

Calidad de vida en mujeres diagnosticadas con VIH y en tratamiento antirretroviral

Quality of life in women diagnosed with HIV and on antiretroviral treatment

Tonny Fernando Cepeda Reza¹, Alexandra Mishell Villagómez López¹, María Isabel Proaño Pantoja¹

¹ Universidad Central del Ecuador, Ecuador.



PARA CITAR ESTE ARTÍCULO

Cepeda Reza TF, Villagomez Lopez AM, Proaño Pantoja MI. Calidad de vida en mujeres diagnosticadas con VIH y en tratamiento antirretroviral. Rev. Med. UCSG. 2025;25(2):5-12.

DOI

<https://doi.org/10.23878/medicina.v25i2.1247>

CORRESPONDENCIA

cepeda.fernando15d@gmail.com



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Av. Carlos Julio Arosemena, Km 1,5. Guayaquil, Ecuador
Teléfono: +593 4 3804600
Correo electrónico: revista.medicina@cu.ucsg.edu.ec
Web: www.ucsg.edu.ec



© The Autor(s), 2025

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Calidad de vida en mujeres diagnosticadas con VIH y en tratamiento antirretroviral

Quality of life in women diagnosed with HIV and on antiretroviral treatment

Tonny Fernando Cepeda Reza¹, Alexandra Mishell Villagómez López¹, María Isabel Proaño Pantoja¹

¹ Universidad Central del Ecuador, Ecuador

RESUMEN

Antecedentes: la enfermedad crónica producida por el virus de inmunodeficiencia humana afecta la calidad de vida de sus portadores, está condicionada por factores personales, clínicos y sociales. Para su estudio se han desarrollado herramientas que evalúan estas variables. **Objetivo:** identificar los factores que influyen en la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con VIH y en tratamiento antirretroviral del Hospital Enrique Garcés. **Materiales y métodos:** estudio observacional, analítico y transversal realizado en el período 2021-2022. Para conocer la calidad de vida se empleó el cuestionario WHOQOL-HIV BREF que incluye la percepción de la calidad de vida, la percepción de la salud y 6 dominios. Además, se recopiló datos sociodemográficos y clínicos. **Resultados:** participaron 184 pacientes, el 48,9% tuvo una percepción de buena calidad de vida y 53,8% un estado de salud percibido como bueno. El dominio salud física tuvo el promedio más alto. Las variables relacionadas con cambios en la calidad de vida fueron: edad, estado civil, trabajo, sintomatología; esta última fue el principal factor de riesgo para una mala calidad de vida. **Conclusión:** las pacientes con tratamiento antirretroviral tienen una buena calidad de vida en la mayoría de dominios. Sin embargo, las variables del entorno social siguen siendo las más problemáticas por los estigmas que se mantienen.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, mujer, VIH, antirretroviral.

ABSTRACT

Background: HIV is a chronic disease that affects the quality of life of those who live with it, and is influenced by personal, clinical, and social factors. Tools have been developed to evaluate these variables in studies. **Objective:** To identify the factors that influence the quality of life of women with HIV undergoing antiretroviral treatment at Enrique Garcés Hospital. **Materials and Methods:** This observational, analytical, cross-sectional study was conducted during the period 2021-2022. The WHOQOL-HIV BREF questionnaire was used to assess quality of life, including the perception of quality of life, perception of health, and six domains. Additionally, sociodemographic and clinical data were collected. **Results:** A total of 184 patients participated, with 48.9% reporting a perception of good quality of life, and 53.8% perceiving their health status as good. The physical health domain had the highest average score. Variables associated with changes in quality of life included age, marital status, employment, and symptoms; the latter being the primary risk factor for poor quality of life. **Conclusion:** Patients undergoing antiretroviral treatment generally experience good quality of life across most domains. However, social environment variables remain the most problematic due to persistent stigmas.

KEYWORDS

Quality of life, women, HIV, antiretroviral.

Introducción

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) afecta al sistema inmunológico, específicamente a las células CD4 que funcionan como receptores del virus, ocasionando la disminución de las funciones del sistema inmunitario. La etapa más avanzada es el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), caracterizada por una inmunosupresión grave, que se manifiesta por infecciones oportunistas o diferentes tipos de cáncer (1).

