

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y PARÁMETROS INMUNOLÓGICOS EN MUJERES CONTAGIADAS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

José Ramón Urdaneta Machado¹, Edicta Belén Carroz², Soledad Briceño³, Victoria Stepenka³, José Nuñez^{2,3}, Jenny Salazar¹, Guillermo Carroz³, Nasser Baabel Zambrano³.

¹Escuela de Bioanálisis. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. ²Postgrado de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. ³Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Calle 65 con Av. 20. Núcleo de Salud. Apartado Postal 15165. Telf: 58 (0261) 4127201. doctorjrurum@hotmail.com

Resumen.

La presente investigación propuso relacionar los parámetros inmunológicos con la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de las mujeres seropositivas al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) atendidas en la consulta del programa de VIH/SIDA-ITS del estado Zulia. Para ello se aplicó el cuestionario de CVRS SF-36 para determinar la salud física y mental y se cuantificó carga viral y conteo de linfocitos CD4 en 50 mujeres que viven con HIV/SIDA. Se determinó que la mayor parte de las mujeres con VIH/SIDA presentaron altas puntuaciones tanto en su CVRS (95.49±34.39) como en la salud física (36.37±16.16) y salud mental (56.08±17.46); así como carga viral indetectable o baja (60%) y conteo de células Cd4 > 500 células/mm³ (52%). Se evidenció una relación significativa entre la CVRS y la carga viral ($p < 0.05$); mostrando las pacientes con carga viral muy elevada (> 100.000 copias) o linfocitos Cd4 por debajo de 200 células/mm³ un riesgo significativo ($p < 0.05$) de 7 veces más probabilidad de presentar alterada su CVRS (OR [IC95%]= 6,80 [1.082 – 42.732] y 7.45 [1.895 – 29.341], respectivamente). Se concluye que las mujeres seropositivas al VIH mostraron una buena CVRS y un adecuado estado inmunológico, existiendo una asociación entre la CVRS y estos parámetros inmunológicos.

Palabras claves: calidad de vida, mujeres, virus de la inmunodeficiencia humana, carga viral, conteo de CD4.

Abstract.

Health related quality of life and immunologic parameters in women infected by human immunodeficiency virus.

This paper relates immunological parameters to quality of life related to health (HRQOL) of women infected with Human Immunodeficiency Virus (HIV) attending the HIV/AIDS-STI program in Zulia state. In 50 women infected with HIV/AIDS, the HRQL questionnaire SF-36 was applied in order to determine physical and mental health and the viral load and CD4 cell count were quantified. The majority of women with HIV/AIDS had high scores in both their HRQOL (95.49 ± 34.39) and physical health (36.37 ± 16.16) and mental health (56.08 ± 17.46), and low or undetectable viral load (60%) and CD4 cell count > 500 cells/mm³ (52%). There was a significant relationship between HRQL and viral load ($p < 0.05$), showing that patients with very high viral load (> 100000 copies) or CD4 below 200 cells/mm³ have a significant risk ($p < 0.05$) of 7 times more likely to have altered their HRQOL (OR [95% CI] = 6.80 [1.082 to 42.732] and 7.45 [1.895 to 29.341], respectively). We concluded that HIV-positive women showed good HRQL and adequate immune status, there was an association between HRQOL and these immune parameters.

Key words: quality of life, women, human immunodeficiency virus, viral load, CD4 count.

INTRODUCCIÓN.

Los esfuerzos por conseguir una cura para la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han sido arduos, si bien hoy en día aun no se ha conseguido, se ha logrado tanto conseguir un mejor manejo de las complicaciones relacionadas con la infección como disponer de fármacos antirretrovirales cada vez más potentes y eficaces, aunque son incapaces de eliminar el virus del organismo, de elevado costo y no exentos de efectos secundarios; lo cual ha transformado esta infección de letal e incurable a una enfermedad crónica. Por tanto, la calidad de vida relacionada con

la salud es un factor importante en el tratamiento de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), puesto que como enfermedad crónica requiere de un tratamiento continuado y potente, no exento de efectos adversos, a los que cabe añadir el importante impacto psicosocial (Trejos *et al.* 2009). El uso de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART) ha producido una marcada disminución en las tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad, convirtiendo a la infección por VIH de ser una enfermedad aguda y mortal a corto plazo a ser una enfermedad crónica y mortal a medio-largo plazo. En esta nueva situación es necesario considerar el balance entre los beneficios del

enlentecimiento de la progresión de la enfermedad y los posibles efectos secundarios de los antirretrovirales a medio y largo plazo; por lo que la medida de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) del paciente puede ser un elemento clave puesto que siendo estos tratamientos altamente potentes, la mayoría afectan de una forma considerable a la calidad de vida de los pacientes, fundamentalmente por sus efectos adversos asociados (Badía *et al.* 2005).

El concepto de CVRS surge para tratar de explicar el impacto del estado de salud sobre la capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria, bajo una visión bio-psico-social que abarca aspectos tanto físicos, afectivos, cognitivos, sociales como económicos (OMS 2005). De manera que actualmente las tradicionales medidas de mortalidad y morbilidad están dando paso a una nueva forma de valorar los resultados de las enfermedades, de las intervenciones médicas o de las diferentes etapas de la vida del individuo y, en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la patología, sino fundamentalmente a la mejora de la CVRS del paciente (Trejos *et al.* 2009).

El VIH ha tenido un impacto devastador en la humanidad, ya para el año 2008, el Informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA reporta que en todo el mundo, 33.4 millones de personas vivían con el VIH; siendo la cifra de los nuevos infectados de 2.7 millones para ese mismo año (ONUSIDA 2009). Se estima que ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas alrededor del mundo, convirtiéndose en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia de la humanidad (Trejos *et al.* 2009).

La infección por el VIH en el nivel mundial, lejos de disminuir, está aumentando cada vez más, observándose en los últimos años una feminización de la enfermedad; en todo el mundo las mujeres comprenden cerca del 50% de las mujeres infectadas con el HIV, estando la mayoría en edades reproductivas (Giles 2009); tan sólo en el África Sub-sahariana, por cada hombre joven infectado existen tres mujeres jóvenes contagiadas (Krishnan *et al.* 2008). De igual forma, se ha observado que existe una amplia desigualdad de sexo en cuanto a la CVRS de las personas contagiadas por el VIH, diversas investigaciones han revelado en las mujeres una peor percepción de la CVRS en comparación a los hombres (Nojomi *et al.* 2008).

