

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various heraldic symbols including lions, castles, and a crown. The Latin inscription around the border reads "INTER ATERAS ORBIS CAROLINA CAEMIA CONCTEMAL ENSIS".

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL

JIMENA MARÍA PINTO VELÁSQUEZ

CHIQUMULA, GUATEMALA, AGOSTO DE 2016

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL

Estudio descriptivo transversal sobre evaluación de calidad de vida según el cuestionario de salud SF-36, en pacientes VIH positivos con terapia antirretroviral de gran actividad que consultan la Clínica Integral del Hospital Regional de Zacapa durante febrero – julio de 2016.

JIMENA MARÍA PINTO VELÁSQUEZ

CHIQUMULA, GUATEMALA, AGOSTO DE 2016

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL

Estudio descriptivo transversal sobre evaluación de calidad de vida según el cuestionario de salud SF-36, en pacientes VIH positivos con terapia antirretroviral de gran actividad, que consultan la Clínica Integral del Hospital Regional de Zacapa durante febrero – julio de 2016.

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por:

JIMENA MARÍA PINTO VELÁSQUEZ

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, AGOSTO DE 2016

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
DR. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leonidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	Br. Carla Marisol Peralta Lemus
Representante de Estudiantes:	PAE. Alberto José España Pinto
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena Gonzáles Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACION E
INVESTIGACION DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.A. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, agosto de 2016

Señores:

Miembros del Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Chiquimula, Ciudad

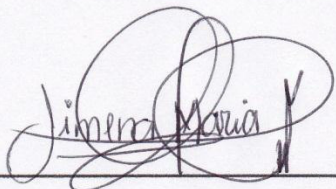
Respetables Señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL"**.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado académico de licenciado.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Jimena María Pinto Velásquez', written over a horizontal line.

Jimena María Pinto Velásquez

201043895

Chiquimula, julio de 2016

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente -CUNORI-
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Director:

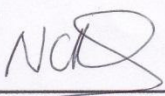
En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Bachiller en Computación, Jimena María Pinto Velásquez con carné No. 201043895 en el trabajo de graduación titulado "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea evaluar la calidad de vida en pacientes VIH positivo con Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dra. Nuria M. Chávez S.
Ms. en Infectología de Adultos
Col. 11,903

(F)


Dra. Nuria María Chávez S.
Especialidad en Medicina Interna e
Infectología de Adultos



Chiquimula, 22 de julio del 2016.
Ref. MYCTG-30-2016.

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

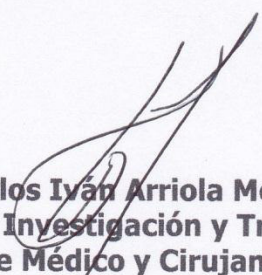
De manera atenta se le informa que la estudiante Jimena María Pinto Velásquez identificada con el número de carné 201043895, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVO CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL"**, realizado en pacientes que consultan la Clínica Integral del Hospital Regional de Zacapa, el cual fue asesorado por la Dra. Nuria María Chávez, Master en Infectología de Adultos, colegiado 11,903 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

"Id y Enseñad a Todos"

Atentamente;


MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



"39 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 22 de julio del 2016.
Ref. MYCTG-29-2016.

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante Jimena María Pinto Velásquez identificada con el número de carné 201043895, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVO CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL"**, realizado en pacientes que consultan la Clínica Integral del Hospital Regional de Zacapa, el cual fue asesorado por la Dra. Nuria María Chávez, Master en Infectología de Adultos, colegiado 11,903 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"39 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

D-TG-MyC-089/2016

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **JIMENA MARÍA PINTO VELÁSQUEZ** titulado “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **Médica y Cirujana**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el ocho de agosto de dos mil dieciséis.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

MSc. Nery ~~Waldemar~~ Galdámez Cabrera

**DIRECTOR
CUNORI - USAC**



c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PAPÁS

AL COORDINADOR DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO Y DISTINGUIDO CATEDRÁTICO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

A MIS CATEDRÁTICOS

Por compartir sus conocimientos y ser parte esencial en este triunfo.

A LOS REVISORES DE TESIS

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

Dr. Rory René Vides Alonzo

Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

A MI ASESORA

Dra. Nuria María Chávez

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI-

A MÉDICOS Y PERSONAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO” Y REGIONAL DE ZACAPA.

A PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por darme el regalo de vivir, por fortalecer mi corazón en todo momento e iluminar mi mente. Por darme el privilegio de conocer a personas maravillosas a lo largo de mi vida, que han sido fuente de inspiración para que éste sueño, hoy sea una realidad.

A MIS PADRES: El mejor regalo que me ha dado Dios. Gracias por estar a mi lado en todos los momentos de mi vida, pero sobre todo gracias por siempre creer en mí, por darme la vida y hacer que ésta sea feliz a su lado. Sin duda alguna los mejores seres humanos que conozco, son mi mayor ejemplo en todas las facetas de la vida. Gracias papás por ser los mejores capitanes del barco de mi vida. ¡LOS AMO!

A MI ABUELITA: Por su infinito amor. Gracias por darme el mejor consejo: Disfrutar cada momento de mi vida y enseñarme que la vida es hermosa a pesar de los obstáculos.

A MI ASESORA: Dra. Nuria María Chávez. Por compartir su conocimiento y su tiempo. Gracias por formar parte de éste triunfo. Es para mí un ejemplo de ser humano y profesional.

A MIS AMIGOS DE PROMOCIÓN: No se recuerdan los días, sino los momentos. Gracias por todos esos momentos alegres y tristes compartidos. Son recuerdos que se guardan para toda la vida.

A MIS AMIGOS:

Crista, Leidy, Mayra, Josselyn, Leonel, Fernando, Hilda María. Gracias por ser mis amigos de toda la vida, por enseñarme que lo mejor de la vida es cuando encontramos personas que saben hacer de pequeños instantes, grandes momentos. Son una hermosa bendición en mi vida, gracias por formar parte de ella. ¡LOS QUIERO MUCHO!

Vianey: Gracias por tener un corazón tan noble, por apoyarme siempre cuando lo he necesitado. ¡TE QUIERO MUCHO!

María José: Gracias por tantos momentos increíbles que hemos pasado juntas, uno de ellos nuestro primer turno como externas. Gracias por ser tan especial y por brindarme tu amistad sincera.

Jocelyn Hannabell: Eres un ser humano único, gracias por tu apoyo incondicional y tu amistad sincera.

JIMENA MARÍA PINTO VELÁSQUEZ

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVO CON TERAPIA ANTIRRETROVIAL

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HIV POSITIVE THERAPY ANTIRRETROVIAL

Jimena M. Pinto⁴, Dra. Nuria M. Chávez ³, Dr. Carlos I. Arriola², Dr. Edwin D. Mazariegos^{*1y2}.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Diversos estudios muestran que existe una estrecha relación entre la calidad de vida y las enfermedades crónicas. La infección por el VIH se ha considerado actualmente como enfermedad crónica, por la utilización de la terapia antirretroviral.

Se tomó una muestra de 206 pacientes VIH positivo que consultaron la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa, entre las edades de 20-60 años, realizándoles una entrevista guiada del cuestionario de salud SF-36.

De las ocho dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36, la que obtuvo menor puntaje fue salud general con una media de 57.82, seguida de rol emocional 60.3, vitalidad 61.60 y salud emocional 63.67. La dimensión con mayor puntaje fue función física con una media de 77.09. No existió marcada diferencia en cuanto a factores sociodemográficos evaluados: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión y escolaridad; en todos, la salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional se presentaron bajas. Los pacientes que tienen más tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral (11-15 años) presentaron peor función física (65), rol físico (61) y dolor corporal (63).

Palabras Clave: Calidad de vida, cuestionario de salud SF-36, virus de inmunodeficiencia humana, tratamiento antirretroviral.

^{1y 2} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es ² Revisor de Tesis ³ Asesora de tesis ⁴ Investigadora

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HIV POSITIVE THERAPY ANTIRRETROVIAL

Jimena M. Pinto⁴, Dra. Nuria M. Chávez³, Dr. Carlos I. Arriola², Dr. Edvin D. Mazariegos^{*1y2}.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo
zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Abstract:

Several studies show that there is a close relationship between quality of life and chronic diseases. HIV infection is currently considered as a chronic disease, the use of antiretroviral therapy.

A sample of 206 HIV-positive patients who consulted the Comprehensive Care Clinic Regional Hospital in Zacapa, between the ages of 20-60 years, guided interview questionnaire SF-36 was taken.

Of the eight dimensions assessed by SF-36 questionnaire, which was scored lowest overall health punteo with an average of 57.82, followed by 60.3 emotional role, vitality and emotional health 61.60 63.67. Plotting the dimension was more physical function with an average of 77.09. There was no marked difference in assessed sociodemographic factors: age, sex, occupation, marital status, religion and education; in all, general health, emotional role, vitality and emotional health low presented. Patients who have more time after starting antiretroviral therapy (11-15 years) had worse physical function (65), physical role (61) and bodily pain (63).

Keywords: Quality of life, health questionnaire SF-36, human immunodeficiency virus, antiretroviral therapy.

^{1y 2} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es ² Revisor de Tesis ³ Asesora de tesis ⁴ Investigadora

ÍNDICE

Contenido	Página
RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	li
I. Planteamiento del problema	1
a. Antecedentes del problema	1
b. Hallazgos y estudios realizados	3
c. Definición del problema	5
II. Delimitación del estudio	6
a. Delimitación teórica	6
b. Delimitación geográfica	6
c. Delimitación institucional	7
d. Delimitación temporal	7
III. Objetivos	8
IV. Justificación	9
V. Marco teórico	10
Capítulo 1. Calidad de vida	10
Capítulo 2. Calidad de vida en VIH	19
Capítulo 3. Terapia antirretroviral de gran actividad	23
VI. Diseño metodológico	26
a. Tipo de estudio	26
b. Área de estudio	26
c. Universo o muestra	26
d. Sujeto u objeto de estudio	26
e. Criterios de inclusión	27
f. Criterios de exclusión	27
g. Variables estudiadas	27
h. Operacionalización de variables	28
i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
j. Procedimientos para la recolección de información	29
k. Plan de análisis	30

l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	31
m. Cronograma	32
n. Recursos	33
VII. Presentación de resultados	34
VIII. Análisis de resultados	42
IX. Conclusiones	45
X. Recomendaciones	46
XI. Propuesta	47
XII. Bibliografía	49
XIII. Anexos	53

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo transversal, se realizó en 206 pacientes VIH positivos que acudieron a la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa. El objetivo fue evaluar su calidad de vida a través de la realización del cuestionario de salud SF-36 que evaluó ocho dimensiones: función física (10 ítems), rol físico (4), dolor corporal (2), salud general (5), vitalidad (4), función social (2), rol emocional (3) y salud emocional (5).

La dimensión con menor punteo (peor estado de salud) fue salud general con una media de 57.82, seguida de rol emocional 60.3, vitalidad 61.60 y salud emocional 63.67. La dimensión con mayor punteo (mejor estado de salud) fue función física con una media de 77.09, seguida función social 74.77, dolor corporal 73.09 y rol físico 67.11. No se observó marcada diferencia en cuanto a factores sociodemográficos evaluados: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión y escolaridad; en todos, salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional se presentaron bajas. Los pacientes que tienen más tiempo de haber iniciado TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) de 11-15 años presentaron peor función física, rol físico y dolor corporal. La salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional no mostraron marcada diferencia en cuanto al inicio del tratamiento, continúan siendo las más descendidas.

