

Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida¹

Ana Cristina de Oliveira e Silva²

Renata Karina Reis³

Jordana Almeida Nogueira²

Elucir Gir⁴

Objetivos: evaluar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida y sus asociaciones con características clínicas y adhesión al tratamiento. **Método:** estudio transversal, realizado en un hospital del estado de Paraíba. Se utilizó un cuestionario para caracterización sociodemográfica y clínica, la Escala de Calidad de Vida (propuesta por la Organización Mundial de la Salud) y la Escala de Adhesión al Tratamiento (Cuestionario para Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral). **Resultados:** de los 314 entrevistados, 190 (60,5%) eran del sexo masculino, edad promedio de 43 años, 121(38,5%) contaban con hasta cinco años de estudio, 108 (34,4%) recibían hasta dos salarios mínimos y 112 (35,7%) no realizaban actividades laborales. En cuanto a las variables clínicas, se identificó que los individuos con carga viral indetectable presentaron mayores puntajes en todos los dominios de calidad de vida, con diferencia estadísticamente significativa en tres dominios. Sobre la adhesión al tratamiento, 235 (73,8%) presentaron adhesión insuficiente, los que presentaron adhesión estricta obtuvieron mejores puntajes de calidad de vida. Los resultados mostraron que la calidad de vida es mejor para los adherentes a la TARV. Apoyar a personas en tratamiento para mejorar la adhesión a los antirretrovirales debe ser una tarea constante de los profesionales de la salud y de otras personas que participan del tratamiento, como familiares y amigos.

Descriptores: HIV; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Calidad de Vida; Cumplimiento de la Medicación.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Calidad de vida de persona viviendo con HIV/sida y su asociación con características clínicas, psico-emocionales y adhesión al tratamiento", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, PB, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Ana Cristina de Oliveira e Silva
Rua Adalgiza Luna de Menezes, 681, Bloco D, Apto. 302
Bairro: Bancários
CEP: 58051-840, João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: anacris.os@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El impacto de la Terapia antirretroviral (TARV), en personas viviendo con VIH/Sida, contribuyó para la disminución de la mortalidad o de enfermedades definidoras de VIH/Sida en pacientes infectados o enfermos⁽¹⁾. El número de muertes relacionadas al Sida entre adultos y niños disminuyó en 29% desde 2005. En América Latina en la última década se observó una disminución de 37% de muertes por Sida⁽²⁾. Esto, ciertamente, es el resultado de los aportes terapéuticos que, además de prolongar la vida, promueven alteración en su calidad⁽³⁾.

La adhesión al tratamiento, las alteraciones psicológicas y las características clínicas son factores que están directamente asociados a la calidad de vida (CV) de las personas viviendo con VIH/Sida. Consecuentemente, se han buscado no solamente métodos de prevención y control, pero también estrategias para facilitar y mejorar la calidad vida de las personas infectadas o enfermas. Enfrentar el VIH/Sida significa encontrar situaciones que podrán disminuir o limitar la calidad de vida⁽¹⁾.

Las condiciones de salud, la habitabilidad, el empleo, la seguridad y las relaciones sociales son factores que, bajo diferentes aspectos, afectan la calidad de vida de las personas que viven con VIH/Sida. Es uno de los términos con mayor expresión multifactorial, lo que justifica sus varias definiciones. En este estudio, se optó por adoptar la definición de calidad de vida (CV) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definida como la "percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto de los sistemas de culturas y valores, en los cuales está inserido y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"⁽³⁻⁴⁾.

En ese contexto, la calidad de vida de las personas que viven con VIH/Sida y su relación con la TARV se tornó motivo de investigación. Muchos estudios buscan evaluar la CV de estas personas, sin embargo los estudios que tratan de la relación de la CV y de la TARV son escasos. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida y su asociación con factores clínicos y la adhesión al terapia antirretroviral.

Método

Se trata de un estudio analítico, transversal y realizado en un hospital de referencia para enfermedades infecciosas del estado de Paraíba, en Brasil, localizado en la ciudad de Joao Pessoa.