En los países en desarrollo, la revelación de las mujeres a su familia y a su comunidad de que están infectadas por el HIV las puede hacer víctimas del

estigma, del aislamiento, abandono y de la violencia (ONUSIDA 2009). Son estas mujeres quienes principalmente deben abandonar sus estudios para cuidar a sus padres o esposos enfermos, hacerse cargos de sus hijos al fallecer sus parejas por causas relacionadas con esta infección, adoptar niños huérfanos seropositivos, o ser despojadas de su patrimonios al quedarse solas; toda esta situación de las mujeres a causa del SIDA las señalan como la principal fuente social de cuidados a los enfermos por esta enfermedad y al mismo tiempo víctimas de la negación de sus derechos humanos básicos, lo que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a la explotación sexual, al abuso y al VIH (Bijarro *et al.* 2009).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2007) y el Programa de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el nivel mundial, revelan que las mujeres constituyen casi la mitad de los casos en adultos de 15 a 49 años, lo cual corresponde a cerca de 20 millones de infectadas. De igual manera, en América Latina y el Caribe, las mujeres son el grupo de población con mayor crecimiento de infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), infectándose cada día cerca de 150 mujeres de esta región; constituyendo entre el 35 y 40% de las mujeres adultas de esta región (ONUSIDA 2009).

Venezuela no ha escapado de esta realidad, entre los países de Latinoamérica, Venezuela ocupa el tercer lugar en personas infectadas por VIH, notificándose que un 15.15% de las defunciones causadas por el HIV/SIDA sucedieron en mujeres en edad fértil, entre los 15 y 44 años de edad; mientras que un 2% se presentaron en niños menores de un año de edad (Angelosante 2005). Sin embargo, según datos oficiales de las autoridades gubernamentales para el periodo comprendido entre 1997 y 2009 se habían registrado 89875 nuevos casos, evidenciándose un aumento considerable con una tasa de 39.50 x 100000 habitantes, una prevalencia estimada de 161510 casos y 2487 casos que corresponde al sexo femenino con una tasa de 20.13 x 100000 habitantes; no obstante, en el país la epidemia es de tipo concentrada, con una prevalencia en la población general menor del 1% y superior al 5% en grupos de población más vulnerable, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores o trabajadoras sexuales (MPPS 2010).

Llama poderosamente la atención que en los últimos años se ha observado un incremento exponencial de la infección por VIH en las mujeres de 15 a 42 años de edad y de ellas más del 75 % son menores de 29 años (Angelosante 2005). Esta feminización

creciente de la epidemia en el país, se evidencia en el informe del MPPS (2010) en el cual es notorio durante el año 2009 el aumento de casos en pacientes femeninas, sobre todo con edades entre 25-24 años, con una elevación de 654 registros respecto al año previo, asimismo el HIV/SIDA ocupa para el año 2007 el puesto número 12 entre las principales causas de muerte, con un aumento del 35% de la mortalidad en el sexo femenino.

De acuerdo con la organizaciones no gubernamentales (ONG) Acción Ciudadana Contra el Sida y la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (ACCSI y AVESA 2008) los casos de mujeres con VIH/Sida habían aumentado a un 30%, estando la edad más frecuente de infección entre los 15 y 25 años de edad y la mayoría de los casos reportados concentrados en la zona central del país; existen, igualmente, evidencias de que las mujeres se infectan en edades más jóvenes que los hombres y que el estado que notifica mayor número de casos en mujeres es Delta Amacuro.

En virtud de estos planteamientos, surgió la necesidad de relacionar la CVRS con indicadores inmunológicos como la carga viral y el conteo de linfocitos CD4, los cuales son indicadores tradicionales de progresión de la enfermedad, en una muestra de mujeres zulianas atendidas en el Hospital General del Sur de Maracaibo, sede de la Coordinación Regional del programa de VIH/SIDA-ITS del estado.

METODOLOGÍA.

De acuerdo con el problema planteado, referido por la CVRS en mujeres seropositivas al VIH/SIDA, y en función de los objetivos propuestos se ejecutó una investigación de tipo correlacional y aplicada; la cual estuvo ajustada a los propósitos del diseño no experimental, contemporáneo transeccional y de campo.

En la presente investigación se tomó una muestra intencionada y no aleatoria, en la cual se incluyeron 50 pacientes del sexo femenino infectadas por el HIV/SIDA; de acuerdo a los siguientes criterios: edad mayor a los 19 años, infección HIV confirmada y documentada, saber leer y escribir, deseo voluntario de participar en la investigación y consentimiento informado del mismo. Se excluyeron pacientes analfabetas, con discapacidad visual o con incapacidad psíquica o cognitiva para entender y responder preguntas.

Para la ejecución de esta investigación, se procedió a seleccionar a 50 mujeres seropositivas, de acuerdo con los criterios previamente establecidos, en la consulta de Inmunología del Hospital General del

Sur; sede de la Coordinación Regional del Programa de HIV/SIDA-ITS en Maracaibo, Estado Zulia. A cada paciente se le explicó el propósito de la investigación y se le solicitó su consentimiento informado para su inclusión dentro del estudio, garantizándole la confidencialidad de sus respuestas; dando cumplimiento con los lineamientos de la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos.

Importa destacar que el estudio propuesto no representaba riesgo para las pacientes involucradas ni se vulneraron las normas éticas de esta declaración y si bien en la institución ámbito del estudio no se cuenta con un Comité de Bioética formalmente establecido; el estudio fue previamente aprobado por el Consejo Técnico de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia y se contó con el visto bueno de las autoridades directivas del referido hospital.

Seguidamente, a las pacientes que aceptaron participar dentro de la investigación, se les realizó una consulta médica integral y se registraron en la ficha de trabajo confeccionada para el estudio los datos generales, socioeconómicos, clínicos y de apoyo social. Una vez obtenidos estos datos, se procedió a realizar las mediciones correspondientes a cada paciente.

