquellos con puntajes bajos. Adicionalmente, estos investigadores determinaron que la razón más común para saltarse las dosis fue el olvido.

En otra investigación realizada en Camerún, Nsoh et al., (2021) identificaron, dentro de los principales factores que afectan la adherencia a los antirretrovirales, establecieron que el costo del transporte y la estigmatización constituyeron los predictores más destacados de la interrupción del tratamiento (47,5 %) y (10,5 %) respectivamente. La creencia en el descubrimiento de una cura eminente para el VIH y el deseo de criar descendencia motivaron al 30 % y al 61 %, respectivamente, a reanudar el tratamiento. Según estos autores, las barreras estructurales, como la instalación de salud y la dispensación de TARV en espacios abiertos, estigmatiza a los clientes, e incrementa la probabilidad de abandono de la terapia.

2.3. Calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA

La calidad de vida (QoL) es un concepto que se usa para transmitir una sensación general de bienestar e incluye aspectos como la felicidad y la satisfacción con la vida como un todo. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata del conjunto de percepciones que tiene cada persona acerca de su posición en la vida; según su sistema de valores, el entorno en el que se desarrolla, y el grado satisfacción de sus metas y objetivos de vida (The Whoqol Group, 1998).

En este sentido, el término calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL), se usa a menudo para indicar la QOL en relación con enfermedades o tratamientos. La QoL se utiliza como un indicador de resultado importante para la toma de decisiones de atención médica y la evaluación de los efectos de la intervención; se puede definir como una evaluación multidimensional subjetiva del funcionamiento y el bienestar de uno en la vida cotidiana (Cooper et al., 2017). Los cambios en la QoL relacionada con la salud, incluido el estado funcional, las percepciones de otras personas, las oportunidades sociales, los requisitos de tratamiento y la discapacidad, pueden durar el resto de la vida de las personas que viven con VIH/SIDA (Cardona-Arias et al., 2011).

La QoL relacionada con la salud es un constructo multidimensional, en el que se incluyen factores como el funcionamiento físico, cognitivo, emocional y social y, forma parte de los resultados informados por el paciente quienes aportan un informe de su estado de salud, sin que este reporte sea interpretado posteriormente por un profesional. Estos instrumentos, es posible que no capturen de manera adecuada los problemas de calidad de vida relevantes para las personas con VIH, como el

estigma relacionado con el VIH o los efectos secundarios específicos relacionados con los antirretrovirales (Zhang et al., 2022).

La QoL relacionada con la salud incluye el nivel de independencia, la salud física, la salud espiritual, la salud social, la salud psicológica y la salud ambiental. La relación entre el VIH/SIDA, el tratamiento antirretroviral y la QoL relacionada con la salud es compleja. El tratamiento ayuda a prevenir la propagación de la enfermedad y mejora la QoL y el bienestar, pero el uso continuo del TARV requerido para mantener la supresión viral puede provocar efectos adversos como lipodistrofia, diarrea y otros síntomas relacionados con los medicamentos, que también se ha demostrado que afectan la calidad de vida (Razera et al., 2008).

El SIDA es una enfermedad que afecta no solo la salud física sino también las condiciones mentales y sociales de los pacientes, debido a la actitud negativa de la sociedad, la discriminación y el estigma, especialmente en los países en desarrollo. Además de la infección subyacente, las circunstancias sociales, los problemas de relación, las comorbilidades y el estigma pueden tener un impacto en la QOL de las personas con VIH. El estigma es un proceso social complejo de prejuicio y actitudes negativas hacia estos pacientes. Vivir con VIH/SIDA se sigue asociando con el estigma como un fenómeno común en una variedad de contextos, que incluyen la familia, la sociedad, el lugar de trabajo y los entornos de atención médica (Joulaei et al., 2021).

La calidad de vida consta de cuatro dimensiones: salud mental y física, comunicación y autonomía funcional. Con la implementación de la terapia

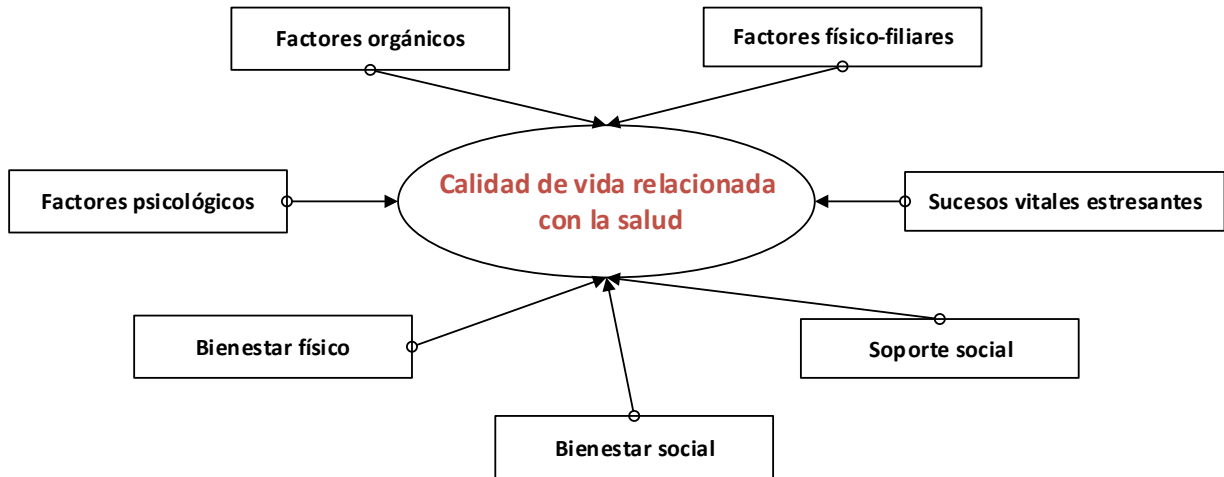
antirretroviral (TAR) como un método efectivo de prevención y tratamiento, el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica si se logra una adecuada adherencia al tratamiento. Además, es válido mencionar que los pacientes afectados por el VIH no solo sufren problemas físicos, sino que también experimentan el estigma y el juicio erróneo de la sociedad, lo que puede afectar negativamente la calidad de vida de una persona (Ghiasvand et al., 2019).

En los pacientes que viven con VIH/SIDA, la calidad de vida comprende cuatro determinantes (físico, social, psicológico y ambiental) (KH Basavaraj et al., 2010) que se muestran en la figura y describen a continuación:

- **Determinante Físico:** la dimensión física de la QOL hace referencia al impacto que ha tenido la enfermedad en las actividades de la vida diaria, la dependencia de sustancias o medicamentos, restricción de la movilidad, la presencia de dolor o disconfort, alteraciones del sueño y valoración de la capacidad de descansar, falta de energía y de iniciativa para vivir, así como la percepción de la capacidad de trabajar.
- **Determinante Psicológico:** se basa en los pensamientos de los pacientes acerca de su imagen corporal, sentimientos negativos, positivos, autoestima y creencias personales. También incluye el autoconcepto positivo, las funciones cognitivas superiores, imagen corporal, espiritualidad, ansiedad, ideas o pensamiento suicidas y depresión.
- **Determinante Social:** se enfoca en las relaciones interpersonales, contacto y red de apoyo social y vida sexual.

- **Determinante Ambiental:** incluye aspectos como la libertad, la calidad y seguridad de la vivienda, el estrato socioeconómico, el acceso a las actividades recreativas, a los servicios de salud y cuidado social.

Figura 2. Calidad de vida relacionada con la salud



Fuente: Schwartzmann (2003)

La literatura muestra una serie de factores asociados con una puntuación media baja de calidad de vida en las personas que viven con VIH, que incluyen edad avanzada, bajos ingresos, desempleo, baja educación, hospitalización debido al VIH, recuento de células CD4+ <200 mm (Keaei et al., 2016), depresión (Shriharsha & Rentala, 2019).

Se ha informado que varios otros factores, como la edad (Vincent et al., 2017), el sexo (Nobre et al., 2017), los factores socioeconómicos (Castro et al., 2019), la carga viral (Cho et al., 2019), el recuento de linfocitos T CD4, la educación, la depresión, las comorbilidades (Abebe Weldsilase et al., 2018), el estigma y la discriminación (Zhou et al., 2020), la salud mental, los factores conductuales y la

mala adherencia al TAR (Razera et al., 2008). Sin embargo, los factores que influyen en la calidad de vida pueden variar de un entorno o país a otro y el desarrollo de intervenciones para poblaciones específicas de pacientes debe tener en cuenta estas diferencias (Torres et al., 2018).

2.3.1. Investigaciones sobre calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA

En una investigación realizada en Georgia, el tratamiento con antirretrovirales (ARV) y los niveles más altos de CD4 fueron los que más contribuyeron a una buena QOL general. Las personas que viven con el VIH que recibieron tratamiento ARV tenían más probabilidades de tener una buena calidad de vida general, así como mejor calidad de vida física y social en comparación con aquellos que no usan medicamentos ARV (Karkashadze et al., 2017). Adicionalmente, en una serie de 511 pacientes adultos con VIH/SIDA en Etiopía, se identificó que la presencia de trastornos del estado de ánimo (ansiedad/depresión) y de dolor/malestar se relacionaron con un descenso marcado en la HRQOL (Belay et al., 2021).

Por su parte, Algaralleh et al., (2020) analizaron la QoL en 18 pacientes con VIH/SIDA en Jordania, determinaron que el desempleo, los bajos ingresos, el estado de no divulgación, el no tener pareja estable (separado, divorciado o viudo) y las comorbilidades; se relacionaron con una calidad de vida percibida como baja.

En otra investigación realizada en Pakistán; Ahmed et al., (2021) analizaron 612 pacientes con VIH/SIDA y establecieron que aquellos que alcanzaron una adherencia elevada al tratamiento con antirretrovirales, demostraron tener una

mejor calidad de vida; sin embargo, también tuvieron mayor grado de depresión; en comparación con otros pacientes con menores grado de adherencia.

En Armenia, en un estudio transversal en el que incluyeron 180 personas que viven con VIH, Balayan et al.,(2021) determinaron que el desempleo, las comorbilidades crónicas y un apoyo emocional más bajo se asociaron con puntuaciones más bajas de bienestar emocional, energía y funcionamiento del rol emocional, en la evaluación de la calidad de vida.

En la consideración de Sala et al., (2022) en una investigación realizada con 341 pacientes con VIH/SIDA en Filipinas, los factores que se relacionaron con una mejor calidad de vida fueron el conteo de CD4 en valores normales, y una adecuada adherencia al tratamiento por al menos tres meses; mientras que, la presencia de enfermedades oportunistas, la baja educación en relación con su enfermedad y los bajos niveles de adherencia, fueron los factores que determinaron una peor calidad de vida en estos pacientes.

En los Estados Unidos, Emuren et al., (2020) establecieron que no hubo diferencias notables en la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA según el tipo de antirretrovirales que utilizaban. Para estos investigadores, los predictores a largo plazo de la QOL fueron la presencia de comorbilidades médicas y mentales, recuentos de CD4 más bajos, enfermedades definatorias de SIDA, ser afroamericano y edad al inicio del estudio. El impacto de la comorbilidad médica sobre la salud funcional física disminuyó con el tiempo, pero persistió el de la comorbilidad mental.