La muestra del estudio fue compuesta por 314 personas viviendo con VIH/Sida, obtenida por conveniencia, a partir de criterio viable en días de atención en el hospital de referencia. Los criterios de selección fueron: vivir con el VIH/Sida, estar en TARV hace por lo menos tres meses y poseer residencia fija en el estado de Paraíba, una vez que el referido hospital recibe para tratamiento y acompañamiento pacientes de otros estados. Los datos fueron recolectados en un período de cuatro meses (diciembre 2012 a marzo 2013) por auxiliares de la investigación que fueron debidamente capacitados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Paraíba, protocolo Nº 0405/12. Es importante resaltar que todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

Para la recolección de informaciones sociodemográficas y clínicas fue utilizado un cuestionario semiestructurado. Para evaluación de la Calidad de Vida, se utilizó el WHOQOL-VIH Bref⁽⁵⁾, constituido de 31 ítems, divididos en seis dominios: físico, psicológico, relaciones sociales, medio ambientes, nivel de independencia y religiosidad⁽⁴⁾.

Para la recolección de datos relacionados a la adhesión a la TARV, se utilizó el CEAT-VIH (Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida), constituida por 20 ítems considerados en dos dimensiones: cumplimiento del tratamiento y factores de adhesión al tratamiento⁽⁶⁾. La puntuación mínima posible es 17 y la máxima de 89. En este estudio, el valor mínimo posible fue igual a 52, y el valor máximo posible fue de 88. De acuerdo con el análisis propuesto por Remor⁽⁶⁾, se establecieron los siguientes porcentajes (PC) para la puntuación global del cuestionario en la muestra: $PC \geq 85$ indica adhesión estricta (buena), $50 \leq PC < 85$ indica adhesión insuficiente (dificultad con el cumplimiento), $PC \leq 49$ indica adhesión insuficiente (no adhesión). Fue utilizada la sintaxis para calcular los puntajes de cada ítem del WHOQOL VIH Bref. La consistencia interna para los dominios del instrumento fue calculada conforme el coeficiente de fiabilidad de Cronbach.

Resultados

Participaron del estudio 314 personas viviendo con VIH/Sida, siendo 190 (60,5%) hombres y 124 (39,5%) mujeres, con edad promedio de 43 años, variando entre la edad mínima 21 y la máxima de 70 años. La mayoría, de los entrevistados 110 (35,0%), se encontraba en la franja etaria de los 30 a los 39 años. En cuanto a la escolaridad, se verifica que 193 (61,4%)

de los investigados tuvieron un máximo de diez años de estudios, con predominio de individuos con escolaridad de uno a cinco años, 121 (38,5%). La mayoría de las personas declaró ser de religión católica 190 (60,5%); 190 (60,5%) declararon no estar trabajando o estar jubilados; y 226 (72%) individuos declararon recibir renta de hasta dos salarios mínimos (Tabla 1).

En cuanto a la distribución de las personas viviendo con VIH/Sida, según las variables clínicas (Tabla 2), se verificó que la vía sexual fue la principal categoría de exposición al virus, 251 (79,9%). En cuanto al tiempo de diagnóstico conocido, 124 (39,5%) individuos tenían menos de cinco años de diagnóstico. Referente a las características clínicas, en el conteo de células T CD4+, se observa que la mayoría, 220 (70,1%), de los participantes poseía más de 350 cel/mm³. La carga viral se presentaba indetectable para 248 (79%) entrevistados; de 50 a 100.000 copias/ml para 59 (18,8%), y arriba de 100.000 copias/ml para 7 (2,2%) (Tabla 2).

En la Tabla 3, en cuanto al tiempo de diagnóstico, entre los dominios de calidad de vida según el WHOQOL VIH brief, los individuos presentaron los mayores puntajes en los dominios psicológico y espiritual,.