(a) Medición de la Calidad de Vida:

A cada paciente se le entregó un lápiz de grafito No. 2 con punta y el instrumento seleccionado, previa explicación del mismo, el cual fue llenado individualmente por cada paciente en un ambiente de privacidad y en total aislamiento, para evitar el sesgo o la influencia de terceros en las respuestas obtenidas; con un tiempo estimado para su llenado de 10 a 20 minutos. El instrumento aplicado fue el Cuestionario de Salud SF-36, en su versión española 1.4; el cual es un cuestionario genérico desarrollado en los Estados Unidos para la estimación de la CV, de auto-evaluación, con un tiempo estimado para su llenado de 10 a 20 minutos, de fácil y cómoda aplicación.

Este consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: (a) función física (1= Sí, me limita mucho, 2= Sí, me limita un poco, 3= No, no me limita nada), (b) rol físico (1= Sí, me limita mucho, 2= Sí, me limita un poco, 3= No, no me limita nada), (c) dolor corporal (1= Nada, 2= Un poco, 3= Regular, 4= Bastante, 5= Mucho), (d) salud general (1= Totalmente cierta, 2= Bastante cierta, 3= No lo sé, 4= Bastante falsa, 5= Totalmente falsa), (e) rol emocional (1= Si, 2= No), (f) función social (1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Algunas veces, 4= Sólo alguna vez, 5= Nunca), (h) vitalidad (1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Muchas

veces, 4= Algunas veces, 5= Sólo alguna vez, 6= Nunca) y (i) salud mental (1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Muchas veces, 4= Algunas veces, 5= Sólo alguna vez, 6= Nunca).

Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala para generar un índice global que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). A este cuestionario, en su versión en español, le ha sido determinada su validez de contenido, mediante el juicio de expertos; así como la validez de criterio mediante la traducción inversa de la escala y su comparación con el instrumento original en lengua anglosajona. La confiabilidad de las 8 sub-escalas del cuestionario han sido medidas mediante la determinación de su consistencia interna, dada por el Alfa Cronbach, encontrándose en las diversas validaciones rangos entre 0.76 y 0.93 (Vilgut et al. 2005).

(b) Determinación de Parámetros Inmunológicos:

A cada paciente se le tomó una muestra de aproximadamente 10 ml de sangre venosa, mediante punción de las venas superficiales del antebrazo, realizada con las respectivas medidas de bioseguridad para disminuir el riesgo de infección por accidente laboral en el personal adscrito al proyecto. La muestra obtenida fue almacenada en tubos de polietileno (Vacutainer) con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) 0.2 M a pH 7.2 como anticoagulante; el plasma se separó durante la primera hora tras la extracción por centrifugación a 1 500 xg durante 10 min para obtener el plasma y congelarlo directamente a -70 °C después de su separación. Así pues, la muestra obtenida fue utilizada para realizar las siguientes determinaciones de laboratorio:

1.- Recuento de la población de linfocitos CD4 y CD8.

Mediante citometría de flujo se procedió a realizar la determinación de la subpoblación de linfocitos T CD4 y CD8, utilizando un Citómetro de Flujo FACS MANTAGE. Para ello se usaron Anticuerpo monoclonal de rata Anti CD4 (L-3T4) fabricados por BD Biosciences Phar Migen Technical y Anti- CD8 (Ly-2) de Phar Migen Technical, los cuales fueron conjugados con R-Phycoerytrin (R-PE); esto permitió distinguir estas células de las demás en la muestra y contarlas mientras van pasando por el detector del citómetro.

Para el análisis de la citometría de flujo se utilizó el paquete Software de computadora WinMDI 2.8 y se tomó en cuenta los puntos de corte propuestos por el CDC de Atlanta: > 500 células /mm³ o ≥29%, 200 - 499/mm³ o 14 - 28% y < 200/mm³ o < 14% (Panel

on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents 2011).

2.- Carga viral.

Para medir la carga viral se utilizó la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa TR-RCP (AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test Kit; Roche Diagnostic Systems, Inc. Branchburg NJ, USA), para la extracción del ARN viral, la síntesis del ADNc por transcripción reversa (TR) y la amplificación mediante RCP de la región de interés en el gen del antígeno de grupo (gag) del VIH-1. Los resultados se expresaron como copias ARN/mm³ o log copias ARN/mm³.

Una carga viral inferior a 1.69 log₁₀ copias/ml fue considerada indetectable (< 400 copias/mm³); tomándose como criterios de carga viral baja menos de 5000 copias; media entre 5001 y 30000 copias/mm³; alta entre 30000 y 100000 copias/mm³ y muy alta más de 100000 copias/mm³ (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents 2011).

Los datos generados de la aplicación del instrumento escogido, fueron organizados y recopilados para poder dar repuesta a los objetivos propuestos. Por las características del estudio planteado, los registros obtenidos se introdujeron en una base de datos y posteriormente fueron procesadas mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 17. En razón de la naturaleza de la investigación efectuada, se ejecutó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo; en este sentido, la sintomatología evaluada medida por este instrumento se expresó mediante medidas de tendencia central: medias y desviación estándar (DE).

Para realizar la correlación de la CVRS con los parámetros inmunológicos a analizar, el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral, se determinó el coeficiente de correlación de Pearson; con significancia de p < 0.05; mediante la asignación de categorías a cada variable. En el caso de la CVRS se tomó la media (p50) como punto de corte para una CVRS alterada o no, de esta forma los sujetos que se ubiquen por debajo del p50 tendrían una CVRS alterada y por encima del p50 normal, mientras que para el conteo de CD4 y carga viral se tomaron las categorías aprobadas internacionalmente. Se procedió a realizar un análisis de regresión logística determinándose los respectivos Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%); la significancia de estos resultados se determinó mediante la prueba exacta de Fischer (p < 0.05).

RESULTADOS.

En cuanto a las características generales de la muestra evaluada, como puede apreciarse en la tabla 1, se evidenció que la edad promedio fue de 38 años, lo que se corresponde con el grupo etario de adulto jóvenes, la menarquía la edad promedio fue a los 12.16 años, la sexarquía a los 17 años, con un promedio de paridad de tres partos, una media de dos parejas cada paciente. La edad del primer diagnóstico evidenció que el diagnóstico de la infección se realizó en promedio a los 32 años; siendo el tiempo de infección en las pacientes evaluadas de tres años en promedio.

