



Título:

Adaptación Psicosocial, Calidad de vida y su relación con el funcionamiento inmunológico y adherencia al tratamiento en pacientes HIV-positivos de una institución privada de la ciudad de Buenos Aires

Doctorando: Canova-Barrios Carlos

Directora: Dra. Ponti Liliana

Doctorado en Ciencias Médicas

Universidad Abierta Interamericana

CABA

Noviembre, 2020

Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar

Eugene Ware

Agradecimientos

*A mis docentes, colegas y a todo aquel que me apoyó, asesoró y ayudó en la redacción
de este trabajo.*

*A mi tutora, la Dra. Ponti, por el acompañamiento en los años de redacción del
presente trabajo.*

Dedicatoria

A mi familia, motor para seguir creciendo cada día desde lo profesional y personal.

*A mis abuelitos, que, aunque ya no están conmigo, siguen ahí motivándome a seguir
mejorando.*

A mi pareja, por su apoyo incondicional.

*A mis compañeros, Horacio Russo y Fabián Tuysuz, por todo el afecto y amistad
incondicional durante los años de cursado.*

A todos, ¡gracias!

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	9
Introducción	12
Justificación	16
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Hipótesis	20
Marco teórico	22
Historia	22
Generalidades	27
Epidemiología	31
Progresión de la enfermedad y factores relacionados	35
Mortalidad por HIV	39
Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas con HIV	40
Proceso de afrontamiento y ajuste psicosocial en personas con HIV/SIDA	44
Materiales y Métodos	49
Diseño del estudio y justificación de su elección	49
Población en estudio y muestra	49
Criterios de inclusión y exclusión	51
Variables	51
<i>Operacionalización de las variables</i>	53
Procedimiento	59
Análisis estadístico	60
<i>Especificación de métodos descriptivos y pruebas estadísticas</i>	60
<i>Criterios para el manejo de datos faltantes, excluidos y espurios</i>	61
Instrumentos	61
<i>SF-36</i>	61
<i>PAIS-SR</i>	62
<i>Cuestionario de Morisky Green</i>	63
<i>Caracterización de la muestra</i>	64
Aspectos éticos	64
Presupuesto	65
Resultados	67
Descripción de la muestra	67

<i>Variables sociodemográficas</i>	67
<i>Variables clínicas e inmunológicas</i>	68
<i>Variables confusoras</i>	69
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	71
<i>Variables sociodemográficas vs CVRS</i>	75
<i>Variables clínicas e inmunológicas vs CVRS</i>	77
<i>Variables confusoras vs CVRS</i>	78
Proceso de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial a la enfermedad	82
<i>I. Orientación al Cuidado de la Salud</i>	82
<i>II. Ambiente Laboral</i>	83
<i>III. Ambiente Familiar</i>	83
<i>IV. Relación Sexual</i>	84
<i>V. Relación con la Familia Extensa</i>	85
<i>VI. Ambiente social</i>	86
<i>VII. Distrés Psicológico</i>	87
Discusión	93
Conclusión	101
Bibliografía	104
Anexos	125
Consentimiento Informado	125
Caracterización sociodemográfica	127
Cuestionario SF-36	129
Cuestionario PAIS-SR	133
Solicitud de instrumento PAIS-SR	134
Carta aprobación del Comité de ética de la Investigación	135

Resumen

Hace casi cuatro décadas que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ingresaron a la conciencia pública a partir de los primeros casos detectados a mediados de 1981 en la ciudad de Los Ángeles, Estados Unidos. Aunque la atención a los sujetos con HIV ha avanzado, y con ello, se ha aumentado la sobrevivencia, se han invisibilizado otros indicadores de evaluación de la calidad del cuidado brindado como la calidad de vida relacionada con la salud y los factores que la inciden como la adherencia al tratamiento y los procesos de ajuste psicosocial. Por lo anterior, se diseñó el presente trabajo con el objetivo de analizar la relación entre el funcionamiento inmunológico (CD4, carga viral), la calidad de vida relacionada con la salud y el proceso de afrontamiento psicosocial en pacientes HIV positivos asistentes a una Institución Privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante enero y junio del 2020. Se utilizaron los cuestionarios SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud, PAIS-SR para medir el ajuste psicosocial, test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento, y una batería de preguntas para establecer las características sociodemográficas, laborales, clínicas e inmunológicas de los sujetos. La muestra estuvo integrada por 144 sujetos con una media de edad de 43,8 años, mayoritariamente hombres, solteros, sin hijos y con estudios universitarios. El 38,8% fumaba, el 43,7% eran sedentarios, 31,9% había presentado complicaciones, carga viral detectable en el 15,27%, media de CD4 de 655 cel/mm³, y buena adherencia al tratamiento en el 49,30%. Al analizar la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró una alta afectación del componente mental, siendo la vitalidad la dimensión con menores medias, mientras, la función física, presentó las medias más altas. El tiempo de evolución desde el diagnóstico, la carga viral, el hábito tabáquico y la menor adherencia al tratamiento, impactan negativamente sobre la calidad de vida. Los sujetos con desajustes en el proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial presentaban una menor adherencia al tratamiento. Se halló una correlación negativa entre la relación de los sujetos con el sistema y los profesionales sanitarios, y las dimensiones que integran la CVRS, mostrando con esto que aquellos pacientes que tienen una mala relación con el sistema de salud experimentan una peor calidad de vida en todas sus dimensiones. La evolución de la salud (variación en la salud en comparación con el año anterior) mostró relacionarse con la angustia o distrés psicológico. Dados los hallazgos, se hace importante implementar acciones

tendientes a mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes y promover estilos de vida favorecedores de la salud, incluyendo la realización de actividad física regular, la cesación del hábito tabáquico, prevención del alcoholismo y las conductas de autocuidado de la salud, asimismo, el abordaje de los sujetos ha de ser holístico considerando las dimensiones psíquica, emocional, social y espiritual como parte de las áreas de atención.

Palabras Clave: HIV-1, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Calidad de Vida, Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Afrontamiento psicosocial.

Abstract

Almost four decades ago, the Human Immunodeficiency Virus and the Acquired Immune Deficiency Syndrome entered the public consciousness from the first cases detected in mid-1981 in the city of Los Angeles, United States. Although the care of subjects with HIV has advanced, and with it, survival has increased, other indicators of evaluation of the quality of care provided, such as health-related quality of life and the factors that affect it, have been made invisible. adherence to treatment and psychosocial adjustment processes. Therefore, the present work was designed with the aim of analyzing the relationship between immune functioning (CD4, viral load), health-related quality of life and the psychosocial coping process in HIV positive patients attending a Private Institution. of the Autonomous City of Buenos Aires during January and June 2020. The MOS-36 questionnaires were used to measure health-related quality of life, PAIS-SR to measure psychosocial adjustment, Morisky Green test to measure adherence to treatment, and a battery of questions to establish the sociodemographic, occupational, clinical and immunological characteristics of the subjects. The sample consisted of 144 subjects with a mean age of 43.8 years, mostly men, single, without children and with university studies. 38,8% smoked, 43,7% were sedentary, 31,9% had complications, detectable viral load in 15,2%, mean CD4 of 655 cells / mm³, and good adherence to treatment in 49,3%. When analyzing the health-related quality of life, a high impact on the mental component was found, with vitality being the dimension with the lowest means, while physical function presented the highest means. The time of evolution from the diagnosis, the viral load, the smoking habit and the lower adherence to the treatment, negatively impact on the quality of life. The subjects with imbalances in the process of coping and psychosocial adaptation had lower adherence to treatment. A negative correlation was found between the relationship of the subjects with the health care system and professionals, and the dimensions that make up the HRQL, showing with this that those patients who have a poor relationship with the health system experience a worse quality of life in all its dimensions. The evolution of health (variation in health compared to the previous year) was shown to be related to anguish or psychological distress. Given the findings, it is important to implement actions to improve patient adherence to treatment and promote health-promoting lifestyles, including regular physical activity, cessation of smoking, prevention of alcoholism and behaviors of Self-care of health, likewise, the approach of

the subjects must be holistic considering the psychic, emotional, social and spiritual dimensions as part of the areas of attention.

Key Words: HIV-1, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Quality of Life, Compliance and adherence to treatment, Psychosocial coping.

CAPÍTULO I.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Introducción

Hace casi cuatro décadas que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ingresaron a la conciencia pública a partir de los primeros casos detectados a mediados de 1981 en la ciudad de Los Ángeles, Estados Unidos. Desde entonces, la comunidad científica ha mantenido un interés creciente en hallar una cura, disminuir la mortalidad asociada al virus, diseñar nuevos enfoques terapéuticos (tratamientos) y, sobre todo, en mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La calidad de vida (CV) es definida como “*la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses*” (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012, pp. 65). Este concepto a partir de la segunda guerra mundial ha tomado auge, y nace ante la intriga de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas sobre si tenían o no una buena vida, o si se sentían económicamente estables (Campbel, 1981).

Enfermedades crónicas como la infección por el HIV, llevan consigo una gran carga de síntomas en los pacientes, a su vez, que demandan el desarrollo de determinados comportamientos y conductas para su autocuidado, las cuales tienen un impacto en la salud percibida del sujeto afectado. Por lo anterior, se sienta la importancia para los trabajadores de la salud y los sistemas sanitarios, de indagar sobre la Calidad de Vida de los pacientes con esta patología, surgiendo un nuevo término: La *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS).

El concepto de CVRS, se considera multidimensional y está orientado a la percepción del paciente y sus necesidades de manera individualizada. Este eje, se contradice con la visión tradicional del modelo biomédico, la cual está centrada en la enfermedad y los indicadores biológicos de su impacto, sin considerar el estado percibido de la salud del afectado. Por ello, para evaluarlo se requiere de instrumentos de medida que recojan la valoración subjetiva del individuo respecto a su estado de salud y bienestar general, priorizando el relevamiento de las dimensiones funcionamiento físico, psicológico y social; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional (Miranda et al., 2012).

Actualmente, la infección por el HIV representa un problema de salud pública y se estima que en el mundo hay más de 36.7 millones de personas conviviendo con el virus, de las cuales, 1.8 millones son niños (OMS, 2017). La mayoría de estas personas, viven en países de ingresos medios y bajos.

La infección por HIV y su progresión a su fase terminal, SIDA, origina un deterioro progresivo en las funciones físicas, psíquicas y sociales de los pacientes que determina un descenso en la sensación de bienestar. Por lo anterior, se realizaron en los años posteriores al descubrimiento del virus, diversidad de estudios con el interés de describir el funcionamiento cognitivo del paciente y el bienestar auto informado, también denominado Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Hays & Shapiro, 1992; de Boer et al., 1995; Berzon & Lenderking, 1998; Paltiel & Stinnett en Spilker, 1996).

La CVRS es definida como *“la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar”* (Shumaker & Naughton, en Vinaccia & Quiceno, 2012, pp. 125).

Sin embargo, es necesario reconocer que no solo la progresión de la enfermedad impacta sobre la CVRS, sino también condiciones particulares como la marginación social y la discriminación, las cuales generan en el paciente altos niveles de estrés sobre el que afloran diversas patologías psico-físicas, llevando a la necesidad de analizar la infección por HIV como una problemática psicosomática (David et al., 2009; Sánchez-Fernández & Tomateo-Torvisco, 2014; Blumfield & Strain, 2006), surgiendo una nueva variable de análisis, el Proceso de Afrontamiento Psicosocial.

El Proceso de Afrontamiento Psicosocial incluye aspectos como la orientación a la atención médica, ambiente vocacional, ambiente doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares extendidas, ambiente social y angustia psicológica. Todos ellos, impactan en el mantenimiento de la salud de los pacientes con HIV, incidiendo directamente sobre la implementación de conductas de autocuidado o en el déficit de este (cuando se carece de apoyo), en la adherencia al tratamiento y otros aspectos cruciales para el manejo de la enfermedad. Al respecto, autores como Villacres-García et al., (2017) refieren que la falta de recursos económicos para cumplir con la terapia antirretroviral y los controles médicos, nivel bajo de autoestima, maltrato físico y discriminación, derivan en una baja adherencia al tratamiento y, en consecuencia, en una disminución del conteo de CD4 y mayores niveles de carga viral.

A la vez, que los regímenes farmacéuticos múltiples tienen efectos no deseados (efectos tóxicos o adversos) (Santos-Corraliza & Fuertes-Martín, 2006), los cuales hacen que la medición de la CVRS en esta población sea de gran relevancia como parte del abordaje integral del paciente, separando la concepción biologicista del abordaje de la enfermedad solo basada en la mejoría en los parámetros clínicos de laboratorio e incluyendo aspectos psicosociales como parte del tratamiento.

Por lo anterior, se diseñó la presente investigación con el objetivo de analizar la relación entre el funcionamiento inmunológico (CD4, carga viral), la calidad de vida relacionada con la salud y el proceso de afrontamiento psicosocial en pacientes que conviven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana asistentes a una Institución Privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Justificación

La infección por HIV representa un problema actual en todo el mundo como fue anteriormente mencionado, y la República Argentina no es ajena a ello. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, en Argentina existen 139.000 personas conviviendo con el HIV, de las cuales el 83% conoce su condición. Solo en el año 2018, 5.800 personas fueron diagnosticadas con el virus (el 36,5% de ellas en etapas avanzadas de la infección), la tasa de transmisión perinatal fue del 4,6% y 1.458 personas murieron por causas relacionadas con el sida (Ministerio de Salud Argentina, 2019).

Ante el aumento en los casos de HIV y los avances en el diagnóstico y tratamiento, esta enfermedad ha pasado a ser considerada como crónica, por lo cual el desafío para el sistema de salud y sus profesionales es mejorar la calidad de vida de estas personas. Sin embargo, se sabe que la adherencia al tratamiento antirretroviral es un factor determinante en la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes, afectando directamente el curso clínico del HIV, por ende, es posible asegurar que una buena adherencia al tratamiento podría influir positivamente en la percepción de la CVRS de los pacientes, pero son escasos los estudios que exploran esta relación y sus resultados de acuerdo con algunos autores, han sido poco concluyentes e inclusive, contradictorios (Cabrera et al., 2018).

Al respecto, algunos trabajos han asociado una mejoría en la CVRS al mantener una adherencia adecuada a la terapéutica antirretroviral (Holtz et al., 2014; Nglazi et al., 2014), otros, no han verificado dicha relación (Cabrera et al., 2018; Zubaran et al., 2014; Ventura et al., 2014).

El personal sanitario debe estar preparado y capacitado para abordar las singularidades de esta población que padece una enfermedad crónica, la cual, de no abordarse adecuadamente, producirá la generación de la incapacidad productiva en la sociedad, a la vez, que podría derivar en sobrecostos para el sistema sanitario.

Por otro lado, el estar enfermo siempre denota una concepción negativa a nivel social, sobre todo si ese cuadro refiere a una enfermedad crónica. Esta situación podría derivar en estímulos nocivos generadores de estrés y deterioro de la calidad de vida producto del desconocimiento, discriminación y marginalización por parte de la sociedad. Es por lo expuesto anteriormente que es importante abordar a quienes padecen algún tipo de enfermedad crónica, en especial pacientes que conviven con HIV del desde una perspectiva holística y más amplia, para comprender la adaptación a la enfermedad, tal y como lo sugieren Roy & Andrews (1999).

Los sistemas de salud deben desarrollar políticas de abordaje holístico de las personas, dado que el individuo no enferma en soledad sino en interacción con la sociedad y a su vez las estrategias de recuperación y rehabilitación deben seguir la misma línea, para no caer en la mercantilización farmacológica de la enfermedad.

No hay estudios realizados en esta población en la república Argentina, por lo cual el presente sentaría un precedente en el conocimiento del impacto de esta problemática actual sobre el bienestar percibido por los pacientes, siendo parte de las bases para la realización del presente trabajo.

Objetivos

Objetivo General

- Analizar la relación entre el funcionamiento inmunológico (CD4, carga viral), la calidad de vida relacionada con la salud y el proceso de afrontamiento psicosocial en pacientes que conviven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana asistentes a una Institución Privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante enero y junio del 2020.

Objetivos Específicos

- Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los pacientes que conviven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, a partir de las escalas Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.
- Describir los parámetros de funcionamiento inmunológico (carga Viral, recuento de células T CD4, tiempo de diagnóstico, y conducta de adherencia terapéutica) en los pacientes que conviven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana asistentes a una Institución Privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Comparar las medias de las variables Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y Evolución declarada de la salud en relación con edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tenencia de hijos, trabajo, tiempo de evolución de la enfermedad, hábito tabáquico, adherencia al tratamiento, actividad física, funcionamiento inmunológico (conteo CD4, Carga Viral, complicaciones asociadas al HIV).

- Describir el proceso de afrontamiento psicosocial en la muestra de pacientes encuestados a partir de las dimensiones Orientación a la atención médica, ambiente laboral, ambiente familiar, relación sexual, relaciones familiares extendidas, ambiente social y angustia o distrés psicológico.
- Analizar la relación entre el afrontamiento psicosocial y la adherencia al tratamiento.

Hipótesis

En los pacientes con HIV con baja adherencia al tratamiento, carga viral cuantificable y conteo de CD4 <500 cel/mm³, los valores de las escalas que componen la CVRS serían menores en comparación con aquellos con buena adherencia al tratamiento farmacológico, carga viral indetectable y CD4 >501 cel/mm³.

Habría una correlación negativa entre la carga viral y los valores de las escalas que componen la CVRS, y una correlación positiva el conteo de células TCD4 y las escalas de la CVRS.

En aquellos con un proceso de afrontamiento psicosocial deficiente, habría mayor prevalencia de baja adherencia al tratamiento farmacológico, condicionando el control de la infección y el funcionamiento del sistema inmunológico.

El hábito tabáquico podría incidir en la conducta de adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO II.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Marco teórico

Historia

La aparición del HIV (Virus de la inmunodeficiencia humana) data del 5 de junio del año 1981, cuando el CDC (Center For Disease Control And Prevention) de los Estados Unidos de América convocó a una conferencia de prensa para dar a conocer cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y candidiasis orofaríngea severa, en hombres jóvenes, homosexuales y previamente sanos de la ciudad de Los Ángeles. Algunos de ellos, presentaban como antecedente el uso de drogas endovenosas. Aproximadamente un mes después, se empezaron a reportar en la misma población casos de sarcoma de Kaposi.

La frecuencia de estas enfermedades en la población homosexual llamó la atención, promoviendo la realización de una batería de estudios, resultando en el descubrimiento de niveles peligrosamente bajos en el recuento de los linfocitos T CD4 (Sánchez-Fernández & Tomateo-Torvisco, 2014; Altman, 1982).

Para diciembre de 1981, Gottlieb et al., y Masur et al., publicaron por separado, en la revista *New England Journal of Medicine* los hallazgos de esta nueva enfermedad a la que denominaron “una nueva inmunodeficiencia adquirida como manifestación inicial de una disfunción inmunitaria celular” o “evidencia de una nueva inmunodeficiencia celular adquirida”.

Más adelante, para 1982, esta enfermedad, conocida como la “peste rosa”, sería oficialmente bautizada como AIDS, o SIDA, en español (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida), reemplazando al término GRID (*Gays Related Immune deficiency*, o

inmunodeficiencia relacionada a los gays en español) usado provisionalmente por la comunidad científica de ese entonces.

Al mismo tiempo, en Europa surgen reportes de dos epidemias, una que afectaba a los homosexuales y una segunda, que afectaba a población migrante de África sin factores de riesgo conocidos (Greene, 2007).

Para 1983, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) documentaron la transmisión heterosexual del SIDA, por lo que comenzó a cambiar la percepción del SIDA como una enfermedad exclusiva de la comunidad homosexual. Este informe mencionaba los casos de dos mujeres detallando sus casos del siguiente modo:

- Caso 1: Una mujer negra de 37 años comenzó a adelgazar y desarrolló malestar general en junio de 1982. En julio presentó candidiasis oral y linfadenopatía generalizada y luego presentó fiebre, tos no productiva e infiltrados pulmonares intersticiales difusos. Una biopsia transbronquial reveló neumonía por *Pneumocystis carinii*. Los estudios inmunológicos mostraron niveles elevados de inmunoglobulina, linfopenia y un número indetectable de células T auxiliares. Respondió a la terapia antimicrobiana, pero 3 meses después del alta hospitalaria presentó linfadenopatía, candidiasis oral y depleción persistente de células T auxiliares.

La paciente no tenía enfermedades previas ni terapia asociada a inmunosupresión. Ella admitió un consumo moderado de alcohol, pero negó el abuso de drogas intravenosas. Desde 1976, había vivido y había sido la pareja sexual estable de un hombre con antecedentes de abuso de drogas intravenosas. Desarrolló candidiasis oral en marzo de 1982 y en junio tuvo neumonía. Tenía laboratorios con evidencia

de disfunción inmunológica típica del SIDA y murió en noviembre de 1982 [Traducción libre, CDC, 1983].

- Caso 2: Mujer hispana de 23 años se encontraba bien hasta febrero de 1982 cuando desarrolló una linfadenopatía generalizada. Los estudios inmunológicos mostraron niveles elevados de inmunoglobulina, linfopenia, disminución del número de células T colaboradoras y una relación de células T colaboradoras / supresoras T deprimida (0,82). Las causas infecciosas comunes de linfadenopatía se excluyeron mediante pruebas serológicas. Una biopsia de ganglio linfático mostró hiperplasia linfoide. La linfadenopatía persistió durante casi un año; y no se encontró ninguna etiología.

La paciente no tenía enfermedades previas o terapia asociada con inmunosupresión y negó abuso de drogas intravenosas. Desde el verano de 1981, su única pareja sexual ha sido un hombre bisexual que negó el abuso de drogas intravenosas. Desarrolló malestar, pérdida de peso y linfadenopatía en junio de 1981 y candidiasis oral y neumonía por *P. Carinni* en junio de 1982. Las lesiones cutáneas, presentes durante 6 meses, fueron biopsiadas en junio de 1982 y diagnosticadas como sarcoma de Kaposi. Tenía evidencia de laboratorio de disfunción inmunológica típica del SIDA y permanecía viva a la emisión del reporte [Traducción libre, CDC, 1983].

Más adelante, se detallaría que el 80% de las nuevas infecciones por HIV en el mundo corresponden a la transmisión heterosexual, y que África Subsahariana tiene la tasa de infección más alta en todo el mundo (Greene, 2007; Cortés et al., 2019).

Pese a haber definido el síndrome, el agente etiológico no fue identificado hasta 1983 cuando Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, en Francia, aislaron el virus causante del SIDA, un retrovirus aislado y purificado obtenido de un

hombre homosexual con linfadenopatía crónica en fase “pre-SIDA”. Dicho virus, fue en su momento denominado como *LAV* (Virus asociado a linfadenopatía, por sus siglas en inglés); sin embargo, sería el Dr. Robert Gallo, biólogo, virólogo y Doctor en Medicina estadounidense, quien comunicaría al mundo la noticia de que había descubierto el agente etiológico, un virus, y que había realizado la primera prueba de detección (Greene, 2007; Boza Cordero, 2016).