Referente al conteo de linfocitos T CD4+ se observa que no hubo diferencias significativas en los dominios del WHOQOL VIH Brief. En cuanto a la carga viral, este estudio presentó diferencias significativas en los dominios psicológico, nivel de independencia y medio ambiente. Mayores puntajes en todos los dominios de la CV fueron identificados en los individuos con carga viral menor que 50 copias/ml.

Sobre la presencia de enfermedades previas o enfermedades concomitantes y los dominios de la CV, no hubo diferencia significativa, sin embargo, en cuanto a enfermedades previas, se observa diferencia significativa en el dominio psicológico. La variable clínica "uso de antirretroviral" no presentó diferencia significativa en los dominios de la CV, según el WHOQOL VIH Brief.

Cuando se analizaron los promedios de los puntajes de la CV, según la adhesión terapéutica (Tabla 4), se identificó que individuos clasificados como "no adhesión" tuvieron peores puntajes en todos los dominios de la CV. La Tabla 4 presentó resultados estadísticamente significativos para los dominios físico, psicológico, de relaciones sociales y religión, evaluación procedida según la escala CEAT.

Tabla 1 - Distribución de las personas viviendo con VIH/Sida, según variables sociodemográficas, João Pessoa, PB, Brasil, 2012 y 2013

Variables	Categoría	Individuos	
		Nº de individuos (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	190	60,5
	Femenino	124	39,5
Edad (años)	20 a 29	25	8,0
	30 a 39	110	35,0
	40 a 49	92	29,3
	50 a 59	64	20,4
	60 a 70	23	7,3
Color	Pardo	114	36,3
	No pardo	200	63,7
Escolaridad (años de estudio)	Ninguno	27	8,6
	1 a 5 años	121	38,5
	6 a 10 años	72	22,9
	11 a 15 años	74	23,6
Religión	Más de 15 años	20	6,4
	Católica	190	60,5
	No católica	102	32,5
Renta (salario mínimo)*	Sin religión	22	7,0
	Menos de 1	118	37,6
	De 1 a 2	108	34,4
Ocupación	Más de 2	88	28,0
	Empleado (a)	74	23,6
	Jubilado (a)	78	24,8
	Licencia u otras causas	112	35,7
	Desempleado (a)	50	15,9
	Total	314	100

* Salario mínimo vigente en el período del estudio R\$ 622,00

Tabla 2 - Distribución de las personas viviendo con VIH/Sida, según variables clínicas, João Pessoa, PB, Brasil, 2012 y 2013

Variables	Categoría	Individuos	
		Número de individuos (n)	Porcentaje (%)
Exposición al VIH	Sexual	251	79,9
	Transmisión vertical	3	1,0
	Sanguínea	6	1,8
	Otros	54	17,2
Tiempo de diagnóstico del VIH	0 a 5 años	124	39,5
	6 a 10 años	98	31,2
	11 a 15 años	78	24,8
	más de 15 años	14	4,5
Carga viral (copias/ml)	< 50 (indetectable)	248	79,0
	50 a 100.000	59	18,8
	100.001 a 500.000	6	1,9
	> 500.001	1	0,3
Células T CD4 (cantidad de células linfocitos)	< 200 células/mm ³	30	9,6
	200 a 350 células/mm ³	64	20,4
	> 350 células/mm ³	220	70,1
	Total	314	100

Tabla 3 - Distribución de los puntajes de los dominios del WHOQOL- VIH Bref, según variables clínicas de las personas viviendo con VIH/Sida, João Pessoa, PB, Brasil, 2012 y 2013