Esta enfermedad afectó hasta el año 2022 alrededor de 39 millones de personas en todo el mundo (2), de las cuales aproximadamente 2.500.000 pertenecían a América Latina y el Caribe (3). Según el reporte del Boletín anual de VIH del Ecuador, en 2020 había 45.056 personas con VIH (4).

El avance en el tratamiento con terapia antirretroviral permite que la esperanza de vida sea igual a la de la población general, por lo que se considera una enfermedad crónica (5,6). Vivir con VIH de manera prolongada termina afectando la calidad de vida por los cambios en el estado de salud y el entorno social (7).

Evaluar la calidad de vida es un reto, los cambios constantes relacionados con la enfermedad, la situación económica, problemas sociales e influencia cultural dificultan el proceso. La herramienta “WHOQOL-HIV BREF” elaborada por la OMS, ha demostrado ser confiable para esta valoración (8).

Investigadores han analizado la correlación entre las variables sociodemográficas/clínicas y las puntuaciones globales de calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS); los resultados han identificado una relación directa con: estado civil, nivel educativo, apoyo familiar y estadio de enfermedad. Además, establecen que la mala adherencia al tratamiento y el IMC anormal se relacionan negativamente con las puntuaciones de CVRS (1).

El objetivo principal es identificar los factores que influyen en la calidad de vida de las mujeres con VIH, considerando los estigmas sociales, estilo de vida, uso de terapia antirretroviral y otras comorbilidades que la condicionan. Además, este estudio permitirá evaluar y conocer la calidad de vida de esta población vulnerable, información que en muchos países, incluido Ecuador, no se ha evaluado.

Métodos

Estudio observacional, transversal y analítico realizado entre diciembre de 2021 y junio de 2022, en la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés. La población fuente fueron 350

mujeres que recibieron tratamiento. El tamaño muestral se estimó en 167, con un 95% de confianza y una frecuencia de VIH en mujeres con mala calidad de vida del 71.4% (valor obtenido de un estudio similar); se consideró un 10% más, por riesgo de pérdida de participantes, estableciéndose una muestra de 184 mujeres. (9) Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que las pacientes acudían a los controles cada 6 meses. Se incluyeron a las mujeres con: diagnóstico de VIH en un período de tratamiento mayor a 6 meses con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), que aceptaran participar en el estudio y tuvieran la capacidad física para responder el cuestionario. Fueron excluidas las mujeres embarazadas, registros incompletos y quienes abandonaron el tratamiento antirretroviral.

Para conocer la calidad de vida, empleamos el cuestionario “World Health Organization quality of life versión breve” (WHOQOL-HIV BREF) desarrollado por la OMS (Organización Mundial de Salud) y cuenta con un alfa de Cronbach superior al 0,7 (PONER CITA); este test que interpreta la percepción global de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se mide por dos ítems independientes del grupo de dominios. El primer ítem habla sobre la percepción global de la Calidad de Vida Individual (CVI) y el segundo, sobre la percepción global de la Salud Individual (SI); estos ítems utilizan una escala de Likert de 1 a 5 puntos, donde puntajes cercanos o iguales a 5 indica mejor percepción y un puntaje cercano o igual a 1 indican una baja percepción.

Los dominios específicos de la CVRS son: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias, tienen un rango de puntuación de 4 (mínimo) a 20 (máximo), altas puntuaciones dentro de este rango indica una mejor percepción de CVRS.

Para el análisis de los datos se calculó el promedio de cada parámetro (salud física 15.6, salud psicológica 13.7, nivel de independencia 14.3, relaciones sociales 13.4, ambiente 13.3 y religión/creencias 15.3) y estos valores fueron considerados como puntos de corte, los participantes que presentaron valores menores a este, se los consideró dentro del grupo de “mala calidad de vida” y los que mantenían un valor igual o mayor, al grupo de “buena calidad de vida”.