En la tabla 2, se muestra el análisis frecuencial de otras características detectadas en esta muestra de mujeres infectadas por el VIH. Al analizar las causas del diagnóstico de la infección por HIV en este grupo de pacientes, se demostró que en el 44% de las pacientes la causa fue la presencia de una enfermedad marcador de SIDA y en el 28% por el diagnóstico de la infección en su pareja sexual; así mismo se observó que en el 92% de los casos el contagio habría ocurrido por vía sexual. La evaluación de los hábitos y adicciones evidenció que el 40% de las pacientes no tenían ningún tipo de adicciones, mientras que el 36% refirió hábito alcohólico. Se conoció que 84% se encontraban bajo tratamiento antirretroviral, de los cuales 76% no ha tenido cambio o modificaciones en el mismo. Por su parte, respecto a las enfermedades asociadas y hospitalizaciones, se pudo evidenciar que el 28% no presentó co-morbilidades, sin embargo, el 24% refirieron trastornos ansiosos depresivos. Del total de la muestra evaluada el 68% refieren hospitalizaciones debido a complicaciones del SIDA.

La evaluación de las características socioeconómicas de la población puede apreciarse en la tabla 3, donde se puede evidenciar que el grado de instrucción más frecuentemente encontrado en la muestra de pacientes fue para la alternativa primaria completa (44%), la procedencia en el 72% de los casos fue urbana, el 60% de las pacientes eran solteras. Desde el punto de vista laboral, el 64% estaba desempleado y el 52% ganaba menos del sueldo mínimo. El tipo de vivienda que predominó fue el de interés social en el 80% de los casos.

La evaluación de las características socioeconómicas de la población puede apreciarse en la tabla 3, donde se puede evidenciar que el grado de instrucción más frecuentemente encontrado en la muestra de pacientes fue para la alternativa primaria completa (44%), la procedencia en el 72% de los casos fue urbana, el 60% de las pacientes eran solteras. Desde

el punto de vista laboral, el 64% estaba desempleado y el 52% ganaba menos del sueldo mínimo. El tipo de vivienda que predominó fue el de interés social en el 80% de los casos.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características generales de las mujeres seropositivas al VIH.

Análisis/Alternativas	X ± DE
Edad	38.20±14.79
Menarquía	12.16±1.79
Sexarquía	16.52±2.14
Paridad	02.92±1.89
Número de Parejas	02.40±0.90
Edad del primer diagnóstico	32.00±14.13
Tiempo con la infección	03.44±3.84

El análisis de los indicadores evaluados con el instrumento seleccionado, el SF-36, en el grupo de pacientes seropositivas al VIH, se presenta como medias con sus respectivas DE para cada ítem (tabla 4); pudiéndose observar que los resultados obtenidos del análisis de la dimensión "salud física", muestra para su indicador "función física", que la alternativa 1 y 3 predominó en este grupo de pacientes, mientras que para el "rol físico" la alternativa predominante fue la 1 y 2, lo que permite afirmar que aunque no estaba afectado el funcionamiento físico en la mayoría de la paciente sí hubo una relativa limitación para hacer el trabajo en las pacientes.

Respecto al indicador "dolor corporal" las alternativas predominantes fueron 1 y 2, lo que indica la ausencia o poca presencia de dolor. Finalmente, al evaluar el indicador "salud general" se observó que las alternativas de respuesta estuvieron entre las alternativas 3 y 4, lo cual reflejaba la apreciación de un buen estado de salud por parte de las pacientes estudiadas.

Respecto al indicador "dolor corporal" las alternativas predominantes fueron 1 y 2, lo que indica la ausencia o poca presencia de dolor. Finalmente, al evaluar el indicador "salud general" se observó que las alternativas de respuesta estuvieron entre las alternativas 3 y 4, lo cual reflejaba la apreciación de un buen estado de salud por parte de las pacientes estudiadas.

Tabla 2. Análisis frecuencial de las características generales de las mujeres seropositivas al VIH.

Análisis/Alternativas	Pacientes	
	Fr	%
Causa del Dx. de la Infección por VIH		
Sin causa determinante	2	4
Enfermedad marcador de SIDA	22	44
Diagnostico en la pareja sexual	14	28
Embarazo	4	8
Conducta de riesgo en el paciente	2	4
Diagnóstico de VIH en el hijo	0	0
Donación de sangre	4	8
Conducta de riesgo en la pareja del paciente	2	4
Forma de Contagio		
Sexual	46	92
Transmisión vertical	0	0
Drogas EV	0	0
Transfusiones	4	8
Adicciones		
Ninguna	20	40
Alcohol	18	36
Tabaco	8	16
Drogas	4	8
Fármacos psicotrópicos	0	0
Tratamiento antirretroviral		
Si	42	84
No	8	16
Cambios en el tratamiento		
Si	12	24
No	38	76
Co-morbilidades		
Sin co-morbilidades	14	28
Hepatopatía alcohólica	2	4
Hepatitis viral A o C o B+C	8	16
ITS	2	4
Desnutrición	4	8
Lipodistrofia	0	0
Cáncer	0	0
HTA	6	12
Enf. Cardiovascular	2	4
Ansiedad/Depresión	12	24
Hospitalizaciones por causa del SIDA		
Si	34	68
No	16	32

De igual manera se analizó la dimensión “salud mental”, a través de sus diferentes indicadores (tabla 5); evidenciándose que el “rol emocional” mostró valores similares en las alternativas 1 y 2, por lo cual la mitad aproximada de la población refiere que los problemas emocionales no afectan su calidad de vida y el otro porcentaje refiere que sí lo afecta. Por su parte, en cuanto al indicador “función social” se

pudo evidenciar que hubo un predominio de la alternativa 5, lo que señala que la enfermedad limitaba solo a veces su desenvolvimiento social.

Tabla 3. Características socioeconómicas de las mujeres seropositivas al VIH.