Es recomendable realizar cuestionarios que evalúen la calidad de vida desde el diagnóstico de la enfermedad como el transcurso de la misma, con el fin de conocer el perfil del estado de salud de cada paciente, dándole el acompañamiento respectivo a través de charlas formativas, evaluando el conocimiento de las mismas.

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA constituye uno de los problemas más graves de Salud Pública del mundo. Actualmente es la enfermedad con mayor número de casos a nivel de Centro América; hasta el año 2014 se reportó que 36.9 millones de personas viven con VIH (ONUSIDA, 2015). Se considera además que el VIH forma parte del grupo de enfermedades crónicas por el uso de la terapia antirretroviral.

El uso de terapia antirretroviral ha ayudado a prolongar la vida del paciente con VIH, pero con esto se han aunado otros problemas, que no permiten crear completa sensación de bienestar en el ser humano. El VIH no sólo es una enfermedad que genera deterioro físico, sino también emocional y social que puede ser tan grave o incluso mayor que la sintomatología de la enfermedad y que sin duda influye en el desarrollo integral del ser humano. Evaluar la calidad de vida desde el diagnóstico de la enfermedad y periódicamente en sus citas médicas ayuda a conocer áreas que no están fortalecidas y que influyen en la evolución satisfactoria de la enfermedad. Teniendo en cuenta que la enfermedad además de ser biológica, es psicológica y debe manejarse multidimensionalmente.

Se evaluó la calidad de vida de 206 pacientes VIH positivos con TARGA a través del cuestionario de salud SF-36 que evalúa 8 dimensiones, la dimensión con menor puntaje fue salud general con una media de 57.82, seguida rol emocional 60.3, vitalidad 61.60 y salud emocional 63.67. La dimensión con mayor puntaje fue función física con una media de 77.09. No existió marcada diferencia en cuanto a factores sociodemográficos evaluados. Los pacientes que tienen más tiempo de tratamiento (11-15 años) presentaron peor función física, rol físico y dolor corporal.

El resultado de ésta investigación incluye todo un proceso de educación, aplicado a la valorización de la vida personal del paciente, proceso educativo que es auténticamente humanista en todos los niveles con el fin de que éste ofrezca un aprendizaje al paciente para su integración como individuo a su ambiente comunitario, su realidad nacional y para la dimensión del mundo.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La calidad de vida (CV) es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno (Rodríguez 2012).

La utilización del concepto de CV puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Urzúa; Caqueo 2012).

Algunos psicólogos plantearon mediciones subjetivas que podrían aportar un mayor porcentaje de varianza en la Calidad de Vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como felicidad y satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Urzúa; Caqueo 2012).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRs), evalúa el impacto de la enfermedad y el tratamiento en la vida del paciente. Va más allá de establecer el grado de la presencia y severidad de los síntomas de la enfermedad evaluada, de los efectos adversos causados por el tratamiento administrado. Investiga además, cómo el paciente percibe y experimenta estas manifestaciones a diario y como le afectan en el desarrollo de su vida habitual (Garrido; Romero 2012).

Debido a que las variables médicas tradicionales de resultado, ya no son suficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de las intervenciones sanitarias, se plantea la utilización de la CVRS, como medida del resultado de las intervenciones, los tratamientos y cuidados médicos. Sobre todo en las enfermedades de curso crónico,

cuya atención consume el 80% de los recursos de sistemas de salud a nivel global (Garrido; Romero 2012).

El desarrollo de nuevos productos terapéuticos, ha generado que algunas enfermedades anteriormente consideradas fatales, se hayan convertido en enfermedades crónicas, donde la medición de la CVRS del paciente, ha tomado importancia como medida de resultado de la atención médica. Tal es el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su progresión a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que origina deterioro de funciones físicas, psíquicas y sociales, lo que determina un descenso en la sensación de bienestar (Garrido; Romero 2012).

Según el último boletín difundido por el Centro Nacional de Epidemiología, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) del año 2015, 34,810 personas viven con VIH en Guatemala de los cuales 20,964 reciben tratamiento antirretroviral. De enero a septiembre del año 2015 se reportaron 1,108 casos nuevos. El 40.2% de las personas con VIH tienen entre 15 y 29 años.

El cuestionario de salud SF-36 (SF-36 Health Survey) es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la CVRS. Sus propiedades psicométricas se han evaluado en más de 400 artículos, y las propiedades métricas de la versión española también han sido evaluadas en diversos estudios. El SF-36 está constituido por 36 ítems puntuables, divididos en 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad (Vilagut et al 2005).

Se enfatiza la puesta en marcha de intervenciones que estén dirigidas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes que padecen VIH a lo largo de todo el período evolutivo de la infección porque las investigaciones han mostrado que, dependiendo del estadio de la infección, el paciente con VIH tiene niveles de CVRS más altos o más bajos (Teva et al 2001).

b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

Entre los años 2010-2011 se realizó un estudio en el Reino Unido. Los investigadores compararon los resultados de dos cuestionarios de CVRS en dos grupos de personas. El grupo de personas con VIH estuvo compuesto por 3,151 pacientes procedentes de la cohorte ASTRA. Dicho grupo se comparó con 7,424 personas sin VIH. Se observaron diferencias significativas entre los pacientes con VIH y sin VIH en los cinco aspectos evaluados de CVRS: movilidad (27% frente a 20%), autocuidado (13% frente a 5%), capacidad para realizar actividades habituales como trabajar, estudiar, actividades domésticas (34% frente a 21%), dolor/malestar (42% frente a 40%) y ansiedad/depresión (50% frente a 27%). Asimismo, se encontró que los factores que influyen a tener peor calidad de vida en pacientes VIH fueron: edad avanzada, género femenino, nivel educativo más bajo (todos, $p < 0.001$) y origen étnico no blanco ($p = 0.01$) (Hernández 2014).

La Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, Grupo de investigación Salud y Sostenibilidad, Universidad Medellín Colombia, durante el año 2014, en Madrid, España realizaron un estudio que evaluó la percepción de CVRS en personas con VIH/SIDA, a través de una revisión sistemática con meta-análisis. La CVRS se midió en una escala de 0 a 100 puntos, basándose en frecuencias, medidas de resumen, intervalos de confianza y prueba t-student, incluyendo 19 investigaciones con 3,348 personas de 11 países. Se obtuvo un promedio de CVRS entre 59 y 64 puntos, el menor puntaje fue la dimensión ambiental (59) y el mayor salud psicológica (64) (Cardona; Higuera 2014).

Se realizó un estudio en Barcelona, España durante el año 2004 que evaluó la calidad de vida en personas VIH positivas con síndrome de lipodistrofia. Fue un estudio transversal con grupo control, se aplicó a un total de 134 pacientes que acudían regularmente a consulta externa en el Hospital Clínico de Barcelona. A través de una entrevista estructurada y cuestionario de calidad de vida para enfermedades crónicas. Hubo diferencias significativas en la sub-escala de malestar emocional, así como en las

preguntas “pérdida de atractivo”, “insatisfacción con el aspecto físico” y “miedo”. Las mujeres con lipodistrofia se vieron más afectadas por la pérdida de atractivo (García; Guiteras 2004).

La Universidad Nacional de la Plata, Argentina durante el año 2010 realizó un estudio que evaluó la CVRS en personas que viven con VIH/SIDA, se relacionó la calidad de vida incluyendo variables sociológicas, clínicas e inmunológicas con el cuestionario SF 36, se observaron puntuaciones medias de 79 en la función física y 58 en el rol emocional. Las mujeres presentaron mejores puntuaciones en 5 dimensiones: función física, rol físico, salud general, vitalidad y función social. Los varones presentaron puntuaciones más elevadas en: dolor corporal, rol emocional y salud mental (Bernstein, 2010).

En el transcurso del año 2009 en Medellín, Colombia se realizó un estudio que describe la calidad de vida en un grupo de personas con VIH/SIDA según el test MOSF-36 y los relatos de los sujetos infectados. Según MOSF-36 el grupo presenta buena calidad de vida. Se incluyeron aspectos macro-culturales, como vivienda, empleo y alimentación; micro-culturales como apoyo social y espiritualidad, e individuales como hábitos saludables. Se incluyeron personas mayores de 18 años, pertenecientes a una ONG de Medellín, de estrato socio-económico bajo, ambos sexos, mayores de 18 años, en total 19 pacientes (Cardona; Higueta 2009).

La Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt en Guatemala durante en el año 2012 publicó en la revista científica un estudio que evaluó la calidad de vida en pacientes VIH positivos, tomando una muestra de 200 pacientes. Utilizaron el cuestionario MOS-HIV en su versión mexicana. Se reportó que la calidad de vida en dichos pacientes es regular. Las menores puntuaciones se obtuvieron en las áreas: percepción general de la salud, salud mental y vitalidad. La función de rol, función social, el dolor, la preocupación por la salud, calidad de vida y transición de salud fueron los dominios con puntuaciones más altas. En dicho estudio se tomaron en

cuenta otros factores como: Último valor de CD4, nivel socioeconómico, nivel educativo, estatus antirretroviral (Garrido; Romero, 2012).

c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente la evaluación de la CVRS ha mostrado mayor interés por el aumento de forma lenta y progresiva de enfermedades de carácter crónico que se ven influenciadas por diferentes factores biopsicosociales que interfieren directamente en la evolución favorable de la enfermedad.

Diversos estudios demuestran que existe una estrecha relación entre la calidad de vida y las enfermedades crónicas. La infección por el VIH se ha considerado actualmente como enfermedad crónica, por la utilización de la terapia antirretroviral. El VIH no sólo es una enfermedad que deteriora físicamente al paciente, también tiene consecuencias directas en el aspecto social y psicológico que puede ser tan grave o más que la propia enfermedad ya que puede influir directamente en la adherencia al tratamiento establecido y por ende en la salud.

Existen actualmente diferentes formas para evaluar la CVRS, entre ellas se pueden mencionar el cuestionario SF-36, el cual es un instrumento útil, económico, confiable que evalúa 8 dimensiones: la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

En estudios realizados en diferentes países se evidencia que la calidad de vida en pacientes VIH positivos se ve afectada en diferentes dimensiones, principalmente en la función física, social y rol emocional, lo que influye en el desarrollo integral del ser humano, afectando así la adherencia al tratamiento establecido y evolución favorable de la enfermedad. Por lo que se plantea la siguiente pregunta: **¿Es importante la evaluación constante de la calidad de vida en un paciente VIH positivo con Terapia Antirretroviral de Gran Actividad?**

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. Delimitación teórica

El presente estudio tiene fundamento de carácter clínico-epidemiológico, el cual pretende evaluar la calidad de vida en pacientes VIH positivos con TARGA, así como las diferentes características de distribución y frecuencia del problema.

b. Delimitación geográfica

Zacapa, cabecera del departamento de Zacapa, se ubica en la región III del país de Guatemala. Limita al norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al este con el departamento de Izabal y la República de Honduras; y al oeste con el departamento de El Progreso. La extensión territorial del departamento es de 2,690 Km². Coordenadas: Latitud 14° 58'21' N, longitud 89° 31'42'O. Por su configuración geográfica que es bastante variada, sus alturas oscilar entre los 130 msnm en el municipio de Gualán y 880 msnm en el municipio de la Unión. El clima es cálido. Se encuentra a 146 Kms. de la Ciudad de Guatemala.

La población es de 225,108 habitantes, de los cuales 52.2% es de sexo femenino y el 47.8% es de sexo masculino. Predomina la raza ladina (198,615 personas) (INE, 2013).