Aunque hubo una gran disputa por ver quien había sido los primeros en identificar el HIV, de una manera conciliadora Ronald Reagan, Presidente de los Estados Unidos, y Jacques Chirac, Primer Ministro francés, definieron como un logro conjunto el descubrimiento del retrovirus. Montagnier, el padre histórico del virus, accede a compartir el descubrimiento. Meses después, Robert Weiss demuestra que el LAV y el HTLV-III eran el mismo y único virus (Rawling, 1994; Miranda-Gómez & Nápoles-Pérez, 2006). En 2008, se les concedería el Premio Nobel de Fisiología y Medicina a Barré-Sinoussi y Montagnier por su descubrimiento del HIV (Boza Cordero, 2016). Pese a las diferencias históricas entre Gallo y Montagnier, han realizado algunos trabajos juntos (Gallo & Montagnier, 2003).

De manera no relacionada, en 1984, Levy y su equipo publicaron un artículo denominado “*Aislamiento de retrovirus linfocitopáticos de pacientes de San Francisco con SIDA*” [Traducción libre], en el cual detallaron la identificación del aislamiento de un retrovirus en 22 de 45 pacientes con SIDA y otros individuos de San Francisco. El virus fue denominado por ellos como Retrovirus asociado al SIDA (ARV, por las siglas en inglés de *AIDS-associated retroviruses*), y se detalló que poseían una morfología de tipo D, transcriptasa inversa dependiente de Mg^{2+} y efectos citopáticos sobre los linfocitos, además, se informó que estos virus se podían propagar en una línea de células T humanas adultas establecidas, HUT-78, que reaccionaban de forma cruzada con el antisuero del

retrovirus asociado a linfadenopatía aislado de pacientes con sida en Francia (Levy et al., 1984).

En 1984, Margaret M. Heckler, entonces Secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, predijo que una vacuna estaría disponible dos años después de dicho desarrollo (PBS, 2006). Pese a su actitud positiva, hasta hoy en día no se ha podido desarrollar una vacuna eficaz que prevenga de la infección por HIV, debido a las múltiples maneras del virus de mutar y adaptarse a entornos hostiles cambiantes (Greene, 2007).

El aislamiento del HIV permitió el desarrollo del primer análisis de sangre, el cual estuvo disponible en 1985, un paso que ofreció una gran esperanza tanto a las comunidades científicas como a las no profesionales. Ese mismo año el Instituto Pasteur presentó una demanda contra el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) reclamando una parte de las regalías del análisis de sangre del NCI para el SIDA (Greene, 2007). Esta demanda fue desestimada un año después (El País, 1986).

El estigma asociado al HIV en ese momento llegó a su pico máximo, pudiendo mencionarse casos como el de Ryan White, un niño de 13 años con hemofilia que fue excluido de la escuela porque estaba infectado con el HIV. A partir de este caso, surge el *Ryan White Care Act* que buscaba financiamiento para mejorar la disponibilidad y el acceso a la atención de las personas de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente, afectadas por el VIH / SIDA y sus familias. White se convirtió en un conocido defensor de la investigación y la concienciación sobre el sida, hasta su muerte el 8 de abril de 1990 (CDC, 2009).

El 2 de Octubre de 1985 muere Rock Hudson a causa del SIDA, siendo la primera celebridad de este tipo en ser afectada, y el presidente Ronald Reagan finalmente mencionó la palabra SIDA durante una conferencia de prensa.

En 1985, en el ámbito científico, se informó sobre la secuencia del genoma del HIV el cual en comparación con muchos otros patógenos, presentaba un genoma simple, de solo 9 kb compuesto por nueve genes que codifican 15 proteínas (Wain-Hobson et al., 1985; Ratner et al., 1985).

Finalmente, para el año 1986 el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) presidido por Harold Varmus recomendó que este patógeno multinombrado se llamara Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), que sería el nombre que aún se conserva en nuestra época (ICTV, Taxonomy ID: 11676, Human immunodeficiency virus 1). La denominación correcta es HIV, en vez de VIH, aún en español, dado que la taxonomía aceptada por el ICTV es el idioma inglés, no pudiendo modificarse al español, aunque las siglas VIH, son aceptadas por la comunidad médica internacional. Ese mismo año, el grupo de Montagnier identificó en París un nuevo retrovirus en un paciente oriundo de la República de Cabo Verde, país situado al noroeste de África, que experimentaba síntomas similares a los del SIDA, llegando a la conclusión de que era un nuevo tipo de virus, nombrándolo HIV-2 (Miranda-Gómez & Nápoles-Pérez, 2009).

Pese a todo lo anteriormente mencionado, el HIV remite a tiempos previos donde la infección más antigua demostrada fue identificada en el suero recolectado de un hombre de Kinshasa (República Democrática del Congo) en el año 1959 (Melhuish & Lewthwaite, 2018).

Generalidades

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) es un lentivirus de la familia *Retroviridae*, y afecta a las células que componen el sistema inmunitario en el humano.

El HIV posee su información genética en forma de ARN, por lo que utiliza una enzima llamada transcriptasa inversa para convertirlo en ADN e insertarlo en el genoma humano para que sea replicado. En la infección primaria, el virus ingresa al cuerpo humano, más comúnmente durante las relaciones sexuales sin preservativo y posteriormente, aumenta el número de copias de este en la sangre con lo que se activa la respuesta del sistema inmune, iniciando un descenso en número de copias de este. Sin embargo, la respuesta inmune involucra dos aspectos: (1) Un aumento en la producción de las células cuyo objetivo es destruir el HIV y (2) Eliminar las células infectadas por el virus, estando en ambos casos incluidas las células T-CD4, siendo estas las encargadas de la destrucción del HIV y siendo la principal célula implicada en el mecanismo de replicación. Este mecanismo logra temporalmente disminuir la replicación del virus con una mínima afección del sistema inmune y con poca o nula sintomatología, lo que se conoce como fase asintomática.

Lo anterior se realiza durante un periodo de tiempo variable entre sujetos que depende del estilo de vida y del estado previo del sistema inmune, generalmente entre dos a cinco años, donde la carga viral nuevamente aumenta y el conteo de CD4 empieza a disminuir iniciando el proceso de inmunosupresión. Los niveles elevados de replicación del HIV y la consecuente destrucción de los CD4, lleva consigo un aumento en la posibilidad de ser infectado por diversidad de microorganismos, lo que se conoce como infecciones oportunistas y con el paso del tiempo, se desarrolla la fase más avanzada de la infección llamada SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

La infección por HIV es considerada hoy en día una enfermedad crónica debido al aumento en la expectativa de vida, derivado del desarrollo y el aumento en el acceso a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), la cual, a su vez, ha contribuido

sustancialmente a la reducción de la mortalidad y de la prevalencia de infecciones asociadas u oportunistas (Samji et al., 2013).

Desde el punto de vista histórico, el primer medicamento usado para el tratamiento de la infección por HIV fue la *Zidovudina* (AZT), cuya indicación data de finales de 1986. Gracias al esfuerzo conjunto de científicos de los Institutos Nacionales del Cáncer de Estados Unidos y de la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline (en su momento, Burroughs Wellcome), se obtienen los resultados de un ensayo en pacientes con SIDA, en quienes se había usado un fármaco sintetizado en 1964 para el tratamiento de trastornos oncológicos, mostrando una disminución de la mortalidad en estos pacientes. Debido a su mecanismo de acción se encontró que inhibía la enzima transcriptasa inversa necesaria para la replicación viral, iniciando con ello, la era de la TARGA en la infección por HIV (Suárez, s.f.; Broder, 2010). Desde 1997, la TARGA mostró reducir considerablemente la cantidad de muertes por SIDA en los países de primer mundo (Greene, 2007).

Otros hitos de interés en la era de la TARGA son: en 1989, la didanosina se aprueba como la segunda droga para el tratamiento de la infección por HIV; en 1999 se da el descubrimiento de que una sola dosis de Nevirapina logra reducir el riesgo de transmisión vertical del HIV, hito ya descrito con el AZT en 1994; más adelante en el 2003, se aprueba el primer inhibidor de la fusión para el tratamiento del HIV, *Enfuvirtide*; en 2005, el AZT pierde su patente por lo que se comercializan 4 presentaciones genéricas de este medicamento en Estados Unidos, y para el año 2006 se comercializa *ATRIPLA*, como el primer fármaco unidosis (una pastilla/día que contenía 3 medicamentos) para el tratamiento del HIV (Greene, 2007).

Conceptualmente, la TARGA se define como el empleo de dos o más medicamentos cuyo objetivo es la supresión al máximo de la carga viral en pacientes HIV positivos, y con

ello, contribuir a la recuperación inmunológica. Sin embargo, el éxito de la TARGA se relaciona con factores como la disponibilidad de medicamentos, la elección adecuada del fármaco, entre otras, y se hace hincapié en el logro de un máximo grado de adherencia a la toma de la medicación.

El nivel alto de adherencia y los chequeos periódicos de salud han demostrado como se mencionó, no solo un aumento en la expectativa de la vida de los pacientes con HIV hasta casi igualarse a la expectativa de vida de alguien HIV-negativo, sino que disminuye los costos derivados de la atención sanitaria de las comorbilidades asociadas al HIV en su fase avanzada, y mejora la calidad de vida de los afectados (Pacífico & Gutiérrez, 2015).

Actualmente se dispone de cinco grupos de medicamentos que integran la TARGA, estos son, (1) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa o NRTIs, (2) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa o NNRTIs, (3) Inhibidores de la proteasa o IPs, (4) Inhibidores de la entrada, y (5) Inhibidores de la integrasa. Cada uno de estos grupos de fármacos inhibe en algún punto la replicación del HIV y componen la base del tratamiento antirretroviral. En Argentina se desarrolló un estudio piloto que incluyó a 20 pacientes naive (sin tratamiento previo) HIV positivos, y logró demostrar que una combinación de dos drogas (Lamivudine 300 mg y Dolutegravir 50 mg) es igual de efectivo a un régimen basado en tres medicamentos, demostrando una mayor costo-efectividad y tolerancia, y una menor toxicidad (Cahn et al., 2017).

Hoy en día la TARGA hace parte de las prestaciones obligatorias y básicas de los Planes Médicos Obligatorios y de la asistencia pública y privada de diversidad de países en el mundo. Pese a lo anterior, aún en nuestros días siguen encontrándose casos de personas en estadios avanzados de la enfermedad y con la presencia concomitante de infecciones oportunistas, derivadas del desconocimiento de la afección (diagnóstico tardío) (Diez,

2011), el acceso dificultoso en ciertas regiones y/o países a la TARGA (OMS, 2010), y en otros casos, de pacientes que reciben tratamiento, pero presentan mala tolerancia y fracaso de la terapéutica por diversidad de razones, incluida la baja adherencia (Podzamczar et al., 2008).

Previo al desarrollo de la TARGA, se implementaban diversidad de estrategias en las cuales por medio de la prevención primaria (antibioticoterapia preventiva/profiláctica), se reducía el riesgo de presentar a futuro una infección oportunista, sin embargo, el deterioro progresivo del sistema inmunológico suponía un riesgo latente para el desarrollo de diversidad de trastornos a causa de diversidad de microorganismos para lo cual, no podían indicarse terapias preventivas en conjunto pues también suponían un riesgo para la salud del individuo por su toxicidad y el desarrollo de resistencia a los antimicrobianos.

Epidemiología

Según cifras de la OMS (2017) en el 2015, cerca de 36,7 millones de personas [IC95% 34-39,8] estaban infectadas con el HIV, de las cuales, 1,8 millones eran niños y para este mismo año, se produjeron 1,1 millones de muertes relacionadas con el SIDA. Sin embargo, en solo un año la cifra de personas que convivían con la enfermedad ascendió a 37,9 millones de personas, lo que muestra la magnitud del problema, y las severas dificultades en la eliminación de la transmisión del virus. Sin embargo, en 2018, solo 770 mil personas fallecieron por causas relacionadas con el SIDA, lo que muestra un avance en el acceso a la terapéutica y el diagnóstico oportuno, y mostrando una reducción de las muertes relacionadas con el SIDA cercana al 56% desde el pico alcanzado en el 2004 y del 33% desde el 2010 (ONUSIDA, 2019). Hasta la fecha, se estima han fallecido 35 millones [23,6-43,8 millones] de personas por esta causa (OMS, 2017).

Según datos de la OMS (2017) a mediados del 2017, cerca de 20,9 millones de personas estaban recibiendo TARGA en todo el mundo. Ello, supone un avance en comparación con el 2016, donde poco más 19 millones de personas tenían acceso a la medicación, lo que suponía que solo el 53% de las personas que vivían con el HIV estaba recibiendo el tratamiento a nivel mundial.

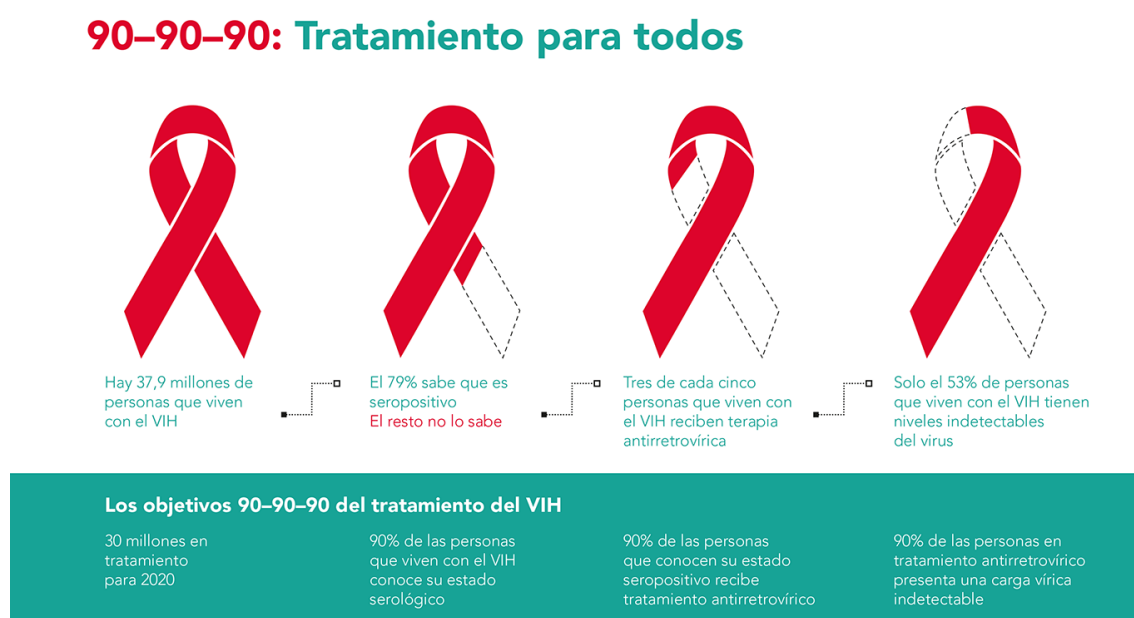
Solo en el 2018, 1,7 millones de personas [1,4 – 2,3 millones] contrajeron la infección por HIV (ONUSIDA, 2019), mostrando una reducción del 40% desde el pico alcanzado en 1997 y un descenso del 10% en comparación con el 2010. Desde 2010, se ha notado una reducción en las nuevas infecciones detectadas en los niños, pasando de 280 000 [IC95% 190 000 – 430 000] en 2010 a 160 000 [IC95% 110 000 – 260 000] en 2018 (ONUSIDA, 2018).

En el año 2016, 1,1 millones de mujeres embarazadas recibieron antirretrovirales, lo que significa cerca de un 80% de acceso al tratamiento en este subgrupo, lo que ha contribuido a la meta de la eliminación de la transmisión vertical de HIV y a la supervivencia materna, fetal y neonatal (OMS, 2017).

ONUSIDA, planteó la iniciativa 90-90-90, que plantea llegar al año 2020 con el 90% de las personas conociendo su diagnóstico, el 90% de ellas en tratamiento y de estos últimos, que el 90% se halle indetectable, sin embargo, la realidad muestra que hay 37,9 millones de personas conviviendo con el HIV, de las cuales el 79% sabe que es HIV-positivo, cerca del 60% de quienes conoce el diagnóstico se encuentra en tratamiento y de estos, solo el 53% presentan niveles indetectables del virus en sangre (*Véase Imagen I*). Y aunque las estrategias plantean la búsqueda del fin de la epidemia por medio de la generación de políticas públicas y otras acciones tendientes a disminuir por medio de la prevención los nuevos casos, un informe realizado por Kaiser Family Foundation (KFF) titulado

“Financiación de la respuesta al HIV en países de bajos y medianos ingresos: asistencia internacional de gobiernos donantes en 2015” [Traducción libre de: *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2015*] mostró que por primera vez en 5 años, el aporte económico destinado a la asistencia a las personas con HIV, se redujo de 8,6 billones (2014) a 7.5 billones (2015) (Kates et al., 2016).

Imagen I. 90-90-90, Objetivos y logros del manejo del paciente con HIV.



Fuente: ONUSIDA, 2014.

Epidemiológicamente fue también establecido el uso del término “*población clave*”, el cual hace referencia a las poblaciones con vulnerabilidad al HIV eliminando el término “*población de riesgo*”, al considerarse ofensivo y generador de discriminación. Estas poblaciones y sus parejas representan a nivel mundial cerca del 54% de los nuevos casos por HIV, y hasta el 95% de las nuevas infecciones en Europa del Este, Asia Central, medio oriente y África del Norte. En América Latina, las poblaciones clave representan

65% de las nuevas infecciones. A partir de lo anterior, se consideran como poblaciones clave a los siguientes 5 grupos: los gays y hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores(as) sexuales, personas transgénero, usuarios de drogas inyectables y población privada de la libertad. El riesgo de contraer HIV es 22 veces mayor en los hombres que tienen sexo con hombres y en usuarios de drogas inyectables, 21 veces mayor entre los(as) trabajadores(as) sexuales, y 12 veces mayor en las personas transgénero (ONUSIDA, 2019).

En la república Argentina, se estima que 139 mil personas conviven con el HIV de las cuales, el 17% desconocen su diagnóstico (Ministerio de Salud Argentina, 2019). Hasta diciembre del 2019, 59 mil personas se encontraban en tratamiento antirretroviral en el sistema público de salud, representando el 63% de la totalidad de los pacientes con HIV, y de cada 100 nacidos con madres HIV-positiva, solo 4,6 presentaron la infección. En cuanto a las poblaciones clave, la prevalencia en las mujeres trans fue del 34%, entre 12 y 15% de los hombres que tienen sexo con hombres, 4 al 7% de los usuarios de drogas inyectables, 2 al 5% de los trabajadores sexuales y/o en situación de prostitución y 2.7% en personas en situación de encierro (población carcelaria). A nivel poblacional, la prevalencia de HIV es del 0,4% entre jóvenes y adultos (Ministerio de Salud Argentina, 2019).

Entre 2017 y 2018, se notificaron 5.800 casos promedio de HIV, a una razón hombre/mujer de 2,1/1 y con una mediana de la edad al diagnóstico de 32 años en los hombres y 33 años en las mujeres. El Área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) concentró el 34% de los nuevos diagnósticos de HIV, mostrando una reducción del 9% respecto al 2008. Finalmente, las defunciones por SIDA fueron cercanas al 3,3 por cada 100.000 defunciones para el año 2017 en ambos sexos, y del 4,6 en hombres y 2,1 por cada 100.000 en mujeres (Ministerio de Salud Argentina, 2019).

Progresión de la enfermedad y factores relacionados

Actualmente se conocen dos subtipos de HIV, categorizados como HIV-1 y HIV-2. El subtipo 1 presenta como reservorio primate a los Chimpancés, y el HIV-2, cuyo origen es el mono Mangabey Fuliginoso (*Cercocebus torquatus atys*) de África occidental y que saltó al ser humano en la década de los 30s (Santana et al., 2003). Aunque los dos virus comparten similitudes en su mecanismo de proliferación e infección, son genéticamente muy distintos. Los retrovirus presentan tres tipos de regiones codificantes en su genoma: *pol*, *gag* y *env*, las cuales codifican las enzimas necesarias para su replicación que son la Transcriptasa inversa, la integrada y la proteasa (*pol*), proteínas de la cápside (*gag*) y la glicoproteína externa (*env*) responsable de la infectividad del virus. Los genes *pol* y *gag* del HIV-2 son similares en un 60% a los del HIV-1, mientras, los genes *env* presentan una similitud de entre el 30 y el 40%, lo cual explica las diferencias en la virulencia de ambas cepas (Santana et al., 2003).

A nivel global, se encuentra una mayor prevalencia del HIV-1, lo cual es explicado por la mayor tasa de transmisión y virulencia de este, mientras, el HIV-2 presenta una progresión a la fase avanzada -el SIDA- hasta un 53% más lenta (Esbjörnsson et al., 2017). También se ha descrito una progresión a muerte de 3,85 veces superior en los casos de infección por HIV-1, sin embargo, es necesario resaltar que en caso de infección concomitante de ambos subtipos de HIV (prevalencia de 0-3,2%), la progresión a la fase SIDA es más lenta (Travers et al., 1995; Esbjörnsson et al., 2012).

Los casos de HIV-2 se hallan restringidos a una zona de África occidental (Esbjörnsson et al., 2017).

El nivel de Linfocitos T - CD4 es el principal indicador del riesgo de progresión de la infección por HIV a su fase SIDA (Véase Imagen II). Los niveles de CD4 en sangre, son un indicador fiable de la condición del sistema inmunológico en pacientes HIV positivos y ha demostrado, tener una correlación positiva con la restauración de la inmunidad celular, el retraso en la progresión de la enfermedad y el aumento en la supervivencia de los afectados (García et al., 2012).

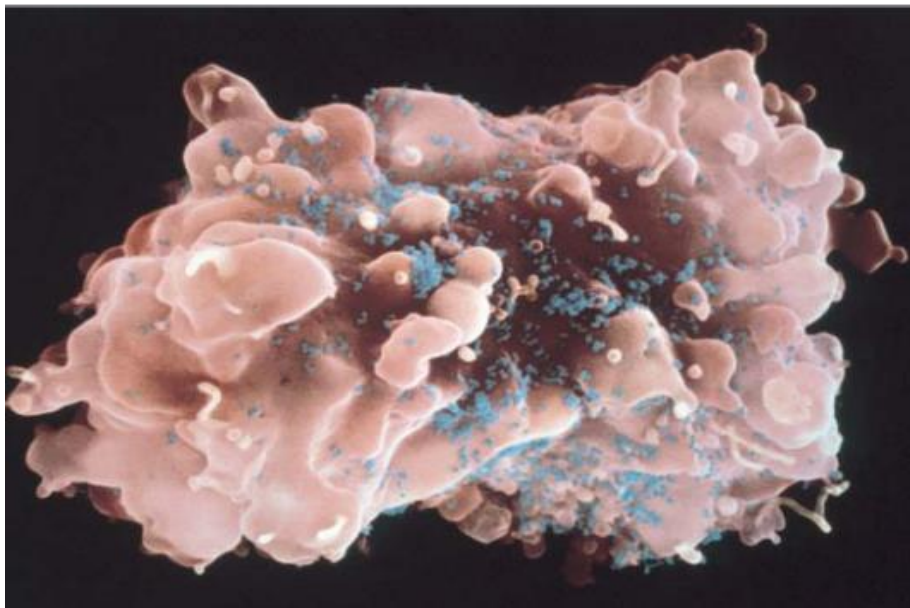


Imagen II. Linfocito T infectado por el HIV. Nilsson (1985).