Análisis Frecuencial	Pacientes	
	Fr	%
Grado de Instrucción		
Primaria incompleta	22	44
Primaria completa	10	20
Secundaria incompleta	4	8
Secundaria completa	6	12
Técnica	4	8
Universitaria	4	8
Procedencia		
Rural	14	28
Urbana	36	72
Estado civil		
Soltero	30	60
Concubina	10	20
Casada	6	12
Divorciada	4	8
Trabajo		
Activa	16	32
Desempleada	32	64
Incapacitada	2	4
Ingreso Familiar		
< Sueldo mínimo	26	52
Sueldo mínimo	10	20
>Sueldo mínimo	4	8
Sin salario	10	20
Tipo de Vivienda		
Rancho	2	4
Casa/Quinta/Apartamento	8	16
Vivienda de interés social	40	80

Respecto al indicador “vitalidad”, la información aportada por las pacientes reveló que la alternativa de respuesta más frecuente fue la 2, indicando que casi siempre se sienten llenas de vitalidad. Los resultados de la evaluación de la salud mental de las pacientes demostró que estas pacientes solo alguna vez han estado nerviosas, han tenido el ánimo decaído, se han sentido desanimadas y tristes y afirman que casi siempre se sienten tranquilas y feliz, predominando la alternativa 5 para estos ítems. En la tabla 6 se presenta el análisis de la dimensión “transición de la salud”, evaluada a través de los cambios que en esta se producen en el tiempo, donde

puede evidenciarse que la alternativa predominante fue la 3, lo que afirma que su estado de salud en comparación al año pasado era bueno.

Tabla 4. Análisis descriptivo de la calidad de vida (Dimensión Salud Física) en mujeres seropositivas al VIH.

Escala de Salud	Contenido Requerido del Ítems	Media y DE X±DE	Distribución Porcentual del Ítems					
			1	2	3	4	5	6
<i>Función Física</i>	Actividad Intensa	2.40±0.80	20	20	60	--	--	--
	Actividad Moderada	2.44±0.76	16	24	60	--	--	--
	Levantar o llevar bolsas de compra	2.48±0.76	16	20	64	--	--	--
	Subir varios pisos de escaleras	2.36±0.80	20	24	56	--	--	--
	Subir un solo piso por escaleras	2.44±0.76	16	24	60	--	--	--
	Se limita para arrodillarse	2.44±0.76	16	24	60	--	--	--
	Se limita caminar más de un kilómetro	2.28±0.83	24	24	52	--	--	--
	Se limita caminar varias manzanas	2.28±0.83	24	24	52	--	--	--
	Se limita caminar unos 100 metros	2.36±0.85	24	16	60	--	--	--
<i>Rol Físico</i>	Se limita para bañarse o vestirse	2.52±0.70	12	24	64	--	--	--
	Menor tiempo dedicado al trabajo	1.60±0.49	40	60	--	--	--	--
	Hacer menos actividades que las deseadas	1.56±0.50	44	56	--	--	--	--
	Limitación en el tipo de trabajo o actividad	1.52±0.50	48	52	--	--	--	--
	Dificultades para hacer el trabajo	1.52±0.50	48	52	--	--	--	--
<i>Dolor Corporal</i>	Dolor en alguna parte del cuerpo las últimas 4 semanas	2.12±1.08	36	32	16	16	0	--
	Interferencia del dolor para la realización de trabajos	2.00±1.06	40	32	20	4	4	--
<i>Salud general</i>	Se pone enferma más fácil que otras personas	3.24±1.31	16	4	44	12	24	--
	Esta tan sana como cualquiera	3.32±0.79	0	12	52	28	8	--
	Considera que su salud empeorara	3.00±0.28	0	4	92	4	0	--
	Mi salud es excelente	3.04±0.78	24	52	20	4	0	--
	En general como considera usted su salud	2.92±1.02	8	28	32	28	4	--

El análisis de la calidad vida a través de la suma de los puntos de cada indicador por sub-dimensión (tabla 7), considerando los valores estándares del SF 36, los cuales indican 0 puntos (peor estado de salud) a 100 puntos (mejor estado de salud), se cuantificaron en las pacientes de la muestra, evidenciándose en la población estudiada que el total de la puntuación fue de 95.49 estos datos permite afirmar que las pacientes HIV positivas tuvieron un puntaje más cercano a 100 (mejor estado de salud).

Por su parte, el análisis de los parámetros inmunológicos (tabla 8) permitió establecer que el promedio y la desviación estándar de la carga viral plasmática fue 31490.48 ± 62725.28 y la distribución frecuencial mostró porcentajes de 36% para valores de carga viral indetectables, el 24%

tuvo copias bajas del virus, el 18% alta, el 12% valores muy altos y el 10% valores medios. Estos resultados afirman el mayor porcentaje de casos se ubicaron en valores menores de 400 copias.

La correlación entre la variable “Calidad de vida” y los parámetros inmunológicos (tabla 9) permitió establecer que existe correlación estadísticamente

significativa entre la carga viral plasmática del virus y la calidad de vida de las pacientes HIV positivas con una P <0.043; lo cual expresa que las modificaciones de la carga viral inciden sobre la calidad de vida, observándose mayor frecuencia en la población de valores indetectables y puntuación de CV cerca de 100 puntos que expresa mejor estado de salud. Por su parte, la correlación entre los CD4 y la calidad de vida de las pacientes seropositivas al VIH permitió establecer que no existía correlación estadísticamente significativa (P <0.726), lo cual expresa que las modificaciones de

Tabla 5. Análisis descriptivo de la calidad de vida (Dimensión Salud Mental) en mujeres seropositivas al VIH.

Escala de Salud	Contenido Requerido del Ítems	Media y DE X±DE	Distribución Porcentual del Ítems					
			1	2	3	4	5	6
<i>Rol Emocional</i>	Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo por problemas emocionales	1.48±0.50	52	42	--	--	--	--
	Hizo menos de lo que pudo hacer por problemas emocionales	1.52±0.50	48	52	--	--	--	--
	No hizo su trabajo o actividades cotidianas por problemas emocionales	1.52±0.50	48	52	--	--	--	--
<i>Función Social</i>	Presencia de problemas de salud que interfieran con la actividad social	3.96±1.15	4	8	20	24	44	--
	Tiempo con problemas de salud que interfieren con sus actividades sociales	3.84±1.20	4	12	20	24	40	--
<i>Vitalidad</i>	Sentirse lleno de vitalidad	3.16±1.52	12	28	24	12	16	8
	Tener mucha energía	3.24±1.46	12	24	24	12	24	4
	Sentirse agotado	3.96±1.52	4	24	8	12	40	12
	Sentirse cansado	3.96±1.52	4	24	8	12	40	12
<i>Salud Mental</i>	Ha estado muy nerviosa	3.40±1.91	28	8	16	12	16	20
	Sentirse con el ánimo decaído	4.32±1.44	0	12	24	16	16	32
	Sentirse tranquila y serena	3.32±1.42	4	36	20	8	28	4
	Sentirse desanimado y triste	3.92±1.42	0	24	20	8	36	12
	Sentirse feliz	3.48±1.40	4	32	16	8	40	0

Tabla 6. Análisis descriptivo de la calidad de vida (Dimensión Transición de Salud) en mujeres seropositivas al VIH.