En otra investigación realizada en Tailandia, se analizó la relación entre calidad de vida y adherencia a los antirretrovirales en adolescentes con VIH/SIDA. En el trabajo mencionado, se concluyó que la calidad de vida general fue calificada como favorable (buena o muy buena en más de la mitad de los pacientes y estuvo relacionada con los dominios de relaciones sociales seguido del dominio de salud ambiental. Estos investigadores identificaron diferencias en la calidad de vida entre hombres y mujeres, específicamente en los dominios relacionados con el bienestar físico y psicológico; de igual manera, establecieron que la baja adherencia al tratamiento se asociaba con peor calidad de vida, lo que fue más evidente entre los sujetos de sexo masculino (Aurpibul et al., 2022).

De forma similar, Narváez et al.,(2022) en una serie de 200 casos, establecieron que los sujetos que carecían de apoyo terapéutico tenían más probabilidades de tener una adherencia baja, en comparación con los pacientes que no contaban con el apoyo especializado en el uso de TARV. Adicionalmente, la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con baja adherencia al tratamiento fue hasta un 4 % más baja en el dominio de salud general; por lo que estos investigadores concluyeron que, el hecho de no contar con supervisión para el TARV y la baja adherencia a este, fueron factores que se acompañaron con una peor calidad de vida, especialmente en el dominio de salud física.

De acuerdo a los hallazgos de Karugaba et al., (2022), en los jóvenes que adquirieron VIH por transmisión vertical, es posible obtener altos niveles de QoL relacionada con la salud, siempre que sean adecuadamente tratados. Para estos investigadores, la educación y el empleo de nivel superior se asociaron con una

buena QoL relacionada con la salud, mientras que la carga viral no suprimida y la enfermedad autoinformada se asociaron con peor QoL.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

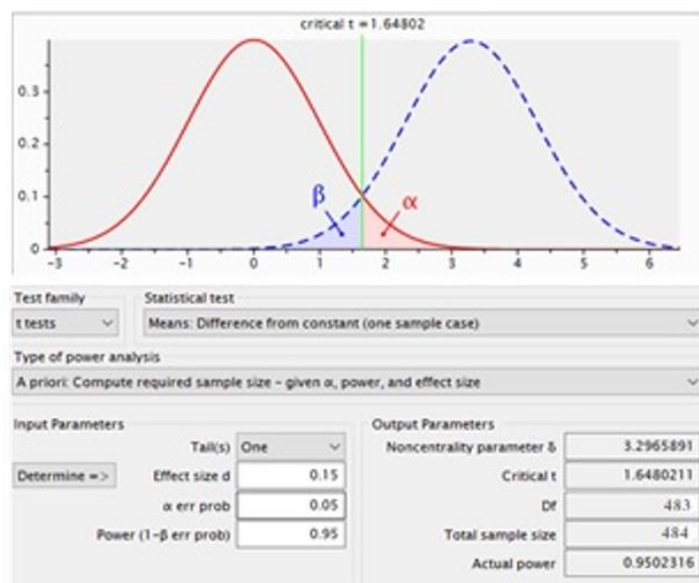
3.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó una investigación cuantitativa, analítica, transversal.

3.2. Población y muestra

En el Hospital Enrique Garcés existen 1400 pacientes registrado en la clínica de VIH tratados con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), debido a la dificultad de ubicar a los pacientes para el llenado de los cuestionarios se tomó la decisión de calcular una muestra. Para el análisis de cálculo de muestra se utilizó la consideración de comparación de medias, para ello se razonó un tamaño de efecto esperado de 0.15 (Small) un 5% de error y un 95% de confianza, utilizando el programa G*Power, se obtuvo una muestra ideal de 484 pacientes.

Figura 3. Cálculo de la muestra



3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH mayor a 18 años de ambos sexos.
- Pacientes que contaron con los datos clínicos y exámenes complementarios pertinentes para este estudio.
- Paciente con diagnóstico de VIH que haya firmado el consentimiento informado.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH con presencia de un trastorno mental degenerativo o que impida la comunicación (incluye demencia asociada al SIDA).
- Pacientes con diagnóstico de VIH en situación de embarazo.

3.4. Operacionalización de las variables

Cuadro 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Clasificación de adulto según el rango de edad	Cualitativa (Nominal Politómica)	Adulto joven: 18 a 39 años Adulto maduro: 40 a 64 años Adulto mayor: > 65 años
Género	Identificación personal respecto al sexo sin limitarse al aspecto biológico	Identidad de género referido por el paciente	Cualitativa (Nominal Politómica)	Masculino Femenino
Estado Civil	Situación estable o permanente de una persona según sus relaciones	Estado Civil referido por el paciente	Cualitativa (Nominal Politómica)	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Unión de hecho Viudo/a

	familiares, matrimonio o parentesco			
Nivel de instrucción	Grado de educación formal alcanzado por una persona	Nivel más alto de educación alcanzado	Cualitativa (Nominal Politómica)	Primaria Secundaria Técnico Superior
Orientación sexual	Preferencia sexual de una personal	Tipo de preferencia sexual identificada por una persona	Cualitativa (Nominal Politómica)	Heterosexual Bisexual Homosexual
Situación migratoria	Estado de una persona como migrante en un país distinto al de nacimiento	Referencia de estado actual como migrante	Cualitativa (Nominal Politómica)	Si No
Situación laboral	Estado de empleabilidad de una persona	Referencia de actividad laboral actual	Cualitativa (Nominal Politómica)	Trabaja formalmente Trabaja informalmente Desempleado Jubilado Estudia Otros
Zona de residencia	Situación geográfica de residencia según la división de una ciudad	Sitio de residencia según el perímetro urbano o rural	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Rural Urbano
Convivencia	Situación de interrelación social en el lugar de residencia	Personas con las que el paciente convive	Cualitativa (Nominal Politómica)	Padres Solo/a Amigo/a Pareja Parientes Otros
Antecedente de violencia sexual	Historial de abuso o violencia sexual de cualquier tipo	Referencia de antecedentes de violencia o abuso sexual (denunciado o no denunciado)	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No

Antecedente de violencia física	Víctima de maltrato físico o violencia física en el entorno familiar o extrafamiliar	Referencia de antecedentes de violencia física (denunciado o no denunciado)	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Antecedente de violencia psicológica	Amedrentamiento psicológico por acciones o palabras que afectan la estabilidad emocional	Referencia de antecedente de violencia psicológica	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Experiencias de discriminación	Aislamiento o condicionamiento para actividades sociales, laborales o de otro tipo por una o varias características personales	Historia de discriminación asociada al VIH	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Comorbilidades	Condiciones patológicas de una persona que puede empeorar la evolución de otra	Antecedentes patológicos conocidos por el paciente	Cualitativa (Nominal Politómica)	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Infarto Agudo de Miocardio Cáncer/Tumores EPOC Otras
Consumo de tabaco	Hábito de fumar de forma activa de una persona	Consumo de tabaco en el último mes	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Consumo de alcohol	Hábito de ingestión de bebidas alcohólicas a diversas frecuencias	Consumo de alcohol hasta la embriaguez en el último mes	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Uso de drogas sujetas a fiscalización	Administración de drogas ilegales por diversas vías	Consumo de drogas en el último mes	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Antecedentes de trastornos psicológicos	Diagnóstico de enfermedades psicológicas o psiquiátricas	Antecedentes de enfermedades psicológicas o	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No

psiquiátricas				
Polifarmacia	Consumo múltiple de fármacos en un solo día	Consumo de 5 o más fármacos al día (incluyendo TARGA)	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Si No
Percepción del estado de salud	Opinión de una persona respecto a su condición actual de salud	Calificación del estado de salud	Cualitativa (Nominal Politómica)	Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala
Carga viral	Cantidad de replicación viral presente en el paciente con VIH	Estado de supresión según la carga viral	Cualitativa (Nominal Politómica)	Suprimida (< 50 copias/mL) No Suprimida (> 50 copias/mL) Desconocido
Conteo de Linfocitos T CD4+	Cantidad de linfocitos T CD4+ presentes en sangre periférica	Categorización según el conteo obtenido en linfocitos T CD4+	Cualitativa (Nominal Politómica)	Normal (CD4+ > 500 células/mL) Bajo (CD4+ entre 200 y 499 células/mL) Muy Bajo (CD4+ < 200 células/mL)
Esquema antirretroviral	Combinación de fármacos útiles para reducir la carga viral e incrementar el conteo de linfocitos T CD4+	Esquema antirretroviral actual (primera o segunda línea)	Cualitativa (Nominal Politómica)	DGT + TDF + 3TC ABC/3TC + DTG TDF/FTC + ATV/RTV ABC/3TC + ATV/RTV TDF/FTC + DRV/RTV ABC/3TC + DRV/RTV Otro
Tiempo en tratamiento antirretroviral	Periodo transcurrido desde el inicio del tratamiento	Tiempo en años	Cuantitativa (Discreta)	Años
Calidad de vida	Valoración de los aspectos relacionados a la función social emocional y física de una persona con una	Puntaje en el cuestionario SF-36 por cada dimensión	Cuantitativa (Discreta)	Puntaje

	enfermedad crónica			
Adherencia al tratamiento	Valoración de la adherencia o cumplimiento de un tratamiento con medicamentos	Clasificación según puntajes y respuestas en el cuestionario SMAQ	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Adherente No Adherente

3.5. Procedimientos de recolección de información

Previa autorización de las autoridades competentes del hospital plasmada mediante oficio y aceptación del Gerente de Hospital General Enrique Garcés, así como el permiso de las autoridades de Unidad Integral de Salud se procedió a aplicar los cuestionarios SF36 de calidad de vida relacionada con la salud y cuestionario SMAQ de adherencia al tratamiento mediante forma presencial a las personas, en un promedio de 20 pacientes al día que nos llevó aproximadamente 25 días laborales.

Los pacientes elegidos y que no hayan sido 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, y luego se procesó los datos mediante el programará SPSS versión 22.0.

Se guardó la confidencialidad de los pacientes y de los datos recolectados, mediante codificación, se registraron en la matriz de datos elaborada por los autores 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.

3.6. Aspectos bioéticos y de género

Previa autorización de las autoridades competentes del hospital plasmado mediante oficio y aceptación del Gerente del Hospital General Enrique Garcés, así como el permiso de las autoridades de Unidad de Atención Integral de Salud de pacientes con VIH, se procedió de la siguiente manera:

Es imprescindible destacar que, la información fue recolectada de forma prospectiva, es decir, se reclutaron a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y se les entrevistó presencialmente. Los procesos a seguir para el manejo de la información, fueron los siguientes:

El responsable de la recolección de datos fue el Dr. Nelson Cevallos director de la Unidad de atención integral y director del presente trabajo investigativo, asignó a los médicos Josué Obando y Tania Velasteguí como responsables de la recolección. El responsable de los datos de los datos garantizó que los encargados de la recolección de datos conocen cuales son los principios, derechos, deberes y lineamientos emitidos por Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Acuerdo Ministerial MSP 00015-202.