Según ONUSIDA hasta el año 2014 se reportaron 49,000 personas que viven con VIH en Guatemala, colocando al país con el mayor número de casos a nivel de Centroamérica. Según el informe epidemiológico de VIH en el departamento de Zacapa durante los años 2010-2012 se analizaron 283 registros de pacientes con VIH avanzado reportados en el área de salud de dicho departamento. La población masculina es la más afectada con un 54% de los casos. Los grupos de edades más afectados son de 20-34 años. El porcentaje de positividad en el tamizaje de embarazadas es de 0.26% (Ovando et al 2014).

c. Delimitación institucional

El estudio se llevó a cabo en la Clínica de Atención Integral, ubicada dentro del Hospital Regional de Zacapa. Fue inaugurada en marzo de 2008. Atiende a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Cuenta con médicos especialistas en infectología, psicología, nutrición, químico farmacéutico, trabajador social y personal de enfermería.

La visión de dicha Clínica es: “Alcanzar la excelencia y completa satisfacción del paciente, mejorando la atención a través de una gestión hospitalaria, profesionalización del recurso humano, optimización del recurso financiero y transformación de servicios hospitalarios”. Su misión: “Compromiso con excelencia en el diagnóstico y tratamiento de todos nuestros pacientes, ejecutando actividades estratégicas con el propósito de alcanzar el más alto status de salud y lograr el más alto bienestar físico, emocional y social de los pacientes”.

Según la sala situacional de la Clínica de Atención Integral realizada en el año 2015, se atendieron 2,465 consultas, realizándose 865 pruebas de VIH, de las cuales 55 resultaron positivas. De esos 55 pacientes positivos, 35 entran dentro del grupo etario de 25-49 años (28 masculino y 7 femenino). Actualmente son 442 pacientes con TARGA. Desafortunadamente, en la actualidad no se reportan casos para determinar la calidad de vida en los pacientes.

d. Delimitación temporal

El tiempo estimado para elaborar la investigación corresponde a los meses de febrero a julio de 2016.

III. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en pacientes VIH positivos con Terapia Antirretroviral de gran Actividad, según el cuestionario de salud SF-36 atendidos en Clínica Integral del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de febrero-julio de 2016.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el perfil del estado de salud del paciente con VIH, atendido en la Clínica Integral a través del Cuestionario de Salud SF-36.
2. Identificar en orden ascendente las 8 dimensiones evaluadas en dichos pacientes según el Cuestionario de Salud SF-36.
3. Determinar los factores sociodemográficos que influyen en el perfil del estado de salud en dichos pacientes.
4. Describir el tiempo de inicio de la terapia antirretroviral de gran actividad y el perfil del estado de salud en dichos pacientes.

IV. JUSTIFICACIÓN

El VIH no sólo se ha caracterizado como enfermedad crónica sino también como la enfermedad con mayor número de casos a nivel de Centroamérica. Hasta el año 2014 se reportan 36.9 millones de personas viven con VIH, de las cuales 15.8 millones reciben tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2015).

Las nuevas opciones de tratamiento antirretroviral de gran actividad implican que las personas diagnosticadas con VIH pueden ahora disfrutar de vidas más largas, pero esto conlleva también que aumente el período de carga emocional. Existen estudios que confirman que las personas que viven con VIH presentan deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales lo que determina un descenso en la sensación de bienestar que puede afectar directamente a la adherencia del tratamiento establecido y a la evolución satisfactoria de la enfermedad.

Por lo anteriormente mencionado, es necesaria la realización constante de evaluaciones, desde los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad que permitan conocer la Calidad de Vida de dichos pacientes y las variaciones a las que se ve sometida, esto a través de la elaboración de cuestionarios como el SF 36 que evalúa dimensiones como: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Esto con el objetivo de identificar las dimensiones que no estén fortalecidas en dichos pacientes y que posiblemente estén influyendo en la evolución satisfactoria de la enfermedad.

En la Clínica Integral del Hospital Regional de Zacapa se realizó un estudio que evaluó la capacidad de autocuidado en personas que viven con VIH, sin embargo no se ha realizado ningún estudio que evalúa la calidad de vida englobando dimensiones físicas, sociales y emocionales en dichos pacientes, por lo que es de valiosa importancia la realización de investigaciones en dicho tema, con el fin de fortalecer el bienestar físico, social y emocional de cada ser humano y así mejorar el desarrollo integral del ser humano y por ende su calidad de vida.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: CALIDAD DE VIDA

1.1 CALIDAD DE VIDA CON RESPECTO A LA SALUD

DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud en 1994 la define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus estándares y preocupaciones (Schwartzmann, 2003).

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica, el valor asignado a la duración de la vida, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Schwartzmann, 2003).

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Schwartzmann, 2003).

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidentemente en los años 90, que se mantiene durante este siglo XXI. La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o incluso el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el

mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, principios, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que constantemente están sometidos la mayoría de los seres humanos (Schwartzmann, 2003).

La expresión de Calidad de Vida con respecto a la Salud fue empleada por primera vez en EE.UU, poco después de la segunda Guerra Mundial, para describir el efecto sobre la vida de las personas, de la posesión de bienes de consumo, como vehículos, casas o electrodomésticos. Posteriormente, se incluyó dentro de esta idea otros temas, como la educación, el crecimiento económico, el tiempo libre o los derechos humanos (Schwartzmann, 2003).

En medicina, la calidad de vida ha sido sinónimo de otros muchos conceptos (satisfacción con la vida, bienestar, felicidad), hay diferentes opiniones de expertos sobre lo que significa realmente. Sin embargo, a pesar de la falta de consenso conceptual, la mayoría de las mediciones de CVRS llevadas a cabo coincide en que éstas deben comprender, al menos, los siguientes campos: Aspectos físicos, incluyendo el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causado por una enfermedad que puede caracterizarse por ser crónica o por su tratamiento; aspectos psicológicos, cubriendo un amplio rango de estados emocionales y funciones cognitivas e intelectuales, y aspectos sociales, haciendo hincapié en el aislamiento social y en la autoestima asociados al papel social de las enfermedades crónicas (Schwartzmann, 2003).

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud (Schwartzmann, 2003).

1.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD DE VIDA

La CVRS es el resultado de la compleja interacción entre:

1.2.1 Factores objetivos: constituyen las condiciones externas como económicas, socio-políticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del ser humano y de su personalidad. Los individuos con niveles superiores en éstas diferentes áreas o dominios de la vida, están mejor dispuestos a tener niveles altos de CVRS, ya que tendrán mejores condiciones de vida, nivel de ingresos, accesibilidad a los servicios de salud, cultura general que los capacita para desarrollar estilos de vida saludables (García; Rodríguez 2007).

1.2.2. Factores subjetivos: Están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. Cuando el ser humano está enfrentando un proceso de enfermedad crónica, esto lo hace sentirse aún más enfermo, infeliz y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Se sentirá tanto más enfermo cuanto mayor sean las limitaciones que la enfermedad le imponga en aquellas áreas de la vida significativas para él, en relación con sus aspiraciones y metas en la etapa del ciclo vital en que se encuentre. De aquí la importancia de tener en cuenta la óptica individual, la percepción del propio paciente en la evaluación de su calidad de vida (García; Rodríguez 2007).

La salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, lo laboral o lo socio-político se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de stress con implicación negativa para la salud considerada integralmente (García, 2005).

La calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume (García, 2005).

Los niveles de satisfacción que el ser humano alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas; es decir, de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos, pues, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazos. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Los indicadores de corte objetivo resultan necesarios, pero requieren un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él. De aquí la importancia del estudio del bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida (García, 2005).

1.3 MEDICIÓN DE CVRS

Si se acepta como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos (Velarde; Ávila 2002).

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que

hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios (Velarde; Ávila 2002).

1.3.1 INSTRUMENTOS QUE EVALUAN LA CALIDAD DE VIDA

Cada vez son más utilizados los instrumentos que miden la CVRS en la atención integral de los pacientes, ya que detectan cambios en aspectos de la salud que los resultados clínicos tradicionales no reflejan.

1.3.1.1 Instrumentos específicos

Son diseñados para evaluar a un grupo de población particular, a un problema de salud concreto o a una dimensión específica. Entre estos instrumentos se encuentran: las escalas de incapacidad funcional (Índice de Katz, Barthel o Lawton-Brody), las escalas de dolor (cuestionario del dolor en español, escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry), cuestionarios específicos para patologías crónicas (cuestionario respiratorio Saint George, para la enfermedad de parkinson, PDQ-39 o MOS-SF-30 para el VIH) o medidores de salud sociofamiliar (Escala de Duke-UNC-11, test de APGAR familiar) (Melguizo, 2002).

Su mayor desventaja radica en que no permiten comparaciones entre diferentes enfermedades y, por lo tanto, no son útiles para conocer la eficacia relativa de diferentes tratamientos.

1.3.1.2 Instrumentos genéricos

Son aquellos que cubren un espectro amplio de la calidad de vida, son independientes del diagnóstico clínico del paciente y permiten su aplicación en diferentes tipos de población, con distintas patologías y presentan la ventaja de que permiten comparar el impacto de diferentes enfermedades sobre la CVRS (Melguizo, 2002).

Entre los instrumentos genéricos se han validado el Sickness Impact Profile (Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad), el Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham), el Euro Qol-5D (Cuestionario Europeo de calidad de vida de 5 dimensiones), el cuestionario de calidad de vida infantil y el 36 - Item Medical Outcomes Study Short - Form General Health Survey (Cuestionario de los Resultados Médicos Abreviado SF-36), entre otros (Melguizo, 2002).

De los instrumentos revisados las medidas genéricas muestran mejor desarrollo psicométrico que los instrumentos específicos y el resto de las medidas de salud.

El Cuestionario de Salud SF-36 fue diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional (Molinero, 1998).

Las 8 dimensiones del cuestionario determinan los siguientes aspectos relacionados con la salud (Molinero, 1998):

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

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

Este cuestionario da el punteo a través del Enfoque Rand el cual transforma el puntaje a escala de 0 a 100 por la realización de un promedio en cada dimensión. Donde 0 corresponde a peor estado de salud y 100 a mejor estado de salud. Mientras más alto sea el punteo el paciente presenta mejor estado de salud en cada dimensión. Las preguntas que constan de 3 respuestas tienen valor de 0-50-100(a-b-c); 5 respuestas 0-25-50-75-100(; 6 respuestas 0-20-40-60-80-100. Este cuestionario está destinado para contestarlo en un tiempo de 15-20 minutos.

1.3.2 IMPORTANCIA DE MEDICIÓN-EVALUACIÓN DE LA CVRS

La CVRS define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo. La medida de la CVRS no incluye únicamente los aspectos fisiopatológicos de una enfermedad sino también los factores psicosociales inherentes a la misma, además de las posibles limitaciones que comporte. No obstante, lo que le confiere una mayor importancia es que permite la evaluación del impacto de la enfermedad y su tratamiento desde la perspectiva personal y singular de la persona afectada.

La evaluación de la calidad de vida en los pacientes posee una gran relevancia porque permite (Vinaccia; Orozco, 2005):

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario del orgánico.

- Un mejor conocimiento del enfermo, de su evolución y de su adaptación a la enfermedad.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Ampliar el conocimiento sobre la evolución de la enfermedad.
- Potenciar la comunicación médico - paciente.
- Ayudar en la toma de decisiones médicas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Desde el punto de vista subjetivo, podríamos afirmar que la CVRS es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales (Vinaccia; Orozco, 2005).

Esto con el fin de que se considere como un parámetro más dentro de la práctica clínica que permite valorar la eficacia de los programas e intervenciones terapéuticas, así como también los posibles efectos adversos a corto y largo plazo, basándose en que evalúa diferentes áreas de la vida del individuo, también afectadas por la presencia de una enfermedad y usualmente no cuantificadas por los indicadores clásicos, ayudando a tener mayor conocimiento de la historia natural de las enfermedades, evitando desenlaces fatales.