Escala de Salud	Contenido Requerido del Ítems	Media y DE X±DE	Distribución Porcentual del Ítems					
			1	2	3	4	5	6
<i>Cambios en la Salud en el Tiempo</i>	Calificación del estado de salud comparado con el de hace un año	3.04 ±0.87	0	32	36	28	4	--

los CD4 no inciden sobre la calidad de vida respectivamente.

Finalmente, como puede observarse en la tabla 10, las pacientes con una carga viral muy elevada mostraron un riesgo significativo de casi siete veces más probabilidad de presentar alterada su CV (OR[IC 95%]= 6.80 [1.082 – 42.732]; p < 0.05). De igual forma, aquellas mujeres que presentaban un conteo de linfocitos Cd4 por debajo de 200 células/mm³ presentaron un riesgo 7 veces mayor de poseer una CV disminuida (p<0.05).

Tabla 7. Análisis descriptivo de la calidad de vida en mujeres seropositivas al VIH.

Análisis/Alternativa	Puntuación
Función Física	21.53±7.85
Rol Físico	06.20±1.99
Dolor Corporal	04.12±2.14
Salud General	04.52±4.18
Rol Emocional	07.80±1.50
Función Social	14.32±2.35
Vitalidad	18.44±6.02
Salud Mental	15.52±7.59
Transición de salud	03.04±0.87
Componente Físico	36.37±16.16
Componente Mental	56.08±17.46
Transición de Salud	3.04±0.87
Puntuación Total	95.49±34.39

Tabla 8. Análisis descriptivo de los parámetros inmunológicos en mujeres seropositivas al VIH.

Análisis	(X±DE)	Fr	%
CARGA VIRAL	31490.48±62725.28	--	--
INDETECTABLE (<400 copias/ml)	--	18	36
BAJA (< 5000 copias/ml)	--	12	24
MEDIA (5.001-30.000 copias/ml)	--	5	10
ALTA (30.001-100.000 copias/ml)	--	9	18
MUY ALTA (>100.000 copias/ml)	--	6	12
CD4	487.52±307.62		
> 500/mm ³	--	26	52
200-499/mm ³	--	10	20
< 200/mm ³	--	14	28

Tabla 9. Relación carga viral y parámetros inmunológicos en mujeres seropositivas al VIH.

CALIDAD DE VIDA/ CARGA VIRAL	r= 0.854 p= 0.043**
CALIDAD DE VIDA/ CD4	r= 0.232 p= 0.726

* Correlación de Pearson
** La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral).

DISCUSIÓN.

Dada la longevidad alcanzable con las actuales estrategias profilácticas y terapéuticas para el control de las personas con infección por VIH, la CV ha surgido como una medida significativa para valorar el resultado médico; siendo la mejora de la misma un objetivo importante del tratamiento, puesto que la supervivencia de estos pacientes se ha incrementado y su CV se ha convertido en un foco importante para los investigadores y profesionales de la salud (Basavaraj *et al.* 2010). No obstante, resulta preocupante el aumento de casos de VIH registrados en mujeres y las serias barreras que éstas presentan para el acceso a la terapia antirretroviral (Arrivillaga, 2010).

Los resultados encontrados en esta serie permitieron encontrar una gran cantidad de pacientes pertenecientes al grupo etario de adultos jóvenes, mujeres en edad reproductiva, lo cual supone un

Tabla 10. Estimación de riesgo de alteración de la calidad de vida en mujeres seropositivas al VIH según su estado inmunológico.

Análisis/ Alternativas	Calidad de vida		Odds Ratio * (IC95%)	p **
	Alterada	Normal		
Carga viral muy elevada				
• > 100.000 copias/ml	04	02	6.80 (1.082-42.732)	0.044
• < 100.000 copias/ml	10	34		
Cd4 disminuido				
• < 200/mm ³	09	05	7.45 (1.895- 29341)	0.005
• > 200/mm ³	07	29		

N = 50
* Análisis de Regresión logística
** Test de Fischer con una significancia estadística de p < 0.05

mayor riesgo de aumentar la transmisión de este virus, dado a su posibilidad de embarazo y al inminente riesgo de transmisión perinatal. Asimismo, según los parámetros inmunológicos analizados estas mujeres se encontraban en estado de portador sano, en estadios A1 y A2 principalmente, lo cual podría explicar las altas puntuaciones conseguidas en la evaluación de su CV.

Otra particularidad detectada fue que la mayoría de estas pacientes pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, encontrándose una gran cantidad de mujeres con bajos niveles educativos, recursos económicos escasos y altas tasas de desempleo; circunstancias que exponen a estas mujeres a una situación de particular vulnerabilidad y que contribuyen a la reproducción del círculo de pobreza. No obstante, a pesar de estas condiciones adversas las puntuaciones reportadas en la CV fueron altas; lo cual se contraponen a los resultados obtenidos por otros investigadores (Miric *et al.* 2009), quienes evidenciaron que las personas que viven con HIV/SIDA presentaban una CV alterada por presentar recursos económicos insuficientes para cubrir las necesidades básicas de sus familias, deterioradas condiciones socioeconómicas, limitada calidad de la alimentación, presencia de hábitos de salud inadecuados, uso inconsistente del preservativo, dificultades de acceso a la atención

integral al VIH, poco o ningún acceso a actividades de esparcimiento, permanencia del estigma y la discriminación vinculados al VIH/SIDA en las diferentes esferas de la vida cotidiana y sentimientos negativos y actitudes pesimistas frente al futuro en una parte de esta población.