El reclutamiento y contacto de las personas seleccionadas estuvo a cargo del Dr. Nelson Cevallos (Coordinador de la Unidad de atención integral del Hospital Enrique Garcés). Y se ejecutó de la siguiente manera:

El Dr. Nelson Cevallos, realizó una filtración de la base de pacientes de la Unidad de Atención Integral en función de la ciudad de residencia registrada (Quito) en la historia clínica. Se obtuvo, luego de esto, una base de participantes, y se realizó un muestreo aleatorio con las personas que cumplían los criterios de inclusión y así completar el tamaño muestral calculado.

Se explicó a los participantes seleccionados, el motivo del estudio (intención del estudio, voluntariedad de participación y actividades de promoción de la salud que se realizará en dicha asistencia). Los participantes que aceptaron participar en el estudio, así como de las actividades de promoción de la salud, fueron registrados en una matriz en Microsoft Excel 2019 del computador de la unidad de atención integral con clave que solo fueron manejados por el director del trabajo e investigadores.

3.7. Anonimización, manejo, almacenamiento y custodia de la información

Cumpliendo el artículo 37 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Acuerdo Ministerial MSP 00015-2021, la anonimización de la información lo realizó el equipo de investigación (Dra. Tania Velastegui y Dr. Josué Obando de la siguiente manera)

- Cumpliendo con el Artículo 10 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Acuerdo Ministerial MSP 00015-2021 en cada grupo de pacientes, se procedió a explicar los motivos del estudio, los riesgos y beneficios, y se les hizo firmar del consentimiento informado de esta forma se cumplió el artículo 29 de la ley antes citada.
- Como medida de seguridad en las encuestas no se solicitaron datos personales, cédula de identidad, ni número de historia clínica, garantizando el anonimato, se verificó total cumplimiento de esta normativa en el transcurso de la investigación.

- Se guio a los participantes para la resolución de cada una de las encuestas y formatos; esto, con la finalidad de evitar sesgos en las encuestas. A la par, se fueron resolviendo las dudas por el equipo investigador.
- Tras esto, se diseñó una matriz de datos en Excel 2019 en la que se registró el código alfabético asignado en cada uno de los kits de encuestas y cuestionarios. La codificación de los participantes, permite el cumplimiento del numeral 2, del artículo 31 de la Ley Orgánica de Protección de Datos.
- Finalmente, la matriz anonimizada pasará a procesos de homogenización de información y análisis estadístico.
- Luego anonimizar la información, las actividades de manejo, almacenamiento y custodia de la información fue ejecutado por el equipo investigador de este proyecto (Dra. Tania Velastegui y Dr. Josué Obando). Se llevaron a cabo los siguientes procesos:
 - Los resultados de las encuestas y cuestionarios fueron ingresados a una plantilla de datos en Microsoft Excel 2019, y parametrizada numéricamente para su análisis estadístico final. Los datos homogenizados, fueron extrapolados al software estadístico SPSS 25.0.
 - Los datos obtenidos fueron únicamente utilizados con finales académicos de este trabajo de titulación, lo que, permite el cumplimiento del artículo 32 de la Ley Orgánica de Protección de Datos.
 - La plantilla de datos será almacenada en el computador del Dr. Josué Obando, misma que contará con ingreso mediado por contraseña para el acceso al equipo y protección de carpetas también con acceso por contraseña.

- El acceso a la información (física y digital) tuvieron acceso solo los investigadores principales (Dr. Josué Obando y Dra. Tania Velastegui), pues, en el caso de los archivos digitales, fueron las únicas personas que conozcan las contraseñas.
- Finalmente, la custodia de la información estuvo a cargo de los investigadores, dado el caso que, los archivos físicos y digitales estarán en la unidad de Atención Integral bajo llave y con contraseña en el caso de archivos digitales. Los procesos a seguir para garantizar una custodia eficaz son:
 - a) El computador y carpeta de archivos no serán movidos por ningún concepto aprobado por parte del Director de la Unidad de Atención Integral.
 - b) La información no se externalizará a impresión o documentos que puedan filtrarse, tampoco, se digitalizó (escaneó) los archivos físicos
 - c) Las carpetas de archivos físicos fueron etiquetadas para identificar el contenido, al igual que las carpetas digitales, las cuales fueron nombradas con códigos (DT-CVRSV-2022-HEG).
- Además, se solicitó a la máxima autoridad del Hospital General Enrique Garcés una carta de interés institucional, donde se precisa que la información a recibir por parte de esta unidad de salud fue anonimizada con la finalidad de cumplir los preceptos estipulados en Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Acuerdo Ministerial MSP 00015-2021.

3.8. Plan de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS v25.0, se calcularon estadísticos descriptivos e inferenciales. Con las variables cualitativas, se determinaron frecuencias y porcentajes. Con las variables numéricas, promedio y desviación estándar. Para el análisis bivariado se calcularon razones de prevalencia (RP, IC 95%). Para el análisis multivariado, se utilizó un modelo de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente la calidad de vida y, como cofactores, las variables que alcanzaron significación estadística en el análisis bivariado. En todos los casos, se consideró que había significación estadística cuando el valor de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas de la población, en personas viviendo con el virus VIH (PVV) de la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

En el estudio participaron 484 PVV atendidos en el Hospital General Enrique Garcés. La población analizada fue predominantemente de sexo masculino (n=379; 78,3%). En relación a la edad, los participantes presentaron entre 18 a 71 años de edad. El promedio de edad fue 37,3 años, mientras que la mediana fue 34 años, con una desviación estándar de 12,1 años.

El rango de edad más frecuente fue el de adultos jóvenes en el que se identificaron (n=325; 67,1%), el menor grupo fueron los adultos mayores (n=22; 4,5%). Acerca de la procedencia, predominaron los pacientes del área urbana (n=426; 88,0%). En relación al estatus migratorio, se observó que 33 personas eran migrantes (n=33; 6,8%). Sobre el estado civil de los pacientes, predominaron los solteros (n=267; 55,2%), seguido por los casados (n=100; 20,7%). unión libre (n=79; 16,3%), divorciados (n=27; 5,6%) y viudos (n=11; 2,3%). Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la población. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

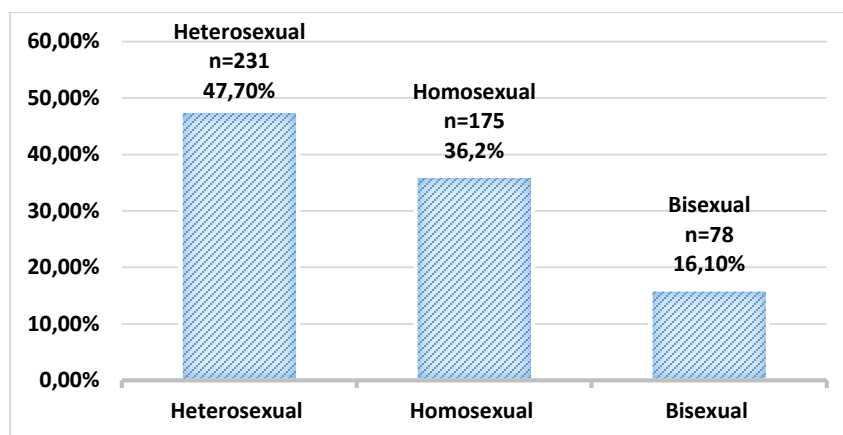
	n	%
Sexo		
Masculino	379	78,3
Femenino	105	21,7
Rangos de edad		
Adulto Joven (18 a 39)	325	67,1
Adulto medio (40 a 64)	137	28,3
Adulto mayor (más de 65)	22	4,5
Procedencia		
Urbana	426	88,0
Rural	58	12,0
Condición migratoria		
Ecuatoriano	451	93,2
Migrante	33	6,8
Estado civil		
Soltero	267	55,2
Casado	100	20,7
Unión libre	79	16,3
Divorciado	27	5,6
Viudo	11	2,3
Total	484	100,0

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en persona viviendo con el virus del VIH

Autor: Velasteguí y Obando (2022).

La distribución de los pacientes según la orientación sexual declarada por los participantes, fue la siguiente: heterosexuales (n=231; 47,7%); seguido por los participantes autodeclarados como homosexuales (n=175; 36,2%) y bisexuales (n=78; 16,1%). Grafico 1

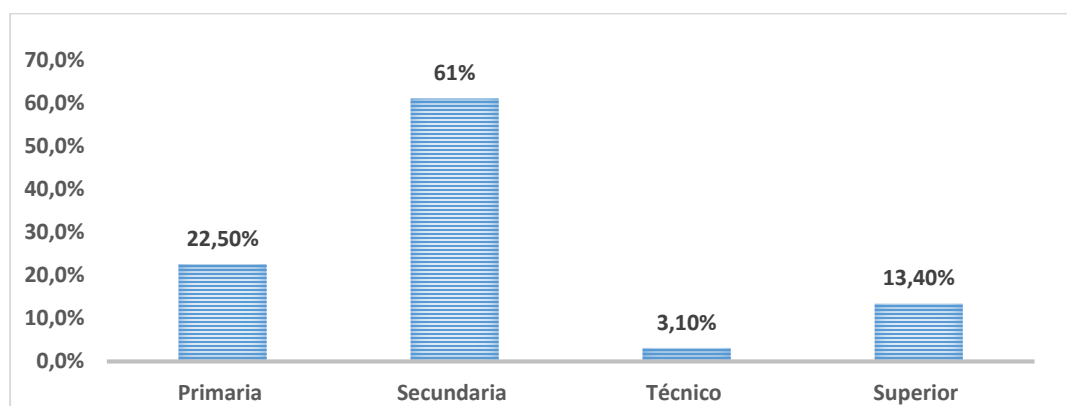
Gráfico 1. Distribución según orientación sexual. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés (n=484).



Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
Autor: Velasteguí y Obando (2022).

Con respecto al nivel de instrucción, la secundaria presentó mayor frecuencia (n=306; 63,2%) seguido por la primaria (n=109; 22,5%), el nivel superior (n=65; 13,4%) y el nivel técnico (n=15; 3,1%). Gráfico 2.

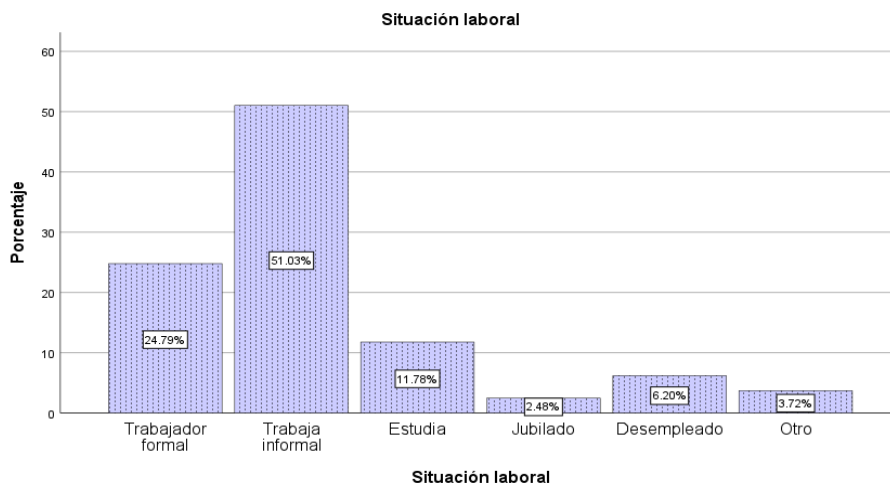
Gráfico 2. Distribución según nivel de instrucción. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés (n=484).



Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
Autor: Velasteguí y Obando (2022).

La distribución de las personas según su situación laboral. La mayor frecuencia fue el empleo informal (n=247; 51,03%). Gráfico 3.

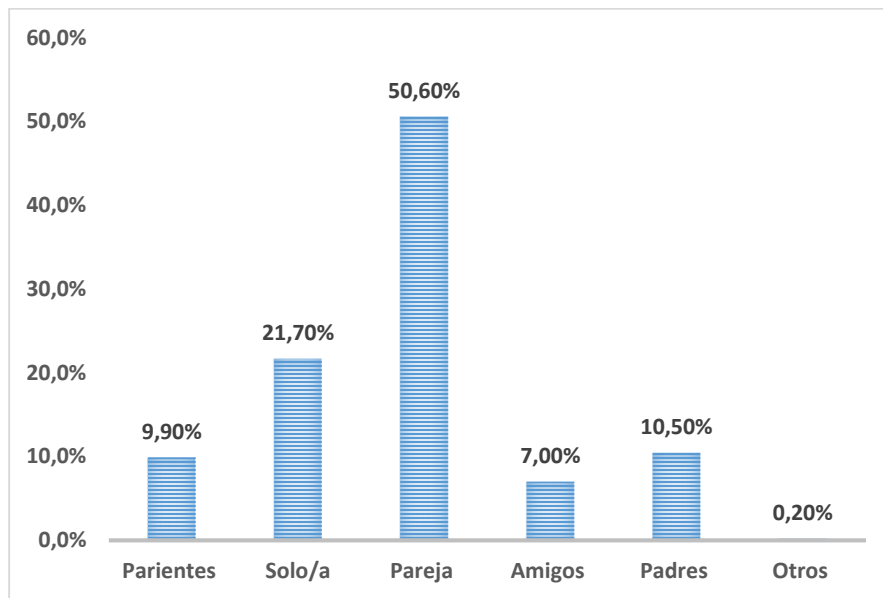
Gráfico 3. Distribución según situación laboral. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Garcés (n=484).



Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
Autor: Velasteguí y Obando (2022).

La población de estudio declaró en su mayoría que convive con su pareja (n=245; 50,6%). Gráfico 4.

Gráfico 4. Distribución según personas con las que convive. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484).



Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en Personas viviendo con el virus del VIH
Autor: Velasteguí y Obando (2022).

4.2. Antecedentes de exposición a violencia o discriminación en personas viviendo con el virus VIH (PVV) de la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

La mayoría de los PVV incluidos en el estudio declararon haber sufrido discriminación en algún momento de su vida (n=218; 45,0%). Adicionalmente, la forma de violencia más frecuentemente declarada fue la violencia psicológica (n=163; 33,7%); seguida de la violencia física (n=112; 23,1%) y la violencia sexual (n=90; 18,6%). Tabla 2.

Tabla 2. Exposición a violencia. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

Antecedentes de violencia	n	%
Discriminación		
Sí	218	45,0
No	266	55,0
Violencia psicológica		
Sí	163	33,7
No	231	66,3
Violencia física		
Sí	112	23,1
No	372	76,9
Violencia sexual		
Sí	90	18,6
No	394	81,4
Total	484	100,0

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
 Autor: Velasteguí y Obando (2022).

El hábito tóxico más frecuente fue el consumo de alcohol (n=194; 40,1%); seguido del hábito de fumar (n=190; 39,3%); un porcentaje menor de personas afirmó que consumían otras drogas ocasionalmente (n=61; 12,6%). Tabla 3

Con respecto a los antecedentes patológicos personales, la hipertensión arterial (HTA) fue la más frecuente (n=32; 6,6%), seguido de la diabetes mellitus (DM2) (n=19; 3,9%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (n=8; 1,7%). Por otra parte, el antecedente de trastornos psicológicos se evidenció en 48 pacientes (n= 48; 9,9%); mientras que 66 pacientes declararon presentar polifarmacia (n=66; 13,6%). Tabla 3.

Tabla 3. Hábitos tóxicos y comorbilidades. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

Hábitos tóxicos	n	%
Tabaco		
Sí	190	39,3
No	294	60,7
Alcohol		
Sí	194	40,1
No	290	59,9
Drogas		
Sí	61	12,6
No	426	87,4
Comorbilidades		
Ninguna	388	80,2
Diabetes mellitus	19	3,9
Hipertensión arterial	32	6,6
Infarto agudo de miocardio	3	0,6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8	1,7
Oncológicos	2	0,4
Otros	32	6,6
Antecedentes de trastornos psicológicos		
Sí	48	9,9
No	436	90,1
Polifarmacia		
Sí	66	13,6
No	418	86,4
Total	484	100,0

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
 Autor: Velasteguí y Obando (2022).

En relación a la carga viral actual; los datos revelan que predominan las personas que se encuentran la categoría “suprimida” (n=391; 80,8%). Además, se observó que el 2,1% (n=10) de las personas con carga viral no suprimida, tenía seis meses de tratamiento o menos, condición que es esperable por no cumplir el tiempo internamente esperado para lograr carga viral indetectable una vez iniciada la TAR. Tabla 4.

Acerca del conteo de linfocitos TCD4+ en la mayoría de los pacientes se obtuvo un conteo CD4 200-499 células/ml: n=241; 49,8%; le siguió en frecuencia los pacientes con valores de CD4 > 500 células/ml: n=208; 43%), mientras que 35 pacientes obtuvieron valores de CD4 < 200 células/ml: n=35; 7,2%. Tabla 4.

El 92,4% (n=447) de las PVV en TAR se encuentran con esquema a base de DTG más dos ITIAN, detallada a continuación los pacientes que utilizan el esquema de que consiste en DGT/TDF/ 3TC (n=373; 77,1%), seguido ABC/3TC +DTG (n=63; 13%); y luego TDF/3TC/DTG (n=11; 2,3%). El tiempo mínimo de tratamiento fueron 6 meses y 20 años como el valor máximo. Tabla 4

Tabla 4. Características de la enfermedad. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)

	n	%
Carga viral		
Suprimida	391	80,8
No suprimida	93	19,2
Con hasta o menos de 6 meses de tratamiento	10	2,1
Con más de 6 meses de tratamiento	83	17,1
Linfocitos T CD4+		
CD4 menores de 200	35	7,2
CD4 200-499	241	49,8
CD4 mayores de 500	208	43,0
Tratamiento antirretroviral		
Esquema DLG + 2 ITIAN		
DLG/TDF/3TC	373	77,1%
ABC/3TC + DTG	63	13,0%
TDF/3TC/DTG	11	2,3%
Total	447	92,4%
Otros Esquemas TAR		
ABC/3TC + DRV/RTV	12	2,5%
TDF/FTC/ATZ/RTV	6	1,2%
TDF/FTC + ATV/RTV	8	1,6%
TDF/FTC + DRV/RTV	11	2,3%
Total	37	7,6%
Tiempo de tratamiento		
< 1 año	14	2,9
1-5 años	337	69,2
6-10 años	114	23,6
≥ 11 años	19	4,3
Total	484	100,0

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH

Autor: Velasteguí y Obando (2022).

4.3. Percepción de salud y calidad de vida en personas viviendo con el virus VIH (PVV) de la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

De acuerdo al test SF-36 la calidad de vida se considera buena sobre 60 puntos. En la población de estudio la media del puntaje obtenido fue 77,9; (DT 10,8; IC95% 76,98 - 78,92), la mediana 80,5, existe una desviación a la derecha de los datos lo que indica una tendencia hacia puntajes más altos en calidad de vida. La

puntuación mínima fue 51 y máxima 97 puntos. La distribución por percentiles muestra que 5% de los participantes presentó 58 puntos o menos y el 10% de los participantes 90 puntos o más en el test.

Los resultados del análisis de las dimensiones de calidad de vida del test SF-36 fueron: Salud general presentó una media de 7,82. En cuanto a la salud mental, se obtuvo una media de 53,7. La dimensión de salud física (dolor corporal) la media obtenida fue 4,36. En cuanto a función física la media obtenida fue 12,12. Tabla 5.

Tabla 5. Dimensiones de la variable calidad de vida del test SF-36. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

N°	Variable	Valor Mínimo	Valor Máximo	Mediana	Media	DE	IC Inf95%	IC Sup95%
1	Salud física (dolor corporal)	2	5	4	4,36	0,678	4,30	4,42
2	Función física	6	15	12	12,12	1,75	11,96	12,28
3	Salud general	5	10	8	7,82	1,05	7,73	7,92
4	Salud mental	34	70	55	53,7	8,81	34	70

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
Autor: Velasteguí y Obando (2022).

Al recategorizar el puntaje obtenido de la variable calidad de vida se observó que el 91,1% (n=441) fue declarada como “buena”, a comparación del 8,9% (n=43) que puntuaron para “mala” calidad de vida. La percepción de las personas sobre su estado de salud; la mayoría consideraba que era “buena” (n=422; 87,2%), un porcentaje menor consideró que era “regular” (n=50; 10,3%), seguido de “muy buena” (n=10; 2,1%) y “mala” (n=2; 0,4%).

La adherencia al tratamiento, se observó que la mayoría de las personas eran “adherentes” (n=329; 68%); mientras que se consideraron “no adherentes” a 155 pacientes, lo que corresponde con el 32% de los casos. Las consideraciones acerca de la calidad de vida recategorizada, la percepción del estado de salud, y adherencia al tratamiento. Tabla 6.

Tabla 6. Percepción del estado de salud, calidad de vida y adherencia. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

	n	%
Calidad de Vida		
Buena	441	91,1
Mala	43	8,9
Percepción del estado de salud		
Muy buena	10	2,1
Buena	422	87,2
Regular	50	10,3
Mala	2	0,4
Adherencia al tratamiento		
Adherente	329	68,0
No adherente	155	32,0
Total	484	100,0

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
 Autor: Velasteguí y Obando (2022).

4.4. Análisis Bivariado

En el estudio se analiza la relación entre las características generales, sociodemográficas, antecedentes patológicos, hábitos, características de la enfermedad de las personas viviendo con el virus VIH (PVV) y la calidad de vida a través de la prueba de X^2 como contraste de hipótesis y razón de prevalencias (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Los hombres tuvieron 6% más probabilidad de tener buena calidad de vida frente a ser mujer (RP 1,06; IC 95% 0,98 - 1,15; p 0,070). Con respecto a la edad hay un 3% más de probabilidad de tener buena calidad de vida si el participante es adulto joven frente a adulto maduro (RP 1,03; IC 95% 0,96 - 1,10; p 0,311) y 19% más de probabilidad de tener buena calidad frente a los adultos mayores (RP 1,19; IC 95% 0,95 - 1,50; p 0,112) resultado no significativo.