También se recopilaron características asociadas a variables clínicas como el tiempo de tratamiento mayor o menor a 1 año, hemoglobina, conteo de CD4, presencia o ausencia de sintomatología y estado nutricional que se

dividió de acuerdo al IMC en: bajo peso, normal, sobre peso, obesidad tipo I, obesidad tipo II y obesidad tipo III; para su análisis la variable se dicotomizó en “normal” y “alterado” (bajo peso, sobrepeso, obesidad tipo I, III y III). Con relación a la hemoglobina, se categorizó en “ausencia de anemia” (> 11.9 mg/dl) y anemia (≤ 11.9 mg/dl). Finalmente, la variable relacionada al conteo de CD4, se categorizó según los criterios de la OMS: estadio I (> 500 cel/mm³), estadio II (200 a 499 cel/mm³) y estadio III (< 200 cel/mm³); para el análisis de esta variable se dividió en dos grupos, los del estadio I y los del II-III.

La recolección de la información fue realizada en el área de consulta externa de infectología, los datos fueron obtenidos por un entrevistador que conocía los parámetros de valoración de la herramienta. Previamente se solicitó la lectura y firma de autorización del consentimiento informado. Para la obtención de los datos clínico-terapéuticos se revisaron historias clínicas, mientras que el peso y talla se tomaron el día del estudio.

Se elaboró una base de datos en Excel con la información recopilada y luego se analizó en el paquete estadístico SPSS versión 25. Las variables cuantitativas se expresaron en medias $\pm$ desviaciones estándar. Las variables cualitativas se resumieron en porcentajes y frecuencias. Para estimar la precisión de la medición se calculó el intervalo de confianza al 95% (IC95%) de la proporción. Para analizar la relación entre la calidad de vida y las variables estudiadas, se calculó el OR con su IC95%.

El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Resultados

Participaron 184 pacientes femeninas, con una edad media de 41.6 ± 12.5 años (rango 17 - 80). Se observó que el 77.7% (n=143) vivían en zonas urbanas y 66.8% (n=123) tenían educación secundaria/superior (tabla I). Respecto a las variables clínicas el 88.6% (n=163) recibieron tratamiento por más de un año y 21.7% (n=40) presentaban sintomatología (tabla 1).

Respecto al peso la media fue 62.5 ± 13.23 kg y la talla 1.53 metros (rango 1.35 - 1.85), con estos datos se calculó el índice de masa corporal, resultando una media de 26.67 ± 5.2 , con estos resultados se categorizó el IMC según la escala de la OMS, encontrando que el 38% (n=70) se encontraba en valores normales, 37% (n=68) tenía sobrepeso, 14.7% (n=27) obesidad tipo I, 5.4% (n=10) obesidad tipo II y 2.7% (n=5) bajo peso.

Al evaluar la hemoglobina, se estableció como media 14.2 g/dl ± 1.77 (rango 9 - 18.2 mg/dl), el 13% (n= 24) de las pacientes tenían anemia.

La cantidad de CD4 fue de 484 ± 287.7 células/mm³ (rango 56 - 2665), el 41.3% (n=76) se encontraban en el estadio I (> 500 células/mm³), el 48.9% (n=90) en el estadio II (200 a 499 células/mm³) y el 9.8% (n=13) en el estadio III (< 200 cel/mm³).

TABLA 1. FRECUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES CLÍNICAS

	n=184	Porcentaje	IC 95%
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
EDAD			
< 40 años	80	43,5	36,52 - 50,7
≥ 40 años	104	56,5	49,3 - 63,5
INSTRUCCIÓN			
Ninguna-primaria	61	33,2	26,76 - 40,24
Secundaria-terciaria	123	66,8	59,76 - 73,24
ESTADO CIVIL			
Otros	142	77,2	71,35 - 82,65
Casado	42	22,8	17,35 - 29,41
RESIDENCIA			
Urbana	143	77,7	71,17 - 83,13
Rural	41	22,3	16,87 - 28,83
CONSUMO DE DROGAS			
No	182	98,9	96,12 - 99,7
Si	2	1,1	0,3 - 3,8
TRABAJO FIJO			
No	142	77,2	70,59 - 82,65
Si	42	22,8	17,35 - 29,41
VARIABLES CLÍNICAS			
TRATAMIENTO			
Menos de 1 año	21	11,4	7,59 - 16,82
Mas de 1 año	163	88,6	83,18 - 92,41
SÍNTOMAS			
No	144	78,3	71,76 - 83,61
Si	40	21,7	16,39 - 28,24
ESTADO NUTRICIONAL			
Normal	70	38,0	31,34 - 45,24
Alterado	114	62,0	54,76 - 68,66
Hemoglobina			
Ausencia de anemia	160	87,0	81,33 - 91,08
Anemia	24	13,0	8,92 - 18,67
CD4			
Estadio I	76	41,3	34,44 - 48,53
Estadio II - III	108	58,7	51,47 - 65,56
IC 95%:			