Otro indicador usado, es la Carga Viral (CV), definida como la cantidad de copias de HIV presente en la sangre u otros tejidos del cuerpo humano de un sujeto HIV-positivo y es medido en copias/mililitro. Se considera que los niveles indetectables del virus (CV por debajo de 50 copias/ml, variable según el dispositivo de medición) son muestra de la efectividad de la TARGA, la cual limita la replicación del virus y con ello, contribuye a la restauración del sistema inmunológico. El HIV infecta las células T-CD4, manipula su código genético y aumenta la transcripción de nuevas copias de sí mismo, por lo que se considera que, a mayor número de copias, mayor es la invasión y destrucción de células

CD4. Es por ello, que la CV se usa como indicador de la capacidad del virus para destruir el sistema inmune y muestra el riesgo de aparición de enfermedades oportunistas.

La medición de la cantidad de copias de virus y el conteo de linfocitos T-CD4, son indicadores rutinarios para medir el funcionamiento inmunológico y en la valoración de la respuesta al tratamiento en las personas con HIV. Por su parte, la CV, también mencionada como Viremia, define la capacidad de infección de los fluidos corporales, y se usa como indicador de intransmisibilidad cuando se ha logrado una carga indetectable por más de 6 meses en pacientes con alta adherencia al TARGA (Rodger et al., 2019; Cohen et al., 2011).

Finalmente, al referirse a la fase avanzada de la infección por HIV, o SIDA, se alude a la categoría clínica C de la categoría propuesta por el CDC en 1993 – Enfermedades definitorias de SIDA. De acuerdo con esta categorización, la infección por HIV se estratifica en tres categorías según el recuento de CD4, siendo (1) sin inmunosupresión ($CD4 > 500$ células/mm³), (2) Inmunosupresión moderada ($CD4 > 200$ y < 499 células/mm³) y, (3) Inmunosupresión severa ($CD4 < 200$ células/mm³) (Véase Imagen III).

Imagen III. Estadios infección por HIV, clasificación del CDC, 1993.

CLASIFICACIÓN DEL CDC DE ATLANTA DE 1993			
Categoría según CD4	Categorías clínicas		
	A	B	C*
1. > 500 cel/mm ³ ($> 29\%$)	A1	B1	C1
2. $200-499$ cel/mm ³ ($14-28\%$)	A2	B2	C2
3. < 200 cel/mm ³ ($< 14\%$)*	A3	B3	C3

* = casos sida

Fuente: Briongos-Figuero et al., 2007, pp. 400.

A su vez, estas se subdividen en 3 categorías clínicas usando las letras A, B y C que remiten a los síntomas referidos y signos identificados en los afectados (Véase Imagen IV). La categoría C, se relaciona entonces con las denominadas enfermedades marcadoras de SIDA.

Imagen IV. Descripción de categorías clínicas de infección por HIV en adultos.

Categoría A	Categoría C
- Pacientes asintomáticos - Linfadenopatía persistente generalizada en dos o más localizaciones extrainginales más de tres meses o infección aguda por VIH - Infección aguda por VIH	- Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica - Criptococosis extrapulmonar - Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea más de un mes - Infección por CMV en el niño de más de un mes de edad (en localización distinta a hígado, bazo o ganglios linfáticos) - Retinitis por CMV - Encefalopatía por VIH - Herpes simple que causa una úlcera cutánea de más de un mes de evolución - Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones, ganglios cervicales o hiliares) - Sarcoma de Kaposi - Linfoma de Burkitt o equivalente - Linfoma inmunoblástico o equivalente - Linfoma cerebral primario o equivalente - Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada - Infección por <i>M. avium complex</i> o <i>M. kansasii</i> diseminada o extrapulmonar - Infección por otras micobacterias extrapulmonar o diseminada - Neumonía por <i>P. jiroveci</i> - Neumonía recurrente (más de 2 episodios/año) - Leucoencefalopatía multifocal progresiva - Sepsis recurrente por <i>Salmonella sp.</i> diferente a <i>S. typhi</i> - Toxoplasmosis cerebral - Síndrome caquético (<i>Wasting syndrome</i>) - Carcinoma de cérvix invasivo - Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de la pulmonar o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
Categoría B	
- Angiomatosis bacilar - Candidiasis oral (muguet) - Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento - Displasia cervical moderada-severa o carcinoma <i>in situ</i> - Temperatura superior de 38, 5 °C y diarrea más de un mes - Leucoplasia oral vellosa - Herpes zoster (dos episodios o uno que afecte a más de un dermatoma) - Púrpura trombocitopénica idiopática - Listeriosis - Enfermedad inflamatoria pélvica - Neuropatía periférica	

Fuente: Briongos-Figuero et al., 2007, pp. 401.

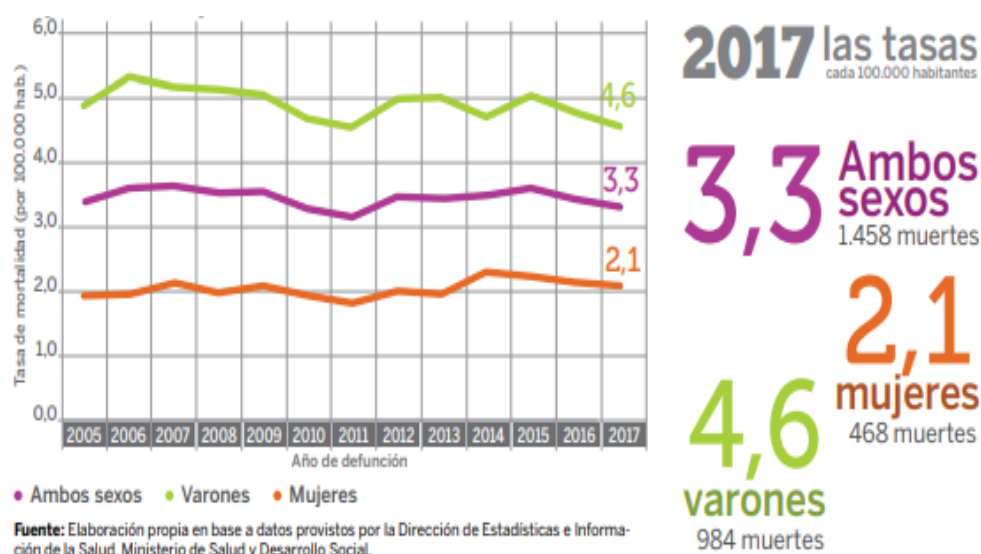
La categoría C3 refiere a la fase de más deterioro de la infección, donde confluyen la inmunosupresión con la presencia de enfermedades marcadoras de SIDA que van desde la Candidiasis traqueal hasta el Sarcoma de Kaposi. En la infección por HIV, el paciente puede moverse a través de las distintas categorías, incluso, pasando de una categoría clínica B a la A, y de categoría (según CD4) 3 a la 2.

Mortalidad por HIV

Hasta la fecha, se estima han fallecido a nivel mundial unas 32 millones de personas por factores relacionados con la infección por HIV (OMS, 2019). Sólo en 2018, unas 770 mil personas [IC95% 570 000 a 1 500 000] fallecieron por causas relacionadas con el SIDA, lo que muestra un avance en el acceso a la terapéutica y el diagnóstico oportuno, y mostrando una reducción de la mortalidad cercana al 56% desde el pico alcanzado en el 2004 y del 33% desde el 2010 (ONUSIDA, 2019).

En Argentina, según consta en el boletín epidemiológico 2019, unas 1458 personas fallecieron como consecuencia del SIDA, de las cuales, el 43% ocurrieron en territorio bonaerense y mayoritariamente en los hombres, con una tasa de mortalidad de 4,6 hombres por 100 000 habitantes, mientras en las mujeres representa el 2,1 decesos por 100 000 habitantes. Esa cifra representa un aumento del 13% respecto a lo que se registraba en el año 2005 (Ministerio de Salud Argentina, 2019) (Véase Imagen V).

Imagen V. Evolución de la mortalidad por HIV por 100 000 habitantes según sexo.



Fuente: Ministerio de Salud Argentina, 2019, pp. 51.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas con HIV

La Organización Mundial de la Salud (1946) define la *salud* como “un estado de completo bienestar físico, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” y, la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1996) siendo integrado por elementos como la salud física, el estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con el ambiente que lo rodea. La integración de estos dos términos es la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que refiere al impacto que tiene una enfermedad y su tratamiento, sobre la percepción de la satisfacción con el bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

La CVRS es definida como como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud, es decir, es una medida de percepción que manifiesta el paciente sobre elementos psíquicos y físicos que son relevantes para su bienestar. Shumaker & Naughton (1996) la definen como *“percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”*.

Para Ebrahim (1995) los propósitos de las mediciones de la CVRS incluyen el monitoreo de la salud de las personas, la evaluación de las políticas de asistencia social y sanitaria, realizar el diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad, focalizando los recursos en función de las necesidades detectadas (incluyendo el tratamiento), y en conjunto, realizar la evaluación de los efectos de un tratamiento.

En términos generales, la CVRS integra tanto aspectos objetivos de la salud (funcionalidad física, interacción con el medio) como aspectos subjetivos (incluye la satisfacción general y la percepción de la propia salud).

Actualmente, la medición de la CVRS es uno de los elementos de mayor relevancia en el ámbito sanitario, sin embargo, no existe aún claridad respecto a su definición o alcance, al punto que ha sido banalizado por los medios de comunicación y consumo, lo cual, sumado a la multicausalidad propia de la autoevaluación de la propia salud, han dificultado su apreciación. Se ha detallado, por ejemplo, que pacientes asmáticos en diferentes etapas de su enfermedad, han manifestado que eventos como “pasarlos bien en la vida” o la sensación de dar y recibir amor, proporcionan según su percepción, un más alto grado de calidad a su vida.

En el caso de la infección por HIV, como se mencionó ha avanzado hasta convertirse en una enfermedad crónica, y con el pasar del tiempo y los avances en el descubrimiento y desarrollo de fármacos, se va mejorando no solo su sobrevida, sino también la calidad de vida de los sujetos, convirtiendo a la CVRS en un área de interés en el marco de la atención en salud de esta población.

Estudios realizados en población con HIV, han mostrado que los niveles de CVRS son afectados por factores como la depresión y ansiedad, preocupación financiera y falta de soporte económico, falta de soporte social (amigos y familia), sintomatología asociada a la enfermedad, consumo de drogas y alcohol, estigmatización, mala relación con los profesionales tratantes y una menor accesibilidad al sistema de salud, la medicación y otras prestaciones sanitarias (Charles et al., 2012; Cabrera et al., 2018). Sin embargo, otros aspectos como el sexo femenino (Lifson et al., 2015), bajo nivel educativo (Vigneshwaran et al., 2013; Ballester-Arnal et al., 2016) y la homosexualidad (Lifson et al., 2015; da Cunha et al., 2015), son aspectos relacionados con una peor evaluación de la CVRS.

En cuanto al conteo de CD4 y la carga viral, se han descrito algunas tendencias claras que apuntan a una mejor evaluación de la CVRS en los pacientes con mayor conteo de células (Liping et al., 2015), y una peor evaluación en aquellos con signos de inmunosupresión (Aragón-López et al., 2012; Vo et al., 2016). Algunos estudios, no han identificado asociación alguna entre la CVRS y el conteo de CD4 (Mwesigire et al., 2015; Bucciardini et al., 2014; Igumbor et al., 2013). Tampoco se ha identificado la CV indetectable como predictor de mejor CVRS (Cabrera et al., 2018; Igumbor et al., 2013), sin embargo, algunos trabajos refieren que, en algunas áreas como la función social, depresión, ansiedad y la satisfacción con la calidad de vida, si correlacionan negativamente con la CV elevada (Bucciardini et al., 2014).

Respecto al uso de la TARGA, se ha identificado un impacto positivo de esta sobre la CVRS, sobre todo cuando reciben el primer régimen terapéutico, posiblemente relacionado con la recomposición del sistema inmune y la mejoría de diversidad de síntomas asociados a la infección (Campos et al., 2009; Mutabazi-Mwesigire et al., 2015; Karkashadze et al., 2017). Sin embargo, se ha asociado un deterioro de la CVRS relacionado con la presencia de efectos adversos relacionados con la medicación como la lipodistrofia (Mûnene & Ekman, 2014).

Respecto a lo anterior, Osei-Yeboah et al., (2017) en su trabajo mencionan que los pacientes con VIH en sus fases avanzadas presentan un deterioro significativo de su calidad de vida, mientras, en los que son asintomáticos, es decir, aquellos que tienen la infección controlada con la medicación antirretroviral adecuadamente prescrita, con buena adherencia al tratamiento y con conteo normal o alto de linfocitos CD4, la calidad de vida se mantuvo en valores más alto, solo presentando en el último caso 21,8% de los encuestados una evaluación baja, y en el primero, este valor ascendía a 31,2%. A la vez, los pacientes asintomáticos presentan una puntuación más baja en comparación con los pacientes sintomáticos, en la evaluación de las creencias espirituales y religiosas. Los pacientes que no estaban en terapia antirretroviral tenían una calidad de vida significativamente peor en comparación con los pacientes en tratamiento en las dimensiones espiritualidad, religiosidad y creencias personales.

Con lo anterior, es de esperarse que, en los pacientes con mejor nivel de adherencia a la TARGA, se hallen mayores niveles de CVRS, dado que de este modo de obtendrán mejores beneficios de la terapéutica (mayores niveles de CD4, menor cantidad y severidad de síntomas, niveles bajos o indetectables de CV). Algunos estudios han identificado la relación mencionada (Holtz et al., 2014; Nglazi et al., 2014; Krause et al.,

2013), mientras, otros trabajos no han encontrado relación alguna (Zubaran et al., 2014; Ventura-Cerdá et al., 2014).

Proceso de afrontamiento y ajuste psicosocial en personas con HIV/SIDA

Se asume que la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha alterado en gran medida la experiencia psicológica de vivir con HIV / SIDA en comparación con la vivencia al inicio de la pandemia cuando no se disponía de esta, cuando la supervivencia posterior a los 5 años del diagnóstico estaba entre el 5 y el 10% (Callen, 1990; Lemp et al., 1990; Hardy, 1991; Rabkin et al., 1993).

Hoy en día, es bien conocido que la infección por HIV es una condición crónica en lugar de aguda, y cuyo manejo adecuado reduce la morbilidad y mortalidad asociada a esta, y ello, es debido al efecto de los nuevos agentes antirretrovirales, los cuales reducen drásticamente la carga viral y aumentan los recuentos de células T CD4, lo que reduce el riesgo de infecciones oportunistas y prolonga la supervivencia de las personas (Liu et al., 2019; Mangal et al., 2019).

Actualmente, disponemos de gran variedad de medicamentos antirretrovirales que ayudan al control de la infección, reduciendo la carga viral hasta niveles indetectables en sangre y que mantienen adecuado el conteo de linfocitos TCD4, impidiendo, en caso de ser adecuadamente prescrita y administrada, la evolución al estadio avanzado de la infección, el SIDA (Mangal et al., 2019).

La TARGA ha introducido una perspectiva de una supervivencia prolongada y la disminución de los síntomas, sumado a una legislación que prohíbe el testeo para HIV, permitiendo que las personas que conviven con el HIV tener la oportunidad de estudiar y

trabajar sin mayores dificultades (García de Olalla et al., 2002; Liu et al., 2019). Ello, ha introducido esperanza en los sujetos infectados, dándoles la oportunidad de una *segunda vida*.

Sin embargo, hay preocupaciones más allá que el acceso y la continuidad con el tratamiento, sino que se suman ante la noticia del diagnóstico las incertidumbres a corto y mediano plazo relativas a la relación familiar y de pareja, el miedo al rechazo y la discriminación, cambios en el funcionamiento sexual, ambiente vocacional (escuela, trabajo, etc.), actividades sociales y el estrés psicológico de padecer una enfermedad crónica. Ello, amerita de cambios en la estructura cognitiva del paciente que lo obligan a adaptarse y lograr convivir con este nuevo panorama en lo que se considera el proceso de afrontamiento y ajuste psicosocial.

Handayani & Susanti (2019) refieren que en hombres homosexuales con VIH / SIDA, actitudes como el rechazo, el estigma, la discriminación de la familia, amigos y la sociedad, pueden provocar problemas psicológicos que conducen a una baja autoestima, falta de apertura y falta de apoyo social, lo que podría contribuir a un mayor riesgo de transmisión del HIV / SIDA. Los hombres homosexuales que enfrentan discriminación, violencia verbal y física, aislamiento y percepciones negativas pueden experimentar un cambio en la autoestima, depresión, ansiedad e incluso, pueden llegar a autolesionarse.

Pointdexter & Shippy (2010) por otro lado mencionan que además de los cambios psicológicos, también ocurren cambios sociales. Estos derivan por el estigma y la discriminación que impiden que las personas con HIV / SIDA reciban apoyo social, lo que afecta negativamente su comportamiento de autocuidado y aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades, ya que como fue explicado, baja adherencia al tratamiento implica carga viral detectable y mayor riesgo de transmisión de HIV. La discriminación

y las percepciones negativas dentro de la sociedad pueden generar malestar en entornos sanitarios o en las relaciones sociales para hombres homosexuales seropositivos.

Haciendo un lado el estigma conjunto de la diversidad sexual y la seropositividad, un estudio realizado en Colombia para evaluar las estrategias de afrontamiento y ansiedad y que incluyó a 92 sujetos de ambos sexos entre los 23 y los 68 años, halló muy bajos niveles de ansiedad y depresión, y un alto uso de las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema), de búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud, alto empleo de la estrategia de control emocional y muy bajo uso de la estrategia de reacción agresiva (Gaviria et al., 2009).

Otra investigación realizada en México que incluyó a 150 pacientes HIV positivos refiere que el principal factor psicosocial asociado con el inicio tardío a la TARGA fue la percepción de autoestigma relacionada con el HIV/SIDA. También, se informó que esto influye sobre la iniciativa para realizarse la prueba de detección para el HIV, siendo en la mayoría de los casos realizadas por indicación médica sin la solicitud directa por parte de los sujetos. este estudio concluyó que es necesario de la aplicación de intervenciones psicosociales dirigidas a disminuir la autoimagen negativa y actitudes y comportamientos estigmatizantes en grupos de riesgo (Noguera-Orozco et al., 2015).

Otro trabajo realizado por Judd et al., (2000) cuyos objetivos fueron investigar la estabilidad de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo, explorar las posibles razones de la génesis de los síntomas depresivos, examinar el ajuste psicosocial a lo largo del tiempo y examinar los efectos de la introducción de la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) en un grupo de pacientes infectados por el HIV, hallaron que los estresores psicosociales (angustia de eventos vitales y número de duelos) se redujeron a medida que avanzaba el estudio, el cual duró 2 años. Los síntomas depresivos reportados disminuyeron con el tiempo y el ajuste psicosocial a la enfermedad tendió a mejorar.

Pakenham et al., (1994) encontraron que el ajuste psicosocial se relacionó con el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, mientras, las estrategias de afrontamiento se vincularon con el ajuste psicosocial, y el apoyo social se asoció más fuertemente con variables relacionadas con la salud. Con lo anterior, se puede inferir que un mejor proceso de ajuste psicosocial y apoyo social puede ser predictor de una mejor evolución y menor prevalencia de síntomas en pacientes HIV positivos.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

Materiales y Métodos

Diseño del estudio y justificación de su elección

El estudio fue analítico, no experimental, de corte transversal y con enfoque cuantitativo.

El estudio se considera analítico, dado que se buscó analizar la CVRS, el afrontamiento psicosocial y la función inmunológica, e identificar patrones y diferencias estadísticamente significativas, entre los grupos derivados de la caracterización sociodemográfica y los parámetros clínicos (edad, sexo, estado civil, años de evolución de la enfermedad, adherencia al tratamiento, carga viral) y las escalas que componen la CVRS y el Afrontamiento y ajuste psicosocial.

Se consideró no experimental dado que se recolectaron datos de forma pasiva sin introducir cambios o tratamientos (Manterola & Otzen, 2014).

El corte fue trasversal debido a que la información fue recolectada una única vez en el tiempo.

El enfoque fue cuantitativo, al recabarse y analizarse datos que fueron luego codificados a valores numéricos previamente establecidos en los instrumentos.

Población en estudio y muestra

La población de estudio son los pacientes HIV positivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus alrededores que asisten a los consultorios de infectología de una institución privada de CABA especializada en la atención a pacientes con HIV.

Los sujetos fueron elegidos mediante muestreo probabilístico aleatorio, entre los pacientes asignados a consultorios externos para seguimiento por infectología usando la base de datos de consultantes. Posteriormente, se analizó su deseo de participar en la investigación y el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos.

Se implementó un test de adherencia al tratamiento para identificar desvíos (variable confusora y relacionada) en el control inmunológico derivados de la baja adherencia al tratamiento farmacológico.

Para el cálculo de muestra, se tuvo en cuenta: Nivel de confianza o seguridad del 95%, poder estadístico 80%, proporción en el grupo de referencia (baja adherencia al tratamiento) del 60% de buena CVRS y proporción en el grupo intervención (buena adherencia al tratamiento) del 80%; detectando diferencias de hasta el 20%, lo cual asegura un adecuado tamaño de muestra, ya que detectar proporciones del 50-50%, disminuye la potencia del estudio (y el tamaño muestral). Usando los datos anteriores, la muestra a reclutar fue de 121 sujetos (mínimo) y con datos ajustados a pérdidas (R: 20%), la muestra final fue de 152 sujetos. Estas estimaciones se realizaron siguiendo los lineamientos de García-García et al., (2013) para el cálculo de muestras en dos proporciones. Estas estimaciones, cumplen las expectativas de muestreo para las demás variables del estudio.

Al ser un estudio observacional, que no presenta un riesgo evidente para la salud de los pacientes y cuya participación requiere de 25 minutos de diligenciamiento de los instrumentos, no se establecerá un criterio de “*enrolamiento*” similar a estudios de la industria farmacéutica ni seguimiento a los encuestados.

Los pacientes accedieron voluntariamente a participar en la investigación y se les dio la opción de retirarse de ella cuando lo desearan.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron poseer diagnóstico de Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV/SIDA) código CIE-11: 1C62; de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 años hasta los 60 años, sin alteraciones en el estado mental, con evolución de la enfermedad desde el diagnóstico mayor a 6 meses, encontrarse en TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) al menos hace 3 meses y que accedieran voluntariamente a participar de la Investigación.

Se excluyó a los pacientes con algún grado de discapacidad visual, auditiva, motora o mental, con trastornos en el nivel de conciencia (pacientes en coma) o en la lucidez mental (Enfermedad de Alzheimer, Psicosis, Esquizofrenia), pacientes en terapia hormonal restitutiva (mujeres trans en terapia hormonal activa), quienes hayan estado internados en los últimos 30 días, personas embarazadas, y todos aquellos que no desearan participar de la investigación.