Respecto a la CV se encontró en estas pacientes que aunque percibían cierta limitación en cuanto al rol físico tuvieron una muy buena puntuación tanto en el resto de los indicadores del cuestionario como en las puntuaciones por dimensiones o total del SF-36. Estos hallazgos coinciden con las altas puntuaciones reportadas por Ion *et al.* (2011) al aplicar una escala específica de CV en hombres y mujeres adultos que viven con el VIH/SIDA; tanto para la salud física (47.3 ± 11.5) como para la salud mental (49.2 ± 10.7). Al respecto, Bernstein (2010) encontró que las mujeres infectadas por este virus presentan mejores puntuaciones que los hombres, en cuanto a la función física, rol físico, salud general, vitalidad y función social. Por el contrario, en la investigación publicada por Bijarro *et al.* (2009), se encontró que casi la mitad de la población (47%) presentaba una moderada afectación de su CV; lo cual los llevó a concluir que la salud y bienestar de las mujeres que viven con el VIH/SIDA no era completo; siendo las relaciones sexuales y el trabajo los aspectos de la vida diaria más impactados, mientras que las actividades domésticas y la vida familiar las menos afectadas. Los resultados encontrados también difieren de los publicados por Bastardo *et al.* (2000), quienes estudiaron la CVRS en 118 personas incluyendo hombres y mujeres con VIH/SIDA en Venezuela, mediante este mismo cuestionario, observando que las menores puntuaciones se obtuvieron en las dimensiones de salud general, salud mental y rol emocional; las cuales tuvieron muy poca afectación en las mujeres estudiadas en esa serie. De igual manera, estos resultados también se contraponen a los presentados por Moyer *et al.* (2008) quienes luego de utilizar una versión corta de este mismo instrumento, el SF-12, encontraron puntuaciones bajas en la CV como en el dominio de salud física en mujeres embarazadas de Ghana, África. Esta adecuada CV encontrada en estas pacientes pudiese estar relacionada con el hecho de que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio recibían tratamiento antirretroviral; drogas que han transformado al VIH/SIDA en una enfermedad crónica (Oguntibeju 2012). Se sabe que las personas que viven con la infección por VIH experimentan una amplia gama de síntomas físicos y psicológicos que tienen una correlación con la CV percibida; sin embargo, las personas que reciben medicamentos antirretrovirales reportan

significativamente ($p < 0.01$) menos síntomas que los que no los tomaban (Rivero *et al.* 2009). No obstante, las mujeres ven afectados sus derechos al tratamiento oportuno y continuo, a la confidencialidad y a la no discriminación, y a la atención integral con enfoque de sexo (Arrivillaga 2010). Llamó la atención el hecho de una gran cantidad de mujeres con diagnóstico previo de trastornos de ansiedad y depresión; sin embargo, las puntuaciones obtenidas en la dimensión salud mental fueron altas en la mayor parte de las pacientes evaluadas, contrario a los resultados publicados por Briongos *et al.* (2011), donde se determinó que los síntomas del VIH y la presencia de depresión se encontraron asociados negativamente con todos los dominios de un instrumento específico para valorar la CV en pacientes con VIH/SIDA MOS-VIH y con la puntuación resumen de salud física y de salud mental. Se pudo observar que la mayor parte de estas mujeres presentaban una carga viral muy baja o indetectable, con una cantidad adecuada de linfocitos Cd4; siendo muy pocas las mujeres que se encontraban inmunosuprimidas. Sin embargo, al correlacionar la puntuación total de la CV con estos parámetros inmunológicos solo hubo una relación significativa con la carga viral; resultado que coincide con los presentados tanto por Briongos *et al.* (2011) quienes tampoco encontraron una asociación entre la CV y estos indicadores del estado inmunológico, como por Ion *et al.* (2011) quienes no encontraron asociación significativa entre la CV y el conteo de células Cd4.

Los resultados presentados en esta serie permitieron observar que tanto las mujeres cuya carga viral se encontraba muy elevada o linfocitos Cd4 por debajo de 200 células/mm^3 presentaban un riesgo significativo ($p < 0.05$) de 7 veces mayor probabilidad de presentar una CV deteriorada; resultados que concuerdan con los publicados por Bernstein (2010), quien reportó que los individuos que poseían un recuento de Cd4 menor de $200/\text{mm}^3$ y carga viral plasmática mayor de 100000 copias/ml, presentaban puntuaciones menores en todos los indicadores de la CV, a excepción del dolor corporal.

Esta investigación permitió poder utilizar un instrumento genérico para la medición de la CV, como el SF-36, con el cual se pudo conocer la autopercepción de estas mujeres sobre la repercusión de esta infección en su estado de salud y bienestar; al respecto, Briongos *et al.* (2011) recomiendan que la CV deba ser controlada en el seguimiento de los pacientes infectados por el VIH, puesto que puede ayudar a detectar problemas que podrían influir en la progresión de la enfermedad. Es importante indagar

acerca de las relaciones de estos pacientes con su entorno familiar, su pareja y círculos de amigos, debido a que la presencia de buenas redes sociales, son importantes predictores para una CV favorable y ajuste social en los pacientes con VIH/SIDA (Vinaccia *et al.* 2008); puesto que el apoyo social se encuentra significativamente asociado con todos los indicadores de la CV, salvo la función física y el dolor corporal (Bastardo *et al.* 2000). De igual forma, el apoyo psicológico de estos pacientes les permitirá asumir medidas de afrontamiento positivas ante esta enfermedad, lo cual es otro importante predictor de una mejor CV (Hayajneh *et al.* 2009).

Como puede verse el VIH/SIDA no es sólo una condición que afecte al individuo desde el punto de vista físico, sino también repercute en su funcionamiento psicológico y social. Por tanto, el profesional sanitario que maneja a estos pacientes debe conocer y aplicar instrumentos de medición de CVRS, que le permitan atenderlos desde un punto de vista holístico, de manera que las intervenciones que se practiquen en ellas sean efectivas.