El estado civil declarado por los participantes presenta cinco categorías; en ese contexto el ser casado determina un 3% más de probabilidad de tener buena calidad de vida frente al estado civil soltero (RP 1,03; IC 95% 0,97 - 1,10; p 0,302); así como la unión libre (RP 1,03; IC 95% 0,94 - 1,12; p 0,464); y el estado civil viudo (RP 1,03; IC 95% 0,85 - 1,25; p 0,689); resultados no significativos paralelos con el 10% en comparación a su basal de quienes se expresaron como divorciados (RP 1,10; IC 95% 0,93 - 1,30; p 0,131). Se observó que existe un 4% más de tener buena calidad de vida al vivir acompañado frente vivir solo (RP 1,04; IC 95% 0,96 - 1,11; p 0,300).

El nivel de instrucción secundaria presenta un 14% más de probabilidad de presentar buena calidad de vida frente a la instrucción primaria (RP 1,14; IC 95% 1,03 - 1,25; p 0,001); de la misma forma el tener una instrucción superior proporciona 18% más de probabilidad de buena calidad de vida frente a la primaria (RP 1,18; IC 95% 1,07 - 1,31; p 0,003), asociación significativa.

Con respecto a la orientación sexual hay un 1% más de probabilidad de que los participantes con una orientación heterosexual presenten buena calidad de vida

frente a los pacientes homosexuales (RP 1,01; IC 95% 0,95 - 1,07; p 0,776); con los participantes bisexuales existe un 5% más de probabilidad comparado a la categoría basal (RP 1,05; IC 95% 0,96 - 1,16; p 0,181), relación no significativa. Tabla 7

Tabla 7. Asociación entre características generales de las personas y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

Características Generales	Buena Calidad de vida (n=441)	RP	IC 95%	p
Sexo				
Masculino*	350 (92,3)	1,06	0,98 - 1,15	0,070
Femenino	91 (86,7)			
Edad (años)				
Adulto joven (18-39)*	301 (92,6)			
Adulto maduro (40-64)	123 (89,8)	1,03	0,96-1,10	0,311
Adulto mayor (≥ 65 años)	17 (77,3)	1,19	0,95-1,50	0,112
Estado civil				
Casado*	94 (94,0)			
Soltero	242 (90,6)	1,03	0,97- 1,10	0,302
Unión libre	72 (91,1)	1,03	0,94-1,12	0,464
Divorciado	23 (85,2)	1,10	0,93-1,30	0,131
Viudo	10 (90,9)	1,03	0,85-1,25	0,689
Nivel de instrucción				
Primaria*	89 (81,7)			
Secundaria	275 (93,2)	1,14	1,03-1,25	0,001
Técnico	14 (93,3)	1,14	0,97-1,34	0,258
Superior	63 (96,9)	1,18	1,07-1,31	0,003

*Categoría basal

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH.

Autor: Velasteguí y Obando (2022).

Existe un 10% más de probabilidad de buena calidad de vida cuando el participante trabaja frente a los que no tienen actividad laboral (RP 1,10; IC 95% 1,01 - 1,19; p 0,005) resultado significativo. Adicionalmente, existe 2% más de

probabilidad de tener buena calidad de vida cuando el participante es de la zona urbana (RP 1,02; IC 95% 0,94 - 1,10; p = 0,571). Tabla 8

Tabla 8. Asociación entre características sociodemográficas de los paciente y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés

Características Generales	Buena calidad de vida (n=441)	RP	IC 95%	p
Situación laboral				
Trabaja al momento de la encuesta*	342 (93,2)	1,10	1,01-1,19	0,005
No Trabaja al momento de la encuesta	99 (84,6)			
Residencia				
Urbana*	387 (90,8)	1,02	0,94-1,10	0,571
Rural	54 (93,1)			
Convivientes				
Vive acompañado/a	448(91,8)	1,04	0,96 – 1,11	0,300
Vive solo/a	93 (88,6)			

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH

Autor: Velasteguí y Obando (2022).

La asociación entre las diferentes formas de violencia que declararon los participantes y la calidad de vida. Con respecto al antecedente de violencia sexual hay un 1% más de probabilidad de tener buena calidad de vida al no tener antecedentes de violencia frente a los pacientes con el antecedente positivo (RP 1,01; IC 95% 0,94 - 1,09; p 0,680) este resultado no es significativo al igual del hallazgo de la violencia psicológica (RP 1,05; IC 95% 0,99- 1,12; p 0,067). Por su parte existe un 9% más de probabilidad de tener buena calidad de vida al no tener el antecedente de violencia física frente a los que presentaron el antecedente (RP 1,09; IC 95% 1,01 - 1,19; p 0,008) resultado significativo. Tabla 9.

La no discriminación declarada por los participantes puntuó mejor calidad de vida, existe 16% más de probabilidad de tener buena calidad de vida frente aquellos que declararon discriminación, este resultado fue significativo (RP 1,16; IC 95% 1,09 - 1,24; p 0,001).

Tabla 9. Asociación entre exposición a cualquier forma de violencia y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)

Formas de violencia y discriminación	Calidad de vida Buena (n=441)	RP	(IC 95%)	p
Violencia Sexual				
No	360 (91,4)	1,01	0,94-1,09	0,680
Sí	81 (90,0)			
Violencia Física				
No	346 (93,0)	1,09	1,01-1,19	0,008
Sí	95 (84,8)			
Violencia Psicológica				
No	297 (92,8)	1,05	0,99-1,12	0,067
Sí	144 (87,8)			
Discriminación				
No	259 (97,4)	1,16	1,09-1,24	<0,001
Sí	182 (83,5)			

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
 Autor: Velasteguí y Obando (2022).

Existe un 22% más de probabilidad de tener buena calidad de vida cuando no hay presencia de comorbilidades frente a los antecedentes patológicos positivos, resultado significativo (RP 1,22; IC 95% 1,09 - 1,37; p <0,001). Con respecto a los hábitos existe un 12% más de probabilidad de tener buena calidad de vida al no fumar frente a los participantes que declararon fumar (RP 1,12; IC 95% 1,05 - 1,20; p <0,001) resultado significativo. En el consumo de alcohol se encontró que existe un 11% más de probabilidad de tener buena calidad de vida cuando el participante

no consume alcohol frente al que consume (RP 1,11; IC 95% 1,04 - 1,19; $p < 0,001$) resultado significativo. Tabla 10.

Los pacientes que no tenían polifarmacia tuvieron mejor calidad de vida (RP 1,26; IC 95% 1,09 - 1,20; $p < 0,001$), ($p < 0,01$). Por otra parte, el 7% de los participantes que no consumen drogas tiene más probabilidad de tener buena calidad de vida frente al que no consume (RP 1,07; IC 95% 0,96 - 1,20; $p < 0,085$). Los participantes que no declararon trastornos psicológicos registraron un 7% más de probabilidad de tener buena calidad de vida comparado con aquellos que sí lo expresaron (RP 1,07; IC 95% 0,95 - 1,20; $p = 0,161$). Tabla 10.

Tabla 10. Asociación entre antecedentes y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)

Antecedente patológicos y hábitos	Buena calidad de vida (n=441)	RP	IC 95%	p
Presencia de comorbilidades				
No*	367 (94,6)	1,22	1,09-1,37	<0,001
Sí	74 (77,1)			
Tabaquismo				
No *	280 (95,2)	1,12	1,05-1,20	<0,001
Sí	161 (84,7)			
Consumo de alcohol				
No	276 (95,2)	1,11	1,04-1,19	<0,001
Sí *	165 (81,1)			
Consumo de drogas				
No	389 (92,0)	1,07	0,96-1,20	0,085
Sí *	52 (85,2)			
Trastornos psicológicos				
No*	399 (91,7)	1,07	0,95-1,20	
Sí	42 (85,7)			0,161
Polifarmacia				
No*	392 (93,8)	1,26	1,09-1,45	<0,001
Sí	49 (74,2)			

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH

Autor: Velasteguí y Obando (2022).

Se analiza la relación entre las características clínicas de las personas y la calidad de vida. La percepción del estado de salud se recategorizó en buena y mala, existe 2,6 veces más de probabilidad de tener buena calidad de vida cuando el paciente tiene una buena percepción de su estado de salud frente a tener una mala percepción, resultado significativo (RP 2,67; IC 95% 1,86 – 3,82; p <0,001).

De acuerdo a su carga viral existe 26% más de probabilidad de tener buena calidad de vida cuando presentan carga viral suprimida (RP 1,26; IC 95% 0,11 - 1,42; p 0,001); resultado significativo. Hay un 33% más de probabilidad de tener buena calidad de vida si el participante muestra valores de CD4+ Normal (>500 células/ml) frente a pacientes con CD4 < 200 células/ml (RP 1,33; IC 95% 1,08 - 1,65; p 0,001) y 26% más de probabilidad de tener buena calidad frente a quienes presenten CD4+ bajos (CD4: 200-500 células/ml) (RP 1,26; IC 95% 1,01 - 1,56; p 0,002) resultados significativos.

Hay un 4% más de probabilidad de tener buena calidad de vida cuando el paciente se encuentra con tratamiento a base del régimen con DLG+ 2 ITIAN frente a otros esquemas (RP 1,04; IC 95% 0,96 - 1,12; p 0,233) resultado no significativo. Los participantes con tiempo mayor a 5 años puntuaron mejor calidad de vida, existe 6% más de probabilidad de tener buena calidad de vida frente aquellos que llevan menos de 5 años bajo tratamiento antirretroviral, este resultado no es significativo (RP 1,06; IC 95% 1,01 - 1,12; p 0,037). Los pacientes adherentes tienen el 33% más de probabilidad de tener buena calidad de vida frente a los no adherentes (RP 1,33; IC 95% 1,21 - 1,46; p 0,001); resultado significativo. Tabla 11.

Tabla 11. Asociación entre características de la enfermedad y calidad de vida. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)

Variables	Buena (n=441)	RP	(IC 95%)	p
Percepción del estado de salud				
Buena *	422(97,7)	2,67	1,86-3,82	<0,001
Mala	19 (13,6)			
Carga Viral				
Suprimida (< 50 copias/mL)	371 (94,9)	1,26	0,11-1,42	<0,001
No suprimida (≥ 50 copias/mL)	70 (75,3)			
Conteo de CD4+				
Muy bajos (< 200 células/mL)*	25 (71,4)			
Bajos (200 - 500 células/mL)	217 (90,0)	1,26	1,01-1,56	0,002
Normal (> 500 células/mL)	199 (95,7)	1,33	1,08-1,65	<0,001
Esquema de tratamiento				
Régimen preferido * (DGT+TDF+3TC)	343 (92,0)	1,04	0,96-1,12	0,233
Régimen alternativo	98 (88,3)			
Tiempo de tratamiento				
< 5 años *	314 (89,5)	1,06	1,01-1,12	0,037
>5 años	127 (95,5)			
Adherencia al tratamiento				
Adherente *	326 (99,1)	1,33	1,21-1,46	<0,001
No adherente	115 (74,2)			

*Categoría basal

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del VIH
Autor: Velasteguí y Obando (2022).