1.4 CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentra el ambiente, los

estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (Vinaccia; Orozco 2005).

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella (Vinaccia; Orozco 2005).

Uno de los principales cambios y quizá el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad) (Vinaccia; Orozco 2005).

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los profesionales de salud establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. La comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas (Vinaccia; Orozco 2005).

La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado de apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo (Vinaccia; Orozco 2005).

CAPÍTULO II: CALIDAD DE VIDA EN VIH

La infección por el VIH constituye un grave problema de salud pública con importantes implicaciones sanitarias y sociales. Al igual que en otras enfermedades crónicas, caracterizadas por pérdidas progresivas de la capacidad funcional y autonomía del individuo, el deterioro gradual de carácter físico, psicológico y social del paciente conduce a un deterioro tanto en su tipo de vida como en la autopercepción de su salud (Melguizo, 2002).

La valoración de la CVRS se ha convertido en un objetivo en sí mismo para una atención sanitaria óptima. Evaluar la CVRS supone conocer el impacto de la enfermedad en el entorno familiar del paciente, relaciones sociales o en su propia autoestima, pero también analizar la eficacia y efectividad de nuestras intervenciones sanitarias (Melguizo, 2002).

El concepto de CVRS aparece en un momento en que la esperanza de vida ha aumentado sensiblemente y en el que predomina la convicción de que el papel de la medicina no debe ser únicamente proporcionar muchos años de vida, sino, sobre todo, de aportar una mejora en la calidad de los años vividos. Sobre todo en pacientes que viven con VIH, ya que ésta patología origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales en los pacientes que determina un descenso en la sensación de bienestar.

La infección por el VIH cada vez será una enfermedad crónica manejable en mayor medida y será imprescindible detectar disfunciones sociofamiliares e intervenir potenciando todos los recursos que puedan elevar la calidad de vida de estos pacientes. Desde atención primaria es posible ya detectar, intervenir y medir progresos a través de instrumentos sencillos, rápidos y fiables (Melguizo, 2002).

Evaluar la CVRS desde el diagnóstico del VIH y así periódicamente debe ser un objeto, esto con el fin de evaluar el impacto general de la enfermedad y así fortificar el aspecto

físico, social y emocional en los pacientes, creando así mejor adherencia en el tratamiento antirretroviral y formación integral del ser humano.

2.1 Principales alteraciones que deterioran la calidad de vida en pacientes VIH

2.1.1 Trastornos de humor: El VIH invade el sistema nervioso central al principio de la infección y penetra la barrera hemato-encefálica a través de los macrófagos infectados. Por este motivo, las manifestaciones psiquiátricas asociadas al VIH son muy frecuentes y pueden ser muy diversas y de diferentes etiologías: por el efecto del virus, diversas enfermedades intercurrentes sobre el SNC, secundarias al tratamiento antirretroviral, a sustancias de abuso o primarias (Garrido, 2012).

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en los pacientes VIH es más elevada que la observada en la población general y similar a la observada en otras enfermedades crónicas. Los datos indican una prevalencia de depresión del 20% o menor en hombres y del 30 a 50% en mujeres. La depresión complica el tratamiento de la infección por el VIH ya que incrementa el riesgo de no cumplir el tratamiento antirretroviral. Algunos autores sugieren que también aumenta la disfunción inmunitaria. Por todo ello es muy importante el diagnóstico y tratamiento correctos de la depresión (Garrido, 2012).

La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir el diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento.

Se conoce que la manía y la hipomanía acompañan a la infección por VIH, pero su prevalencia no se aproxima a la de la depresión. Casi el 85% de los individuos infectados por VIH exhibe algún síntoma de depresión durante el curso de la enfermedad (Fernández, 2002).

La ideación suicida en el contexto de enfermedad por VIH no debería considerarse una reacción normal o comprensible a tener una enfermedad fatal. Clínicamente, debería ser vista como un signo de enfermedad depresiva. Los factores de riesgo para suicidio en pacientes con infección por VIH incluyen: episodio actual o pasado de depresión mayor, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, aislamiento social, percepción de carencia de sostén social, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno de personalidad, problemas interpersonales o laborales relacionados al VIH y duelo complicado o múltiple (Fernández, 2002).

Antes de la introducción de los antiretrovirales, el riesgo era hasta 66 veces superior a la población general. Sin embargo, datos más recientes señalan tasas de suicidio sólo moderadamente altas, y similares a las de otras enfermedades crónicas (Garrido, 2012).

La valoración de la depresión relacionada al VIH debe estar acompañada de una evaluación médica completa, para identificar componentes orgánicos potenciales de la enfermedad, y tratarlos consecuentemente (Fernández, 2002).

2.1.2 Trastornos de ansiedad: Afectan a alrededor de 17% a 36% de los pacientes con infección por VIH (Maldonado, Fernández y Levy 2000, consultado por Fernández, 2002). La ansiedad persistente y crónica subsiguiente a la notificación del status sérico afecta aproximadamente al 20% de esta población. Esta ansiedad puede evolucionar hacia un trastorno por estrés post-traumático completo. Los comportamientos de negación o evitación, secundarios a ansiedad relacionada al VIH no tratada, pueden disminuir la adherencia al tratamiento e interferir con el manejo médico de la enfermedad. Dentro de la gama de trastornos de ansiedad descritos para los pacientes VIH positivos, el trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso parece ser el más prevalente. La ansiedad también puede ser generada por patologías médicas, especialmente en los pacientes con dolor, en aquellos con compromiso respiratorio debido a neumonía, o con compromiso neurológico debido a infecciones oportunistas o

neoplasias malignas; asimismo, debe considerarse la ansiedad inducida por sustancias (Fernández, 2002).

2.1.3 Psicosis: Casi un 8% de los pacientes infectados por VIH presentan una psicosis de algún tipo diagnosticada (Fernández, 2002). Algunas de ellas son preexistentes a la infección por VIH, mientras que otras son consideradas resultado del compromiso del SNC por el VIH. La mayoría de los pacientes con psicosis, también manifiestan síntomas de deterioro cognitivo concomitante.

CAPÍTULO III: TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

3.1 Criterios para el inicio de la terapia antirretroviral

CLÍNICA	CD4	COMENTARIO
Presencia de infecciones o tumores oportunistas definitorias de SIDA	cualquiera	Según clasificación CDC (columna C) Tratar infecciones oportunistas e iniciar lo antes posible TARV
Con o sin síntomas	≥350	
Con o sin síntomas	cualquiera	Coinfección por hepatitis B y otras condiciones clínicas asociadas a VIH que comprometan la vida del paciente.
Mujeres embarazadas con o sin síntomas	Cualquiera	TARV luego de la semana 14 de gestación
Con o sin síntomas	No disponible	Conteo de linfocitos totales menor de 1200 en hematología.
Con o sin síntomas	cualquiera	Pacientes con descenso en el conteo de linfocitos CD4 mayor del 30% con respecto al conteo anterior (no mayor de 6 meses)

Fuente: Manual de tratamiento antirretroviral e infecciones oportunistas en Guatemala, 2012.

2.4.1 Esquema de primera línea

Está seleccionado para garantizar buena adherencia, simplificado, garantizando la biodisponibilidad y la estabilidad de la molécula (Arredondo et al 2012).

A		+	B
Opción 1	Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg c/24hrs	+	Efavirenz 60mg c/24 hrs. o Nevirapina 20mg c/12hrs
En caso de contraindicación a esquema 1 utilizar:			
Opción 2	Zidobudina 300mg + Lamivudina	+	Efavirenz 60mg c/24 hrs. o

	150mg c/12 hrs		Nevirapina 20mg c/12hrs
En caso de contraindicación a esquema 1 y 2 utilizar:			
Opción 3	Abacavir 300mg + Lamivudina 150mg c/12 hrs	+	Efavirenz 60mg c/24 hrs. o Nevirapina 20mg c/12hrs

Fuente: Manual de tratamiento antirretroviral e infecciones oportunistas en Guatemala, 2012.

La dosis de inicio para Nevirapina es de 200 mg c/24 hrs por 15 días, si no hay efectos adversos que contraindiquen su uso se sigue con 200 mg c/12 hrs.

2.4.2 Esquema de segunda línea

Opción de Tratamiento de primera línea	A	+	
En caso de fallo a Opción 1	Abacavir 300mg c/12hrs + Lamivudina 150mg c/12 hrs.	+	Lopinavir/Ritonavir 400mg/100mg c 12hrs. o Saquinavir/ritonavir ** 1000mg/100mg c/12 hrs.
	Abacavir 300mg c/12hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 hrs	+	

o

En caso de fallo a Opción 2	Abacavir 300mg c/12hrs + Lamivudina 150mg c/12 hrs.	+	Lopinavir/Ritonavir 400mg/100mg c 12hrs. o Saquinavir/ritonavir 1000mg/100mg c/12 hrs.
	Abacavir 300mg c/12hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 hrs	+	

o

En caso de fallo a Opción 3	Didanosina * 250mg o 400mg c/24 hrs. + Lamivudina *** 150mg c/12 hrs.	+	Lopinavir/Ritonavir 400mg/100mg c
	Tenofovir 300mg c/12 hrs.		

	+ Lamivudina 150mg c/12 hrs.	+	12hrs. o Saquinavir/ritonavir
	Zidovudina 300mg c/12hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 hrs.	+	1000mg/100mg c/12 hrs.

Fuente: Manual de tratamiento antirretroviral e infecciones oportunistas en Guatemala, 2012.

*La dosis de la Didanosina (ddl) se ajusta de acuerdo al peso del paciente. Si pesa menos de 60 kg se da 250 mg por dosis/día y si es mayor de 60 kg 400 mg por dosis/día. Este medicamento ha sido proyectado hasta diciembre 2012 como primera opción en el esquema de segunda línea y a partir de dicha fecha este diagrama estará en vigencia.

**Se utilizará en casos de intolerancia o efecto adverso a Lopinavir/ritonavir

(***)Este esquema se podrá utilizar siempre y cuando se diagnostique el fallo en los tres primeros meses, en caso contrario continuar con los siguientes esquemas.

2.4.3 Esquemas de tercera línea

Si ocurre fallo al tratamiento de segunda el esquema de seguimiento se decidirá de manera individualizada, siendo requisito realizar una prueba de genotipo, análisis y recomendaciones del comité de fármacorresistencia. El manejo inicial de estos casos se hará en las Unidades de Atención Integral de Referencia (Clínica de Enfermedades Infecciosas- Hospital Roosevelt, Clínica Familiar Luís Ángel García -ASI-, Hospital General San Juan de Dios), con el seguimiento posterior en las Unidades de Atención de origen. Mientras no se disponga de tratamiento de tercera línea, el paciente debe continuar con su esquema de segunda línea, aunque presente falla virológica. En estos casos se recomienda agregar a su esquema Lamivudina, si su esquema actual no lo contempla (Arredondo *et al* 2012).