Calidad de vida y dominios

En cuanto a la autopercepción general de calidad de vida, el 16.8% (n=31) refiere tener muy buena calidad de vida, el 48.9% (n=90) buena calidad de vida, el 29.9% (n=55) ni buena/ ni mala, el 3.8% (n=7) mala y el 0.5% (n=1) muy mala. Respecto al

estado de salud percibido, el 17.9% (n=33) indica tener muy buena salud, el 53.8% (n=99) buena, el 21.2% (n=39) ni buena/ni mala, el 6.5% (n=12) mala y el 0.5% (n=1) muy mala.

Según los diferentes dominios específicos, se evidencio que existe una buena salud física en un 58.7% (n=108), psicológica en un 44.8% (n=81), nivel de independencia 45.1% (n=84), relaciones sociales 52.2% (n= 96), ambiente 51.6% (n=95) y religión/creencias 54.9% (n=101).

Variables y calidad de vida

En relación con la calidad de vida, las variables más representativas son la edad > 40 años, el estado civil, trabajo fijo, presencia de sintomatología, vivir en zonas rurales y el conteo de CD4. Siendo una variable destacable la cantidad de CD4, condicionante relacionado con la CV en el nivel de independencia y espiritualidad. Por otro lado, la presencia de sintomatología es un predisponente relacionado con la salud física y espiritual. Asimismo, el trabajo fijo es un factor que influye en la CV en la salud física, psicológica, nivel de independencia y relaciones sociales (Tabla 2 y 3).

Discusión

En el presente estudio más de la mitad de las encuestadas refieren tener una calidad de vida buena y muy buena. Los dominios con mayor promedio fueron: salud física, religión/creencias y nivel de independencia. Las variables que se relacionaron con cambios en la calidad de vida fueron: edad, estado civil, trabajo, sintomatología, zona de vivienda y conteo de CD4; siendo la presencia de sintomatología el mayor factor de riesgo para tener una mala calidad de vida.

Se observó que la prevalencia de pacientes que perciben su calidad de vida como buena es del 48.9%, porcentaje superior a la investigación realizada en Estados Unidos, donde se obtuvo 28.6% (9,10). Esta variabilidad puede deberse a las diferencias sociodemográficas que caracterizan a cada nación, incluido el sistema sanitario público ecuatoriano y privado estadounidense, pudiendo ser los costos de manejo de esta patología una causa determinante (10).

Se ha demostrado que todos los dominios evaluados en la WHOQOL-HIV BREF interfieren en la calidad de vida de las pacientes VIH positivo, para facilitar su estudio evaluaremos