4.5. Análisis multivariado

El análisis multivariado muestra la relación entre buena calidad de vida y las variables de estudio. La buena calidad de vida se asoció con: no tener un antecedente de violencia física (OR ajustada 3,25; IC 95% 1,11 – 9,51), no tener polifarmacia (OR ajustada 10,51; IC95% 3,28 – 33,59), carga viral suprimida (OR ajustada 2,95; IC95% 1,03 – 8,47), adherente al tratamiento (OR ajustada 8; IC95% 1,86 – 34,48) y referir una buena autopercepción de la calidad de vida (OR ajustada 34,48; IC95% 11,62 – 100). Tabla 12.

Tabla 12. Análisis multivariado entre buena calidad de vida y las variables de estudio con hallazgo significativo. Personas viviendo con el virus VIH (PVV) tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés (n=484)

Variables	Categorías	%	Bivariado			Multivariado		
			OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Instrucción	Primaria*	81,7	3,68	1,58 - 5,98	<0,001			
	Secundaria	93,2						
	Superior	96,9						
Trabaja	Si*	93,2	2,47	1,30-4,74	0,005			
	No	84,6						
Antecedentes de violencia física	No*	93,0	2,38	1,24-4,57	0,009	3,25	1,11-9,51	0,031
	Si	84,8						
Tabaco	Si*	84,5	3,59	1,84 - 6,99	<0,001			
	No	95,2						
Alcohol	Si*	85,1	3,46	1,77 - 6,75	<0,001			
	No	95,2						
Comorbilidades	Si*	77,1	5,20	2,71 -9,90	<0,001			
	No	94,6						
Polifarmacia	No ^a	93,8	5,23	2,65-10,3	<0,001	10,51	3,28-33,59	<0,001
	Si	74,2						
Carga viral	Suprimida*	94,9	6,09	3,17-11,69	<0,001	2,95	1,03-8,47	0,043
	No suprimida	75,3						
Conteo CD4	Muy Bajo	71,4	8,84	3,27 - 23,8	<0,001			
	Normal	95,7						
Tiempo de tratamiento	Menor de 5 años	89,5	2,49	1,02 -6,06	0,037			
	Mayor de 5 años	95,5						
	Buena*	97,7						
			73,3	31,5-170,4	<0,001	34,48	11,62-100	<0,001

Autopercepción de la calidad de vida	Mala	36,5						
Adherencia al tratamiento	Si*	99,1	37,7 9	11,4-124,5	<0,001	8	1,86-34,48	0,005
	No	74,2						

* Categoría basal

Fuente: Calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral en Personas viviendo con el virus del VIH
 Autor: Velasteguí y Obando (2022).

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

Se realizó esta investigación con el propósito de analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de las personas que viven con VIH atendidos en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés. La población analizada se caracterizó por ser mayoritariamente de sexo masculino, adultos, jóvenes, autopercebidos como heterosexuales; con una calidad de vida considerada “buena” en la mayoría de los casos (91,1%) y, con niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral moderados (68%), según la escala SMAQ.

De acuerdo a la escala SF-36 la calidad de vida, en la mayoría (91,1%) de las personas fue “buena”. La dimensión más afectada fue la psicológica. Adicionalmente, se observó que la autopercepción de la calidad de vida fue buena en gran porcentaje de pacientes (87,9%), lo que no difiere de lo obtenido con el instrumento SF-36.

Estos resultados pueden sustentarse con los de De Oliveira et al., (2022) en Brasil, que obtuvieron que la calidad de vida fue buena en la mayoría de sus pacientes, quienes también tuvieron una autopercepción adecuada de su estado de salud y su calidad de vida. Adicionalmente, estos investigadores reportan niveles de adherencia superiores al 80% (mayor a los obtenido en esta investigación), sin embargo, esto no se asoció con la calidad de vida, aunque reconocen que esto se relaciona con el adecuado control de la carga viral, enfermedades oportunistas, polifarmacia y, comorbilidades asociadas. Para estos autores, la QoL se relacionó

más con la red de apoyo social y el acceso a los servicios de salud que con la adherencia.

Por otra parte, en Colombia, Narváez et al., (2022) obtuvieron resultados similares a los de esta investigación. En una serie de 200 personas viviendo con VIH/SIDA, observaron que los que tenían niveles más bajos de adherencia al TARV, tuvieron peor calidad de vida, con mayores grados de afectación en los dominios de salud general.

En España, Fuster et al., (2019) también encontraron resultados que pueden sustentar los hallazgos de esta investigación. Para estos autores, todas las dimensiones de la QoL se relacionaron con la adherencia al TARV y con el bienestar psicológico de los pacientes. Al mismo tiempo, todas las dimensiones de la QoL se relacionaron negativamente con la autoimagen negativa. También observaron que las personas que tienen una condición estigmatizada suelen ocultar su condición con mayor frecuencia, pero esto puede generar ansiedad, estrés y peor grado de bienestar psicológico.

Adicionalmente, Naing et al., (2022) también aportaron datos que permiten sustentar los hallazgos en esta investigación. Para estos autores, la calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA era mejor cuando había un alto grado de adherencia al TARV, cuando no había dificultades económicas, y bienestar físico, ausencia de síntomas, enfermedades oportunistas, o comorbilidades asociadas.

En esta investigación, otros factores se asociaron con una peor calidad de vida y fueron varios, más allá de la adherencia. Estos factores fueron de índole social (nivel educacional, desempleo, haber sido víctima de violencia física,

discriminación, hábitos tóxicos), además de factores clínicos como la carga viral y conteo de CD4.

Estos hallazgos también concuerdan con otra investigación realizada en Nueva Zelanda, por McAlliester et al., (2022) en la que se observó que la medición de la calidad de vida estaba más afectada en pacientes con falta de relaciones sexuales en los últimos 12 meses, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, experimentar estigma o discriminación, antecedentes de trastornos psicológicos, tiempo de diagnóstico menor a 5 años, mala salud, desempleo, no tener apoyo sociofamiliar, y haber sufrido discriminación.

Adicionalmente, Mendonca et al., (2022) en Australia, obtuvieron resultados que también indican el aspecto multifactorial de la medición de la calidad de vida en las personas que viven con VIH/SIDA. Estos investigadores determinaron que los pacientes que habían sufrido estigma social y discriminación tenían peor calidad de vida autopercebida. Al contrario, los autores citados determinaron que, las personas que tenían una mejor red de apoyo social se autopercebían como con un mejor estado de salud y calidad de vida.

En el análisis multivariado, el consumo de alcohol u otros comportamientos de riesgo no se asociaron con la medición de la calidad de vida, probablemente esto se deba a que este no fue un hallazgo en la mayoría de las personas, también pudiera tratarse de un infra reporte; sin embargo, autores como Oliveira et al., (2022) encontraron que la percepción del estado de salud y la QoL estuvo fuertemente vinculada con los comportamientos como el consumo problemático de alcohol, la conducta sexual compulsiva, la exposición a violencia doméstica y depresión.

Xing y Yang (2022) en una investigación realizada en China, también observaron que la QoL en las personas que viven con VIH/SIDA estuvo afectada por factores relacionados con la salud mental, la autopercepción del estado de salud, el acceso a atención médica de calidad, el nivel educacional, el tratamiento con ARV. Sin embargo, para estos investigadores, la dimensión que más influyó en la calidad de vida fue la relacionada con la salud mental de las personas, evidenciando la importancia del adecuado manejo del riesgo de depresión y ansiedad en esta población.

En este sentido, Karugaba et al., (2022) establecieron que, los adultos jóvenes que viven con VIH con buena calidad de vida se caracterizan por tener menor carga viral, un estado inmune óptimo, y se consideran que su estado de salud es bueno. Los autores mencionados describen que el hecho de tener empleo, solvencia económica y una red de apoyo social, fueron los factores que más influyeron en esto.

Un hallazgo importante en esta investigación, es la elevada cifra (45 %) de pacientes que refirieron haber sido víctimas de discriminación y estigma social, aunque esto no se asoció con la calidad de vida en el análisis multivariado, es un aspecto que no debe ser pasado por alto. Existe evidencia en la literatura que el estigma asociado al VIH/SIDA es un factor con gran impacto en la calidad de vida. Sobre esto Hsieh et al., (2022) mencionan que el estigma relacionado con el VIH tiene consecuencias complejas y negativas en la salud física y mental. Se reconoce como una de las principales causas de la desigualdad en salud y, junto con la discriminación, es una barrera importante para la prevención y atención del VIH. Además, puede interactuar con estigmas sociales y estructurales coexistentes para

crear un sistema de opresión estructural único, lo que resulta en experiencias traumáticas.

Con los resultados de este trabajo se evidencia que la calidad de vida y la percepción del estado de salud de las personas que viven con VIH/SIDA depende de una imbricación de factores de diverso origen. Para que exista una adecuada calidad de vida, es necesario un equilibrio entre la salud física, funcionalidad, salud general y psicológica, de forma que los pacientes perciban que su salud es buena. A esto se suman elementos de gran importancia, como relacionados con la discriminación y exposición a diferentes tipos de violencia.

También se evidenció en esta investigación que los factores relacionados con el control de la enfermedad, (carga viral, conteo de CD4), tiempo y grado de adherencia a los antirretrovirales también tuvieron un efecto importante en la calidad de vida de las personas y en la percepción del estado de salud.

A pesar de todo esto, y la multifactorialidad asociada a calidad de vida, la mayoría de las personas analizadas tuvo una percepción adecuada de su estado de salud y, su calidad de vida fue buena, lo que significa que se trata de una población con un buen control de su enfermedad, que han desarrollado mecanismos de adaptación y resiliencia después del diagnóstico, a lo que puede haber contribuido de forma significativa, la adherencia al tratamiento, que si bien no puede decirse que sea óptima, se confirmó que la mayoría de los pacientes eran adherentes.

Limitaciones

La principal limitación identificada durante el desarrollo de esta investigación se relaciona con el número de la población, que, aunque fue de 484 pacientes, los resultados no se pueden extrapolar a la totalidad de los pacientes que viven con VIH/SIDA, se obtuvieron intervalos de confianza amplios con algunas variables.