Variables Clínicas		Dominios del WHOQOL VIH Bref					
		Físico	Psicológico	Nivel de Independencia	Relaciones sociales	Medio ambiente	Espiritualidad /Religión
Tiempo de diagnóstico	3 meses a 5 años	67,7 (18,9)	70,2 (13,1)	60,6 (15,0)	65,8 (17,5)	61,7 (15,1)	73,5 (21,2)
	6 a 10 años	67,9 (20,8)	69,1 (16,7)	60,7 (17,2)	66,2 (20,4)	60,6 (15,3)	69,6 (23,2)
	11 o más años	65,8 (20,9)	70,3 (16,6)	63,6 (14,8)	66,6 (18,9)	64,2 (14,7)	73,8 (21,5)
	Valor de p	0,804	0,858	0,259	0,855	0,327	0,376
CD4+ (célula/mm ³)*	< 200	69,8 (21,7)	67,0 (18,0)	56,5 (16,5)	66,3 (23,0)	57,8 (17,2)	76,0 (21,1)
	200 - 350	68,1 (20,0)	70,9 (15,2)	62,9 (17,6)	66,4 (17,9)	63,5 (13,0)	71,5 (23,2)
	> 350	66,6 (19,9)	70,0 (15,0)	61,8 (14,9)	66,1 (18,5)	62,3 (15,3)	72,2 (21,7)
	Valor de p	0,660	0,772	0,242	0,868	0,158	0,625
Carga viral (copias/mL) [†]	<50 copias/ml	68,0 (20,1)	71,2 (15,0)	62,4 (15,5)	67,0 (18,4)	63,3 (15,3)	73,3 (21,5)
	≥50 copias/ml	64,4 (19,8)	64,9 (15,7)	58,0 (16,0)	62,8 (19,9)	57,7 (13,5)	68,9 (23,3)
	Valor de p	0,114	0,004 [‡]	0,033 [‡]	0,113	0,009 [‡]	0,163
Presencia de otra enfermedad [†]	No	67,2 (20,1)	70,0 (15,4)	61,5 (15,8)	66,1 (18,8)	62,0 (15,2)	72,4 (22,2)
	Si	68,8 (19,8)	63,6 (10,3)	61,6 (9,8)	67,0 (19,0)	65,2 (10,4)	72,3 (9,4)
	Valor de p	0,953	0,133	0,947	0,988	0,538	0,702
Enfermedades previas [†]	no	67,8 (19,9)	70,7 (14,8)	61,8 (15,7)	66,8 (18,8)	62,0 (15,3)	72,6 (22,2)
	si	61,5 (21,4)	62,5 (18,2)	59,0 (14,8)	60,2 (18,0)	62,9 (13,6)	70,2 (19,7)
	valor de p	0,138	0,019 [§]	0,236	0,097	0,896	0,405
Uso de antirretroviral (meses) [†]	hasta 60	68,3 (18,3)	71,0 (12,9)	60,4 (14,4)	66,6 (17,8)	61,5 (15,2)	72,9 (21,2)
	61 la 120	67,7 (22,9)	69,2 (17,7)	61,7 (17,3)	65,1 (19,9)	62,2 (15,7)	71,5 (24,6)
	> 120	65,1 (19,6)	68,8 (16,1)	63,1 (15,6)	66,5 (19,2)	63,0 (14,4)	72,6 (20,3)
	valor de p	0,493	0,699	0,346	0,901	0,766	0,984

* Prueba de Kruskal-Wallis (comparación de tres o más grupos independientes).

† Prueba de Mann-Whitney (comparación de dos muestras independientes).

Resultados significativos: (‡) p-valor < 0,01 y (§) p-valor < 0,05

Tabla 4 - Distribución de los puntajes de los dominios del WHOQOL- VIH Bref, según la adhesión al CEAT VIH de las personas viviendo con VIH/Sida, João Pessoa, PB, Brasil, 2012 y 2013