Variables

Las variables *independientes* fueron: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tenencia de hijos, trabajo, tiempo de evolución de la enfermedad, hábito tabáquico, adherencia al tratamiento, actividad física, funcionamiento inmunológico (conteo CD4, Carga Viral, complicaciones asociadas al HIV).

Las variables dependientes fueron:

- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y Evolución declarada de la salud.
- PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD: Orientación a la atención médica, ambiente laboral, ambiente familiar, relaciones sexuales, relaciones familiares extendidas, ambiente social y angustia/distrés psicológico.

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones / Escalas / ítems	Definición operacional	Indicadores / Cantidad de ítems
Caracterización sociodemográfica	Sexo	Sexo biológico /al nacer	Hombre, Mujer, Otro
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento (en años)	En años
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero, Casado, Unión libre, Viudo, Divorciado.
	Trabaja	Situación laboral, respecto de la realización de labores que devengan una contraprestación económica (sueldo)	Si, No
	Tiene hijos	Tenencia de hijos biológicos o por adopción.	Si, No

	Tiempo de diagnóstico	Tiempo transcurrido desde que se recibió el diagnóstico	En años
Valoración clínica e inmunológica	Tabaquismo	Consumo habitual de tabaco.	Si, No
	Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos que exija gasto de energía.	Si, todos los días; Si, tres veces por semana; No, nunca
	Carga Viral	Cuantificación de la infección por HIV que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por mililitros de sangre.	Indetectable, Detectable (copias/mm3)
	CD4	Cantidad de linfocitos CD4 por mm3 de sangre	Células/mm3
	Complicaciones	Resultado desfavorable ante la infección por HIV, o su tratamiento, y que puede afectar negativamente el pronóstico o el resultado de la enfermedad.	No, Si, ¿Cuál?

Adherencia al tratamiento	¿Olvida alguna vez tomar los tratamientos para su enfermedad?	El grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.	Si, No
	¿Toma su medicación a la hora indicada?		Si, No
	Cuando se siente bien, ¿deja de tomar su medicación?		Si, No
	Si alguna vez le sienta mal la medicación ¿deja usted de tomarla?		Si, No
Calidad de vida relacionada con la salud	Función Física	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.	10 preguntas
	Rol Físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.	4 preguntas

	Dolor Corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar	2 preguntas
	Salud General	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	5 preguntas
	Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	4 preguntas
	Función Social	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual	2 preguntas
	Rol Emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.	3 preguntas
	Salud Mental	Expresa la valoración general de la salud mental general, lo que incluye la presencia de depresión, ansiedad, control de la conducta,	5 preguntas

		control emocional y el efecto positivo en general.	
	Evolución Declarada de la Salud	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.	1 pregunta
Proceso de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial a la enfermedad	Orientación al Cuidado de la Salud	Evalúa la naturaleza de la postura de atención de la salud del encuestado y si funcionará para promover un ajuste positivo o negativo a la enfermedad y su tratamiento.	8 preguntas
	Ambiente Laboral	Refleja el impacto de un trastorno médico puede tener sobre el entorno de trabajo, evaluando la calidad del desempeño en el trabajo, pérdida de tiempo por enfermedad, y el interés en el trabajo.	6 preguntas
	Ambiente Familiar	Esta dimensión se orienta hacia las dificultades inducidas por la enfermedad que surgen principalmente en el hogar o en el entorno familiar.	8 preguntas

	Relación Sexual	Provee una medición en los cambios en la calidad de la conducta sexual y la relación atribuida a la enfermedad.	6 preguntas
	Relación con la Familia Extendida	Mide la disrupción en la relación con la familia extendida asociada a la experiencia de estar enfermo.	5 preguntas
	Ambiente Social	Refleja el estatus del entorno social del paciente y las actividades de ocio, y el grado en que estas se vieron alteradas como resultados del dolor o los efectos de la enfermedad.	6 preguntas
	Distrés psicológico	Mide los pensamientos disfóricos y sentimientos que acompañan la enfermedad, o que son el resultado directo de esta y sus secuelas. Los indicadores principales de distrés psicológico son la ansiedad, depresión, hostilidad, baja autoestima, problemas con la imagen corporal y sensación de culpa.	7 preguntas

Procedimiento

Los pacientes fueron convocados a participar por el investigador del presente trabajo en presencia del médico tratante, posterior a su visita médica y se le brindará la información necesaria para tomar una decisión informada y consciente sobre su participación en el estudio, resaltando el procedimiento de diligenciamiento de los instrumentos, la confidencialidad en el manejo de los datos y los fines del estudio en sí, para luego solicitarle en caso desee participar, la firma del consentimiento informado anexo en el presente trabajo.

Luego se entregó el instrumento para ser diligenciado en la sala de espera del centro en un tiempo aproximado de 25 minutos. Se mantuvo el consentimiento informado por separado del instrumento de recolección de la información y no se usaron códigos u otros aspectos que permitiesen vincular a quienes integren la muestra con sus encuestas diligenciadas; y los consentimientos informados firmados fueron mantenidos en la institución hasta finalizada la investigación y solo tuvieron acceso a estos los profesionales tratantes y el investigador del presente estudio.

No se solicitaron datos filiatorios como nombres o números de documento o HC a los pacientes en las encuestas entregadas.

Análisis estadístico

Especificación de métodos descriptivos y pruebas estadísticas

Las variables categóricas se resumieron en frecuencias absolutas y porcentuales; las variables numéricas a través de media, desvío estándar, rangos e intervalo de confianza (IC95%).

Respecto a las herramientas informáticas, la información recolectada fue tabulada en una base de datos en el programa Microsoft Excel, y analizada en el programa *Infostat* versión Libre (v/L).

Debido a que las variables que integran la CVRS y el PAIS-SR se integran como índices, se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis estadístico.

Se utilizó la prueba de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre medianas en el caso de variables dicotómicas, esta prueba es además considerada la más potente y que opera a partir del sumatorio de los rangos que presentan los valores de cada grupo una vez ordenados. Mientras, para variables con tres o más categorías, se usó la prueba Kruskal-Wallis.

Se calcularon los índices de correlación de las variables numéricas usando el test de correlación de Pearson, calculando la relación entre las variables inmunológicas (CD4, Carga Viral, tiempo de evolución), los índices de las variables que componen la calidad de vida relacionada con la salud y el proceso de ajuste/afrontamiento psicosocial.

Se consideró como valor estadísticamente significativo a los valores de $p < 0.05$.

Criterios para el manejo de datos faltantes, excluidos y espurios

En el caso de datos faltantes, se procedió en función de las directrices de los instrumentos para realizar el análisis.

En el caso del SF-36, cuando los datos faltantes representaron más del 25% de las respuestas de la encuesta, se procedió a eliminar la información completa de la observación (Alonso et al., 1995).

Instrumentos

SF-36

Se utilizó el cuestionario SF-36 que evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), de manera genérica, breve y de carácter autoadministrado, que contiene 36 ítems que cubren 8 dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Percepción de salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y presenta un ítem de Transición de salud, el cual analiza la evolución del estado de salud al ser comparado con el año anterior. Este cuestionario ha sido seleccionado en virtud de la evidencia científica que apoya su uso por encima de otros cuestionarios que miden la CVRS en pacientes HIV positivos (Shahriar et al., 2003).

Este instrumento, detecta tanto estados positivos como negativos de la salud.

De los 36 ítems que tiene el instrumento, 22 de ellos corresponden al dominio de salud física, y el restante, al componente mental, y cada uno de los ítems se responde en una escala de Likert de 3 a 6 opciones. Los ítems originan una escala para cada dimensión que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud posible para esa dimensión) hasta

100 (el mejor estado de salud). Se menciona además un puntaje de corte de buena/mala calidad de vida en los 50 puntos, siendo una mala CVRS la correspondiente a los valores <50 y buena, cuando superan los 51 puntos (Vilagut, 2005).

Es necesario resaltar que el cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Este instrumento ha sido validado e implementado en diversos estudios realizados en Argentina por lo cual cuenta con validez para su uso en esta población (Machnicki et al., 2009; Augustovsky et al., 2008).

PAIS-SR

Para la medición del ajuste psicosocial, se utilizó el cuestionario del Proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial (PAIS) en su versión de auto-reporte (PAIS-SR) diseñado por Derogatis (1985, 1996). El mismo está integrado por 46 ítems, agrupados en 7 dimensiones: Orientación a la atención médica (reactivos 1-8), ambiente laboral (reactivos 9-14), ambiente familiar (reactivos 15-22), relación sexual (reactivos 23-28), relaciones familiares extendidas (reactivos 29-33), ambiente social (reactivos 34-39) y angustia o distrés psicológico (reactivos 40-46).

Todas las preguntas son respondidas en una escala de Likert de 4 adjetivos que se puntúan en sentido creciente (preguntas impares) o decreciente/reverso (preguntas pares) a las cuales se les asignan valores numéricos que van de 0 a 3, y que luego son agrupadas en las 7 dimensiones mencionadas.

El puntaje esperado en la dimensión Orientación a la atención médica oscila entre 0 y 24, ambiente laboral entre 0 y 18 puntos, ambiente familiar entre 0 y 24 puntos, relación

sexual entre 0 y 18 puntos, relaciones familiares extendidas entre 0 y 15 puntos, ambiente social entre 0 y 18 puntos, y distrés psicológico entre 0 y 21 puntos.

En tres estudios publicados, las estimaciones de confiabilidad de consistencia interna (Coeficientes) para los puntajes de los dominios del PAIS-SR fueron: .63-.80; .68-.93; y .47-.85.

La validación del PAIS ha sido extensa, con estudios de validez convergente, predictiva y constructiva, así como la confirmación de la estructura dimensional, revisada a fondo en los trabajos de Derogatis & Derogatis (1990) y Derogatis & Fleming (1996). Se solicitó la licencia para el uso del cuestionario PAIS-SR a Clinical Psychometric Research, Inc., obteniéndose esta, a un costo de 261.15 USD. Se obtuvo el cuadernillo de validación con información sobre el mismo y las grillas de corrección.

Cuestionario de Morisky Green

La conducta de adherencia terapéutica fue medida utilizando el test de Morisky-Green (Morisky et al., 1986) en su versión básica de 4 preguntas, dado lo rápido y sencillo para su diligenciamiento. Este test, también se conoce con los nombres de *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) o *4-item Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-4) (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

Como se mencionó, esta versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica.

En cuanto a su validación, este se encuentra apto para su uso en diversidad de patologías crónicas como hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en la infección por HIV.

Caracterización de la muestra

Las escalas anteriores, fueron complementadas con un cuestionario de datos sociodemográficos, que incluirá sexo, edad, estado civil, condición laboral, tenencia de hijos y aspectos propios de la enfermedad, a saber, tiempo de diagnóstico, tratamiento actual, y unas preguntas sobre control virológico y funcionamiento inmunológico: presencia de complicaciones o enfermedades asociadas (si las hubiere), Carga Viral y recuento de células T CD4. Estos últimos, fueron diligenciados por el médico tratante.

Aspectos éticos

El presente estudio cuenta con un visado previo del comité de ética para la investigación científica y tecnológica de la Universidad Abierta Interamericana (CEICyT – UAI), quienes aprobaron con fecha del 6 de marzo del 2019 bajo número 0-1038, el proyecto – protocolo, el Curriculum Vitae del Investigador Principal (IP) y el Consentimiento informado (CI) (*Véase Anexos*).

Respecto a los recaudos éticos, la encuesta fue auto diligenciada. La participación de los sujetos se resaltó en todo momento como voluntaria, asegurando la elección consciente y libre de su participación.

Se implementó el consentimiento informado escrito. El instrumento fue diligenciado sin solicitar los datos filiatorios de los sujetos, de modo que se preservó la intimidad de los participantes.

La confidencialidad de los datos fue protegida en cumplimiento de la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales de la Dirección Nacional de Protección de los Datos Personales del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de Argentina.

El consentimiento informado fue solicitado en la primera hoja del estudio, y se retiró del paquete de encuestas, manteniéndose todo el tiempo en la institución donde se recaudaron los datos. No se brindó estímulo económico alguno por la participación en el estudio.

Los instrumentos aplicados, así como la información recabada, estuvieron a disposición de las autoridades pertinentes ante su requerimiento y/o pedido.

Presupuesto

Los costos derivados de la impresión de encuestas y procesamiento de la información (análisis estadístico), serán responsabilidad del IP, autor del presente trabajo.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

Descripción de la muestra

Variables sociodemográficas

Se encuestaron a 153 sujetos de ambos sexos. Se eliminaron 9 registros debido a que se encontraban incompletos, quedando la muestra comprendida por 144 observaciones.

Estos, eran mayoritariamente de sexo masculino (82,63%), solteros (61,80%), con estudios universitarios (50%), sin hijos (74,30%) y con trabajo (88,19%); de estos últimos, 58,33% representaron los trabajadores autónomos, 26,38% en relación de dependencia y 3,47% con empleo no registrado. Respecto a la edad, la media fue de 43,8 años (DE: 11) con un rango comprendido entre los 24 y los 64 años (Véase Tabla I).

Tabla I. Variables sociodemográficas.

Variable	FA	FR
Sexo		
Hombre	119	82,63%
Mujer	25	17,36%
Estado Civil		
Soltero	89	61,80%
Unión Libre	29	20,13%
Casado	19	13,19%
Divorciado	6	4,16%
Viudo	1	0,69%
Nivel educativo		
Primario	5	3,47%
Secundario	32	22,22%
Terciario	35	24,30%
Universitario	72	50,00%
Trabajo		
Si	127	88,19%

No	17	11,80%
Hijos		
Si	37	25,69%
No	107	74,30%
Total	144	100%

Variables clínicas e inmunológicas

Se encontró que los sujetos encuestados presentaban un tiempo de evolución de la enfermedad de 9,9 años (DE: 8) y con un rango que oscilaba entre 1 y 31 años. Se encontró que el 31,94% había presentado alguna complicación, siendo la más común la neumonía (17,36%) seguido de la Infección por Herpes (8,33%) (Véase Tabla II).

Tabla II. Complicaciones

Variable	FA	FR
Complicaciones		
Ninguna	98	60,05%
Si	46	31,94%
Tipo de complicación		
Neumonía	25	17,36%
Infección por Herpes	12	8,33%
Candidiasis	7	4,86%
Sarcoma de Kaposi	5	3,47%
Tuberculosis	4	2,77%
Otra	1	0,69%

Respecto a las variables del funcionamiento inmunológico, 15,27% de los encuestados presentaron carga viral (CV) detectable con una media de 3952,7 copias (DE: 4147) y con un rango comprendido entre 98 y 9030 copias. La media de CD4 fue de 655 cel/mm³ (DE: 287) y con un mínimo de 35 y máximo 1736 cel/mm³.

Variables confusoras

Se consideró tres variables confusoras: hábito tabáquico, actividad física y adherencia al tratamiento.

El 38,88% de los encuestados fumaban, y el 56,25% realizaban algún nivel de actividad física por día. Se encontró que la adherencia al tratamiento fue evaluada como buena en el 49,30% (Véase Tabla III).

Tabla III. Variables confusoras.

Variable	FA	FR
Hábito tabáquico		
Si	56	38,88%
No	88	61,11%
Actividad física		
Si, todos los días	19	13,19%
Si, tres veces por semana	62	43,05%
No, nunca	63	43,75%
Adherencia al tratamiento		
Buena	71	49,30%
Mala	73	50,69%

Respecto a la adherencia al tratamiento, se utilizó el test de Morisky-Green el consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del sujeto respecto al cumplimiento o adherencia al régimen farmacológico, valorando si adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su enfermedad.

Según este test, se estratifica a los pacientes como cumplidores (con buena adherencia) y no cumplidores (con mala/baja adherencia). El test consta de las siguientes preguntas:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

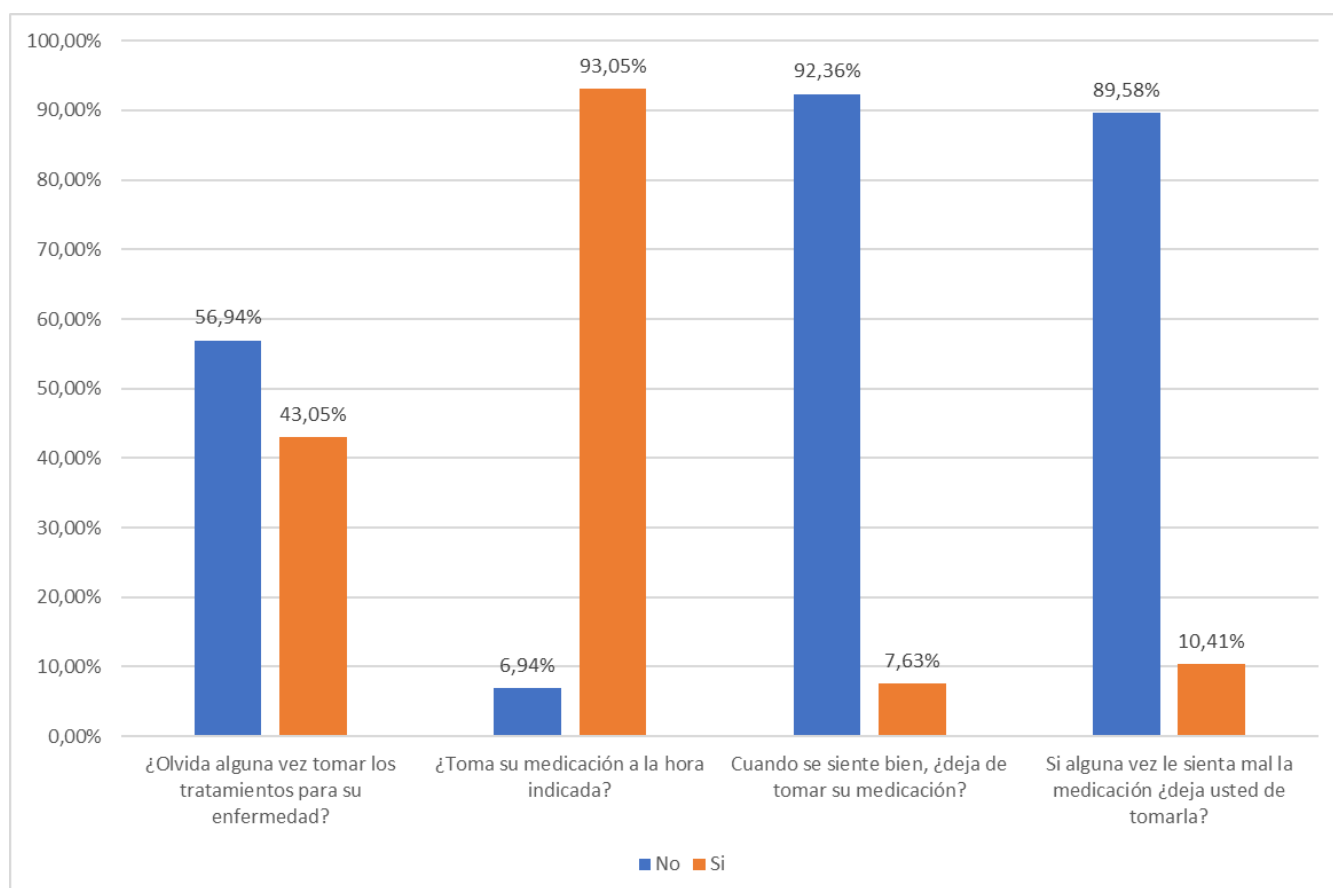
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente considerado cumplidor es aquel que responde No/Sí/No/No a los ítems anteriores, hallándose frecuencias de estas respuestas de 56,94%, 93,05%, 92,36% y 89,58%, respectivamente (Véase Imagen VI).

Imagen VI. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico.



Calidad de Vida Relacionada con la Salud

A continuación, se muestran las respuestas a los 36 ítems que integran el cuestionario SF-36 (Véase Tabla IV).

Tabla IV. Distribución de frecuencias de los ítems que componen el cuestionario SF-

36.

DIMENSIÓN	N° PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA					
		1	2	3	4	5	6
SG	1	19 (13%)	80 (56%)	37 (26%)	8 (6%)	0 (0%)	
TS	2	51 (35%)	15 (10%)	70 (49%)	8 (6%)	0 (0%)	
FF	3 ^a	17 (12%)	36 (25%)	91 (63%)			
FF	3b	0 (0%)	12 (8%)	132 (92%)			
FF	3c	0 (0%)	9 (6%)	135 (94%)			
FF	3d	6 (4%)	39 (27%)	99 (69%)			
FF	3e	1 (1%)	10 (7%)	133 (92%)			
FF	3f	4 (3%)	15 (10%)	125 (87%)			
FF	3g	3 (2%)	15 (10%)	126 (88%)			
FF	3h	5 (3%)	9 (6%)	130 (90%)			
FF	3i	1 (1%)	4 (3%)	139 (96%)			
FF	3j	0 (0%)	2 (1%)	142 (99%)			
RF	4 ^a	1 (1%)	4 (3%)	23 (16%)	29 (20%)	87 (60%)	
RF	4b	1 (1%)	3 (2%)	54 (38%)	23 (16%)	63 (44%)	
RF	4c	1 (1%)	2 (1%)	33 (23%)	38 (26%)	70 (49%)	
RF	4d	2 (1%)	2 (1%)	27 (19%)	39 (27%)	74 (51%)	
RE	5 ^a	3 (2%)	6 (4%)	33 (23%)	33 (23%)	69 (48%)	
RE	5b	3 (2%)	11 (8%)	35 (24%)	47 (33%)	48 (33%)	
RE	5c	3 (2%)	7 (5%)	37 (26%)	41 (28%)	56 (39%)	
FS	6	69 (48%)	34 (24%)	18 (13%)	18 (13%)	5 (3%)	
DC	7	52 (36%)	42 (29%)	28 (19%)	15 (10%)	7 (5%)	0 (0%)
DC	8	96 (67%)	33 (23%)	8 (6%)	7 (5%)	0 (0%)	
VT	9 ^a	41 (28%)	48 (33%)	42 (29%)	13 (9%)	0 (0%)	
SM	9b	1 (1%)	26 (18%)	52 (36%)	34 (24%)	31 (22%)	
SM	9c	3 (2%)	11 (8%)	22 (15%)	22 (15%)	86 (60%)	
SM	9d	31 (22%)	62 (43%)	41 (28%)	9 (6%)	1 (1%)	
VT	9e	31 (22%)	56 (39%)	44 (31%)	9 (6%)	4 (3%)	
SM	9f	2 (1%)	10 (7%)	39 (27%)	36 (25%)	57 (40%)	
VT	9g	20 (14%)	2 (1%)	45 (31%)	56 (39%)	21 (15%)	
SM	9h	31 (22%)	54 (38%)	50 (35%)	9 (6%)	0 (0%)	
VT	9i	7 (5%)	19 (13%)	58 (40%)	32 (22%)	28 (19%)	
FS	10	6 (4%)	1 (1%)	35 (24%)	29 (20%)	73 (51%)	
SG	11 ^a	9 (6%)	9 (6%)	22 (15%)	36 (25%)	68 (47%)	
SG	11b	66 (46%)	47 (33%)	11 (8%)	13 (9%)	7 (5%)	
SG	11c	2 (1%)	9 (6%)	55 (38%)	23 (16%)	55 (38%)	
SG	11d	43 (30%)	63 (44%)	19 (13%)	12 (8%)	7 (5%)	

Nota: Se muestran las 36 preguntas que componen el cuestionario SF-36 y la pertenencia de cada una de estas en sus respectivas escalas. Abreviaturas: SG: Salud general, FF: Función física, SM: Salud mental, VT: Vitalidad, DC: Dolor corporal, FS: Función social, RF: Rol físico, TS: Transición del estado de salud, RE: Rol emocional.