Los instrumentos de la presenta investigación tienen análisis de validez y confiabilidad al castellano, sin embargo, existe limitación de estudios similares en el Ecuador. En este sentido los cuestionarios utilizados requieren análisis de fiabilidad para la población ecuatoriana.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- En las personas viviendo con el virus VIH tratados en la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés, la adecuada adherencia al tratamiento se asoció con una buena calidad de vida, lo que concuerda con la evidencia disponible y, confirma la hipótesis de esta investigación.
- La calidad de vida y autopercepción del estado de salud fueron favorables en la mayoría de los pacientes.
- En el análisis multivariado, la calidad de vida se relacionó con características como el nivel educacional, situación laboral, el hecho de haber sufrido violencia física, la autopercepción del estado de salud, la carga viral y, el grado de adherencia al TARV.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda incrementar acciones de promoción de salud, que favorezcan la adherencia al tratamiento con antirretrovirales en las personas que viven con VIH/SIDA, debido a su relación con una mejor calidad de vida.
- Socializar los resultados de esta investigación con los profesionales médicos que prestan atención a estos pacientes, resaltando la necesidad de incrementar la adherencia al TARV.
- Evaluar de forma periódica la calidad de vida de las personas que viven con VIH y los factores que pudieran estar influyendo en esto, con énfasis en los que sean susceptibles de ser modificados, para incrementar el bienestar y la autopercepción del estado de salud.
- En investigaciones posteriores, evaluar los factores que pudieran estar relacionados con que la adherencia al tratamiento no sea óptima entre estos pacientes.
- Crear espacios de atención personalizada a estos pacientes, enfocadas en las quejas de salud física y funcionalidad y en especial en psicología, que fue la dimensión más afectada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abebe Weldsilase, Y., Likka, M. H., Wakayo, T., & Gerbaba, M. (2018). Health-Related Quality of Life and Associated Factors among Women on Antiretroviral Therapy in Health Facilities of Jimma Town, Southwest Ethiopia. *Advances in Public Health*, 2018, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2018/5965343>
- 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/TABLES/5>
- Algaralleh, A., Altwalbeh, D., & Al-Tarawneh, F. (2020). Health-Related Quality of Life Among Persons Living with HIV/AIDS in Jordan: An Exploratory Study. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 12, 897. <https://doi.org/10.2147/HIV.S277941>
- Alvi, Y., Khalique, N., Ahmad, A., Khan, H. S., & Faizi, N. (2019). World Health Organization Dimensions of Adherence to Antiretroviral Therapy: A Study at Antiretroviral Therapy Centre, Aligarh. *Indian Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 44(2), 118. https://doi.org/10.4103/IJCM.IJCM_164_18
- Anakwa, N. O., Teye-Kwadjo, E., & Kretchy, I. A. (2021). Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nursing Open*, 8(5), 2595–2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Arancón Pardo, A., Moreno Palomino, M., Jiménez-Nácher, I., Moreno, F., González

- Fernández, M. Á., González-García, J., & Herrero Ambrosio, A. (2021). Real-World Experience with Two-Drug Regimens in HIV-1-Infected Patients Beyond the Indication of Clinical Trials: 48 Weeks' Results. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 37(10), 761–767. <https://doi.org/10.1089/AID.2021.0041>
- Aurpibul, L., Detsakunathiwatchara, C., Khampun, R., Wongnum, N., Chotecharoentanan, T., & Sudjaritruk, T. (2022). Quality of life and HIV adherence self-efficacy in adolescents and young adults living with perinatal HIV in Chiang Mai, Thailand. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2075537>.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2075537>
- Awofala, A. A., & Ogundele, O. E. (2018). HIV epidemiology in Nigeria. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 25(4), 697–703. <https://doi.org/10.1016/J.SJBS.2016.03.006>
- Balayan, T., & Sudfeld, C. R. (2021). Health-related quality of life among adults living with HIV: a cross-sectional survey in Armenia. *AIDS Care*, 33(1), 20–30. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1709615>
- Basavaraj, K, Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 31(2), 75–80. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.74971>
- Basavaraj, KH, Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 31(2), 75. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.74971>
- 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). <https://doi.org/10.1186/S12955-021-01670-7>

Biney, I. J. K., Kyei, K. A., Ganu, V. J., Kenu, E., Pupilampu, P., Manortey, S., & Lartey, M. (2021). Antiretroviral therapy adherence and viral suppression among HIV-infected adolescents and young adults at a tertiary hospital in Ghana. <https://doi.org/10.2989/16085906.2021.1998783>, 20(4), 270–276. <https://doi.org/10.2989/16085906.2021.1998783>

Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(4), 387–399. <https://doi.org/10.1016/J.AMJMS.2016.01.010>

Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304. <https://doi.org/10.4065/MCP.2010.0575>

Burch, L. S., Smith, C. J., Anderson, J., Sherr, L., Rodger, A. J., O'Connell, R., Geretti, A. M., Gilson, R., Fisher, M., Elford, J., Jones, M., Collins, S., Azad, Y., Phillips, A. N., Speakman, A., Johnson, M. A., & Lampe, F. C. (2016). Socioeconomic status and treatment outcomes for individuals with HIV on antiretroviral treatment in the UK: cross-sectional and longitudinal analyses. *The Lancet. Public Health*, 1(1), e26–e36. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30002-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30002-0)

Cardona-Arias, J., Peláez-Vanegas, L., López-Saldarriaga, J., Duque-Molina, M., & Leal-Álvarez, Ó. (2011). [Health related quality of life in adults with HIV/AIDS in Colombia]. *Biomedica : Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 31(4), 532–544. <https://doi.org/10.1590/S0120-41572011000400008>

- Castro, R., De Boni, R. B., Luz, P. M., Velasque, L., Lopes, L. V., Medina-Lara, A., Cardoso, S. W., De Oliveira, M. S., Friedman, R. K., Grinsztejn, B., & Veloso, V. G. (2019). Health-related quality of life assessment among people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: a cross-sectional study. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28(4), 1035–1045. <https://doi.org/10.1007/S11136-018-2044-8>
- Cho, H., Jiang, Y., Li, X., & Deming, M. (2019). The relationship between self-reported viral load suppression and quality of life among people living with HIV in South Carolina. *https://Doi.Org/10.1080/09540121.2019.1698706*, 32(9), 1198–1205. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1698706>
- Cooper, V., Clatworthy, J., Harding, R., Whetham, J., Brown, A., Leon, A., Marent, B., West, B., Caceres, C., Lockhart, D., Garcia, D., Fatz, D., Wallitt, E., Beck, E., Gomez, E., Teofilo, E., Gonzalez, E., Garcia, F., Henwood, F., ... Mandalia, S. (2017). Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12955-017-0778-6>
- Crim, S. M., Tie, Y., Beer, L., Weiser, J., & Dasgupta, S. (2020). Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-Positive Hispanic and Latino Men Who Have Sex with Men —United States, 2015–2019. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(40), 1437–1442. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6940a1>
- De Oliveira França, P., Ayres, L. R., Pimassoni, L. H., & Cerutti Junior, C. (2022). Health-Related Quality of Life and Coping Strategies in a Cohort Study of Highly Active Antiretroviral Therapy Naïve Patients Adherence. *International Journal of*

Clinical Practice, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.1155/2022/8341638>

De Oliveira Gomes, M., Castro, R., Corrêa da Mota, J., & De Boni, R. B. (2022).

Association of syndemic conditions and quality of life among people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 1(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2080801>

Delaney, K. P., Hanson, D. L., Masciotra, S., Ethridge, S. F., Wesolowski, L., &

Owen, S. M. (2017). Time Until Emergence of HIV Test Reactivity Following Infection With HIV-1: Implications for Interpreting Test Results and Retesting After Exposure. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 64(1), 53–59.

<https://doi.org/10.1093/CID/CIW666>

Dorcélus, L., Bernard, J., Georgery, C., & Vanessa, C. (2021). Factors associated with antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in Haiti: a

cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy*, 18(1).

<https://doi.org/10.1186/S12981-021-00405-4>

Emuren, L., Welles, S., Macalino, G., Evans, A. A., Polansky, M., Ganesan, A.,

Colombo, R. E., Agan, B. K., De Leon, S., Merritt, S., Merritt, T., Okulicz, J., Sjoberg, T., Baker, C., Chambers, S., Colombo, R., Ferguson, T., Kunz, A., Schofield, C., ... Wallace, D. (2020). Predictors of health-related quality of life

among military HIV-infected individuals. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(7), 1855–1869. <https://doi.org/10.1007/S11136-020-02441-5>

Estrategia del Fondo Mundial. (2022). *Luchar contra las pandemias y construir un*

mundo más saludable y equitativo.

https://www.theglobalfund.org/media/11692/strategy_globalfund2023-2028_narrative_es.pdf

Farhoudi, B., Seyedalini, S., Jafarinasab, M., Ghavam, S. M., Dadras, O., Alipour, A., & Alijani, M. (2020). Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence in One of the Prisons in Iran. *Infectious Disorders Drug Targets*, 20(6), 848–853. <https://doi.org/10.2174/1871526519666191113110030>

Fhon, J. R. S., Gonzales Janampa, J. T., Mas Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances En Enfermería*, 34(3). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>

Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Laguía, A., Safreed-Harmon, K., Lazarus, J. V., Cenoz, S., & del Amo, J. (2019). Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 144–150. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1208-8>

Fuster, A. (2018). Calidad de vida de las personas con VIH. *Rev Multidiscip Del Sida*, 6(14), 26–27. <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/cuarto-90-calidad-de-vida-de-las-personascon-%0Avih/>

Garrison, L. E., & Haberer, J. E. (2017). Technological methods to measure adherence to antiretroviral therapy and preexposure prophylaxis. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 12(5), 467–474. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000393>

Ghiasvand, H., Waye, K. M., Noroozi, M., Harouni, G. G., Armoon, B., & Bayani, A.

- (2019). Clinical determinants associated with quality of life for people who live with HIV/AIDS: A Meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12913-019-4659-Z/FIGURES/6>
- Haynes, R. (1979). *Determinants of compliance the disease and the mechanics of treatment*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore, Md, Usa.
- Heestermans, T., Browne, J. L., Aitken, S. C., Vervoort, S. C., & Klipstein-Grobusch, K. (2016). Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Global Health*, 1(4). <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2016-000125>
- Holtzman, C. W., Shea, J. A., Glanz, K., Jacobs, L. M., Gross, R., Hines, J., Mounzer, K., Samuel, R., Metlay, J. P., & Yehia, B. R. (2015). Mapping patient-identified barriers and facilitators to retention in HIV care and antiretroviral therapy adherence to Andersen's Behavioral Model. *AIDS Care*, 27(7), 817–828. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1009362>
- Hsieh, E., Polo, R., Qian, H.-Z., Fuster-RuizdeApodaca, M. J., & del Amo, J. (2022). Intersectionality of stigmas and health-related quality of life in people ageing with HIV in China, Europe, and Latin America. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(3), e206–e215. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00003-4)
- Joulaei, H., Mousavi, S. G., Foroozafar, 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, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2021/9935175>
- Kanguya, T., Koyuncu, A., Sharma, A., Kusanathan, T., Mubanga, M., Chi, B. H., Vinikoor, M. J., & Mubiana-Mbewe, M. (2022). Identifying barriers to ART

- initiation and adherence: An exploratory qualitative study on PMTCT in Zambia. *PloS One*, 17(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0262392>
- Karkashadze, E., Gates, M. A., Chkhartishvili, N., DeHovitz, J., & Tsertsvadze, T. (2017). Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *International Journal of STD & AIDS*, 28(7), 672–678. <https://doi.org/10.1177/0956462416662379>
- Karugaba, G., Thupayagale-Tshweneagae, G., Moleki, M. M., Mabikwa, O. V., & Matshaba, M. (2022). Determinants of health-related quality of life in young adults living with perinatally acquired HIV infection in Botswana. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 23(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v23i1.1362>
- Keaei, M., Kuhlmann, J., Conde, R., Evers, S. M. A. A., Gonzalez, J., Govers, M., & Hilgsmann, M. (2016). Health-Related Quality of Life of Patients with HIV/AIDS in Bogotá, Colombia. *Value in Health Regional Issues*, 11, 68–72. <https://doi.org/10.1016/J.VHRI.2016.05.001>
- Krentz, H. B., Campbell, S., Lahl, M., & Gill, M. J. (2022). Uptake Success and Cost Savings from Switching to a Two-Drug Antiretroviral Regimen. *AIDS Patient Care and STDs*, 36(1), 1–7. <https://doi.org/10.1089/APC.2021.0118>
- Langebeek, N., Gisolf, E. H., Reiss, P., Vervoort, S. C., Hafsteinsdóttir, T. B., Richter, C., Sprangers, M. A. G., & Nieuwkerk, P. T. (2014). Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/S12916-014-0142-1>
- Lazarus, J. V. (2020). Más allá de la supresión viral: el cuarto 90 y cómo medirlo.