TABLA 2. RELACIÓN ENTRE VARIABLES Y CALIDAD DE VIDA

	SALUD FÍSICA			SALUD PSICOLÓGICA			NIVEL DE INDEPENDENCIA		
	Buena [n=108 (%)]	Mala [n=77 (%)]	OR (IC95%)	Buena [n=81 (%)]	Mala [n=103 (%)]	OR (IC95%)	Buena [n=83 (%)]	Mala [n=101 (%)]	OR (IC95%)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS									
EDAD									
> o = 40 años	58 (53.7)	46 (59.7)	1.28 (0.71 - 2.31)	40 (49.4)	64 (62.1)	1.68 (0.93 - 3.03)	39 (47.0)	65 (64.4)	2.03 (1.12 - 3.69)
Instrucción									
Ninguna-primaria	35 (32.4)	26 (33.7)	1.07 (0.57 - 1.98)	22 (27.2)	39 (37.9)	1.63 (0.89 - 3.07)	24 (28.9)	37 (36.6)	1.42 (0.76 - 2.65)
ESTADO CIVIL									
Casado	29 (26.9)	13 (16.9)	0.55 (0.26 - 1.15)	25 (30.9)	17 (16.5)	0.44 (0.22 - 0.89)	19 (22.9)	23 (22.8)	0.99 (0.49 - 1.98)
Residencia									
Rural	19 (17.6)	22 (28.6)	1.87 (0.93 - 3.77)	16 (19.8)	25 (24.3)	1.03 (0.64 - 2.64)	16 (19.3)	25 (24.8)	1.38 (0.67 - 2.79)
CONSUMO DE DROGAS									
Si	2 (1.9)	---	Na	2 (2.5)	---	Na	2 (2.4)	---	Na
TRABAJO FIJO									
No	75 (69.4)	67 (87.0)	2.94 (1.35 - 6.43)	54 (66.7)	88 (85.4)	2.93 (1.43 - 6)	58 (69.9)	84 (83.2)	2.12 (1.06 - 4.29)
VARIABLES CLÍNICAS									
TRATAMIENTO									
Mas de 1 año	94 (87.0)	69 (89.6)	1.24 (0.51 - 3.23)	74 (91.4)	89 (86.4)	0.6 (0.23 - 1.57)	72 (86.7)	91 (90.1)	1.39 (0.56 - 3.46)
SÍNTOMAS									
Si	15 (14.6)	25 (32.5)	2.98 (1.44 - 6.15)	14 (17.3)	26 (25.2)	1.6 (0.78 - 3.34)	15 (18.1)	25 (24.8)	1.49 (0.72 - 3.06)
ESTADO NUTRICIONAL									
Alterado									
Hemoglobina	71 (65.7)	43 (55.8)	0.66 (0.36 - 1.20)	53 (65.4)	61 (59.2)	0.77 (0.41 - 1.4)	57 (68.7)	57 (56.4)	0.59 (0.32 - 1.09)
Anemia									
CD4	14 (12.9)	10 (13.0)	1 (0.42 - 2.39)	11 (13.6)	13 (12.6)	0.91 (0.39 - 2.18)	10 (12.0)	14 (13.9)	1.17 (0.49 - 2.80)
Estadio II - III									
Estadio II - III	59 (54.6)	49 (63.6)	1.45 (0.79 - 2.64)	42 (51.9)	66 (64.1)	1.65 (0.91 - 2.99)	49 (59.0)	59 (58.4)	0.97 (0.54 - 1.76)
IC95%: Intervalo de confianza al 95%; na: No analizable									

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES Y CALIDAD DE VIDA

	RELACIONES SOCIALES			AMBIENTE			ESPIRITUALIDAD/RELIGIÓN/CREENCIAS		
	Buena [n= 96 (%)]	Mala [n= 88 (%)]	OR (IC95%)	Buena [n= 95 (%)]	Mala [n= 89(%)]	OR (IC95%)	Buena [n= 101 (%)]	Mala [n= 83(%)]	OR (IC95%)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS									
EDAD									
> o = 40 años	55 (57.3)	49 (55.7)	0.93 (0.52 - 1.68)	52 (54.7)	52 (58.4)	1.16 (0.65 - 2.09)	58 (57.4)	46 (55.4)	0.92 (0.51 - 1.66)
INSTRUCCIÓN									
Ninguna-primaria	31 (32.3)	30 (34.1)	1.08 (0.59 - 2)	27 (28.4)	34 (1.1)	1.55 (0.84 - 2.89)	33 (32.7)	28 (33.7)	1.05 (0.57 - 1.94)
ESTADO CIVIL									
Casado	25 (26.0)	17 (19.3)	0.68 (0.34 - 1.37)	24 (25.3)	18 (20.2)	0.75 (0.37 - 1.50)	27 (26.7)	15 (18.1)	0.6 (0.29 - 1.23)
RESIDENCIA									
Rural	17 (17.7)	24 (27.3)	1.74 (0.86 - 3.52)	15 (15.8)	26 (29.2)	2.20 (1.08 - 4.50)	22 (21.8)	19 (22.9)	1.06 (0.53 - 2.14)
CONSUMO DE DROGAS									
Si	1 (1.0)	1 (1.1)	1.09 (0.07 - 17.7)	2 (2.1)	---	Na	1 (0.9)	1 (1.2)	1.21 (0.08 - 19.8)
TRABAJO FIJO									
No	67 (69.8)	75 (85.2)	2.49 (1.20 - 5.19)	69 (72.6)	73 (82.0)	1.72 (0.85 - 3.48)	77 (76.2)	65 (78.3)	1.13 (0.56 - 2.25)
VARIABLES CLÍNICAS									
TRATAMIENTO									
Mas de 1 año	88 (91.7)	75 (85.2)	0.52 (0.21 - 1.33)	84 (88.4)	79 (88.8)	1.03 (0.42 - 2.6)	90 (89.1)	73 (88.0)	0.89 (0.35 - 2.21)
SÍNTOMAS									
Si	17 (17.7)	23 (26.1)	1.64 (0.81 - 3.37)	18 (18.9)	22 (24.7)	1.4 (0.69 - 2.84)	16 (15.8)	24 (28.9)	2.16 (1.06 - 4.42)
ESTADO NUTRICIONAL									
Alterado	61 (63.5)	53 (60.2)	0.87 (0.48 - 1.58)	61 (64.2)	53 (59.6)	0.82 (0.45 - 1.49)	65 (64.4)	49 (59.0)	0.79 (0.44 - 1.45)
HEMOGLOBINA									
Anemia	12 (12.5)	12 (13.6)	1.10 (0.47 - 2.61)	13 (13.7)	11 (12.4)	0.89 (0.37 - 2.1)	12 (11.9)	12 (14.5)	1.25 (0.53 - 2.96)
CD4									
Estadio II - III	55 (57.3)	53 (60.2)	1.12 (0.63 - 2.03)	56 (58.9)	52 (58.4)	0.98 (0.54 - 1.76)	51 (50.5)	57 (68.7)	2.14 (1.17 - 3.94)