Al analizar el comportamiento de la CVRS se encontró que la dimensión mejor percibida fue la Función Física con una media de 92,19 [DE: 13,99; IC95%: 89,88-94,49], mientras,

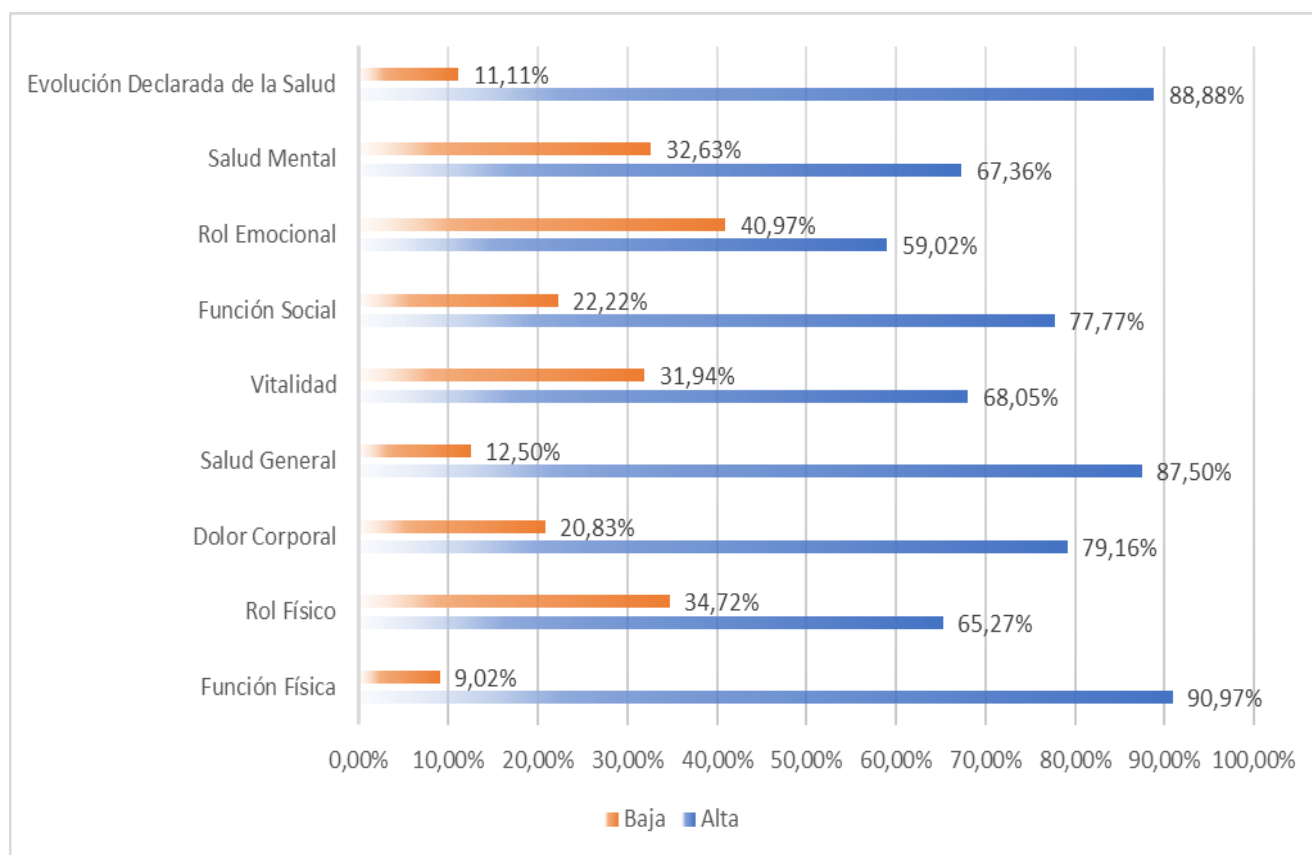
la dimensión con peor percepción fue la Vitalidad con una media de 61,42 [DE: 14,93; IC95%: 58,96-63,87]. El componente mental fue el más comprometido al presentar medias más bajas. Los datos completos se muestran en la Tabla V.

Tabla V. Comportamiento de las dimensiones de la CVRS.

Componente	Dimensión	media (DE)	IC95%	Mínimo	Máximo
Salud Física	Función Física	92,19 (13,99)	89,88-94,49	25	100
	Rol Físico	73,44 (36,83)	67,37-79,50	0	100
	Dolor Corporal	71,62 (26,78)	67,20-76,03	12	100
	Salud General	74,19 (18,47)	71,14-77,23	5	100
Salud Mental	Vitalidad	61,42 (14,93)	58,96-63,87	30	90
	Función Social	76,56 (25,51)	72,35-80,76	0	100
	Rol Emocional	68,06 (43,16)	60,95-75,16	0	100
	Salud Mental	61,64 (18,70)	58,54-64,73	16	88
Transición de la salud	Evolución Declarada de la Salud	75,15 (20,10)	71,82-78,45	40	100

Se encontró que en las dimensiones Rol Emocional y Rol Físico presentaron prevalencias de baja CVRS en el 40,97% y 34,72%, respectivamente, mientras, en las dimensiones Función Física y Evolución declarada de la Salud, solo 9,02% y 11,11% percibieron mal su CVRS, respectivamente. El Componente Mental, fue el más comprometido (Véase Imagen VII).

Imagen VII. Frecuencia relativa de sujetos con baja CVRS según dimensiones.



Al realizar un análisis de componentes principales (ACP) se encontró que la dimensión Función Física representaba el 43% del instrumento, seguido del Rol Físico (14%), Dolor Corporal (12%), Salud General (10%), Vitalidad (7%), Función Social (6%), Rol Emocional (5%), Salud Mental (2%) y Evolución declarada de la Salud (1%). Ello, es concordante con la bibliografía y se corresponde con la cantidad de ítems que integran cada dimensión.

Variables sociodemográficas vs CVRS

Se aplicó un test de correlación entre la edad y las dimensiones de la CVRS, hallándose una correlación negativa con las dimensiones Función Física ($r: -0,29$, $p: <0,001$) y Dolor Corporal ($r: -0,22$, $p: 0,007$), y una correlación positiva con las dimensiones Rol Físico ($r: 0,16$, $p: 0,049$), Salud General ($r: 0,25$, $p: 0,002$) y Salud Mental ($r: 0,29$, $p: <0,001$); sin embargo, se destaca que, en todos los casos, la correlación fue baja.

Por otro lado, se encontró que los hombres presentaron medias superiores en las dimensiones Función Física ($p: 0,025$), Rol Físico ($p: 0,040$) y Salud General ($p: 0,003$) (Véase Tabla VI).

Tabla VI. CVRS vs Sexo.

Dimensión	Sexo		p-Valor
	Hombre	Mujer	
Función Física	94,29 (8,98)	82,20 (25,38)	0,025
Rol Físico	77,73 (32,35)	53,00 (49,12)	0,040
Salud General	76,55 (16,84)	62,96 (21,91)	0,003

Respecto al estado civil, se pudo identificar que se relacionaba con todas las dimensiones excepto Dolor Corporal y Evolución declarada de la Salud. Los solteros presentaron medias superiores en las dimensiones Función Física ($p: 0,005$); los casados en Rol Físico ($p: <0,001$), Vitalidad ($p: 0,012$) y Rol Emocional ($p: <0,001$) y; los divorciados en Salud General ($p: <0,001$), Función Social ($p: 0,005$) y Salud Mental ($p: 0,013$).

Se encontró respecto a la formación, que en aquellos con estudios universitarios presentaban medias superiores en las dimensiones Función Física ($p: 0,019$), Rol Físico ($p: 0,028$), Salud General ($p: 0,035$) y Rol Emocional ($p: <0,001$), y en aquellos con

estudios terciarios, las medias superiores fueron las de las dimensiones Vitalidad (p: 0,027), Salud Mental (p: 0,017) y Evolución declarada de la Salud (p: 0,049).

Se encontraron medias superiores en los sujetos sin hijos en todas las dimensiones, con excepción de Salud Mental y Evolución de la salud (p:>0,05) (Véase Tabla VII).

Tabla VII. CVRS vs Tenencia de hijos.

Dimensión	Hijos		p-Valor
	No	Si	
Función Física	95,84 (8,05)	81,62 (20,79)	<0,001
Rol Físico	80,84 (31,95)	52,03 (41,82)	<0,001
Dolor Corporal	75,59 (24,08)	63,03 (32,23)	0,050
Salud General	76,11 (17,55)	68,65 (20,15)	0,050
Vitalidad	62,99 (15,67)	56,89 (11,57)	0,019
Función Social	78,04 (27,25)	72,30 (19,35)	0,031
Rol Emocional	73,21 (42,07)	53,15 (43,36)	0,014

Respecto a la caracterización laboral, se encontró que aquellos que tenían trabajo presentaron medias superiores y estadísticamente significativas en las dimensiones Rol Físico (p: 0,005), Salud General (p: 0,015), Rol Emocional (p: 0,011), y Salud Mental (p: 0,049) (Véase Tabla VIII).

Tabla VIII. CVRS vs Caracterización laboral.

Dimensión	Caracterización laboral		p-Valor
	Desempleado	Empleado	
Rol Físico	38,24 (45,17)	78,15 (33,03)	0,005
Salud General	62,18 (25,32)	75,80 (16,84)	0,015
Rol Emocional	43,14 (49,67)	71,39 (41,30)	0,011
Salud Mental	51,76 (21,98)	62,96 (18,00)	0,049

Variables clínicas e inmunológicas vs CVRS

Respecto a la relación entre la presencia de complicaciones (actuales o pasadas) y su impacto sobre la CVRS, se encontró por un lado que la presencia de complicaciones se relacionó con medias superiores en las dimensiones Salud General (p: 0,021), Rol Emocional (p: 0,025) y Evolución de la Salud (p: <0,001), mientras, la Función Física fue mayor en aquellos sin complicaciones (p: 0,005) (Véase Tabla IX).

Tabla IX. CVRS vs Complicaciones.

Dimensión	Complicaciones		p-Valor
	No	Si	
Función Física	94,34 (11,21)	87,61 (17,88)	0,005
Salud General	72,55 (15,85)	77,70 (22,89)	0,021
Rol Emocional	62,59 (43,94)	74,71 (39,43)	0,025
Evolución Declarada de la Salud	71,22 (18,40)	83,48 (21,21)	<0,001

No hubo correlación entre los niveles de CD4 y las dimensiones que componen la CVRS (p:>0,05). Se halló una correlación negativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad (tiempo transcurrido desde el diagnóstico) y el comportamiento de la CVRS en las dimensiones Función Física (r: -0,33, p: <0,001), Rol Físico (r: -0,16, p: 0,05) y Dolor Corporal (r: -0,42, p: <0,001), sin embargo, sólo en esta última, la correlación fue moderada ($0,4 < r < 0,6$), y en las demás, fue categorizada como correlación baja.

Se hallaron correlaciones negativas entre la Carga Viral y las dimensiones Dolor Corporal (r: -0,19, p: 0,021), Rol Emocional (r: -0,26, p: <0,001) y Evolución declarada de la Salud (r: -0,18, p: 0,030), y una correlación positiva con la dimensión Salud Mental (r: 0,34, p: <0,001). Sin embargo, todas las correlaciones fueron bajas ($0,2 < r < 0,4$).

Variables confusoras vs CVRS

Respecto a la relación entre el hábito tabáquico y las variables que integran la CVRS, se encontró que en los no fumadores en todas las dimensiones las medias fueron mayores, con excepción de Función Física, y Evolución declarada de la Salud (Véase Tabla X).

Tabla X. CVRS vs Tabaquismo.

Dimensión	Tabaquismo		p-Valor
	No	Si	
Rol Físico	81,25 (33,32)	61,16 (39,00)	<0,001
Dolor Corporal	76,15 (24,95)	64,50 (28,00)	0,014
Salud General	77,94 (17,63)	68,30 (18,37)	<0,001
Vitalidad	64,26 (16,39)	56,96 (11,02)	<0,001
Función Social	82,39 (21,33)	67,41 (28,87)	<0,001
Rol Emocional	81,82 (36,76)	46,43 (43,89)	<0,001
Salud Mental	66,55 (15,81)	53,93 (20,57)	<0,001

En cuanto a la adherencia al tratamiento, se encontró que en aquellos que presentaron una adherencia alta, las dimensiones Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, y Evolución de la Salud (p : <0,05) (Véase Tabla XI).

Tabla XI. CVRS vs Adherencia al tratamiento farmacológico.

Dimensión	Adherencia al tratamiento		p-Valor
	Buena	Mala	
Salud General	82,23 (14,69)	66,38 (18,50)	<0,001
Vitalidad	65,63 (15,58)	57,33 (13,13)	0,002
Función Social	79,75 (28,92)	73,46 (21,44)	0,010
Rol Emocional	77,00 (41,63)	59,36 (43,12)	0,013
Salud Mental	64,90 (17,58)	58,47 (19,48)	0,037
Evolución Declarada de la Salud	84,23 (19,40)	66,30 (16,63)	<0,001

Al realizar una prueba de χ^2 para evaluar la independencia estadística de las variables adherencia al tratamiento y hábito tabáquico, siendo la hipótesis nula (H_0) la que indica la independencia o no relación entre ambas variables, y la hipótesis alternativa (H_1), la dependencia y relación entre estas. Se encontró a nivel descriptivo que los fumadores presentaron una adherencia al tratamiento evaluada como buena en el 32,1% de las observaciones, mientras, en los no fumadores esta ascendía a 60,2% (Véase Cuadro I) Al realizar la tabla de contingencia de 2x2, y aplicar la prueba de χ^2 , se constató que, en los sujetos tabaquistas, la adherencia al tratamiento era menor (χ^2 : 9,70, p: 0,001).

Cuadro I. Tabla de contingencia

		Adherencia al tto		Total
		Buena	Mala	
Fuma	Si	18 (32,1%)	38 (67,9%)	56 (38,9%)
	No	53 (60,2%)	35 (39,8%)	88 (68,1%)
	Total	71 (49,3%)	73 (50,7%)	144 (100%)

Al realizar el procedimiento anterior con las variables sexo y adherencia al tratamiento, se hallaron valores no significativos (χ^2 con corrección de Yates: 0,13, p: 0,716).

En cuanto a la Carga Viral, se identificó que, en aquellos pacientes con CV indetectable, todas las medias fueron superiores, mostrando una mayor calidad de vida en todas las dimensiones, sin embargo, estas diferencias fueron significativas en las dimensiones Salud General (<0,001), Rol Emocional (<0,001) y Evolución de la Salud (0,05) (Véase Tabla XII).

Tabla XII. CVRS vs Carga Viral.

Dimensión	Carga Viral		p-Valor
	Detectable	Indetectable	
Salud General	59,36 (14,85)	76,87 (17,83)	<0,001
Rol Emocional	45,45 (40,56)	72,13 (42,50)	<0,001
Evolución Declarada de la Salud	67,27 (14,53)	76,56 (20,68)	0,05

Se realizó un test de Pearson para identificar correlación interna entre las dimensiones de la CVRS, hallándose correlaciones bajas y moderadas entre la mayoría de las dimensiones (Véase Tabla XIII).

Tabla XIII. Análisis de correlación de Pearson, CVRS vs CVRS

[illegible]

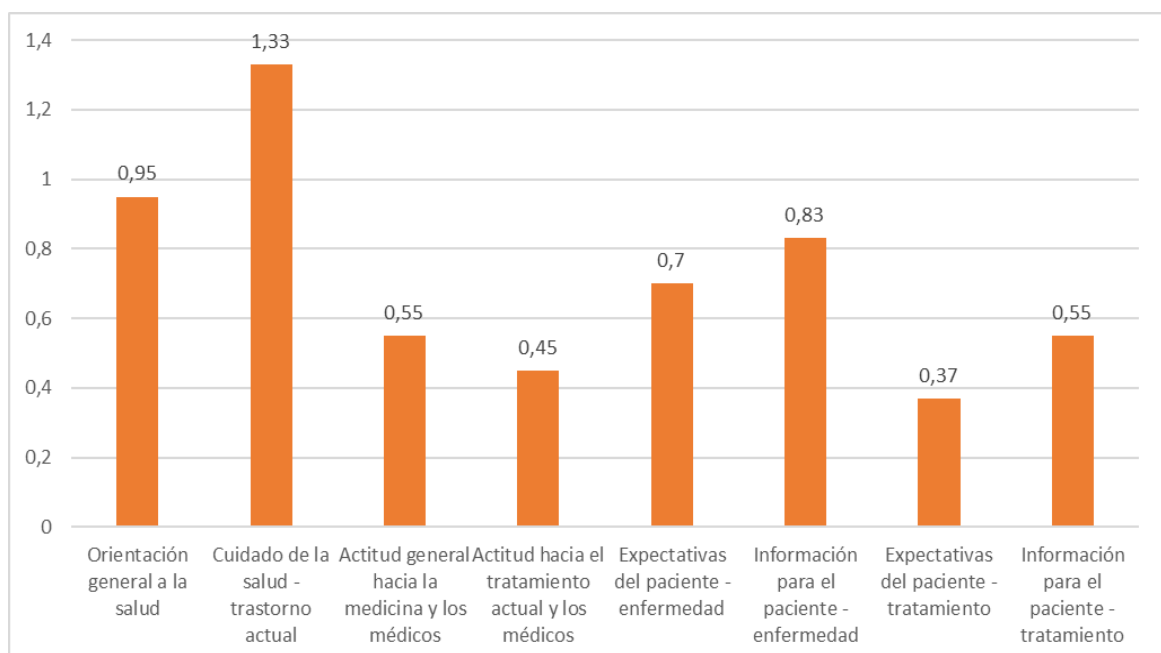
Proceso de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial a la enfermedad

Después de realizar los ajustes correspondientes haciendo que todas las preguntas quedasen orientadas en un mismo sentido, a mayor puntaje menor adaptación y afrontamiento ante la enfermedad, se pudieron encontrar los hallazgos que se mencionan a continuación.

I. Orientación al Cuidado de la Salud

En esta dimensión se encontró que el ítem mejor percibido fue “Expectativas del paciente respecto al tratamiento” con una media de 0,37, la cual refiere a las diferentes ideas acerca del tratamiento o lo que espera el paciente de este, mientras, “Cuidados de la salud para la enfermedad” fue el peor percibido con una media de 1,33, lo cual evidencia el descontento o malestar con la atención especial o cuidados que se demandan como parte del tratamiento (Véase Imagen VIII).

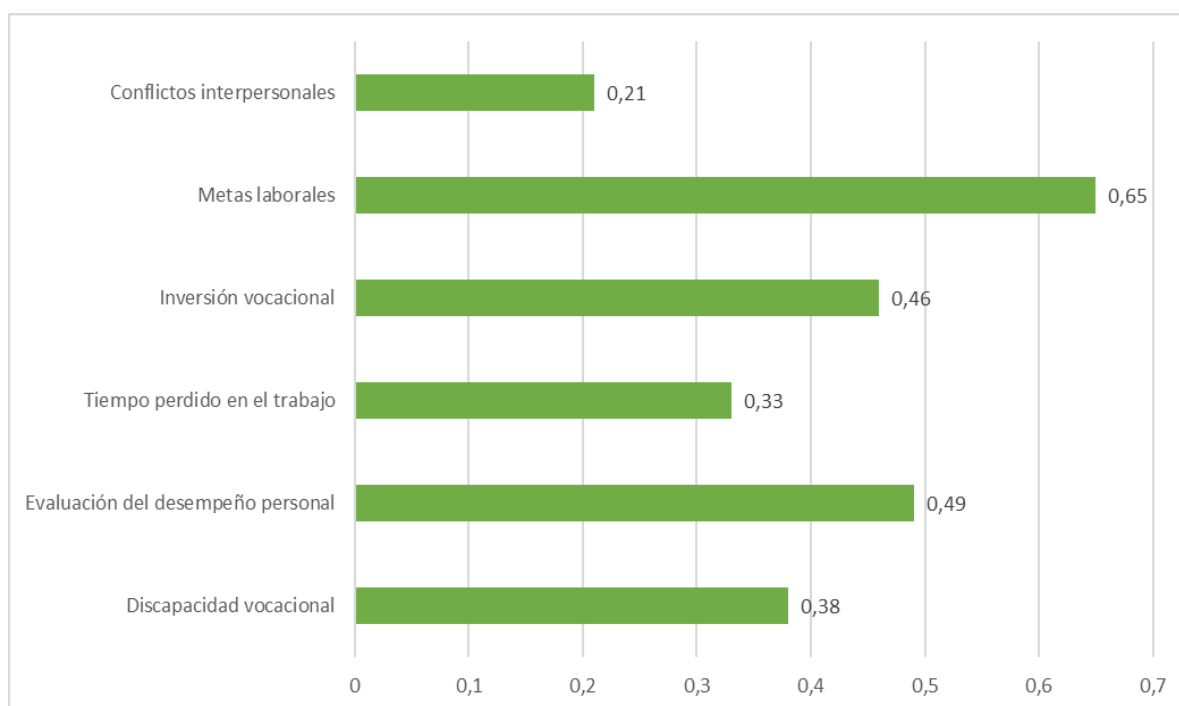
Imagen VIII. Orientación al cuidado de la salud, ítems.



II. Ambiente Laboral

En esta dimensión se encontró que el ítem mejor percibido fue “Conflictos interpersonales” con una media de 0,21, mientras, “Metas laborales” fue el peor percibido con una media de 0,65, la cual indaga si ha tenido que cambiar las metas relacionadas con su trabajo o educación como resultado de su enfermedad (Véase Imagen IX).