Dominios do WHOQOL	CEAT + (adhesión)	N válido	Promedio (puntajes)	Promedio de Puestos	Estadística χ^2	Valor de p
Físico*	Adhesión estricta	44	70,5	172,1 [†]	10,522	0,005 [§]
	Adhesión insuficiente	235	68,2	161,6 [†]		
	No adhesión	35	56,4	111,9 [‡]		
Psicológico*	Adhesión estricta	44	73,5	183,8 [†]	30,085	0,000 [§]
	Adhesión insuficiente	235	71,3	164,0 [†]		
	No adhesión	35	55,7	81,0 [‡]		
Nivel independencia	Adhesión estricta	44	61,2	156,7	5,065	0,079
	Adhesión insuficiente	235	62,6	162,4		
	No adhesión	35	54,5	125,7		
Relaciones sociales*	Adhesión estricta	44	72,6	183,2 [†]	8,158	0,017
	Adhesión insuficiente	235	66,2	157,6 [†]		
	No adhesión	35	57,5	124,8 [†]		
Medio ambiente	Adhesión estricta	44	64,1	174,2	2,854	0,240
	Adhesión insuficiente	235	62,4	157,0		
	No adhesión	35	57,5	139,6		
Espiritualidad/ Religión*	Adhesión estricta	44	72,3	157,4 [†]	6,799	0,033
	Adhesión insuficiente	235	73,9	163,0 [†]		
	No adhesión	35	62,5	120,4 [†]		

*Prueba de Kruskal-Wallis: resultados significativos

†Prueba de Dunn (comparaciones múltiples): representan subconjuntos homogéneos.

‡Prueba de Dunn (comparaciones múltiples): representan subconjuntos heterogéneos.

§p-valor <0,01

||p-valor < 0,05

Discusión

En este estudio, la caracterización sociodemográfica de los individuos condice con el perfil de la epidemia del VIH/Sida en Brasil, o sea, son hombres, en la franja etaria arriba de treinta años, con baja escolaridad, baja renta e infectados con VIH/Sida a través de la transmisión sexual⁽²⁾.

El cambio del perfil de las PVHs ha llamado la atención. La razón de casos entre hombres y mujeres disminuyó en todas las franjas etarias⁽⁷⁾. A pesar de que la mayor incidencia ocurre en el sexo masculino, estudios recientes evidenciaron predominio entre personas del sexo femenino. En investigaciones desarrolladas en el sur de la India⁽⁸⁾ y en los Estados Unidos⁽⁹⁾, el sexo femenino fue predominante.

Con relación a las variables clínicas, el mayor porcentaje encontrado, relacionado a la variable tiempo de diagnóstico, para este estudio, fue de 124 (39,5%) individuos con conocimiento de su situación serológica hace menos de cinco años. La mayoría posee buenos parámetros clínicos relacionados a la carga viral indetectable y alto conteo de células T CD4 +. En este estudio, los individuos con carga viral indetectable presentaron mayores puntajes en todos los dominios de la CV. El aumento de la carga viral provoca agravamiento de las condiciones clínicas de la persona, exacerbando los síntomas y aumentando la posibilidad de internación

y, consecuentemente, disminuyendo la CV⁽¹⁰⁾. El diagnóstico precoz es uno de los aspectos positivos en cuanto al pronóstico del VIH/Sida. Conocer su situación serológica precozmente posibilita realizar intervenciones apropiadas y favorece la adhesión a la TARV⁽¹¹⁾.

Delante de los resultados, todos los individuos presentaron buenos puntajes en los dominios de la CV según las variables clínicas, enfatizando los dominios psicológico y espiritual, y los menores puntajes en los dominios nivel de independencia y medio ambiente. En estudios desarrollados en Brasil, Rondonia⁽¹²⁾, Santa Catarina⁽¹³⁾ y en las ciudades de Sao Paulo⁽¹⁴⁾ y Porto Alegre⁽⁵⁾, el dominio medio ambiente presentó el menor puntaje en relación a otros dominios de la calidad de vida.

En un estudio desarrollado en la India, los puntajes de los dominios de la CV fueron mayores en el dominio medio ambiente y menores en el dominio referente a la espiritualidad⁽⁸⁾. En este estudio, se observó lo contrario, el dominio espiritualidad presentó mayor puntaje en relación a los otros dominios. La religión, la espiritualidad y las creencias representan la búsqueda por el significado de la vida, el porqué y para qué los individuos pasan por situaciones estresantes y difíciles, lo que es considerado como aspectos válidos para la mejoría de la CV⁽¹⁵⁾.