cada dominio y sus variables estadísticamente significativas por separado.

El dominio de independencia (DI) es fundamental y abarca: movilidad, capacidad de trabajo, dependencia de los medicamentos y actividades de la vida diaria (11). El promedio del DI en nuestro estudio fue de 14.3, superior al estudio de Etiopía con una media de 11.74 (12). Además, encontramos que las pacientes mayores a 40 años tienen 2.03 veces más probabilidad de tener una mala calidad de vida en el DI, dato opuesto a Finlandia que no establece relación entre la edad y el DI, lo asocia con: género, empleo, preocupaciones financieras, depresión y otras comorbilidades (13). Al evaluar la relación entre este dominio y el empleo, se observó que el no tener un trabajo fijo aumenta el riesgo de tener una mala CV hasta dos veces, dato que se relaciona con el estudio de Müller, quien establece al trabajo fijo como un factor que promueve la buena calidad de vida hasta 1.44 veces (14).

Al evaluar la calidad vida en torno al dominio relaciones sociales (DRS), nuestro estudio establece una media de 13.4, similar al estudio de Derara con una media de 13.20 (12). Además, demostramos que el no tener un trabajo fijo es un factor de riesgo de hasta 2.49 veces para tener una mala calidad de vida en el DRS, resultado

similar a otras investigaciones que establecieron el trabajo como un factor protector para el dominio de relaciones sociales (14)(15); debido a que el empleo refuerza las estructuras sociales y trae sentimientos positivos de utilidad para el individuo.

El dominio de espiritualidad (DE) se centra en la idea del culpa, preocupaciones sobre el futuro y la muerte. Al evaluar la media general de este dominio se estableció en 15.3, por encima del obtenido en Etiopía, de 10.31 y el de Indonesia de 13.15 (12,16). En nuestro estudio se observó que los pacientes que presentaban sintomatología tenían una mala calidad de vida en el DE hasta 2.14 veces; debido a que la sintomatología, especialmente psicopatológica, altera la calidad de vida (14). Además, se observó que la vida espiritual se relaciona con la carga viral, el estudio de Müller establece que un valor de CD4+ $\geq$ a 200 células/mm³ es un factor que establece una buena CV del dominio espiritualidad hasta 1.28 veces (9), este resultado concuerda con la presente investigación, donde aquellos pacientes con valores de CD4+ < a 499 células/mm³ tenían más del doble de riesgo de tener una mala calidad de vida.