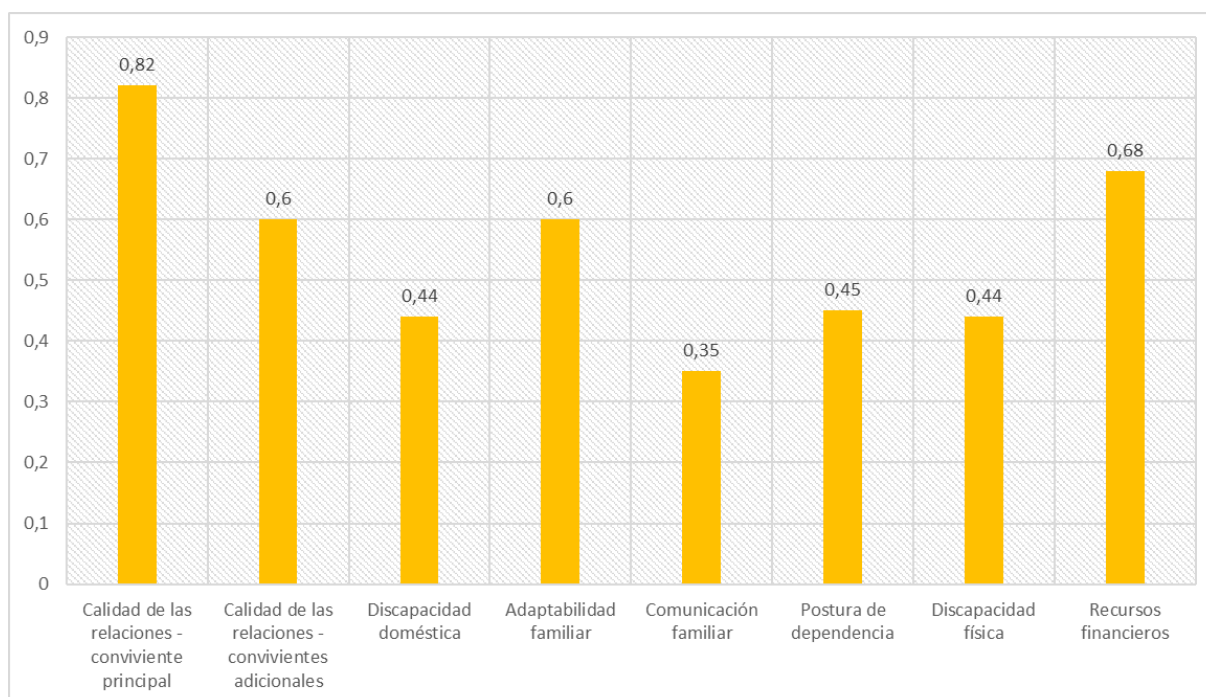
Imagen IX. Ambiente laboral, ítems.



III. Ambiente Familiar

En esta dimensión se encontró que el ítem mejor percibido fue “Comunicación Familiar” con una media de 0,35, lo que indica que no ha habido disminución marcada en la comunicación entre el encuestado y los miembros de su familia, mientras, “Calidad de la relación con el conviviente principal” fue el peor percibido con una media de 0,82 (Véase Imagen X).

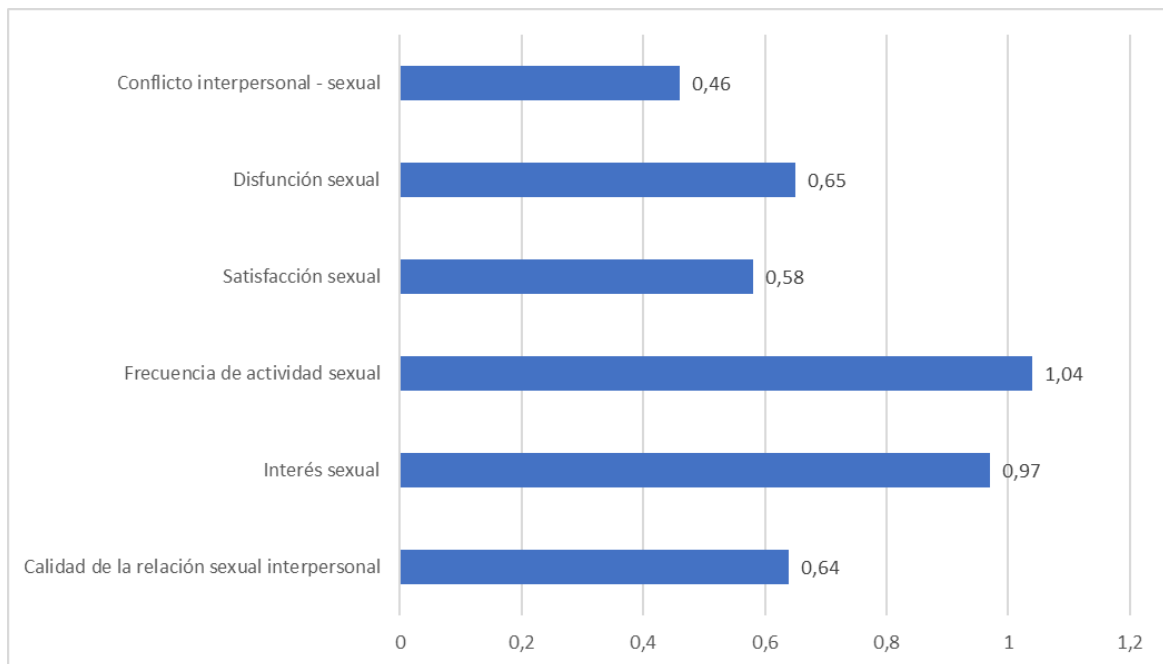
Imagen X. Ambiente familiar, ítems.



IV. Relación Sexual

En esta dimensión se encontró que el ítem mejor percibido fue “Conflictos interpersonales con la sexualidad” con una media de 0,46 y que refiere a las discusiones constantes con la pareja(s) sobre la enfermedad y su impacto sobre las relaciones sexuales, mientras, “Frecuencia de actividad sexual” fue el peor percibido con una media de 1,04 (Véase Imagen XI).

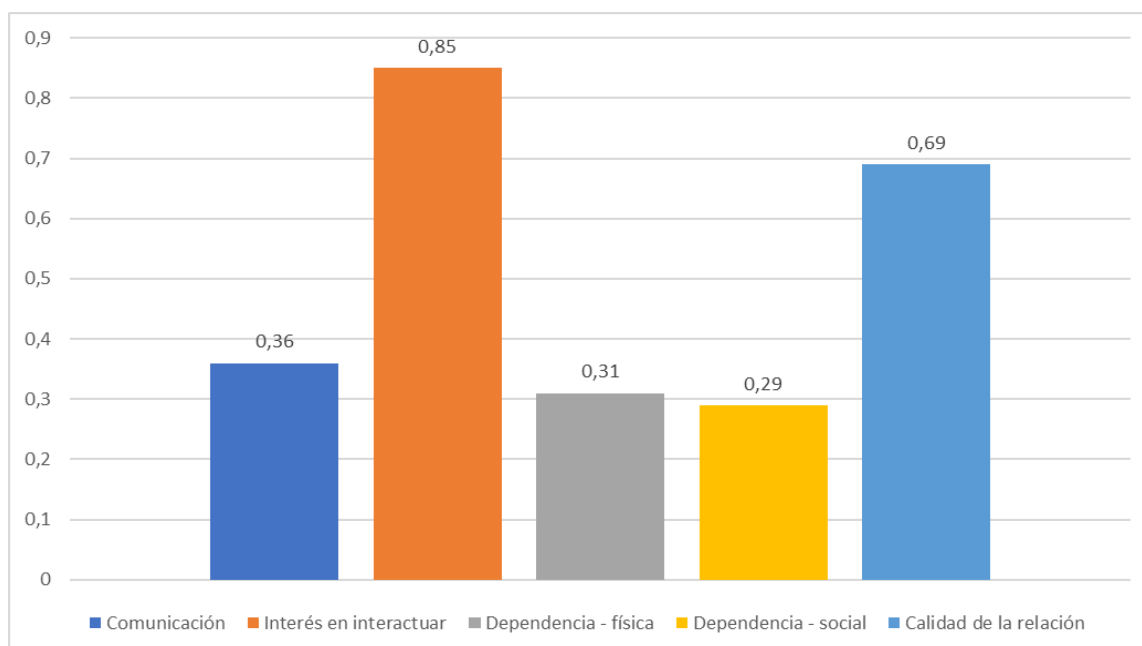
Imagen XI. Relación sexual, ítems.



V. Relación con la Familia Extensa

En esta dimensión se encontró que el ítem mejor percibido fue “Dependencia social” con una media de 0,29, mientras, “Interés en la interacción [con la familia extendida]” fue el peor percibido con una media de 0,85, mostrando una marcada reducción en el interés en la interacción con la familia posterior al diagnóstico (Véase Imagen XII).

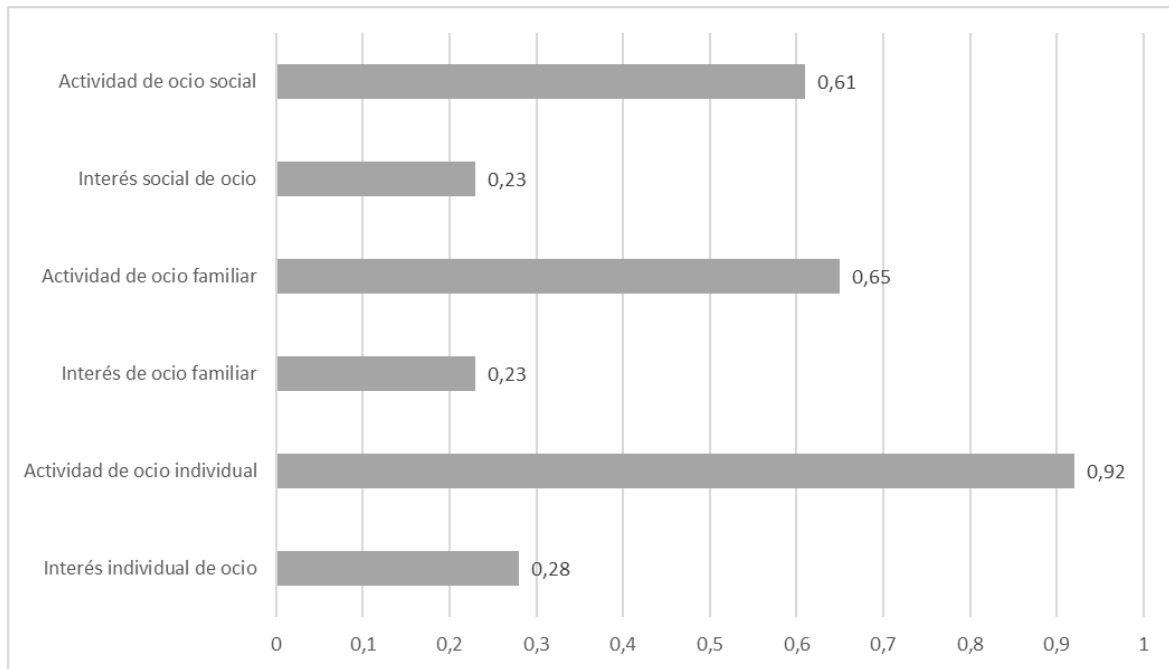
Imagen XII. Relación con la familia extensa, ítems.



VI. Ambiente social

En esta dimensión se encontró que los ítems mejor percibido fueron “Interés de ocio familiar” e “Interés social de ocio” con una media de 0,23 en ambos casos y que refieren al interés por realizar actividades de ocio con la familia o solo desde el diagnóstico o en comparación al tiempo previo a este, mientras, “Actividad de ocio individual” fue el peor percibido con una media de 0,92, y que consulta sobre su participación actual en las actividades cotidianas de ocio que realizaba antes del diagnóstico (Véase Imagen XIII).

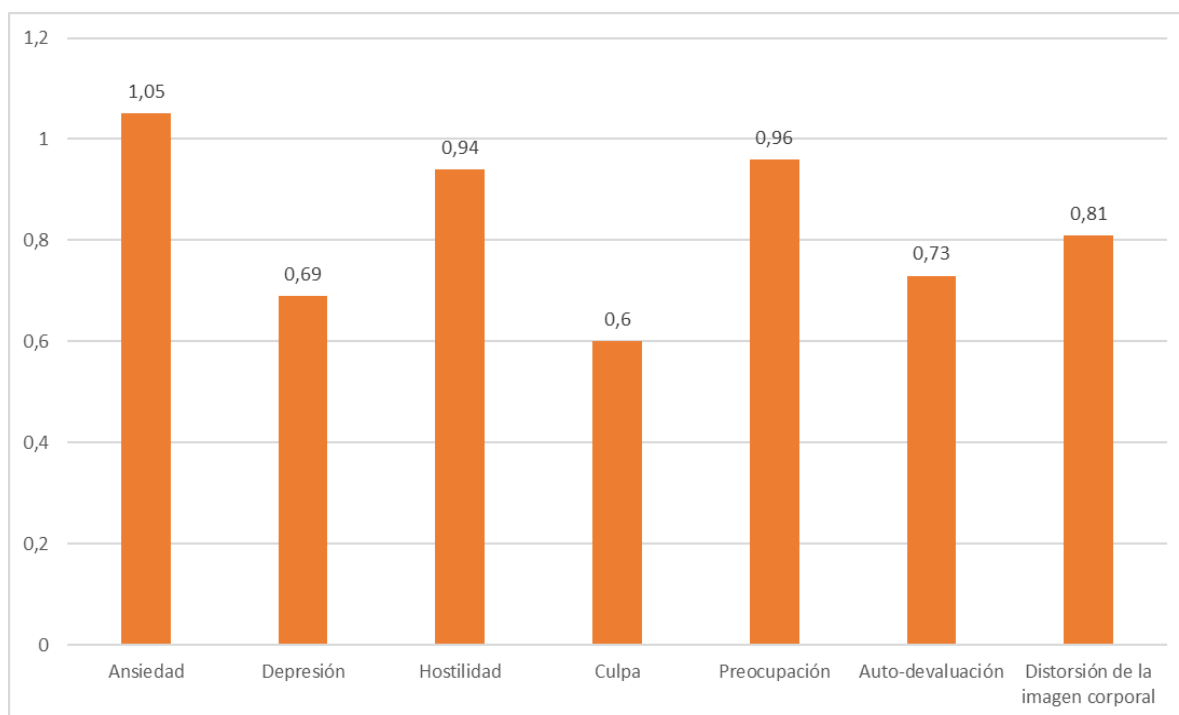
Imagen XIII. Ambiente social, ítems.



VII. Distrés Psicológico

En esta dimensión se encontró que el ítem mejor percibido fue “Culpa” con una media de 0,60 y que refiere a la sensación de culpa por las cosas que pasan o la sensación de que le ha fallado a alguien, mientras, “Ansiedad” que expone la sensación de estar tenso, temeroso, nervioso o ansioso, fue el peor percibido con una media de 1,05 (Véase Imagen XIV).

Imagen XIV. Distrés psicológico, ítems.



Después de realizar los cálculos de las puntuaciones crudas (R-Scores) y de convertirlas a su equivalente T-Score, se realizó en análisis inferencial correspondiente.

Respecto a la edad, se encontró una correlación negativa entre esta y las dimensiones Orientación al cuidado de la salud (r : -0,24, p : 0,004), Ambiente laboral (r : -0,16, p : 0,05), Ambiente familiar (r : -0,19, p : 0,023), Relaciones con la familia extensa (r : -0,24, p : 0,003), Ambiente social (r : -0,23, p : 0,005) y Distrés psicológico (r : -0,21, p : 0,010). Con lo anterior, se puede inferir que, a mayor edad, se produce una desadaptación y un inadecuado proceso de afrontamiento ante la enfermedad.

En cuanto al sexo, los hombres presentaron un mejor proceso de adaptación a las demandas del ambiente laboral (p : 0,05) y en las relaciones con la familia extensa posterior al diagnóstico (p : 0,014).

Respecto al status laboral, se encontró que, en aquellos con trabajo estable, independientemente de la modalidad de vinculación (autónomo, relación de dependencia y trabajador no registrado), las medias de las dimensiones del proceso de afrontamiento y adaptación fueron menores, lo que refiere a un mejor proceso de adaptación (Véase Tabla IV).

Tabla XIV. Status laboral y Proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial.

PAIS	Trabaja		p-Valor
	No	Si	
Ambiente Laboral	56,65 (11,80)	48,01 (7,03)	<0,001
Ambiente Familiar	57,76 (10,34)	48,24 (9,33)	<0,001
Relación sexual	58,71 (10,23)	51,73 (8,32)	0,002
Relación con la Familia Extendida	66,24 (6,98)	54,61 (8,53)	<0,001
Ambiente Social	56,82 (7,22)	49,08 (8,64)	0,002
Distrés Psicológico	55,29 (9,39)	48,49 (8,86)	0,019

Al analizar las relaciones entre la adherencia al tratamiento y proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial, se encontró que los pacientes con un mal proceso de afrontamiento y adaptación presentaban una baja adherencia al tratamiento (Véase Tabla XV). Se resalta que se encontró una relación estadística al presentar diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos, sin poder establecerse una relación causa-efecto entre estas variables.

Tabla XV. Adherencia al tratamiento y Proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial.

PAIS	Adherencia al tratamiento		p-Valor
	Buena	Mala	
Orientación al Cuidado de la Salud	49,10 (11,09)	62,38 (13,36)	<0,001
Ambiente Laboral	45,10 (4,69)	52,85 (9,03)	<0,001
Ambiente Familiar	46,04 (7,05)	52,60 (11,19)	<0,001
Relación con la Familia Extendida	52,52 (8,28)	59,34 (8,74)	<0,001
Ambiente Social	46,79 (7,95)	53,11 (8,57)	<0,001
Distrés Psicológico	47,30 (8,12)	51,23 (9,74)	0,013

No se encontró correlación entre el tiempo de diagnóstico y las dimensiones del proceso de afrontamiento y adaptación.

Finalmente, se realizó un análisis de correlación de Pearson para identificar correlaciones entre las dimensiones que integran el Proceso de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial. Se halló una correlación positiva y de moderada a fuerte entre la mayoría de las dimensiones al comparar los T-Scores, con excepción de Orientación al Cuidado de la Salud vs Relación Sexual (correlación débil), y Relación Sexual vs Relación con la familia Extendida (sin correlación) (Véase Tabla XVI).

Tabla XVI. Análisis de correlación de Pearson, Afrontamiento psicosocial vs Afrontamiento psicosocial

Dimensión 1 / Dimensión 2	Ambiente Laboral	Ambiente Familiar	Relación Sexual	Relación con la Familia Extendida	Ambiente Social	Distrés Psicológico
Orientación al Cuidado de la Salud	0,51 (p:<0,001)	0,59 (p:<0,001)	0,22 (p:0,006)	0,49 (p:<0,001)	0,52 (p:<0,001)	0,60 (p:<0,001)
Ambiente Laboral		0,64 (p:<0,001)	0,27 (p:0,001)	0,55 (p:<0,001)	0,45 (p:<0,001)	0,57 (p:<0,001)
Ambiente Familiar			0,41 (p:<0,001)	0,67 (p:<0,001)	0,47 (p:<0,001)	0,69 (p:<0,001)
Relación Sexual				0,09 (p:0,309)	0,41 (p:<0,001)	0,58 (p:<0,001)
Relación con la Familia Extendida					0,49 (p:<0,001)	0,46 (p:<0,001)
Ambiente Social						0,56 (p:<0,001)

CVRS y PAIS

Al realizar el análisis de la relación entre las dimensiones del Proceso de afrontamiento y la CVRS, se halló una correlación negativa de moderada a fuerte entre la Orientación para el cuidado de la salud y las dimensiones que integran la CVRS, mostrando con esto que aquellos pacientes que tienen una mala relación con el sistema de salud y los profesionales sanitarios experimentan una peor calidad de vida relacionada con la salud en todas sus dimensiones, siendo la correlación más fuerte en la dimensión Salud General (r : -0.54, p : <0,001).

Se halló una correlación negativa fuerte entre las dimensiones de la CVRS y las dimensiones del Proceso de afrontamiento psicosocial: Ambiente familiar, y Distrés psicológico. En este último caso, hubo una correlación negativa en todos los casos, excepto entre Distrés psicológico (PAIS) y Evolución declarada de la salud (CVRS), donde la correlación fue positiva.

Discusión

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana continúa siendo un importante problema de salud pública dada la acelerada transmisión y el impacto para el sistema sanitario que representa el aumento en su prevalencia. Los esfuerzos de la comunidad internacional han buscado disminuir la cantidad de nuevos casos por medio de la promoción del uso del preservativo (masculino y femenino), la temprana prescripción de la TARGA a los nuevos diagnosticados, y el uso de la Profilaxis pre y post exposición (PrEP y PEP) a las poblaciones clave o en riesgo alto de infección, a la vez, que buscan aumentar el screening para detección de HIV y otras ITS (Moran, 2019).

Si bien en un inicio la infección por HIV era percibida inevitablemente como una enfermedad letal con una supervivencia a los 3 años de entre el 5 y el 10%, sumado al estigma social que representaba en su momento (y que parcialmente hasta el día de hoy se mantiene), hoy en día, el desarrollo de nuevas terapias más seguras, el mayor acceso a la TARGA y la accesibilidad del sistema sanitario ha aumentado en gran medida la expectativa de vida y la calidad de vida de los pacientes, pasando ésta a ser una más de las enfermedades crónicas y cuyo manejo amerita de cuidados más sencillos en comparación con otras enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y diversas patologías cardiovasculares (Battles & Wiener, 2002).

Sumado a lo anterior, preocupa la prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a nivel nacional, así como en la población con HIV específicamente. En el presente trabajo se encontró que el 38,8% de los encuestados fumaban, lo cual supera la prevalencia de tabaquismo a nivel nacional, estimado en 22,2% (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2018).

El dato anterior, condice con la literatura reciente y es uno de los ejes de trabajo primordiales de los sistemas y equipos de salud especializados en la atención a población HIV positiva. La importancia del enfoque en este aspecto surge del papel del hábito tabaquista sobre el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, leucemia, entre otros, así, como un aumento en la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares, neumonías bacterianas y por *Pneumocystis Jirovecii*, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), síntomas respiratorios y lesiones orales. Estos, sumados al impacto de la TARGA , que se ha identificado como responsable de distintas alteraciones metabólicas que incluyen la dislipemia y resistencia a la insulina que aumentan el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular, genera una confluencia factores que impactan sobre morbilidad y mortalidad de estos sujetos (Konfino & Mejía, 2011).

Los fumadores HIV positivos presentan una peor respuesta viral e inmunológica al tratamiento, con una reconstitución del sistema inmune más lenta, menor conteo celular de CD4, mayor riesgo de progresión a SIDA y mayor mortalidad en comparación con los no fumadores, y la dependencia a la nicotina ha sido asociada a menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Konfino & Mejía, 2011; Rocha Cabral et al., 2018), lo cual se condice con los hallazgos del presente trabajo (χ^2 : 9,70, p: 0,001).

Otros aspectos que inciden en la percepción de la calidad de vida y la sobrevida de los sujetos HIV positivos también han de ser analizados. Antes de continuar es necesario mencionar que la Organización Mundial de la Salud ha definido la CV en función de la manera en que las personas perciben el lugar o rol que ocupan en la vida, lo cual deriva de aspectos culturales de la comunidad en la que vive y se desarrolla, y como logra suplir sus objetivos, expectativas, normas sociales y resolver sus preocupaciones, siendo la Calidad de vida relacionada con la salud una de las dimensiones de la CV que evalúa los

componentes físico, psicológico y emocional del sujeto, siendo un importante indicador de la salud global percibida, así como para la medición de la efectividad de los cuidados en salud aplicados (Lugo et al., 2006).

La calidad de vida relacionada con la salud como indicador de la calidad de los cuidados médicos y del autocuidado en los pacientes, viene tomando cada vez más importancia dada su relación con el abordaje holístico de la atención médica. Este indicador refleja la calidad de atención en términos de oportunidad, calidad y efectividad, siendo fiel muestra de la salud percibida de los sujetos a partir de la atención en salud recibida. Sin embargo, también puede usarse para medir el impacto de los cambios producto de las enfermedades y sus síntomas sobre la funcionalidad de los sujetos, siendo un interesante indicador en el caso de los pacientes con HIV de la utilidad de la terapia medicamentosa (reconstitución inmune en el caso de inmunodeprimidos, control virológico y funcionamiento inmunológico) y de la aplicación del autocuidado en general (nivel de actividad física, nutrición, patrones de sueño y descanso, control del estrés, consumo de alcohol, tabaco y drogas, y de la adherencia al tratamiento misma).