Hasta junio 2015, 15.8 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo, lo que representa el 40% (37-45%) de los 36,9 (34,3-41,4) millones de personas que viven con el VIH (ONUSIDA, 2015).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

- a. **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.
- b. **Área de estudio:** Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa.
- c. **Universo o muestra:** Muestreo simple aleatorio cualitativo, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{0.25 N}{(\alpha/z)^2 (N - 1) + 0.25}$$

n = muestra

α = confiabilidad relacionada con el error máximo soportado (95%)

z = 1.9599

1 = constante de muestreo

N = universo (442 pacientes)

$$n = \frac{0.25 (442)}{(0.05/1.9599)^2 (442 - 1) + 0.25} = 206 \text{pacientes}$$

- d. **Sujeto u objeto de estudio:** Pacientes VIH positivos con TARGA atendidos en la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa.

e. Criterios de inclusión:

- Pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral con regularidad.
- Pacientes con 6 meses o más de inicio de la TARGA.
- Pacientes dentro del rango de edad de 20-60 años.

f. Criterios de exclusión:

- Pacientes VIH positivos que estén hospitalizados.
- Pacientes VIH positivos que estén diagnosticados con Depresión u otra alteración emocional.
- Pacientes con falla en el tratamiento y/o abandono.

g. Variables estudiadas:

Variable Independiente: Enfermedad VIH/SIDA

Variable Dependiente: Calidad de Vida

h. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de Medición
Independiente: Enfermedad VIH/SIDA	Enfermedad crónica que inicia por la transmisión del virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) que destruye las células de defensa linfocitos cooperadores de CD4, éstos forman parte del sistema inmunológico del organismo, a medida que el VIH los destruye, las personas infectadas con el virus comienzan a desarrollar el SIDA.			
Dependiente: Calidad de Vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y valores, relacionado con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes, que se ve influenciado por, salud física, estado psicológico, nivel de independencia, sus relaciones sociales.	Cuestionario de salud SF36: Puntaje va desde peor estado de salud (0 Pts.) hasta mejor estado de salud (100 Pts). 8 dimensiones evaluables: Función física, rol físico, rol social, rol emocional, salud mental, salud en general, dolor corporal y vitalidad.	Cuantitativa	Razón o proporción

i. Técnica e instrumento de recolección de datos

- Entrevista personal
- Cuestionario de Salud SF 36 el cual es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la CVRS, está constituido por 36 ítems puntuables que engloban 8 dimensiones: (función física con 10 ítems, rol físico con 4 ítems, dolor corporal con 2 ítems, salud general con 5 ítems, vitalidad con 4 ítems, función social con 2 ítems, rol emocional con 3 ítems y salud mental con 5 ítems). Este cuestionario da el punteo a través del Enfoque Rand el cual transforma el puntaje a escala de 0 a 100 por la realización de un promedio en cada dimensión, donde 0 corresponde a peor estado de salud y 100 a mejor estado de salud. Mientras más alto sea el punteo el paciente presenta mejor estado de salud. Las preguntas que constan de 3 respuestas tienen valor de 0-50-100(a-b-c); 5 respuestas 0-25-50-75-100(; 6 respuestas 0-20-40-60-80-100. Este cuestionario está destinado para contestarlo en un tiempo de 15-20 minutos.

j. Procedimiento para la recolección de la información

Se acudió a la Clínica de Atención Integral dentro del Hospital Regional de Zacapa para obtener el total de pacientes VIH positivos con TARGA. Se obtuvo una muestra de ese total. Todo esto con previa autorización por escrito para acceder a la información. Después de obtener la muestra y autorización del protocolo se empezó el trabajo de campo. Se evaluó a dichos pacientes acudiendo a la Clínica Integral de lunes a viernes dentro de los horarios de 08:00 AM a 12:00 PM. Se pasó la boleta de recolección de datos después de su cita médica, explicando de forma ordenada y clara las instrucciones para resolverla. Después se procedió a procesar y evaluar los resultados.

k. Plan de análisis

Para el procesamiento de la información obtenida se procedió de la siguiente manera:

Primero: Posterior a la recopilación de la información a través de la entrevista personal y el llenado de cuestionarios por los pacientes estudiados se procedió a ordenar los cuestionarios de acuerdo a la fecha de realización.

Segundo: Se tabularon los datos recopilados de los cuestionarios por el enfoque rand el cual transforma el puntaje a escala de 0 a 100 por la realización de un promedio en cada dimensión que evalúa el cuestionario.

Tercero: Al tener los promedios de cada dimensión evaluada se tabularon los datos a través de la realización de tablas por el programa Microsoft Office Excel 2010. Asimismo se ingresaron datos como factores sociodemográficos de los pacientes (edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad) y el tiempo de inicio de la TARGA.

Cuarto: Se realizaron las bases de datos en el programa epi-info, diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) de especial utilidad para la Salud Pública. Se representaron a través de cuadros los resultados obtenidos como: perfil del estado de salud de los pacientes VIH con TARGA, las 8 dimensiones evaluadas por el cuestionario de salud SF-36, factores sociodemográficos que influyen y tiempo de inicio de la TARGA.

Quinto: Se realizó la interpretación de los resultados a través del programa Microsoft Office Word 2010.

Sexto: Se presentaron los resultados obtenidos a la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa a través de gráfica por cada paciente, adjuntándola a su papelería.

I. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se redactó una solicitud de autorización al Hospital Regional de Zacapa para obtener acceso a la información de estadísticas de pacientes que consultan la Clínica de Atención Integral que funciona dentro de dicho hospital. Asimismo se redactó la solicitud de permiso para poder realizar la investigación dentro de la institución.

Al momento de pasar el cuestionario se habló de forma clara y concisa con el paciente, explicando el motivo de dicho cuestionario.

m. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD AÑO 2016	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO							
	SEMANA																															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del Planteamiento del Problema.																																
Solicitud, aprobación de planteamiento del problema.																					.											
Aprobación del planteamiento del problema.																																
Elaboración del protocolo.																																
Entrega del protocolo.																																
Solicitud de aprobación del protocolo																																
Trabajo de campo																																
Elaboración informe final																																
Revisión de informe final																																
Aprobación informe final																																

Fuente: Elaboración propia

n. Recursos

a. Humanos

- Estudiante encargada de la investigación
- Asesora de tesis
- Organismo coordinador de trabajos de graduación de Medicina (OCTGM).

b. Físicos

- Impresiones de revistas de Calidad de Vida en pacientes VIH.
- 200 fotocopias de boletas de recolección de datos.
- 1 caja de lapiceros de color negro.
- 1 equipo de computadora.
- 1 memoria USB de 4 GB Sony
- 1 Impresora EPSON L555
- 1 cartucho de tinta color negro EPSON L555
- 1 cartucho de tinta de colores EPSON L555
- Uso de internet

c. Financieros

Impresiones de revistas	Q. 100.00
200 fotocopias de boletas de recolección de datos	Q. 170.00
2 resmas de papel bond tamaño carta de 80 gramos	Q. 70.00
1 caja de lapiceros bic color negro	Q.10.00
Cartuchos para la impresora	Q.350.00
Viáticos	Q.2,000.00
TOTAL	Q.2,700.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. Puntuaciones del perfil de salud según cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 de pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa, en el transcurso de junio a julio de 2016.

	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
MEDIA	77.09	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	9.83	18.64	21.45	11.76	13.75	14.64	24.25	14.03
Porcentaje con punteo máximo	10%	12%	19%	0	5%	7%	6%	0
Porcentaje con punteo mínimo	0	1%	0	0	0	0	13%	5%

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

Se pueden observar las puntuaciones medias con su desviación estándar de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 de 206 pacientes. Las puntuaciones más bajas (peor estado de salud) corresponden a salud general con 57.82, rol emocional con 60.30, vitalidad con 61.6 y salud emocional con 63.67. La función física con 77.09 y función social con 74.77 fueron las dimensiones más altas (mejor estado de salud) seguidas de dolor con 73.09 y rol físico con 67.11. También se puede apreciar el tanto por ciento de pacientes que obtuvieron la puntuación máxima y mínima de cada dimensión (100 y 0 puntos respectivamente).

TABLA 2. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según grupo etáreo en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa, en el transcurso de junio a julio de 2016.

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
20 a 29	43	20.87%	77.03	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
30 a 39	76	36.89%	76.81	67.50	72.84	57.93	61.75	75.06	59.94	63.97
40 a 49	46	22.33%	76.73	66.83	72.49	57.60	61.25	74.46	59.63	63.40
50 a 60	41	19.90%	76.71	66.79	72.65	57.65	61.35	74.55	59.86	63.43
TOTAL	206	100.00%								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se visualizan las puntuaciones medias de cada dimensión distribuidas por grupo etáreo. El grupo etáreo que predomina es de 30 a 39 años con 36.89% (76), seguido de 40 a 49 años con 22.33% (46). No se evidencia marcada diferencia en cada dimensión según edad; sin embargo, las dimensiones más bajas (peor estado de salud) son: salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional. Los punteos más altos (mejor estado de salud) corresponden a función física, función social y dolor.

TABLA 3. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según género en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el transcurso de junio a julio de 2016.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
Femenino	114	55.34%	77.05	67.07	72.96	57.88	61.61	74.87	60.11	63.69
Masculino	92	44.66%	77.09	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
TOTAL	206	100%								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se identifican las puntuaciones medias de cada dimensión según género. Predomina el género femenino con 55.34% (114), seguido de género masculino con 44.66% (92). No se evidencia marcada diferencia en cada dimensión según género. Las dimensiones más bajas (peor estado de salud) son: salud general, rol emocional, vitalidad y salud mental. Los punteos más alto (mejor estado de salud) corresponden a función física, función social y dolor.

TABLA 4. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según escolaridad en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el transcurso de junio a julio de 2016.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
Analfabeta	45	21.84%	77.09	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
Primaria	99	48.06%	77.11	67.28	72.94	57.92	61.64	74.90	60.08	63.75
Básico	26	12.62%	77.05	67.07	72.96	57.88	61.61	74.87	60.11	63.69
Diversificado	28	13.59%	77.18	67.82	73.15	57.98	61.85	75.17	59.77	64.15
Universidad	8	3.88%	77.11	67.16	72.75	57.82	61.57	74.80	59.65	63.75
TOTAL	206	100%								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se pueden apreciar las puntuaciones medias de cada dimensión según escolaridad. Predomina la escolaridad primaria con 48.06% (99), seguida de escolaridad analfabeta con 21.84% (45) y escolaridad diversificado con 13.59% (28). No se evidencia marcada diferencia en cada dimensión según escolaridad. Las puntuaciones más bajas (peor estado de salud) corresponden a salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional. Los punteos más altos (mejor estado de salud) corresponden a función física, función social y dolor.

TABLA 5. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según religión que practican pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el transcurso de junio a julio de 2016.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
Católico	85	41.26%	77.05	67.07	72.96	57.88	61.61	74.87	60.11	63.69
Evangélico	72	34.95%	77.05	67.08	72.72	57.80	61.49	74.82	59.68	63.69
Ninguna	49	23.79%	77.09	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
TOTAL	206	100%								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se hacen notar las puntuaciones medias de cada dimensión según religión. Predomina la religión católica con 41.26% (85), seguida de religión evangélica con 34.95% (72) y los que no practican ninguna religión con 23.79% (49). No se evidencia marcada diferencia en cada dimensión según religión. Las puntuaciones más bajas (peor estado de salud) corresponden a salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional. Los punteos más altos (mejor estado de salud) corresponden a función física, función social y dolor.

TABLA 6. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según estado civil en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el transcurso de junio a julio de 2016.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
Casado	54	26.21%	77.05	67.07	72.96	57.88	61.61	74.87	60.11	63.69
Soltero	80	38.83%	77.09	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
Unido	72	34.95%	77.07	67.12	72.81	57.84	61.50	74.78	59.88	63.67
TOTAL	206	100%								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se evidencian las puntuaciones medias de cada dimensión según estado civil. Predomina el estado civil soltero con 38.83% (80), seguido del estado civil unido con 34.95% (72) y casado con 26.21% (54). No existe marcada diferencia en cada dimensión según estado civil. Las puntuaciones más bajas (peor estado de salud) corresponden a salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional. Los punteos más altos (mejor estado de salud) corresponden a función física, función social y dolor.