Jornadas de Formación ViiV Para ONG, 1(1), 47–52.

<https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD59990.pdf>

- Li-Wan-Po, A., & Peterson, G. M. (2021). Drug compliance and the Morisky Adherence Scale: An expression of concern and a warning. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 46(1), 1–3. <https://doi.org/10.1111/JCPT.13325>
- Llanch, B. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*, 27(3), 2–6. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924>
- Lu, D.-Y., Wu, H.-Y., Yarla, N. S., Xu, B., Ding, J., & Lu, T.-R. (2018). HAART in HIV/AIDS Treatments: Future Trends. *Infectious Disorders - Drug Targets*, 18(1), 15–22. <https://doi.org/10.2174/1871526517666170505122800>
- McAllister, S., Iosua, E., Hollingshead, B., Bruning, J., Fisher, M., Olin, R., Mukakayange, J., Greenwood, C., de Gouw, A., & Priest, P. (2022). Quality of life in people living with HIV in Aotearoa New Zealand: an exploratory cross-sectional study. *AIDS Care*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2082359>
- McComsey, G. A., Lingohr-Smith, M., Rogers, R., Lin, J., & Donga, P. (2021). Real-World Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-1 Patients Across the United States. *Advances in Therapy*, 38(9), 4961–4974. <https://doi.org/10.1007/S12325-021-01883-8>
- Mendonca, C. J., Newton-John, T. R. O., Alperstein, D. M., Begley, K., Hennessy, R. M., & Bulsara, S. M. (2022). Quality of Life of People Living with HIV in Australia: The Role of Stigma, Social Disconnection and Mental Health. *AIDS and Behavior*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03790-7>

- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Política Nacional de Investigación en Salud*.
https://www.healthresearchweb.org/files/pol_nac_Investigacion.pdf
- Municipio de Quito. (2021). *Quito, ¿Cómo vamos? Informe de Calidad de vida 2020*.
https://quitocomovamos.org/wp-content/uploads/2020/12/INFORME-DE-CALIDAD-DE-VIDA-QUITO-COMO-VAMOS_compressed-3.pdf
- Muntner, P., Joyce, C., Holt, E., He, J., Morisky, D., Webber, L. S., & Krousel-Wood, M. (2011). Defining the minimal detectable change in scores on the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. *The Annals of Pharmacotherapy*, *45*(5), 569–575. <https://doi.org/10.1345/APH.1P677>
- Naing, T., Thavorncharoensap, M., Riewpaiboon, A., Oo, H. N., & Aung, M. S. (2022). Factors affecting health - related quality of life of HIV - infected key population in Myanmar. *AIDS Care*, *34*(8), 974–981. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.2001417>
- Narváez, M., Lins-Kusterer, L., Valdelamar-Jiménez, J., & Brites, C. (2022). Quality of Life and Antiretroviral Therapy Adherence: A Cross-Sectional Study in Colombia. *AIDS Research and Human Retroviruses*, *38*(8), 660–669. <https://doi.org/10.1089/aid.2021.0233>
- Ndirangu, J. W., Gichane, M. W., Browne, F. A., Bonner, C. P., Zule, W. A., Cox, E. N., Smith, K. M., Carney, T., & Wechsberg, W. M. (2022). ‘We have goals but [it is difficult]’. Barriers to antiretroviral therapy adherence among women using alcohol and other drugs living with HIV in South Africa. *Health Expectations*, *25*(2), 754–763. <https://doi.org/10.1111/HEX.13422>
- Nobre, N., Pereira, M., Roine, R. P., Sintonen, H., & Sutinen, J. (2017). Factors associated with the quality of life of people living with HIV in Finland. *AIDS Care*,

29(8), 1074–1078. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1281879>

Nsoh, M., E Tshimwanga, K., A Ngum, B., Mgasa, A., O Otieno, M., Moali, B., Sirili, N., S Atanga, N., & Edie Halle-Ekane, G. (2021). Predictors of antiretroviral therapy interruptions and factors influencing return to care at the Nkolndongo Health District, Cameroon. *African Health Sciences*, 21(Suppl), 29–38. <https://doi.org/10.4314/AHS.V21I1.6S>

ONUSIDA. (2021). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., Ortega Legaspi, J. M., Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pacífico, J., & Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*, 32(1), 46–52. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010

Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(3), 9–15. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2022). *Guidelines for*

the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services.

Paschoal, E. P., Espírito Santo, C. C. do, Gomes, A. M. T., Santos, É. I. dos, Oliveira, D. C. de, & Pontes, A. P. M. de. (2014). Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 18(1), 9–14. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>

Pharmacy Quality Alliance. (2019). *PQA Measure Overview*. <https://www.pqaalliance.org/measures-overview>

Popping, S., Kall, M., Nichols, B. E., Stempher, E., Versteegh, L., van de Vijver, D. A. M. C., van Sighem, A., Versteegh, M., Boucher, C., Delpech, V., & Verbon, A. (2021). Quality of life among people living with HIV in England and the Netherlands: a population-based study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 8, 100177. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100177>

Ramírez-Coronel, A. A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suarez, P. C., Montánchez-Torres, M. L., Torracchi-Carrasco, E., & González-León, F. M. (2020). Origin, evolution and research on quality of life: Systematic review. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 954–959. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4543649>

Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American Journal of Cardiology*, 72(10). [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(93\)90014-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(93)90014-4)

Razera, F., Ferreira, J., & Bonamigo, R. R. (2008). Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *International Journal of STD &*

- AIDS*, 19(8), 519–523. <https://doi.org/10.1258/IJSA.2008.007289>
- Reda, A. A., & Biadgilign, S. (2012). Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Patients in Africa. *AIDS Research and Treatment*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/574656>
- Sala, S. S., & Lim, J. A. (2022). Quality of Life and its Determinants among Filipino People Living with HIV/AIDS Enrolled in the Treatment Hub of a Tertiary Government Hospital. *Acta Medica Philippina*, 56(6), 124–132. <https://doi.org/10.47895/AMP.V56I6.3508>
- Salas Z, C., & Garzón, M. O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición (The concept of quality of life and measurement)(A noção de qualidade de vida e sua medição). *CES Salud Pública*, 4(1), 36–46. <https://doi.org/10.21615/CESSP>
- Santos Corraliza, E., & Fuertes Martín, A. (2006). Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 23(7), 338–344. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000700010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09–21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Shriharsha, C., & Rentala, S. (2019). Quality of life among people living with HIV/AIDS and its predictors: A cross-sectional study at ART center, Bagalkot, Karnataka. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 1011. https://doi.org/10.4103/JFMPC.JFMPC_411_18

- Shubber, Z., Mills, E. J., Nachega, J. B., Vreeman, R., Freitas, M., Bock, P., Nsanzimana, S., Penazzato, M., Appolo, T., Doherty, M., & Ford, N. (2016). Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, *13*(11). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002183>
- Tchakoute, C. T., Rhee, S. Y., Hare, C. B., Shafer, R. W., & Sainani, K. (2022). Adherence to contemporary antiretroviral treatment regimens and impact on immunological and virologic outcomes in a US healthcare system. *PloS One*, *17*(2). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0263742>
- The Whoqol Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, *46*(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- Torres, T. S., Harrison, L. J., La Rosa, A. M., Lavenberg, J. A., Zheng, L., Safren, S. A., Ngongondo, M., Poongulali, S., Matoga, M., Samaneka, W., Collier, A. C., & Hughes, M. D. (2018). Quality of life among HIV-infected individuals failing first-line antiretroviral therapy in resource-limited settings. *https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1427207*, *30*(8), 954–962. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1427207>
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and Behavior*, *21*(1), 283. <https://doi.org/10.1007/S10461-016-1451-5>

- Unaid. (2021). *UNAIDS data 2021*.
- United Nations Programme on HIV. (2019). *Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. (Vol. 53).
- Vélez, F., & Tobar, R. (2021). *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador-2020 Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS Elaborado*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
- Verma, A. S., Kumar, V., Saha, M. K., Dutta, S., & Singh, A. (2020). HIV: Biology to Treatment. *NanoBioMedicine*, 167. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9898-9_7
- Vincent, W., Fang, X., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., & Hansen, N. B. (2017). HIV-related shame and health-related quality of life among older, HIV-positive adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(3), 434–444. <https://doi.org/10.1007/S10865-016-9812-0>
- World Health Organization. (2001). *Adherence to long-term therapies: policy for action: meeting report, 4-5 June 2001*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66984>
- World Health Organization. (2022). *Update on the transition to dolutegravir-based antiretroviral therapy: report of a WHO meeting, 29–30 March 2022*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360836/9789240053335-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Xing, H., & Yan, J. (2022). Quality of Life Assessment and Related Factors of HIV-Infected Patients in Hangzhou Using a Path Analysis Model: An Observational Study. *International Journal of General Medicine*, 15(2), 6325–6333. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S373796>

- Yu, Y., Luo, D., Chen, X., Huang, Z., Wang, M., & Xiao, S. (2018). Medication adherence to antiretroviral therapy among newly treated people living with HIV. *BMC Public Health*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-018-5731-Z>
- Zeng, C., Li, X., Qiao, S., Yang, X., Shen, Z., & Zhou, Y. (2020). Anticipated stigma and medication adherence among people living with HIV: the mechanistic roles of medication support and ART self-efficacy. *AIDS Care*, *32*(8), 1014–1022. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1728213>
- Zhang, Y., He, C., Peasgood, T., Hulse, E. S. G., Fairley, C. K., Brown, G., Ofori-Asenso, R., & Ong, J. J. (2022). Use of quality-of-life instruments for people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, *25*(4), 25902. <https://doi.org/10.1002/JIA2.25902>
- Zhou, G., Li, X., Qiao, S., Shen, Z., & Zhou, Y. (2017). Influence of Side Effects on ART Adherence Among PLWH in China: The Moderator Role of ART-Related Knowledge. *AIDS and Behavior* 2017 22:3, *22*(3), 961–970. <https://doi.org/10.1007/S10461-017-1791-9>
- Zhou, G., Li, X., Qiao, S., Shen, Z., & Zhou, Y. (2020). HIV symptom management self-efficacy mediates the relationship of internalized stigma and quality of life among people living with HIV in China. *Journal of Health Psychology*, *25*(3), 311–321. <https://doi.org/10.1177/1359105317715077>