Se determinó que la mayor parte de las mujeres con VIH/SIDA presentaron altas puntuaciones en su CVRS ($95,49 \pm 34,39$) así como carga viral indetectable o baja (60%) y un adecuado conteo de células Cd4 (52%). Al asociar la CVRS con estos parámetros del estado inmunológico solo se evidenció una relación significativa entre la CVRS y la carga viral ($p < 0.05$); sin embargo, las pacientes que presentaban carga viral muy elevada (> 100000 copias) o un conteo de linfocitos Cd4 por debajo de 200 células/mm^3 mostraron un riesgo significativo ($p < 0.05$) de 7 veces más probabilidad de presentar alterada su CV (OR [IC95%] = 6.80 [1.082 – 42.732] y 7.45 [1.895 – 29.341], respectivamente). Por tanto, se concluyó que las pacientes seropositivas al VIH mostraron una buena CVRS y un adecuado estado inmunológico, existiendo una asociación entre la CVRS y estos parámetros inmunológicos. Sin embargo, una limitación para poder generalizar estos resultados a toda la población es el hecho de tratarse de una muestra intencionada y relativamente pequeña, por lo cual es recomendable continuar el estudio de esta variable, incluyendo una mayor cantidad de pacientes y estableciendo comparaciones tanto entre pacientes masculinos y femeninos como entre pacientes con diferentes medicaciones antirretroviral; a fin de que puede conocerse con mayor particularidad la repercusión del VIH/SIDA en la CV de las mujeres. Por tanto se recomienda proseguir el estudio de la CVRS de las mujeres que infectadas con el VIH/SIDA, incluyendo tanto una mayor cantidad de pacientes, como analizando aspectos como

diferencias entre sexos, repercusiones del tratamiento antirretroviral, entre otros. Asimismo, dado los resultados obtenidos, es aconsejable divulgar el uso de instrumentos de medición de CV, como el SF-36, en la valoración y seguimientos de los pacientes infectados por el VIH/SIDA; de modo de poder contar con ésta útil herramienta, que permita detectar oportunamente situaciones que pueden repercutir sobre el estado inmunológico, la progresión de la enfermedad e inclusive la adherencia terapéutica a las drogas antirretrovirales.

REFERENCIAS.

Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI), Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA). 2008. Monitoreo y evaluación del logro de las metas de la declaración de compromiso en VIH/SIDA. Disponible en: http://ungassforum.files.wordpress.com/2008/02/venezuela_ungass.pdf. Fecha de recuperación: 18 de Octubre de 2011.

Angelosante W. 2005. Situación actual del SIDA en la mujer embarazada. *Med Interna (Caracas)*. 21: 91-103.

Arrivillaga M. 2010. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: cuestión de derechos de salud. *Salud pública Méx.* 52: 350-356.

Badía X, Lara N. 2005. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Grupo de VIH de la S.E.F.H. (Ed.). *Jornadas de actualización en el tratamiento del paciente con VIH*. Gráficas Enar. Madrid. España. pp. 79-92.

Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. 2010. Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis.* 31: 75-80.

Bastardo YM, Kimberlin CL. 2000. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care.* 12: 673-684.

Bernstein JC. 2010. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA. Tesis doctoral. Cátedra de Microbiología y Parasitología. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisDoctorales/16.pdf>. Fecha de recuperación: 30 de Octubre de 2011.

Bijarro F, Mendiola SV, Montemayor MC. 2009. El rostro de las mujeres con VIH/SIDA: su calidad de vida en Cd. Victoria, Tamaulipas, México. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccsc/03/him.htm. Fecha de recuperación: 31 de Octubre de 2011.

Briongos LS, Bachiller P, Palacios T *et al.* 2011. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Medicine.* 12: 22-30.

Giles M. 2009. HIV and pregnancy: screening and management update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 21: 131-135.

Hayajneh FA, Al-Hussami M. 2009. Predictors of Quality of life among women living with human immunodeficiency virus/AIDS. *J Hosp Palliat Nurs.* 11: 255-261.

Ion A, Cai W, Elston D *et al.* 2011. A comparison of the MOS-HIV and SF-12v2 for measuring health-related quality of life of men and women living with HIV/AIDS. *AIDS Res Ther.* 8: 5.

Krishnan S, Dunbar MS, Minnis AM *et al.* 2008. Poverty, Gender Inequities and Women's risk of HIV/AIDS. *Annals of the New York Academy of Sciences.* Ann N Y Acad Sci. 1136: 101-110.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2010. Informe nacional relativo a los avances en la implementación de la Declaración de compromisos sobre VIH/SIDA (2001) y Declaración política VIH/SIDA (2006). Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela. Periodo 2008-2009. Programa Nacional de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Caracas. Disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/venezuela_2010_country_progress_report_es.pdf. Fecha de recuperación: 12 de Noviembre de 2011.

Miric M, Pérez-Then E, Campos I *et al.* 2009. Calidad de vida de las personas que viven con el VIH y el SIDA: estudio exploratorio en comunidades seleccionadas de la República Dominicana. *Boletín CENISMI.* 19: 23-28.

Moyer CA, Ekpo G, Calhoun C *et al.* 2008. Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV screening among pregnant women in Ghana. *Womens Health Issues.* 18: 301-309.

Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M. 2008. Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Arch Iranian Med.* 11: 608-612.

Oguntibeju OO. 2012. Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV/AIDS (Auckl).* 4: 117-124.

ONUSIDA. 2009. On this world AIDS day in (2008) after the first one/ Several milestones have been reached. ONUSIDA, Ginebra. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/20081127_aidsoutlook_en.pdf. Fecha de recuperación: 15 de Septiembre de 2011.

OMS. 2007. Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities. OMS,

Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/>. Fecha de recuperación: 19 de septiembre de 2011.

Organización Mundial de la Salud. 2005. The World Organization quality of life instruments (sf). OMS, Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/evidence/assessmentinstruments/qol/q11.htm>. Fecha de recuperación: 27 de septiembre de 2011.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. 2011. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. 2011: 1-167. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Fecha de recuperación: 19 de Noviembre de 2011.

Rivero M, Portillo C, Solis SS *et al.* 2009. Symptoms and quality of life of people living with HIV Infection in Puerto Rico. *P R Health Sci J.* 28: 54-59.

Trejos AM, Mosquera M, Tiesca R. 2009. Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas. *Salud Uninorte.* 25: 17-32.

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L *et al.* 2005. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 19: 135-150.

Vinaccia S, Fernández H, Quiceno JM *et al.* 2008. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Ter Psicol.* 26: 125-132.

Recibido: 22 dic 2013 Aceptado: 24 abril 2013

**MedULA le invita a
publicar en sus páginas, los
resultados de sus
investigaciones u otra
información en ciencias de la
salud.
MedULA. Apartado 870.
Mérida. Venezuela**