El dominio de salud física (DSF) evalúa: dolor, energía, fatiga, actividad sexual, sueño y

descanso (16); obtuvo un promedio de 15.6 que fue el más alto de todos los dominios en esta investigación, que contrasta con un estudio etíope, que obtuvo un promedio de 10.66 (12). En nuestro estudio se encontró que la presencia de síntomas aumentan la probabilidad de tener una mala calidad de vida, hallazgo apoyado por la investigación de Etiopía, que encontró una asociación inversa, mientras menos sintomatología presentan los pacientes, mayor es el puntaje de CV (12), probablemente debido al sufrimiento y limitaciones que causan los síntomas aumentando los niveles de estrés y depresión, acelerando el deterioro del sistema inmunológico y la progresión de la enfermedad (1,14). De igual manera, la ausencia de un trabajo fijo aumenta el riesgo de una mala calidad de vida, similar a la investigación en Finlandia en la que se encontró una asociación positiva fuerte entre el trabajo fijo y el DSF ($\beta=0.13$) (13); el trabajo estable permite acceder a mejores oportunidades para la protección y promoción de la salud, garantizando una mejoría del estado físico.

El dominio de salud psicológica (DSP) considera: la aceptación de la apariencia corporal, la autosatisfacción, ansiedad y depresión (17); este dominio obtuvo un promedio de 13.7, una media baja comparada con un metaanálisis que establece un promedio de 14.97 (18). En nuestro análisis se observó que el estar casado aumentó la probabilidad de mejorar la calidad de vida en el DSP, similar a una investigación realizada en India, donde los pacientes casados y que vivían con su cónyuge tenían un promedio de vida más alto (13.3 ± 2.2 vs 12.3 ± 1.9) en el DSP (19), debido a que el apoyo físico, emocional y psicológico de un cónyuge es más importante en comparación con el apoyo del resto de la familia (19). Además, establecimos que la ausencia de trabajo fijo aumenta 2.94 veces las probabilidades de tener una mala calidad de vida en el DSP, dato apoyado por un estudio de Brasil, en el que se observó una diferencia significativa entre las medias de los pacientes empleados y desempleados (13.8 ± 3.07 vs 14.98 ± 2.89 ; $p < 0.05$) (14), ya que la falta de trabajo causa desesperación y frustración.

El dominio del ambiente (DA), está relacionado con la percepción de seguridad física, vivienda, transporte, finanzas y acceso a servicios de calidad (16). Obtuvimos un promedio de 13.3, valor alto comparado con otro estudio similar, que establece un promedio de 12.67 (12). Al analizar los factores sociodemográficos

se observó que la residencia rural aumenta 2.03 veces más la probabilidad de tener una mala calidad de vida en el DA, similar a una investigación africana en la cual las pacientes que residían en una área rural tenían una puntuación menor que aquellas que residían en zonas urbanas (12), puede relacionarse con la infraestructura deficiente, limitaciones financieras y el trabajo frecuente relacionado con la agricultura (actividad con alta exigencia física). Además, el estigma social, los mitos y los prejuicios en las zonas rurales están más acentuados, lo que podría limitar el acceso a mejores servicios de atención médica (20).

Tras evaluar nuestros resultados y la bibliografía disponible, presumimos que el tratamiento antirretroviral se relaciona con una buena CV en la mayoría de pacientes, que junto a una buena salud física han mejorado la calidad de vida. Sin embargo, las variables relacionadas con el dominio “relaciones sociales” sigue siendo problemáticas debido a los estigmas que persisten sobre el VIH y su transmisión. Recomendamos a los representantes sanitarios buscar medidas para informar a la población sobre el VIH/SIDA y eliminar los mitos, especialmente en zonas rurales.

El estudio presentó algunas limitaciones como la población que fue exclusivamente conformada por mujeres y el diseño del estudio transversal, el cual no permite establecer relación entre las variables y la calidad de vida. La mayoría de información se obtuvo en base a la percepción de cada paciente, pudiendo ocasionar un sesgo en la determinación de la calidad de vida.

Bibliografía

1. Ayeno HD, Atomsa KM, Taye GM. Assessment of Health-Related Quality of Life and Associated Factors Among HIV/AIDS Patients on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) at Ambo General Hospital, West Shewa, Ethiopia. *HIV AIDS (Auckl)* [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 12];12:467-78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33061658/>
2. ONUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA [Internet]. [cited 2023 Sep 12]. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
3. Organización Panamericana de la Salud. Epidemia del VIH y respuesta en América Latina y el Caribe [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/file/118813/download?token=J7dqIR9N>