TABLA 7. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según ocupación en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el transcurso de junio a julio de 2016.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
Ama de Casa	76	36.89%	77.05	67.07	72.96	57.88	61.61	74.87	60.11	63.69
Agricultor	46	22.33%	77.09	67.11	73.09	57.82	61.60	74.77	60.30	63.67
Empleado Otro	84	40.78%	77.11	67.28	72.94	57.92	61.64	74.90	60.08	63.75
TOTAL	206	100.00								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se muestran las puntuaciones medias de cada dimensión según ocupación. Predominan los pacientes que se dedican a diferentes empleos con 40.78% (84), seguido de las ama de casa con 36.89% (76) y los agricultores con 22.33% (46). No se evidencia marcada diferencia en cada dimensión según ocupación. Las puntuaciones más bajas (peor estado de salud) corresponden a salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional. Los punteos más altos (mejor estado de salud) corresponden a función física, función social y dolor.

TABLA 8. Distribución y puntuaciones de cada dimensión evaluada por el cuestionario de salud SF-36 según inicio de tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el transcurso de junio a julio de 2016.

INICIO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FUNCION FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD EMOCIONAL
15 Años	1	0.49%	60	50	65	55	60	80	66.66	58
14 Años	1	0.49%	60	50	58.5	50	56	65	66.66	59
13 Años	3	1.46%	68.33	68.66	58.33	51.66	55.66	75	54.44	62.33
12 Años	4	1.94%	68.5	64.75	59.25	62.5	67.5	78.75	52.99	64
11 Años	2	0.97%	67.5	67.5	70.75	65.5	62.5	78.75	66.66	66
10 Años	3	1.46%	76.66	70	78.33	61.66	65	75.83	66.66	62.33
9 Años	4	1.94%	71.25	67.50	78.63	53.75	60.00	68.75	51.66	59.00
8 Años	6	2.91%	74.17	68.50	74.58	53.33	54.17	80.00	66.66	67.33
7 Años	16	7.77%	74.69	69.5	72.66	57.19	63.13	72.5	56.25	64.38
6 Años	24	11.65%	73.54	70.46	78.35	54.58	56.04	71.04	63.88	63.04
5 Años	15	7.28%	74.67	69.67	79.83	55	61.3	82.17	54.88	63.53
4 Años	23	11.17%	78.91	70	83.37	63.26	65.65	75.01	66.66	64.52
3 Años	33	16.02%	75.76	72.39	76.83	55.3	60.91	71.14	61.61	63.36
2 Años	28	13.59%	79.43	68.75	82.86	59.5	62.86	80.18	59.52	64.86
1 Años	38	18.45%	79.47	72.37	79.28	59.08	65.66	75.2	56.77	64.42
6 Meses	5	2.43%	76.00	69.00	71.60	61.00	62.00	69.00	59.99	62.40
	206	100%								

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 y Boleta de recolección de datos. 2016

Se denotan las puntuaciones medias de cada dimensión según el tiempo de inicio de la terapia antirretroviral. La mayor cantidad de pacientes tienen un año de haberla iniciado, 18.45% (38), seguido de los que tienen 3 y 2 años 16.92% (33) y 13.59% (28) respectivamente. La función física (65 puntos), rol físico (61) y dolor corporal (63) se encuentran en un nivel más bajo (peor estado de salud) en pacientes que tienen de 11 a 15 años de haber iniciado el tratamiento. Salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional no se observa marcada diferencia. La función social se observa descendida en los pacientes con 14 años de tratamiento con 65 puntos.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se evaluó la calidad de vida de 206 pacientes VIH positivos que consultaron con regularidad la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa, a través de la entrevista guiada, utilizando el cuestionario de salud SF-36 que evaluó 8 dimensiones (función física que contiene 10 ítems, rol físico con 4 ítems, dolor corporal con 2 ítems, salud general con 5 ítems, vitalidad con 4 ítems, función social con 2 ítems, rol emocional con 3 ítems y salud emocional con 5 ítems).

De las 8 dimensiones evaluadas, la dimensión con menor punteo (peor estado de salud) fue salud general con una media de 57.82 puntos, ningún paciente obtuvo la puntuación máxima de 100 puntos, esto significa que es deficiente la valorización personal del estado de salud actual y su visualización en el futuro.

En cuanto al rol y la salud emocional fueron la segunda y cuarta dimensión con menor punteo (peor estado de salud), 60.3 y 63.67 puntos de media respectivamente, aunque la salud emocional supera los 60 puntos, se encuentra demasiada baja. Lo antes descrito indica que los pacientes reaccionan con episodios de tristeza, depresión y ansiedad, por ser el VIH una enfermedad de carácter crónico, lo que también les afecta en su rol emocional, ya que no realizan sus actividades diarias de forma productiva. La Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa se proyecta a través de impartir charlas formativas para mejorar la calidad de vida, sin embargo, la salud emocional no está fortalecida, ya que no se aplica ningún instrumento estandarizado que evalúe el estado de salud emocional actual del paciente, lo que facilitaría la toma de decisiones en cuanto al seguimiento del paciente.

La tercera dimensión con menor punteo (peor estado de salud) fue vitalidad con una media de 61.60 puntos, lo que explica que si el paciente está mal emocionalmente, presenta menor sentimiento de energía y entusiasmo en su diario vivir.

Similar a lo anterior, en Guatemala, la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt durante el año 2012 publicó en la segunda edición de la revista científica, la evaluación de la calidad de vida de 200 pacientes VIH positivos donde las áreas más bajas fueron: percepción general de salud, salud mental y vitalidad (Garrido; Romero, 2012).

La dimensión que presentó mayor punteo (mejor estado de salud) fue la función física con una media de 77.09 puntos, lo que revela que la enfermedad de VIH no les impide a los pacientes realizan esfuerzos moderados como subir gradas, caminar un kilómetro, llevar las bolsas de la compra, pero sí de forma regular esfuerzos intensos como practicar deportes agotadores. Asimismo, por tener una función física regular, los pacientes no se ven afectados en el rendimiento de sus actividades diarias. La dimensión dolor corporal fue la segunda dimensión más alta, con una media de 73.09 puntos, lo que indica que el VIH en los pacientes no está ocasionando dolor por lo que la función física es mejor.

La Universidad Nacional de la Plata, Argentina en el año 2010 en un estudio que evaluó la calidad de vida de pacientes VIH, reportó que la función física (79 puntos) fue la dimensión con mejor punteo (Bernstein, 2010).

La función social fue la tercera dimensión más alta con una media de 74.77 puntos. Lo que muestra que la vida social habitual de los pacientes es regular porque ocultan su situación real por miedo a la discriminación, tal como lo manifestaron en la entrevista durante la recolección de datos.

De los factores sociodemográficos evaluados en los pacientes, los cuales fueron: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión y escolaridad; se evidencia que todos son vulnerables a presentar deterioro de su salud emocional, rol emocional, vitalidad y salud general; ya que no se observa una marcada diferencia en cuanto a cada factor sociodemográfico; lo que indica que el VIH constituye uno de los problemas más

complejos de salud pública, por la carga emocional y percepción propia de salud que genera en el paciente, no solo su sintomatología.

En cuanto al tiempo de duración de la terapia antirretroviral, se observa que los pacientes que tienen de 11 a 15 años de haberla iniciado presentan peor función física, rol físico y dolor corporal con punteos medios de 65, 61 y 63 respectivamente, comparado con las puntuaciones medias de 77.09, 67.11 y 73.09 puntos correspondientes a los pacientes que tienen menos tiempo de haber iniciado tratamiento. Las dimensiones salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional no muestran marcada diferencia en cuanto al inicio del tratamiento, pero continúan siendo las dimensiones más descendidas (peor estado de salud). Lo que determina que el VIH por ser una enfermedad de carácter crónico por la implementación del tratamiento antirretroviral, permite a los pacientes contar con vida más larga, pero esto conlleva también que aumente el deterioro emocional y salud general, tal como lo afirma el Grupo de Trabajo sobre Tratamiento del VIH (GTT-VIH).

Es importante mencionar que el mayor grupo etario de los pacientes que acuden a la Clínica de Atención Integral fue de 30-39 años con 36.89% (76), seguido del grupo que corresponde de 20-29 años con 20.87% (43). Demuestra que son grupos etarios que cursan en etapa productiva. Pueden obtener conocimiento amplio de su enfermedad y de su realidad, protegiendo su salud como también la de su familia, a través de la atención multidisciplinaria que se les brinde en sus citas médicas.

IX. CONCLUSIONES

1. La calidad de vida de los 206 pacientes VIH positivos evaluados se ve afectada principalmente en su salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional, ya que fueron las dimensiones más bajas (peor estado de salud). Las dimensiones más fortalecidas fueron, salud física, función social, dolor corporal y rol físico (mejor estado de salud).
2. El perfil del estado de salud actual de los pacientes evaluados muestra que la dimensión salud general con una media de 57.82 puntos fue la más descendida (peor estado de salud), seguida de rol emocional 60.3, vitalidad 61.60 y salud emocional 63.67. La dimensión función física fue la que obtuvo mayor puntaje (mejor estado de salud) con una media de 77.09, seguida de función social 74.77, dolor corporal 73.09 y rol físico 67.11.
3. En orden ascendente las dimensiones evaluadas por el cuestionario de salud SF-36 fueron: Salud general, rol emocional, vitalidad, salud emocional, rol físico, dolor corporal, función social y función física.
4. Los factores sociodemográficos edad, sexo, ocupación, estado civil, religión y escolaridad, influyen sin distinción alguna en la salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional en los pacientes VIH positivos, ya que todos presentaron un nivel bajo (peor estado de salud) en las cuatro dimensiones evaluadas.
5. Los pacientes que tienen 11 a 15 años de haber iniciado la terapia antirretroviral muestran peor función física, rol físico y dolor corporal (65, 61 y 63 puntos, respectivamente). Las dimensiones salud general, rol emocional y salud emocional se ven descendidas en todos los pacientes. No hay marcada diferencia en la función social.

X. RECOMENDACIONES

- 1.** Al Ministerio de Salud Pública que implemente en los protocolos de atención a pacientes VIH positivos instrumentos estandarizados de salud que evalúen la calidad de vida del paciente, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y así periódicamente en la evolución de la misma, con el fin de conocer el perfil de salud actual de cada paciente.

- 2.** Al personal de la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa dar seguimiento a la realización de charlas formativas. Asimismo, poner en práctica instrumentos que evalúen la calidad de vida desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y así periódicamente, observando las variaciones a las que se ve sometida y que influyen en la evolución satisfactoria de la enfermedad y adherencia al tratamiento, esto con el objetivo de que los pacientes sean entes conscientes de su realidad y productivos en cualquier fase de su vida.

- 3.** A los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano que pongan en práctica la atención integral al paciente VIH positivo, no sólo conocer y tratar la sintomatología propia de la enfermedad sino saber determinar áreas que no estén fortalecidas en los pacientes y que influyen negativamente a la adherencia del tratamiento antirretroviral y por ende en su salud general.