Autores como Liping et al., (2015), Aragonés-López et al., (2012) y Vo et al., (2016) describen la relación entre el control inmunológico y los niveles de CVRS refiriendo que en sujetos con carga viral detectable y elevada, tabaquismo, presencia de complicaciones actuales y los niveles bajos de CD4, se encuentran niveles bajos en las dimensiones de la CVRS. Este dato fue parcialmente corroborado en el presente trabajo donde la carga viral detectable, mala adherencia al tratamiento, tabaquismo y tiempo de evolución de la enfermedad, se relacionaron con bajos niveles de CVRS, sin embargo, no se halló asociación entre los niveles de CD4 y la CVRS. Este último hallazgo es similar a otros autores, quienes no identificaron asociación alguna entre estas variables (Mwesigire et al., 2015; Bucciardini et al., 2014; Igumbor et al., 2013).

Los niveles de CVRS encontrados en las distintas dimensiones, muestran un buen nivel percibido en general, similar a otros estudios (Cabrera et al., 2018). No se asoció la adherencia al tratamiento y los niveles de CD4/mm3, aunque es sabido que es necesaria una buena adherencia para minimizar el riesgo de complicaciones o presencia de infecciones oportunistas (Codina et al., 2004). Se resalta una adherencia detectada del 49,30%, el cual es un dato preocupante, similar a otros estudios con cifras de cumplimiento cercanas al 50% (Gifford et al., 2000).

Osei-Yeboah et al., (2017) mencionan que los pacientes con VIH en sus fases avanzadas presentan un deterioro significativo de su calidad de vida así como en aquellos con sintomatología asociada y presencia de complicaciones, sin embargo, en el presente trabajo se encontró que las complicaciones solo afectaron negativamente la función física de los sujetos, mientras, se relacionaron con mejor salud general, rol emocional y evolución de la salud, posiblemente relacionado con el mayor apego a los tratamientos médicos, mayor índice de consulta médica anual y mayor realización de actividades de autocuidado como la actividad física y la nutrición adecuada.

Autores como Cabrera et al., (2018); Holtz et al., (2014); Nglazi et al., (2014) y Krause et al., (2013) han descrito relación entre la CVRS y la adherencia al tratamiento corroborándose en el presente estudio donde la buena adherencia mostró relación con mejor percepción de salud general, vitalidad, función social, rol emocional, evolución de la salud y salud mental.

Por otro lado, trabajos como los de Pinheiro et al., (2002) y Ahumada et al., (2011) encontraron que la edad, el nivel educativo, tenencia de hijos, el empleo, estabilidad del hogar y tener una pareja estable inciden en la adherencia al tratamiento, en su calidad de vida y en el afrontamiento psicosocial. Resultados similares respecto al sexo, tenencia de

hijos y tenencia de empleo, se hallaron relacionadas con una mejor calidad de vida y con una mejor adherencia terapéutica.

Desde mediados del siglo pasado se ha aumentado exponencialmente el interés en el concepto del proceso de afrontamiento y adaptación social en materia de la medicina en ámbitos como psiquiatría, nefrología, oncología, cardiología, entre otros. Con el avance de las ciencias médicas se ha aumentado la sobrevida de los pacientes con diversas enfermedades, incluyendo la infección por HIV, lo cual ha demandado del desarrollo de estrategias de afrontamiento, mantenimiento de la integridad psicológica y del soporte social que engloban el denominado proceso de ajuste psicosocial (Derogatis, 1986).

El proceso de afrontamiento psicosocial varía de sujeto en sujeto y en las distintas etapas de la enfermedad. Un estudio conducido por Battles & Wiener (2002) refiere que las variables asociadas a la supervivencia a largo plazo en pacientes pediátricos infectados por el HIV incluían el soporte social adecuado, la percepción de auto competencia (independencia y sensación de valía), la baja prevalencia de problemas de conducta y la buena comunicación familia/paciente/profesional tratante. En este estudio si bien no se puede establecer el papel que juega el proceso de adaptación psicosocial en la supervivencia de los pacientes, se pudo constatar que una adaptación y afrontamiento psicosocial inadecuados modifican las conductas de autocuidado, aumentando el riesgo de ser tabaquista, de consumir niveles elevados de alcohol, ser sedentario, y tener baja adherencia a las indicaciones de los profesionales sanitarios, incluyendo la baja adherencia al tratamiento farmacológico.

Un estudio conducido por Barata et al., (2013) halló que la presencia de complicaciones asociadas a la infección por HIV está relacionadas con un mal proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial, sobre todo en la dimensión laboral, a la vez que inducen estados

de depresión y ansiedad, sin embargo, no se estableció relación causal entre estos aspectos, no hallándose como un predictor de mal ajuste psicosocial. En el presente estudio se encontró que el status laboral se relacionó con seis de las siete dimensiones del proceso de ajuste psicosocial, al presentarse mejor proceso de adaptación en aquellos con trabajo estable.

La relación con la familia extensa mostró ser la dimensión que más alteraciones presentó en la muestra, y a su vez, se encontró que en aquellos con malas relaciones con la familia nuclear y extensa era más común observar la baja adherencia al tratamiento farmacológico (TARGA). Este dato coincide con la bibliografía consultada donde autores como Vera Pérez & Estrada Aguilera (2004) resaltan el rol que desempeña la familia sobre las conductas de autocuidado y el apego al tratamiento. Caldera-Guzmán & Pacheco-Zavala (2020) en un estudio realizado en México en que se incluyó a 65 pacientes, hallaron que el 64% de estos presentaron algún grado de disfunción familiar, lo que derivaba en una menor adherencia al tratamiento y una mayor prevalencia de depresión y ansiedad.

Otro estudio conducido por Ahumada et al., (2011) que buscó identificar algunas de las variables psicosociales asociadas con la adherencia al tratamiento para el HIV, encontraron que la falta de apoyo social de confianza y afectividad, inciden en la adherencia al tratamiento. A su vez, el uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativas, como la evitación cognitiva y descarga emocional disminuyeron la adherencia a la TARGA, lo cual coincide con el presente trabajo, donde los ítems que integran la dimensión Distrés psicológico impactan en la conducta de adherencia terapéutica.

La experiencia profesional nos ha mostrado la diversidad de elementos que inciden en la relación de los pacientes con el sistema sanitario y los factores que se relacionan con la

adherencia. Países como la República Argentina, presentan una concentración de prestadores sanitarios en las zonas más centrales y mayor pobladas como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, y una carencia de estos en las regiones del norte del país, al mismo tiempo, que se han identificado demoras asociadas a esto en la prescripción, entrega y continuidad en el acceso a la TARGA. Los elementos anteriores, funcionan como condicionantes externos de la conducta de autocuidado y adherencia a los tratamientos, sumado a la calidad del soporte social (familia, compañeros de trabajo, grupo de pares amigos, entre otros) y la educación para la aplicación correcta de las conductas de autocuidado.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES

Conclusión

A partir del análisis de la información realizado, y como respuesta a las hipótesis y objetivos planteados, se puede concluir que:

De los 144 sujetos encuestados, el 38,88% fumaban, 43,75% manifestaron ser sedentarios y hubo una mala adherencia al tratamiento en el 50,69% de la muestra. Se encontró que el 31,94% había presentado alguna complicación, siendo la más común la neumonía (17,36%) seguido de la Infección por Herpes (8,33%), lo que en términos generales muestra estilos de vida poco sanos y mediana aplicación de conductas de autocuidado, en sujetos con un estado de salud percibido como positivo.

Al analizar el comportamiento de la CVRS se encontró que la dimensión mejor percibida fue la Función Física con una media de 92,19 [DE: 13,99; IC95%: 89,88-94,49], mientras, la dimensión con peor percepción fue la Vitalidad con una media de 61,42 [DE: 14,93; IC95%: 58,96-63,87]. El componente mental fue el más comprometido al presentar medias más bajas, lo que se condice con los problemas con el ajuste psicosocial identificados.

Variables como la edad, sexo, nivel educativo, tenencia de hijos y condición laboral, impactan sobre la CVRS. A su vez, a mayor tiempo de diagnóstico, mayor carga viral, fumar, y tener una baja adherencia al tratamiento, menores son las medias de las dimensiones que integran la evaluación global de la salud psico física de los sujetos. No hubo relación entre el conteo de CD4 y la CVRS.

Al realizar un análisis de los ítems que componen el instrumento de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación se encontró que la pregunta “Cuidados de la salud para

la enfermedad” de la dimensión Orientación para el cuidado de la salud, fue la peor evaluada de todo el instrumento con una media de 1,33, lo cual evidencia el malestar con los cuidados que demanda el tratamiento para la infección por HIV. Mientras, el ítem mejor percibido fue “Conflictos interpersonales” de la dimensión Ambiente laboral, con una media de 0,21, lo cual indica que no se han presentado conflictos o problemas con los compañeros de trabajo a causa de la enfermedad.

Se identificó una relación entre la adherencia al tratamiento y proceso de afrontamiento y adaptación psicosocial, hallándose que los pacientes con un mal ajuste psicosocial presentaban una baja adherencia al tratamiento, aunque no se puede establecerse relación causa-efecto sobre este hallazgo.

Finalmente, los pacientes que tienen una mala relación con el sistema de salud y los profesionales sanitarios experimentan una peor calidad de vida relacionada con la salud en todas sus dimensiones, siendo la correlación más fuerte en la dimensión Salud General. Relaciones similares fueron halladas en las dimensiones de la CVRS y Ambiente familiar y Distrés psicológico del proceso de afrontamiento y adaptación.

Dados los hallazgos, se hace importante implementar acciones tendientes a mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes y promover estilos de vida favorecedores de la salud, incluyendo la realización de actividad física regular, la cesación del hábito tabáquico, prevención del alcoholismo y las conductas de autocuidado de la salud (uso del preservativo, por ejemplo).

Es fundamental el mantenimiento de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de todos los niveles de atención a sujetos con HIV, haciendo hincapié en el primer nivel de atención de los servicios especializados en la atención de sujetos con HIV, para que se promueva la adherencia al tratamiento.

Actualmente, se hallan pocos programas tendientes a promover y mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas, aspecto que debe ser prioritariamente intervenido.

A menudo, el cuidado de la salud y la atención sanitaria se han enfocado en el abordaje de la dimensión biológica de los sujetos, y en el caso de los pacientes con HIV, se han resumido en prescribir medicación antirretroviral, controlar la presencia de síntomas, y analizar semestralmente el funcionamiento inmunológico y la respuesta viral al tratamiento, haciendo a un lado la percepción de los sujetos de su propio estado de salud y las expectativas que tienen respecto al tratamiento y la atención médica. En nuestra época, la comercialización de las prestaciones sanitarias y la “optimización” de los tiempos de consulta médica, han generado cambios en las relaciones profesional paciente, lo que deriva en un menor tiempo para realizar un abordaje holístico que atienda todas sus necesidades y que lo haga conocedor de su responsabilidad en el autocuidado y progresión de la enfermedad, y participe del propio cuidado de la salud.

Bibliografía

- Alonso J., Prieto L., Antó J. (1995) La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 104(20), 771-6. Disponible en: <https://sites.google.com/site/foroejerciciofisicoysalud/la-educacion-fisica-en-las-enfermedades-cronicas/SF36articulo.pdf>
- Ahumada M., Escalante E., Santiago I. (2011) Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 15(1), 55-70.
- Altman L, The New York Times [Internet]. (1982) New homosexual disorder worries health officials [Consultado 03 de Junio 2020]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/1982/05/11/science/new-homosexual-disorder-worries-health-officials.html>
- Aragón-López C., Pérez-Ávila J., Smith Fawzi MC., Castro A. (2012) Quality of life of people with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy in Cuba: a cross-sectional study of the national population. *Am J Public Health*. 102(5), 884-92. doi: 10.2105/AJPH.2011.300450.
- Augustovski F., Lewin G., Elorrio E., Rubinstein A. (2008) The Argentine–Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol*. 61(12), 1279-1284. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.05.004.

- Ballester-Arnal R., Gómez-Martínez S., Fumaz CR., González-García M., Remor E., Fuster MJ. (2016) A spanish study on psychological predictors of quality of life in people with HIV. *AIDS Behav.* 20(2), 281-91. doi: 10.1007/s10461-015-1208-6.
- Battles HB., Wiener LS. (2002) From Adolescence Through Young Adulthood: Psychosocial Adjustment Associated With Long-Term Survival of HIV. *J Adolesc Health.* 30, 161-168.
- Berzon RA., Lenderking WR. (1998) Evaluating the outcomes of HIV disease: focus on health status measurement. *Medical Outcomes Trust Monitor.* 3, 1–8.
- Blumfield M., Strain J. (2006) *Psychosomatic medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boza Cordero R. (2016) Orígenes del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD.* 6(4), 48-60.
- Briongos-Figuero L., Bachiller-Luque P., Eiros-Bouza JM., Palacios-Martín T. (2007) Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *An Med Interna (Madrid).* 24(8), 399-403. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000800011
- Broder S. (2010) The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic. *Antiviral Res* 85(1), 1-38. doi: 10.1016/j.antiviral.2009.10.002.

- Bucciardini R., Pugliese K., Weimer L., Digregorio M., Fragola V., Mancini M., et al. (2014) Relationship between health-related quality of life measures and high HIV viral load in HIV-infected triple-class-experienced patients. *HIV Clin Trials*. 15(4), 176-83. doi: 10.1310/hct1504-176.
- Cabrera S., Arteta Z., Meré J., Cavalleri F. (2018) Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Rev Méd Urug*. 34(1), 7-19. doi: 10.29193/rmu.34.1.1
- Cahn P., Rolón MJ., Figueroa MI., Gun P., Patterson P., Sued O. (2017) Dolutegravir–lamivudine as initial therapy in HIV-1 infected, ARV-naive patients, 48-week results of the PADDLE (Pilot Antiretroviral Design with Dolutegravir Lamivudine) study. *Journal of the American AIDS Society*. 20(1), 21678. doi: 10.7448/IAS.20.01.21678.
- Caldera-Guzmán D., Pacheco-Zavala M. (2020) Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente*. 15(2), 48-53.
- Callen M. (1990) *Surviving AIDS*. New York: Harper Collins.
- Campos LN., César CC., Guimarães MD. (2009) Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. *Clinics (Sao Paulo)*. 64(9), 867-75. doi: 10.1590/S1807-59322009000900007
- Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. (1983) *Morbidity & Mortality Weekly Report. Epidemiologic notes and reports: immunodeficiency among female sexual partners of males with acquired immune deficiency syndrome*

(AIDS) - *New York*. MMWR Weekly 31, 697–698. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001221.htm>

Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. (2009) Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 [Consultado el 31 de Octubre de 2020].
Disponible en: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/ryanwhite/default.html>

Charles B., Jeyaseelan L., Pandian AK., Sam AE., Thenmozhi M., Jayaseelan V. (2012) Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India - a community based cross sectional study. *BMC Public Health*. 12(1). doi: 10.1186/1471-2458-12-463.

Codina C., Tuset M., Ibarra O., Delgado O., Morancho O., García B. (2004) Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antiretroviral. *Farm Hosp*. 28(Suppl. 1), 19-26.

Cohen MS., Chen YQ., McCauley M., et al. (2011) Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 365, 493–505 doi: 10.1056/NEJMoa1105243

Cortés JS., Trujillo LS., Tello LM., Santofimio SD. (2019) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Últimos Conceptos Epidemiología, Prevención y Manejo. *Revista Navarra Médica*. 4(2), 5-13. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/a1-v4-n2-2018>

da Cunha GH., Fiuza ML., Gir E., Aquino P., Pinheiro AK., Galvão MT. (2015) Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 23(2), 183-91. doi: 10.1590/0104-1169.0120.2541

- David AS., Fleminger S., Kopelman MD., Lovestones S., Mellers J. (2009) *Lishman's Organic Psychiatry*. 4th ed. Singapore: Wiley-Blackwell.
- de Boer JB., van Dam FS., Sprangers MA. (1995) Health-related quality-of-life evaluation in HIV-infected patients. A review of the literature. *Pharmacoeconomics*. 8, 291–304. doi: 10.2165/00019053-199508040-00004
- de Leon J., Becoña E., Gurpegui M., González-Pinto A. y Díaz, F. J. (2002). The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry*. 63(9), 812-816. doi: 10.4088/jcp.v63n0911
- Derogatis L. (1985) The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*. 1(30), 77-91.
- Derogatis LR., Fleming MP. (1996) Psychosocial Adjustment To Illness Scale. In B. Spilker (Ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2nd Ed. Raven Press, New York, NY.
- Dianatinasab M., Fararouei M., Padehban V., Dianatinasab A., Alimohamadi Y., Beheshti S., et al. (2018) The effect of a 12-week combinational exercise program on CD4 count and mental health among HIV infected women: A randomized control trial. *J Exerc Sci Fit*. 16(1), 21–25. doi: 10.1016/j.jesf.2018.02.001
- Dieker L., Rose J., Selya A., Piasecki T., Hedeker D., Mermelstein R. (2015) Depression and Nicotine Dependence from Adolescence to Young Adulthood. *Addict Behav*. 41, 124–128. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.004

Díez M. (2011) Diagnóstico tardío de la infección por VIH. *Rev Esp Sani Penit.* 13(2), 35-37. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200001

Ebrahim S. (1995) Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* 41(10), 1383-94. doi: 10.1016/0277-9536(95)00116-o.

El PAIS [Internet]. (14 de Julio, 1986) Desestimada la demanda del Instituto Pasteur sobre el descubrimiento del virus del SIDA [Consultado 31 de Octubre de 2020]. Disponible en:

https://elpais.com/diario/1986/07/14/sociedad/521676006_850215.html

Esbjörnsson J., Månsson F., Kvist A., da Silva Z., Lindman J., Palm A., et al [Internet]. (2017) High rate of disease progression in untreated hiv-2 infection [Consultado 23 de Enero 2020]. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Disponible en: <http://www.croiwebcasts.org/p/2017croi/croi33371>

Esbjörnsson J., Månsson F., Kvist A., Isberg P., Nowroozalizadeh S., Biague A., et al. (2012) Inhibition of HIV-1 Disease Progression by Contemporaneous HIV-2 Infection. *N Engl J Med.* 367(3), 224-232. doi: 10.1056/NEJMoa1113244.

Gallo RC., & Montagnier L. (2003) The Discovery of HIV as the Cause of AIDS. *N Engl J Med.* 349(24), 2283–2285. doi:10.1056/nejmp038194.

García de Olalla P., Knobel H., Carmona A., Guelar A., López-Colomé JL., Caylá JA. (2002) Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on

survival in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 30(1), 105-110. doi: 10.1097/00042560-200205010-00014.

García de Olalla P., Reyes JM., Caylá JA. (2012) Retraso diagnóstico de la infección por VIH. *Rev Esp Sanid Penit.* 14(1), 28-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n1/05_revision.pdf

García-García JA., Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. (2013) Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica.* 2(8), 217-22. doi: 10.1016/S2007-5057(13)72715-7.

Gaviria AM., Quinceno JM., Vinaccia S., Martínez LA., Otalvaro MC. (2009) Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Ter Psicol.* 27(1), 5-13. doi: 10.4067/S0718-48082009000100001.

Gezie LD. (2016) Predictors of CD4 count over time among HIV patients initiated ART in Felege Hiwot Referral Hospital, northwest Ethiopia: multilevel analysis. *BMC research notes.* 9, 377. doi: 10.1186/s13104-016-2182-4

Gifford AL., Bormann JE., Shively MJ., Wright BC., Richman DD., Bozzette SA. (2000) Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 23(5), 386-95. doi: 10.1097/00126334-200004150-00005.

Gottlieb MS., Schroff R., Schanker HM., Weisman JD., Fan PT., Wolf RA., Saxon A. (1981) *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med.* 305(24), 1425-31. doi: 10.1056/NEJM198112103052401.

- Greene WC. (2007) A history of AIDS: Looking back to see ahead. *European Journal of Immunology*. 37(S1), S94–S102. doi:10.1002/eji.200737441.
- Handayani Y., Susanti H. (2019) The self-esteem of gay men with HIV/AIDS in social adaptation. *Enferm Clin*. 29(S2), 874-878. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.132
- Hardy A. (1991) Long-term survivor collaborative study group: Characterization of long-term survivors of AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 4(4), 386–91.
- Hays RD., Shapiro MF. (1992) An overview of generic health-related quality of life measures for HIV research. *Qual Life Res*. 1, 91–97. doi: 10.1007/bf00439716
- Helleberg M., May MT., Ingle SM., Dabis F., Reiss P., Fätkenheuer G., et al., (2015) Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America. *AIDS*. 29(2), 221-229. doi: 10.1097/QAD.0000000000000540
- Holtz C., Sowell R., VanBrackle L., Velasquez G., Hernandez-Alonso V. (2014) A quantitative study of factors influencing quality of life in rural Mexican women diagnosed with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 25(6), 555-67. doi: 10.1016/j.jana.2014.03.002
- Igumbor J., Stewart A., Holzemer W. (2013) Comparison of the health-related quality of life, CD4 count and viral load of AIDS patients and people with HIV who have been on treatment for 12 months in rural South Africa. *SAHARA J*. 10(1), 25-31. doi: 10.1080/17290376.2013.807070.

International Committee on Taxonomy of Viruses. Human immunodeficiency virus 1.

Taxonomy ID: 11676. Disponible en:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/Taxonomy/Browser/wwwtax.cgi?mode=info
&id=11676](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/Taxonomy/Browser/wwwtax.cgi?mode=info&id=11676)

Judd F., Cockram A., Komiti A., Mijch A., Hoy J., Bell R. (2000) Depressive Symptoms Reduced in Individuals with HIV/AIDS Treated with Highly Active Antiretroviral Therapy: A Longitudinal Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 34(6), 1015–1021. doi: 10.1080/000486700278.

Karkashadze E., Gates MA., Chkhartishvili N., DeHovitz J., Tsertsvadze T. (2017) Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *Int J STD AIDS*. 28(7), 672-8. doi: 10.1177/0956462416662379.

Kates J., Wexler A., Lief E [Internet]. (2016) Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2015 [Consultado 19 de Enero 20120]. Disponible en: <https://www.kff.org/global-health-policy/report/financing-the-response-to-hiv-in-low-and-middle-income-countries-international-assistance-from-donor-governments-in-2015/>

Konfino J., Mejía R. (2011) ¿Por qué se debe tratar el tabaquismo en las personas que viven con VIH/sida? Revisión de la bibliografía. *Actualizaciones en SIDA*. 19(72), 46-51. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-72-46-51.pdf>

Krause DD., Butler KR., May WL. (2013) Associations between factors affecting access to care and health-related quality of life: results of a statewide HIV/AIDS

cross-sectional study. *AIDS Care*. 25(1), 77-84. doi: 10.1080/09540121.2012.686596.