La Espiritualidad se entiende como un apoyo en los momentos de sufrimiento, en que el aislamiento social y familiar se hace presente. La religión es una importante

instancia de significación y ordenación de la vida, de sus reveses y sufrimientos, resultado también encontrado en otro estudio^(8,16). Una investigación desarrollada en Ribeirao Preto, en individuos coinfectados con tuberculosis y VIH/Sida, apuntó el dominio espiritualidad con los mayores puntajes en relación a los otros dominios⁽¹⁷⁾.

En el presente estudio, el puntaje total del CEAT presentó correlación significativa con los dominios físico, psicológico, relaciones sociales y espiritualidad/religión. Bajos puntajes en el dominio físico pueden estar asociados a las condiciones clínicas, a la inmunosupresión vírica y al no uso de la TARV⁽¹⁷⁾.

La no adhesión terapéutica, particularmente para las personas que viven con VIH/Sida, es un problema de gran amplitud. Las consecuencias de esta situación perjudican al propio individuo que no adhiere, pero también provocan una serie de consecuencias que pueden afectar a la población de un modo general. De la adhesión, depende la supresión vírica, consecuentemente la disminución de la contaminación, la minimización de los riesgos de infecciones oportunistas y la disminución de resistencia a los antirretrovirales⁽¹⁸⁾.

La mayoría de la muestra estudiada presentó "adhesión insuficiente"; los individuos clasificados en "no adhesión" tuvieron menores puntajes en todos los dominios de la CV. En este estudio se observa el impacto de la no adhesión a la TARV sobre la CV. Considerando las modificaciones en la morbimortalidad, algunos estudios muestran el impacto positivo de la adhesión a la TARV sobre la CV⁽¹⁸⁾.

Se sabe que la adhesión a la TARV mejora los resultados clínicos, retardando el avance de la enfermedad, lo que, supuestamente, debería resultar en una mejoría en la calidad de vida⁽¹⁶⁾. En un estudio de tipo longitudinal, se observó que la adhesión a la TARV está asociada a un aumento en la calidad de vida⁽¹⁹⁾. En estudios tipo transversal, se identificaron asociaciones entre la CV y la adhesión a la TARV^(10,20).

Al evaluar la calidad de vida de una persona viviendo con VIH/Sida y su asociación con la TARV, es necesario identificar las características clínicas del individuo: ¿En cuál fase de la infección se encuentra?: asintomático, sintomático o fase del VIH/Sida⁽²¹⁾.

La adhesión al tratamiento antirretroviral puede causar efectos colaterales en el corto plazo (náusea y vómitos) y en el largo plazo (lipodistrofia y dislipidemia), los cuales generan impacto en la calidad de vida. En un estudio, se verificó que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dominios de calidad de vida y el uso de antirretrovirales, sin embargo presentó diferencia

estadísticamente significativa en la evaluación general de la salud con la presencia de reacciones a los medicamentos⁽²¹⁾.

La relación entre la adhesión a la TARV y la calidad de vida es recíproca. La CV de las personas que viven con VIH/Sida puede ser influenciada por la adhesión a la TARV. En ese contexto, es imperativo comprender la Terapia antirretroviral con el objetivo de maximizar sus beneficios y minimizar los efectos sobre los individuos⁽²¹⁾.

En esta investigación, la mayoría de la población era asintomática con carga viral indetectable (< 50 copias/ml). Se puede inferir que estas características clínicas influyen en la adhesión a la TARV y, consecuentemente, en la CV del individuo, ya que la ausencia de síntomas y los efectos indeseables de la medicación fueron citados, en otro estudio, como factores que dificultan la adhesión a la terapia medicamentosa⁽²²⁾.

Una limitación del presente estudio es el delineamiento metodológico de tipo transversal. A pesar de esta limitación, los resultados apuntan la necesidad de evaluar la influencia de la TARV en la CV de esta población específica.

Conclusión

La calidad de vida de la población estudiada, según el WHOQOL VIH Bref, presentó asociación con las variables clínicas y la adhesión a la terapia antirretroviral. Según las variables clínicas, es importante destacar mayores puntajes en todos los dominios de calidad de vida en los individuos con carga viral menor que 50 copias/ml. En cuanto a la adhesión a la terapia antirretroviral, individuos clasificados en "no adhesión" presentaron bajos puntajes en todos los dominios de la CV.

La adhesión a la Terapia antirretroviral es un factor de predicción positivo de calidad de vida, principalmente por mejorar la inmunidad, controlar la carga viral y retardar la progresión de la enfermedad. A pesar de los beneficios, muchas personas que viven con el VIH/Sida tienen dificultades de adhesión al tratamiento, relacionadas no apenas a las repercusiones clínicas del tratamiento, pero también por la dificultad de acceso al servicio y, consecuentemente, de acceso a los medicamentos.

En ese sentido, se sugiere la necesidad de acompañar la adhesión a la TARV de las personas que viven con VIH/Sida, partiendo del entendimiento de que la adhesión es un proceso continuo, en que participan la familia y los profesionales de la salud principalmente. Y que, en algunas situaciones, la no adhesión es el resultado del abandono del paciente por los familiares o por los propios profesionales de la salud.

Referencias

1. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):86-92.
2. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report. AIDS by the numbers. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013. [acesso 2 set 2014]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
3. UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. AIDS. Epidemic update. Geneva, UNAIDS; 2012. [acesso 5 out 2013]. Disponível em: <http://www.unAids.org/hivdata2009>.
4. WHO - World Health Organization. Contry protocol for developing the who quality of life (WHOQOL): HIV/Aids module. Genebra; 1997.
5. Zimpel RR, Fleck MPA. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care.* 2007;19(7):223-30.
6. Remor E. Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). *Patient.* 2013;6:61-73.
7. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS - DST; 2013. [acesso 26 maio 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013
8. Chandra PS, Gandhi C, Satishchandra P, Kamat A, Desai A, Ravi V, et al. Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads - a study from South India. *Qual Life Res.* 2006;15:1597-605.
9. Bayliss M, Rendas-Bawm R, White MK, Mariish M, Byorner J, Tunis SL, et al. Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:154.
10. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):230-6.
11. Vyankandondera J, Mitchell K, Asiimwe-Kateera B, Boer K, Mutwa P, Balinda JP, et al. Antiretroviral therapy drug adherence in Rwanda: Perspectives from patients and healthcare workers using a mixed-methods approach. *AIDS Care.* 2013;25(12):1504-12.
12. Nascimento JS. Qualidade de vida: percepções de adultos com AIDS no interior de Rondônia. [acesso 20 mar. 2013]. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2506/1/2006_Janice%20Santana%20do%20Nascimento.pdf.
13. Silva J, Bunn K, Bertoni RF, Neves AO, Traebert J. Quality of life of people living with HIV. *AIDS Care.* 2013;25(1):71-6.
14. Santos ECM, França I Jr, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(Suppl 2):64-71.
15. Peterson M, Webb D. Religion and spirituality in quality of life studies. *Appl. Res. In Quality of Life.* 2006;1:107-16.
16. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV/AIDS. *Psicologia: Reflexão Crítica.* 2010;23(3):420-9.
17. Neves LAS, Canini SRM, Reis RK, Santos CB, Gir E. AIDS e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):704-10.
18. Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, et al. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research.* 2003 Mar;54(3):271-8.
19. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care.* 2005;17(1):10-22.
20. Margalho R, Quakinin S, Canavarro MC. Adesão à HAART, Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados pelo VIH/SIDA. *Acta Med Port.* 2011;24(S2):539-48.
21. Souza FG, Külkamp IC, Galato D. Avaliação da qualidade de vida em um grupo de portadores de HIV. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2009;21(2):53-5.
22. Goujard C, Bernard N, Sohier N, Sohier N, Peyramond D, Lançon F, et al. Impact of a patient education program on adherence to HIV medication: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;34(2):191-4.

Recibido: 12.10.2013

Acceptedo: 3.9.2014