XI. PROPUESTA

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Tomando en consideración los resultados obtenidos en ésta investigación se procede a realizar la siguiente propuesta, con el fin de fortalecer la calidad de vida en pacientes VIH positivos que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa.

a) Definición

Entrega del cuestionario de salud SF-36 al personal médico y psicología de la Clínica de Atención Integral para su realización desde el diagnóstico de la enfermedad y así periódicamente durante las citas médicas de cada paciente. Asimismo, colocación de resultados obtenidos en cada papeleta médica de los 206 pacientes que se incluyeron en el estudio durante los meses mayo-junio de 2016.

b) Objetivos

- 1) Implementar la evaluación de la calidad de vida en pacientes VIH positivos a través de la realización constante de cuestionarios de salud en sus citas médicas para conocer el perfil actual de salud de cada paciente.
- 2) Conocer las dimensiones que no están fortalecidas en estos pacientes y que sin duda influyen en la evolución satisfactoria de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento.
- 3) Concientizar a los pacientes VIH positivos y su familia a través del seguimiento de charlas formativas en sus citas médicas y aplicación de la evaluación del conocimiento integral, para el fortalecimiento de la valorización humana.

c) Planteamiento de propuesta

- 1) Presentación de los resultados obtenidos en la investigación realizada a personal médico, psicología y enfermería de la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en el mes de julio, 2016, con el propósito de que conozcan la situación actual del perfil de salud de cada paciente VIH positivo. Asimismo, darles a conocer la interpretación del cuestionario de salud SF-36.
- 2) Se explicará las 8 dimensiones que evalúa el cuestionario de salud SF-36 y qué grupo de preguntas evalúan cada dimensión: (función física preguntas (3,4,5,6,7,8,9,10,11,12), rol físico (13,14,15,16), dolor corporal (21,22), salud general (1,2,33,34,35,36), vitalidad (23,27,29,31), función social (20,32), rol emocional (17,18,19) y salud emocional (24,25,26,28,30). Asimismo, se dará la página de internet (<http://www.ugr.es/~abfr/sf36/>) que dará el resultado de forma online del cuestionario.
- 3) El resultado será dado en una gráfica que incluye el punteo de las 8 dimensiones evaluadas por el cuestionario, lo que orientará a conocer qué áreas no están fortalecidas en cada paciente y cuáles sí. Tomando en cuenta que el cuestionario SF-36 transforma el punteo a una escala de 0 a 100 puntos, mientras mayor sea el punteo el paciente presenta mejor estado de salud, pasando los 60 puntos. Se colocará el resultado de cada paciente en su papeleta de consulta médica.
- 4) Se tratará al paciente de manera multidisciplinaria de acuerdo a los resultados obtenidos, con especialista en infectología, nutrición, psicología, trabajo social, farmacéutica.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Arredondo; F, Calderón, R; Nuñez, E; Pérez, A; Busto, J; López, S; Espina, H; Samayoa, C. 2012. Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala (en línea). Guatemala, MSPAS. p. 10-14 Consultado 5 abr. 2016. Disponible en: <http://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiVmpbBjIDNAhUCHB4KHYZ2AQsQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Finfecciosashr.org%2Fdownload%2F188%2F&usg=AFQjCNGr48mjFP9f1TIAHnkNoL-epy23hg&bvm=bv.123325700,d.dmo>
- Bernstein, J. 2010. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA: estudio observacional-correlacional, de corte transversal y retrospectivo en la unidad de infectología del hospital Zonal General Agudos “Mi Pueblo” (en línea). Tesis Dr. Buenos Aires, AR, UNLP. p. 18. Consultado 22 mar. 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisDoctorales/16.pdf>
- Cardona, J. 2014. Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metanálisis 2002-2012 (en línea). Revista Española de Salud Pública 88 (1):87-101. Consultado 20 mar. 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100006
- Cardona, J; Higueta, L. 2009. Calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental (en línea). Revista Salud Uninorte 27(2):236-246. Consultado 23 mar. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v27n2/v27n2a08>
- Fernández, F. 2002. Manejo psiquiátrico de la infección por HIV/SIDA (en línea). Revista de Psiquiatría de Uruguay 66(1):35-44. Consultado 24 mar. 2016. Disponible en: http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/jun2002/02_to.pdf
- Garrido, JM. 2012. Depresión e infección por el virus de inmunodeficiencia humana (en línea). España, Hospital Clínica de Barcelona. Consultado 24 mar. 2016.

Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/depresi%C3%B3n/reportajes/depresi%C3%B3n-e-infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>

Garrido, M; Romero, M. 2012. Evaluación de la calidad de vida en pacientes VIH, que reciben atención integral en la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt (en línea). Revista Trimestral Científica no. 2:9-15. Consultado 18 feb. 2016. Disponible en: <http://infecciosashr.org/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-ABR-JUN-2012.pdf>

García, C. 2005. El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida (en línea). Revista Electrónica de Psicología Iztacala 8(2):1-20. Consultado 22 mar. 2016. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/19260/18262>

García, C; Rodríguez, G. 2007. Calidad de vida en enfermos crónicos (en línea). Revista Habanera de Ciencias Médicas 6 (4): 1-9. Consultado 18 mar. 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002

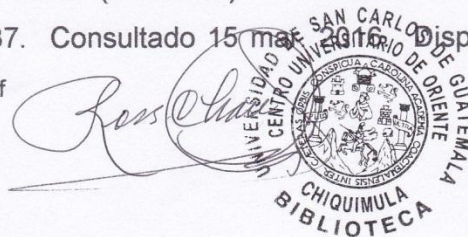
García, M; Guiteras, A. 2004. Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia (en línea). Revista Psicología y Salud 14 (1): 5-11. Consultado 20 mar. 2016. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/861/1581>

Melguizo, M. 2002. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH (en línea). Revista de Atención Primaria 30 (3):143-149. Consultado 30 mar. 2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comentario-apoyo-social-calidad-vida-13035260>

Hernández, J. 2014. Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH (en línea). Grupo de Trabajo sobre Tratamiento de VIH. Consultado 15 mar. 2016. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/05-05-14

- Molinero, L. 1998. Cuestionarios de salud (en línea). España, Asociación Española de Hipertensión. Consultado 28 mar. 2016. Disponible en: <http://www.seh-linha.org/cucadevi.htm>
- INE, (Instituto Nacional de Estadística, Guatemala). 2013. Caracterización departamental de Zacapa 2012 (en línea). Guatemala. p.10. Consultado 4 abr. 2016. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/09/bwyn0xhJNibPXxDmzbnCcm44qG2RQ8ze.pdf>
- ONUSIDA, (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, Suiza). 2015. El SIDA en cifras 2015 (en línea). Ginebra, Suiza. p.2. Consultado 30 mar. 2016. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- Ovando Ortiz, GL; Mazariegos, C; Carranza, R. 2014. Informe epidemiológico de VIH en el departamento de Zacapa durante los años 2010-2012 (en línea). Revista de Medicina Interna 18 (sup. 3):55-64. Consultado 24 mar. 2016. Disponible en: <http://revista.asomigua.org/wp-content/uploads/2014/11/articulo-5.pdf>
- Rodríguez, E. 2012. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad (en línea). Revista de Investigación Medicoquir 4 (1):107-121. Consultado 15 feb. 2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/imq-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>
- Schwartzmann, L. 2003. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales (en línea). Revista Ciencia y Enfermería 9 (2):9-21. Consultado 18 mar. 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext
- Teva, I; Bermúdez, M; Hernández-Quero, J; Buela-Casal, G. 2001. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH (en línea). España, Universidad de GD, Facultad de Psicología. Consultado 03 mar. 2016. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_2/14_2/GBuela.html

- Urzúa, A; Caqueo, A. 2012. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto (en línea). Revista Terapia Psicológica 30 (1):61-71. Consultado 15 feb. 2016. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext
- Velarde-Jurado, E; Ávila-Figueroa, C. 2002. Evaluación de la calidad de vida (en línea). Revista de Salud Pública 44 (4):349-361. Consultado 30 mar. 2016. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009
- Vilagut, G; Ferrer, M; Rajmil, L; Rebollo, P; Permanyer-Miralda, G; Quintana, JM; Santed, R; Valderas, JM; Ribera, A; Domingo-Salvany, A; Alonso, J. 2005. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos (en línea). Revista de Gaceta Sanitaria 19 (2):135-150. Consultado 20 feb. 2016. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
- Vinaccia, S; Orozco, L. 2005. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas (en línea). Revista Diversitas Perspectivas de Psicología 1 (2):125-137. Consultado 15 mar. 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>



XII. ANEXOS

Anexo 1



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI–
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL”

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Fecha _____

No. Registro _____

INSTRUCCIONES: Pinte con un crayón la respuesta que se acomode a su situación actual.

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Estado Civil: Casado Soltero Unido Divorciado

Ocupación: Ama de casa Agricultor Maestro Otro _____

Escolaridad: Analfabeta Primaria Básico Diversificada Universidad

Religión: Católica Evangélica Otra _____

Esquema de tratamiento actual y fecha de inicio:

1. TDF, FTC y EFV: _____
2. TDF, FTC y LPV/r: _____
3. TDF, FTC y NVP: _____
4. AZT, 3TC y EFV: _____

5. AZT, 3TC y LPV/r: _____
6. AZT, 3TC y NVP: _____
7. OTRO: _____

INSTRUCCIONES: Pinte con un crayón la respuesta que se acomode a su situación actual.

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

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

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

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, trapear, barrer o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para levantar o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

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

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

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

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

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

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

Anexo 2



Resultado

1.	11.	21.	31.
2.	12.	22.	32.
3.	13.	23.	33.
4.	14.	24.	34.
5.	15.	25.	35.
6.	16.	26.	36.
7.	17.	27.	
8.	18.	28.	
9.	19.	29.	
10.	20.	30.	

1. Función Física	
2. Rol Físico	
3. Dolor	
4. Salud General	
5. Vitalidad	
6. Función Social	
7. Rol Emocional	
8. Salud Mental	

Exportar

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

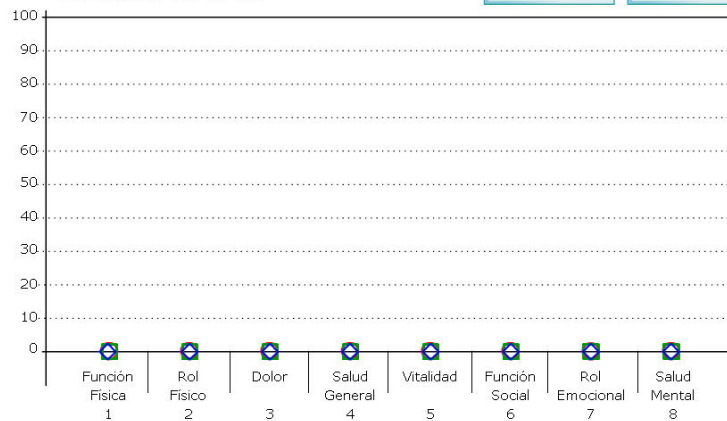


Gráfico

Media hombres

Media mujeres

Puntuación del SF-36



○ Datos registrados

◇ Media mujeres

□ Media hombres

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

FIN

Anexo 3



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Oriente
Carrera de Médico y Cirujano
Unidad Académica de Tesis

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zacapa _____ de _____ del 2016 **No. Registro** _____

Por medio de ésta carta

Yo: _____ acepto voluntariamente
participar en el proyecto de investigación titulado:

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL”

Es de mi conocimiento que el objetivo del estudio es evaluar la calidad de vida en pacientes VIH positivos con Terapia Antirretroviral de gran Actividad que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa durante el año 2016, a través de la realización de un cuestionario que se pasará a los pacientes después de su cita médica, durando 15 minutos. La investigación me ha asegurado que no se identificará a mi persona en las presentaciones o publicaciones que derivan del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial y que el estudio no tendrá ningún costo.

Por lo tanto, acepto libremente participar en dicho estudio.