4. Fernanda Vélez E, Tobar R. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR Boletín Anual de VIH/sida Ecuador-2020 Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS Elaborado. [cited 2023 Sep 12]; Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
5. Onyekonwu CL, Onyeka TC, Brenda NC, Ijoma UN, Unaogu NN, Onwuekwe IO, et al. Chronic HIV infection and health related quality of life in resource poor settings-an assessment from South East Nigeria. *Afr Health Sci* [Internet]. 2020 Apr 23 [cited 2023 Sep 12];20(1):102. Available from: [pmc/articles/PMC7750088/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32650781/)
6. Barger D, Hessamfar M, Neau D, Vareil MO, Lazaro E, Duffau P, et al. Assessing the psychometric properties of the French WHOQOL-HIV BREF within the ANRS CO3 Aquitaine Cohort's QuAliv ancillary study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2020 Jul 10 [cited 2023 Sep 12];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32650781/>
7. Cabrera DM, Chen M, Cornejo MP, Pinedo Y, Garcia PJ, Hsieh E. Health-related quality of life among women aging with and without HIV in Peru. *PLoS One* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Sep 12];17(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35679332/>
8. Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Laguía A, Safreed-Harmon K, Lazarus J V., Cenoz S, Del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2019 Aug 19 [cited 2023 Sep 12];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31426799/>
9. Karkashadze E, Gates MA, Chkhartishvili N, De-Hovitz J, Tsertsvadze T. Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Sep 12];28(7):672. Available from: [pmc/articles/PMC5423531/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31426799/)
10. Desta A, Biru TT, Kefale AT. Health related quality of life of people receiving highly active antiretroviral therapy in Southwest Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Sep 12];15(8):e0237013. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237013>
11. Cardona-Arias JA, Híguita-Gutiérrez LF. Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 12];88(1):87-101. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100006&lng=es&nrm=iso&tlang=es
12. Girma D, Dejene H, Geleta LA, Tesema M, Legesse E, Nigussie T, et al. Health related quality of life of HIV-positive women on ART follow-up in north Shewa zone public hospitals, central Ethiopia: Evidence from a cross-sectional study. *Heliyon*. 2023 Feb 1;9(2):e13318.
13. Nobre N, Pereira M, Roine RP, Sintonen H, Sutinen J. Factors associated with the quality of life of people living with HIV in Finland. <https://doi.org/101080/0954012120171281879> [Internet]. 2017 Aug 3 [cited 2023 Sep 12];29(8):1074-8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2017.1281879>
14. Passos SMK, Souza LD de M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 12];31(4):800-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102>
15. Algaralleh A, Altwalbeh D, Al-Tarawneh F. Health-related quality of life among persons living with hiv/aids in jordan: An exploratory study. *HIV/AIDS - Res Palliat Care* [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 12];12:897-907. Available from: <https://doi.org/10.2147/HIV.S277941>
16. Handayani S, Ratnasari NY, Husna PH, Marni, Susanto T. Quality of Life People Living with HIV/AIDS and Its Characteristic from a VCT Centre in Indonesia. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2023 Aug 1];29(6):759. Available from: [pmc/articles/PMC6842715/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35679332/)
17. Busi AN, Nsoh M, Otieno MO, Ndeso SA, Halle-Ekane GE. Evaluation of quality of life and associated factors among HIV patients on antiretroviral therapy in North West region of Cameroon. *Afr Health Sci* [Internet]. 2021 May 23 [cited 2023 Aug 2];21(Suppl):8. Available from: [pmc/articles/PMC8367311/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35679332/)
18. Mvilongo PTN, Vanhamel J, Siegel M, Nöstlinger C. The '4th 90' target as a strategy to improve health-related quality of life of people living with HIV in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Heal* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Aug 1];27(12):1026-43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.13825>
19. Arjun BY, Unnikrishnan B, Ramapuram JT, Thapar R, Mithra P, Kumar N, et al. Factors Influencing Quality of Life among People Living with HIV in Coastal South India. <http://dx.doi.org/101177/2325957415599213> [Internet]. 2015 Aug 6 [cited 2023 Aug 2];16(3):247-53. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2325957415599213>
20. Koster Y, Taddele M, Aderaw Z, Tefera KT. Health-related quality of life and associated factors among HIV-positive individuals on antiretroviral therapy at Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *HIV AIDS Rev Int J HIV-Related Probl* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 2];21(3):239-49. Available from: <https://doi.org/10.5114/hivar.2022.117281>