Lemp GF., Payne SF., Neal D., Temelso T., Rutherford GW. (1990) Survival trends for patients with AIDS. *JAMA*. 263, 402–6.

Levy JA., Hoffman AD., Kramer SM., Landis JA., Shimabukuro JM., Oshiro LS. (1984) Isolation of lymphocytopathic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science*. 225(4664), 840-842. doi: 10.1126/science.6206563.

Lifson AR., Grandits GA., Gardner EM., Wolff MJ., Pulik P., Williams I., et al. (2015) Quality of life assessment among HIV-positive persons entering the INSIGHT Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) trial. *HIV Med*. 16(Suppl 1), 88-96. doi: 10.1111/hiv.12237.

Liping M., Peng X., Haijiang L., Lahong J., Fan L. (2015) Quality of life of people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Zhejiang Province, China. *PLoS One*. 10(8), e0135705 doi: 10.1371/journal.pone.0135705.

Liu WD., Tsai WC., Hsu WT., Shih MC., Chen MY., Sun HY., et al. (2019) Impact of initiation of combination antiretroviral therapy according to the WHO recommendations on the survival of HIV-positive patients in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. pii: S1684-1182(19)30042-8. doi: 10.1016/j.jmii.2019.03.008.

Lloyd-Richardson EE., Stanton CA., Papandonatos GD., Shadel WG., Stein M., Tashima K., et al. (2009) Motivation and patch treatment for HIV+ smokers: a randomized controlled trial. *Addiction*. 104(11), 1891-900 doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02623.x.

- Lugo LH., García HI., Gómez C. (2006) Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 24(2), 37-50.
- Machnicki G., Allegri R., Ranalli C., Serrano C., Dillon C., Wyrwich K., Taragano F. (2009) Validity and Reliability of the SF-36 Administered to Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease: Evidence from a South American Sample. *Dementia*. 28(3), 206-212. doi: 10.1159/000236912.
- Mangal TD., Meireles M.V., Pascom AR., de Almeida R., Schwartz Benzaken A., Hallett T. (2019) Determinants of survival of people living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy in Brazil 2006–2015. *BMC Infect Dis*. 19(206). doi :10.1186/s12879-019-3844-3.
- Masur H., Michelis MA., Greene JB., Onorato I., Stouwe RA., Holzman RS., Wormser G., Brettman L., Lange M., Murray HW., Cunningham-Rundles S. (1981) An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med*. 305(24), 1431-8. doi: 10.1056/NEJM198112103052402.
- Melhuish A., Lewthwaite P. (2018) Natural history of HIV and AIDS. *Medicine*. 46(6), 356-361. doi: 10.1016/j.mpmed.2018.03.010
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina [Internet]. (2019) Boletín Oficial Sobre VIH, SIDA y ITS N°36 [Consultado 19 de enero 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf

- Miranda MJ., Domínguez E., Arroyo FJ., Méndez P., González J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 1. *Anales de Pediatría*. 77(5), 293-356. doi: 10.1016/j.anpedi.2012.03.005.
- Miranda-Gómez O., & Nápoles-Pérez M. (2009) Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Cub Med Mil*. 38(3-4), 63-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es.
- Morán AB. (2019) Abordando la prevención de la infección por VIH: “Desde la educación sexual a la PrEP”. *Monográfico Alicante*. 7(17), 27-38. Disponible en: <http://www.adharasevilla.org/wp-content/uploads/2019/11/art-3.pdf>
- Moreno J., Catley D., Lee H., Goggin K. (2015) The relationship between ART adherence and smoking status among HIV+ individuals. *AIDS Behav*. 19(4), 619–625. doi: 10.1007/s10461-014-0978-6.
- Morisky D., Green L., & Levine D. (1986) Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 24(1), 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.
- Mûnene E., Ekman B. (2014) Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Glob Health Action*. 7, 23554. doi: 10.3402/gha.v7.23554.
- Mutabazi-Mwesigire D., Katamba A., Martin F., Seeley J., Wu AW. (2015) Factors that affect quality of life among people living with HIV attending an urban clinic

in Uganda: a cohort study. *PLoS One*. 10(6). doi: 10.1371/journal.pone.0126810.

Mwesigire DM., Martin F., Seeley J., Katamba A. (2015) Relationship between CD4 count and quality of life over time among HIV patients in Uganda: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 13, 144. doi: 10.1186/s12955-015-0332-3.

Nglazi MD., West SJ., Dave JA., Levitt NS., Lambert EV. (2014) Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*. 14, 676. doi: 10.1186/1471-2458-14-676.

Nogueda-Orozco MJ., Caro-Vega Y., Crabtree-Ramírez B., Vázquez-Pineda F., Sierra-Madero JG. (2015) Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Salud Pública Mex*. 57(2), 135-141.

ONUSIDA [Internet]. (2019) Hoja Informativa – Día Mundial del SIDA 2019 [Consultado 19 de Enero 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. (2017) 10 datos sobre el VIH/SIDA [Consultado 15 de Enero 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

Organización Panamericana de la Salud [Internet]. (2010) Más países en desarrollo muestran que el acceso universal a servicios de VIH/Sida es posible

[Consultado 19 de Enero 2020]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3527:2010-more-developing-countries-show-universal-access-hiv-aids-services-possible&Itemid=1926&lang=es

Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. (1996) ¿Qué calidad de vida? [Consultado 13 de Mayo 2020]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/whf_1996_17_n4_p38;jsessionid=AD1C4EA5EBBA1032E5A14F26AE5415D5?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. (1946) Constitución de la OMS [Consultado 13 de Mayo 2020]. Disponible en:
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>

Osei-Yeboah J., Owiredun W., Norgbe GK., Lokpo SY., Obirikorang C., Alote Allotey E., et al. (2017) Quality of Life of People Living with HIV/AIDS in the Ho Municipality, Ghana: A Cross-Sectional Study. *AIDS Research and Treatment*. 2017:6806951, 1–7. doi: 10.1155/2017/6806951.

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 Peru Med Exp Salud Publica*. 32(1), 66-72. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n1/66-72/es>

Pagès-Puigdemont N., & Valverde-Merino MI. (2018) Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 59(3), 163-172. doi: 10.30827/ars.v59i3.7387

- Pakenham KI., Dadds MR., & Terry DJ. (1994). Relationship between adjustment to HIV and both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62(6), 1194–1203. doi: 10.1037/0022-006X.62.6.1194.
- Paltiel AD., Stinnett AA. AIDS. In: Spilker B., editor. (1996) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1053–1062.
- PBS - Public Broadcasting Service. (2006) *Interview: Margaret Heckler*. Disponible en: <https://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids/interviews/heckler.html>
- Perna FM., LaPerriere A., Klimas N., Ironson G., Perry A., Pavone J., et al. (1999) Cardiopulmonary and CD4 cell changes in response to exercise training in early symptomatic HIV infection. *Med Sci Sports Exerc*. 31(7), 973-9.
- Pinheiro CA., de Carvalho-Leite JC., Drachler ML., Silveira VL. (2002) Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 35(10), 1173-1181. doi: 10.1590/S0100-879X2002001000010
- Podzamczar D. (2008) Tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 26(6), 356-379. doi: 10.1157/13123842.
- Poindexter CC., Shippy RA. (2010) HIV diagnosis disclosure: stigma management and stigma resistance. *J Gerontol Soc Work*. 53(4), 366-81. doi: 10.1080/01634371003715841.

- Rabkin JG., Remien R., Katoff L., Williams JB. (1993) Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hosp Community Psychiatry*. 44(2), 162–7. doi: 10.1176/ps.44.2.162
- Ramos-Montarroyos U., Miranda-Filho DB., César CC., Souza WV., Lacerda HR., de Fatima Pessoa Milita o d'Albuquerque M., et al. (2014) Factors Related to Changes in CD4+ T-Cell Counts over Time in Patients Living with HIV/AIDS: A Multilevel Analysis. *PloS One*. 9(2), e84276. doi: 10.1371/journal.pone.0084276
- Rasmussen L., Helleberg M., May MT., Afzal S., Kronborg G., Larsen CS., et al. (2015) Myocardial infarction among Danish HIV-infected individuals: population-attributable fractions associated with smoking. *Clin Infect Dis*. 60(9), 1415-1423. doi: 10.1093/cid/civ013
- Ratner L., Haseltine W., Patarca R., Livak KJ., Starcich B., Josephs SF., Doran ER., et al. (1985) Complete nucleotide sequence of the AIDS virus, HTLV-III. *Nature*. 313(6000), 277–284. doi: 10.1038/313277a0.
- Rawling A. (1994) The AIDS Virus Dispute: Awarding Priority for the Discovery of the Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Science, Technology, & Human Values*. 19(3), 342-360. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/690029>
- Rocha Cabral J., de Andrade D., Rocha Cabral L., Corrêa CA., da Silva E., de Oliveira R. (2018) Adhesión a la terapia antirretroviral y la asociación en el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. *Enfermería Global*. 52, 1-12. doi: 10.6018/eglobal.17.4.296651

- Rodger AJ., Cambiano V., Bruun T., Vernazza P., Collins S., Degen O., et al. (2019) Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 393(10189), 2428-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0
- Roy C., & Andrews H. (1999) *The Roy adaptation model* (2nd. ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Samji H., Cescon A., Hogg RS., Modur SP., Althoff KN., Buchacz K., et al. (2013) Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 8(12), e81355. doi: 10.1371/journal.pone.0081355
- Sánchez-Fernández M., Tomateo-Torvisco D. (2014) Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Rev Neuropsiquiatr*. 77(2), 70-77. doi: 10.20453/rnp.v77i2.1148
- Santana A., Domínguez C., Lemes A., Molero T., Salido E. (2003) Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de Diagnóstico Biológico*. 52(1), 7-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732003000100001
- Santos-Corraliza E., Fuertes-Martín A. (2006) Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *An. Med. Interna (Madrid)*. 23(7), 338-344. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000700010

Sanz-Granda A. (2002) Aspectos farmacoeconómicos de las complicaciones del tratamiento del VIH/sida. *Offarm.* 21(1), 122-126.

Shahriar J., Delate T., Hays R., Coons SJ. (2003) Commentary on using the SF-36 or MOS-HIV in studies of persons with HIV disease. *Health Qual Life Outcomes.* 1, 25. doi: 10.1186/1477-7525-1-25

Shumaker SA., & Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective; 1995. En: Vinaccia S., Quiceno J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia, Avances de la disciplina.* 6(1), 123-136. doi: 10.21500/19002386.1175

Suárez M [Internet]. (s.f.) Del AZT a TARGA: una breve historia del VIH y sus tratamientos. [Consultado 1 de Abril 2020]. Disponible en: <http://gtt-vih.org/book/print/1363>

Tiozzo E., Jayaweera D., Rodriguez A, Konefal J., Melillo AB., Adwan S., et al. (2013) Short-term combined exercise training improves the health of HIV-infected patients. *J Aids HIV Res.* 5(3), 80–89. doi: 10.5897/JAHR12.076

Travers K., Mboup S., Marlink R., Guèye-Nidaye A., Siby T., Thior I., et al. (1995) Natural protection against HIV-1 infection provided by HIV-2. *Science.* 268(5217), 1612-5. [Fe de Erratas: *Science* 1995 Jun 30; 268(5219), 1833]

- Urzúa A., Caqueo-Úrizar A. (2012) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 20(1), 61-71. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006
- Ventura-Cerdá JM., Martín-Conde MT., Morillo-Verdugo R., Yébenes-Cortés M., Casado-Gómez MA. (2014) Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España: estudio ARPAS. *Farm Hosp*. 38(4), 291-9. doi: 10.7399/FH.2014.38.4.7404
- Vera Pérez VE., Estrada Aguilera AE. (2004) Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Rev Hosp Jua Mex*. 71(1), 29-35.
- Vidrine DJ., Marks RM., Arduino RC., Gritz ER. (2012) Efficacy of cell phone-delivered smoking cessation counseling for persons living with HIV/AIDS: 3-month outcomes. *Nicotine Tob Res*. 14(1), 106-10. doi: 10.1093/ntr/ntr121
- Vigneshwaran E., Padmanabhareddy Y., Devanna N., Alvarez-Uria G. (2013) Gender differences in health related quality of life of people living with HIV/AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Am J Med Sci*. 5(2), 102-7. doi: 10.4103/1947-2714.107526
- Villacres-García F., Ruiz del Valle D., Ochoa-Loor J. (2017) Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martín Icaza". *Dom Cien*. 3(2), 849-865.
- Vo QT., Hoffman S., Nash D., El-Sadr WM., Tymejczyk OA., Gadisa T., et al. (2016) Gender differences and psychosocial factors associated with quality of life

among ART initiators in Oromia, Ethiopia. *AIDS Behav.* 20(8), 1682-91. doi: 10.1007/s10461-016-1396-8.

Wain-Hobson S., Sonigo P., Danos O., Cole S., Alizon M. (1985) Nucleotide sequence of the AIDS virus, LAV. *Cell.* 40(1), 9–17. doi: 10.1016/0092-8674(85)90303-4.

Webb MS, Venable PA, Carey MP, Blair DC. (2009) Medication adherence in HIV-infected smokers: the mediating role of depressive symptoms. *AIDS Educ Prev.* 21(3 Suppl), 94-105. doi: 10.1521/aeap.2009.21.3_suppl.94

Zubaran C., Medeiros G., Foresti K., May W., Michelim L., Madi JM., et al. (2014) Quality of life and adherence to antiretroviral therapy in Southern Brazil. *AIDS Care.* 26(5), 619-25. doi: 10.1080/09540121.2013.841838.

CAPÍTULO VI.

ANEXOS

Anexos

Consentimiento Informado

Título del estudio: Adaptación psicosocial, calidad de vida y su relación con los parámetros inmunológicos en pacientes VIH-positivos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Nos encontramos realizando un estudio sobre los procesos de adaptación psicosocial y calidad de vida en los pacientes que conviven con el VIH en residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Las respuestas obtenidas en este relevamiento ayudarán a conocer con más exactitud la relación entre sus procesos de adaptación psicosocial, calidad de vida y los parámetros de control de su enfermedad (carga viral, conteo de CD4 y presencia de complicaciones). Por esta razón, estamos realizando esta encuesta que solo demandará entre 15 y 25 minutos de tu tiempo. La participación es absolutamente voluntaria y consiste en responder dicha encuesta de forma escrita y personal.

Podrá abstenerse de responder las preguntas que no considere apropiadas, aun cuando haya aceptado participar. También podrá acceder a sus respuestas, rectificarlas o suprimirlas hasta el momento que termine la encuesta.

La información que brinde será tratada en forma confidencial, es decir que no habrá manera de relacionar estas respuestas con su identidad. Si bien usted como entrevistado no obtendrá ningún beneficio directo por participar, es posible que pueda sentirse bien sabiendo que participó de un estudio cuyos resultados pueden, en un futuro, ayudar a mejorar las condiciones de vida de otras personas en condiciones similares a las suyas. Vale aclarar que la aceptación, rechazo o abandono de la encuesta no afectará en ninguna forma el acceso a servicios y la atención en esta institución.

En caso de que necesite información adicional podrá contactarte con:

Investigador Principal: Dr. Canova Barrios, Carlos

Teléfono: 15-2542-9608, e-mail: carlos.canova1993@gmail.com

Declaración de consentimiento

He leído la información contenida en este formulario. Consiento **voluntariamente** en participar en el presente estudio “*Adaptación psicosocial, calidad de vida y su relación con los parámetros inmunológicos en pacientes VIH-positivos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina*”. Comprendo que tengo derecho a retirarme en el momento que lo desee, sin que esto me afecte en alguna forma ni tenga otras consecuencias para mí.

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

Caracterización sociodemográfica

A continuación, se encuentran algunas preguntas para conocerlo mejor, responda marcando con una X en los espacios destinados para ello. Cualquier duda que tenga, no dude en consultar al investigador o persona que le entregó el instrumento.

Le agradecemos de antemano su participación.

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transexual

Edad (en años): _____ años

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

☐ Unión Libre ☐ Viudo(a)

¿Qué nivel de estudios posee? ☐ Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria

☐ Terciario ☐ Universitario

¿Estos estudios están completos o incompletos? ☐ Completos ☐ Incompletos

¿Tiene hijos? ☐ Si ☐ No

Trabaja: ☐ Si **Aclare si trabaja:** ☐ En relación de dependencia ☐ Autónomo

☐ Ninguna

☐ No De responder NO, ¿se encuentra buscando trabajo? ☐ Si ☐ No

Ahora, le realizaremos algunas preguntas sobre su enfermedad:

¿Hace cuánto recibió el diagnóstico? Responda en años: _____ años

¿Fuma? ☐ Si ☐ No

Respecto a su tratamiento, responda las siguientes preguntas marcando la respuesta con una X en el cuadro correspondiente a SI o NO

Pregunta	Si	No
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

¿Realiza usted actividad física? Entiéndase por actividad física, manejar bicicleta, ir a al gimnasio, correr, etc., al menos por media hora cada vez:

☐ Si, todos los días ☐ Si, al menos tres veces por semana ☐ No, no realizo actividad física

¿Cuál es su nivel de CD4 según los últimos laboratorios realizados?

_____ células/mm³

Este dato se encuentra en sus laboratorios y es un numero entero (ej. 580), no un porcentaje.

¿De cuánto es su carga viral? Indique si es indetectable, como indetectable, y si hay algún valor, le solicitamos escribirlo. _____

¿Ha tenido alguna vez alguna complicación o enfermedades asociadas a su enfermedad?

☐ Ninguna ☐ Tuberculosis ☐ Cáncer de piel ☐ Infección por Herpes ☐ Candidiasis
☐ Neumonía

Otra: _____

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con X una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
f Agacharse o arrodillarse. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
h Caminar varios centenares de metros. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
i Caminar unos 100 metros. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³

4. Durante las 4 cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³ -----	☐ ⁴ -----	☐ ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³ -----	☐ ⁴ -----	☐ ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³ -----	☐ ⁴ -----	☐ ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? -----	☐ ¹ -----	☐ ² -----	☐ ³ -----	☐ ⁴ -----	☐ ⁵

5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
b estuvo muy nervioso?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
e tuvo mucha energía?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
g se sintió agotado?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
h se sintió feliz?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
i se sintió cansado?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
d Mi salud es excelente	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

Gracias por contestar a estas preguntas.

Cuestionario PAIS-SR

PAIS S-R. COPYRIGHT © 1978, 1983, 1991, 2003, 2006 by LEONARDO R.
DEROGATIS, Ph.D.

Reproduced with permission of the author. All rights reserved.

Solicitud de instrumento PAIS-SR

Clinical Psychometric Research, Inc.

CustomerID# 326

Thank you for your order. Your order number is 266, placed 11/10/2019 at 07:13PM.

Bill To:

Carlos Jesus Canova Barrios
Tacuari xxx
Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Buenos
Aires C1071AAO
Argentina
+54911xxxxxxx
carlos.canova1993@gmail.com

Ship To:

Carlos Jesus Canova Barrios
Tacuari xxx
Ciudad Autonoma de Buenos Aires,
Buenos Aires C1071AAO
Argentina
+54911xxxxxxx

Payment Info:

Credit Card: Visa
C Canova Barrios
*****4044

Shipping Method:

USPS Priority Mail International

Order Details:

Code	Item	Qty	Price	Grand Total
PAIS18	PAIS-SR Spanish Booklets (Pkg./50)	1	\$137.50	\$137.50
PAIS2	PAIS/PAIS-SR Manual	1	\$30.00	\$30.00
PAIS13	PAIS-SR Score Profile (Pkg./50)	1	\$25.00	\$25.00
				Subtotal: \$192.50
				Tax: \$0.00
				Shipping Cost: \$68.65
				Grand Total: \$261.15

Thank you for shopping at www.derogatis-tests-store.com!
Visit us again at <http://www.derogatis-tests-store.com/>

Carta aprobación del Comité de ética de la Investigación



Buenos Aires, 6 de marzo de 2019

Sr. Canova-Barrios Carlos:

Ref: Adaptación psicosocial, calidad de vida y su relación con los parámetros inmunológicos en pacientes HIV-positivos de una Institución Privada de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Nº 01038

La presente nota es para comunicarle en relación al protocolo de referencia, que este Comité luego de evaluar:

- El proyecto - protocolo
- El Currículum Vitae del IP
- El consentimiento informado

Procede a su aprobación para ser aplicado al estudio que usted conduce.

Ante cualquier duda y/o aclaración podrán comunicarse por mail a investigación@uai.edu.ar y al TE: 011- 43427788 (interno 617).

Saluda atentamente,


Presidenta Comité de Ética
Dra. Adelina Loianno

RECTORADO

CHACABUCO 90 1º PISO - CAPITAL FEDERAL - (C1069AAB) BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL/FAX: (54-11) 4342-7788 (Y ROTATIVAS) FAX: (54-11) 4342-7654
Página Web: www.uai.edu.ar E-mail: contacto@uai.edu.ar

**DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
(CEICyT – UAI)**

Título del proyecto: Adaptación psicosocial, calidad de vida y su relación con los parámetros inmunológicos en pacientes HIV-positivos de una Institución Privada de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Director: Canova-Barrios Carlos

Número: 0-1038

Fecha de ingreso: 08-01-18

APROBADO: 25-02-19

SI X

NO ☐

Fundamento de la aprobación / rechazo / solicitud de modificaciones y/o correcciones

El Comité de Ética, visto lo informado por la Comisión de Bioética y teniendo en cuenta la experticia de sus miembros integrantes en la materia que les compete decide aprobar por unanimidad el análisis del protocolo de investigación.

Modificaciones / correcciones solicitadas:

Establecer la cantidad de pacientes con los cuales trabajar.
Contar con la autorización por escrito de la clínica en la cual se recabarán las encuestas de los pacientes.
Cuando dice que solo tendrán acceso a los consentimientos informados e información sensible "los profesionales tratantes", habría que aclarar que solo son el o los investigadores, y el médico tratante del paciente con VIH.
En material y métodos dice así: "Los sujetos serán elegidos por conveniencia" se necesita una explicación de este párrafo.
Cuando pone ejemplos y los nombra entre paréntesis, no se debe colocar etc, porque da lugar a que deje fuera otros.

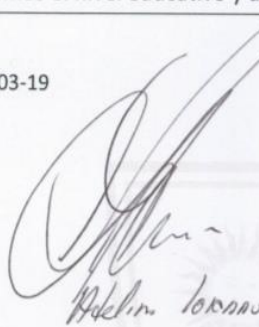
RECTORADO

CHACABUCO 90 1º PISO - CAPITAL FEDERAL - (C1069AAB) BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL/FAX: (54-11) 4342-7788 (Y ROTATIVAS) FAX: (54-11) 4342-7654
Página Web: www.uai.edu.ar E-mail: contacto@uai.edu.ar

Se sugiere que no use tuteo en el consentimiento informado ya que son adultos y desconocemos el nivel educativo y aspectos culturales de los participantes.

FECHA: 06-03-19

FIRMA:



Adeline Lorenz



RECTORADO

CHACABUCO 90 1º PISO - CAPITAL FEDERAL - (C1069AAB) BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL/FAX: (54-11) 4342-7788 (Y ROTATIVAS) FAX: (54-11) 4342-7654
Página Web: www.uai.edu.ar E-mail: contacto@uai.edu.ar