Nombre y firma del paciente

Anexo 4



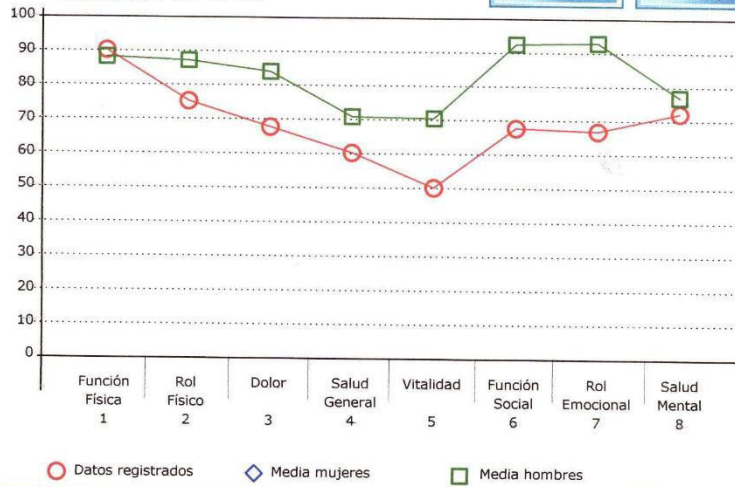
Gráfico

66.51

Puntuación del SF-36

Media hombres

Media mujeres



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

FIN



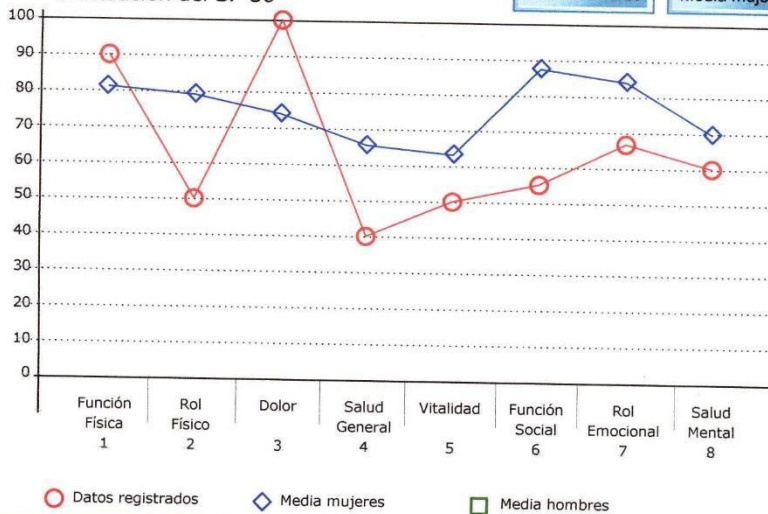
Gráfico

62.40

Puntuación del SF-36

Media hombres

Media mujeres



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4

FIN

Chiquimula, 30 de junio de 2016

Dr. Edwin Danilo Mazariegos
Presidente OCTIM
Centro Universitario de Oriente -CUNORI-
Universidad de San Carlos de Guatemala

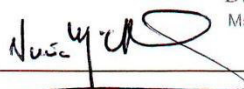
Respetable Doctor:

Atentamente me dirijo de la manera más cordial, deseándole muchos éxitos y bendiciones en sus labores cotidianas. El motivo de la presente es para hacer constar que he sido ASESORA del trabajo de investigación titulado: "Calidad de Vida en pacientes VIH positivos con Terapia Antirretroviral", llevado a cabo por la estudiantes Jimena María Pinto Velásquez, con número de carné 201043895.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda a la revisión del informe final.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(F)



Dra. Nuria M. Chávez S.
Ms. en Infectología de Adultos
Col. 11,903

Dra. Nuria María Chávez S.

Especialidad en Medicina Interna e
Infectología de Adultos

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVO CON TERAPIA ANTIRRETROVIAL

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HIV POSITIVE THERAPY ANTIRRETROVIAL

Dr. Edvin D. Mazariegos^{1y2}, Dr. Carlos Arriola², Dra. Nuria Chávez³, Jimena M. Pinto⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5
Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

RESUMEN

Introducción: Diversos estudios muestran que existe una estrecha relación entre la calidad de vida y las enfermedades crónicas. La infección por el VIH se ha considerado actualmente como enfermedad crónica, por la utilización de la terapia antirretroviral. **Materiales y métodos:** Este estudio evalúa la calidad de vida de 206 pacientes VIH positivo que consultaron la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa durante los meses mayo-junio 2016, a través del cuestionario de salud SF-36. **Resultados y discusión:** De las ocho dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36, la que obtuvo menor puntaje fue salud general con una media de 57.82, seguida de rol emocional 60.3, vitalidad 61.60 y salud emocional 63.67. La dimensión con mayor puntaje fue función física con una media de 77.09. No existió marcada diferencia en cuanto a factores sociodemográficos evaluados: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión y escolaridad; en todos, la salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional se presentaron bajas.

Los pacientes que tienen más tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral

(11-15 años) presentaron peor función física (65), rol físico (61) y dolor corporal (63).

Palabras Clave: Calidad de vida, salud general, rol emocional, vitalidad, salud emocional, función física, rol físico, función social, dolor corporal, virus de inmunodeficiencia humana, tratamiento antirretroviral.

^{1y 2} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es ² Revisor de Tesis ³ Asesora de tesis ⁴ Investigadora

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HIV POSITIVE THERAPY ANTIRRETROVIAL

Dr. Edvin D. Mazariegos^{1y2}, Dr. Carlos Arriola², Dra. Nuria Chávez ³, Jimena M. Pinto⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5
Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

SUMMARY

Introduction: Several studies show that there is a close relationship between quality of life and chronic diseases. HIV infection is currently considered as a chronic disease, the use of antiretroviral therapy. **Materials and Methods:** This study evaluates the quality of life of 206 HIV-positive patients who consulted the Comprehensive Care Clinic Zacapa Regional Hospital during the months from May to June 2016, through the health questionnaire SF -36. **Results and discussion:** Of the eight dimensions assessed by SF -36 questionnaire , which was scored lowest overall health punteo with an average of 57.82 , followed by 60.3 emotional role , vitality and emotional health 61.60 63.67 . Plotting the dimension was more physical function with an average of 77.09. There was no marked difference in assessed sociodemographic factors: age, sex, occupation, marital status, religion and education; in all, general health, emotional role, vitality and emotional health low presented. Patients who have more time after starting antiretroviral therapy (11-15 years) had worse physical function (65), physical role (61) and bodily pain (63).

Keywords: Quality of life, general health, emotional role, vitality, emotional health, physical function, physical role, social functioning, bodily pain, human immunodeficiency virus, antiretroviral therapy.

^{1y 2} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es ² Revisor de Tesis ³ Asesora de tesis ⁴ Investigadora

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVO CON TERAPIA ANTIRRETROVIAL

Dr. Edwin D. Mazariegos^{*1y2}, Dr. Carlos Arriola², Dra. Nuria Chávez ³, Jimena M. Pinto⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

INTRODUCCIÓN:

El VIH/SIDA constituye uno de los problemas más graves de salud pública del mundo. Actualmente es la enfermedad con mayor número de casos a nivel de Centro América; hasta el año 2014 se reportó que 36.9 millones de personas viven con VIH (ONUSIDA, 2015). Se considera además que el VIH forma parte del grupo de enfermedades crónicas por el uso de la terapia antirretroviral.

El uso de terapia antirretroviral ha ayudado a prolongar la vida del paciente con VIH, pero con esto se han aunado otros problemas, que no permite crear completa sensación de bienestar en el ser humano. El VIH no sólo es una enfermedad que genera deterioro físico, sino también emocional y social que puede ser tan grave o incluso mayor que la propia sintomatología de la enfermedad, y que sin duda influye en el desarrollo y formación integral del ser humano. Por lo anteriormente mencionado, es necesario evaluar la calidad de vida en dichos pacientes desde el diagnóstico de la enfermedad y así periódicamente en sus citas médicas, a través de instrumentos como el cuestionario de salud SF 36 que evalúa dimensiones como: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Esto con el objetivo de identificar las dimensiones que no están fortalecidas en dichos pacientes y que influyen en la evolución satisfactoria de la enfermedad y adherencia al tratamiento, teniendo en

cuenta que la enfermedad además de ser biológica, es psicológica y debe manejarse multidimensionalmente.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se incluyeron a 206 pacientes VIH positivo que consultan la Clínica de Atención Integral del Hospital Regional de Zacapa en los meses mayo-junio de 2016, dentro del rango de edad 20-60 años y que tuvieran 6 meses o más de inicio de tratamiento antirretroviral.

Se evaluó la calidad de vida de los 206 pacientes a través de la entrevista guiada del cuestionario de salud SF-36 el cual consta de 36 ítems distribuidas en 8 dimensiones (función física 10 ítems, rol físico 4 ítems, dolor corporal 2 ítems, salud general 5 ítems, vitalidad 4 ítems, función social 2 ítems, rol emocional 3 ítems y salud mental 5 ítems). Este cuestionario da el punteo a través del Enfoque Rand el cual transforma el puntaje a escala de 0 a 100 a través de la realización de un promedio en cada dimensión, donde 0 corresponde a peor estado de salud y 100 a mejor estado de salud. Mientras más alto sea el punteo el paciente presenta mejor estado de salud. Las preguntas que constan de 2 respuestas tienen valor de 0-100 (a-b), 3 respuestas 0-50-100 (a,b,c), 5 respuestas 0-25-50-75-100 (a,b,c,d,e), 6 respuestas 0-20-40-60-80-100 (a,b,c,d,e,f). Este cuestionario está destinado para contestarlo en un tiempo de 15-20 minutos.

Al tener los promedios de cada dimensión evaluada se tabularon los datos a través de la realización de tablas por el programa Microsoft Office Excel 2010. Se realizaron las bases de datos en el programa epi-info, diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) y se realizó la interpretación de los resultados a través del programa Microsoft Office Word 2010.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

De las 8 dimensiones de salud que evalúa el cuestionario SF-36, se demostró que la que obtuvo menor puntaje fue salud general con una media de 57.82 puntos, seguida de rol emocional 60.3, vitalidad 61.60 y salud emocional 63.67. La dimensión con mayor puntaje fue función física con una media de 77.09, seguida función social 74.77, dolor corporal 73.09 y rol físico 67.11. No se observó marcada diferencia en cuanto a factores sociodemográficos evaluados: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión y escolaridad; en todos, la salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional se presentaron bajas. Los pacientes que tienen más tiempo de haber iniciado tratamiento antirretroviral (11-15 años) presentaron peor función física, rol físico y dolor corporal con 65, 61 y 63 puntos respectivamente. La salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional no mostraron marcada diferencia en cuanto al inicio del tratamiento, continúan siendo las más descendidas.

El perfil del estado de salud actual de los pacientes evaluados se ve afectado principalmente en su salud general, rol emocional, vitalidad y salud emocional.

^{1y 2} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es ² Revisor de Tesis ³ Asesora de tesis ⁴ Investigadora.

BIBLIOGRAFIA:

1. García, C. 2005. El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida (en línea). Revista Electrónica de Psicología Iztacala 8(2):1-20. Consultado 15 jul. 2016. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/19260/18262>
2. Hernández, J. 2014. Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH (en línea). Grupo de Trabajo sobre Tratamiento de VIH. Consultado 15 jul. 2016. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/05-05-14
3. Melguizo, M. 2002. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH (en línea). Revista de Atención Primaria 30 (3):143-149. Consultado 14 jul. 2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comentario-apoyo-social-calidad-vida-13035260>
4. Molinero, L. 1998. Cuestionarios de salud (en línea). España, Asociación Española de Hipertensión. Consultado 13 jul. 2016. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cucadevi.htm>
5. ONUSIDA, (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, Suiza). 2015. El SIDA en cifras 2015 (en línea). Ginebra, Suiza. p.2. Consultado 15 jul. 2016. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf