Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Unidad de Posgrado

Estudio longitudinal de evolucion de grupo sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincia

TESIS

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud

AUTOR
Jessica Martha CALIZAYA VERA

ASESOR
Dra. Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Calizaya, J. *Estudio longitudinal de evolucion de grupo sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincia*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Hoja de metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Jessica Martha Calizaya Vera
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09954277
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2448-3759
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Rosa Elena Huerta Rosales
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08975381
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9197-6249
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Natalia Luisa Ramírez Sáenz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09399393
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Nedda Cristina García Luna
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	25752848
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Fernando Paul Ceron Valencia
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10049154
Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	Juan José Gabriel Artica Martínez

Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45620749
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.5.2.2. Promoción de estilos de vida saludable
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	No aplica
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital nivel II-2 País: Perú Departamento: Lima Provincia: Huaral Distrito: Huaral Urbanización: San Juan II Calle: Tacna Nro. 120 Latitud: -11.5036569 Longitud: -77.2134546
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2018 – Diciembre 2020
URL de disciplinas OCDE	Psicología: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÌA

Av. Germán Amezaga n.° 375–Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA

Siendo las 11:45 horas del dia martes 14 de julio de 2026, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.° 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por la Dra. Natalia luisa Ramírez Sáenz e integrado por:

Dra. Natalia Luisa Ramírez Sáenz	*(Presidenta)*
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	*(Asesora)*
Mg. Fernando Paul Ceron Valencia	*(Miembro)*
Mg. Nedda Cristina García Luna	*(Informante)*
Mg. Juan José Gabriel Artica Martínez	*(Informante)*

Se reunió para la sustentación pública para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud de la Licenciada en Psicología **JESSICA MARTHA CALIZAYA VERA**, quien procedió a la exposición de la Tesis titulada ***ESTUDIO LONGITUDINAL DE EVOLUCION DE GRUPO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS PORTADORAS DEL VIH DE UN HOSPITAL DE LIMA PROVINCIA***, con el fin de optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud.**

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el Reglamento General de Estudios de Posgrado, obteniendo la siguiente calificación.

B Muy bueno 18 (Dieciocho)

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
PSICOLOGÍA DE LA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 1:13pm del 14 de julio de 2026.

Dra. Natalia Luisa Ramírez Sáenz
Presidenta

Dra. Rosa Elena Huerta Rosales
Asesora

Mg. Fernando Paul Ceron Valencia
Miembro

Mg. Nedda Cristina García Luna
Informante

Mg. Juan José Gabriel Artica Martínez
Informante

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Rosa Elena Huerta Rosales en mi condición de asesor acreditado mediante Dictamen N°000240-2025-UPG-VDIP-FPSI/UNMSM de la tesis, cuyo título es "ESTUDIO LONGITUDINAL DE EVOLUCION DE GRUPO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS PORTADORAS DEL VIH DE UN HOSPITAL DE LIMA PROVINCIA", presentado por la Psicóloga Jessica Martha CALIZAYA VERA; para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 8% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud.

Lima, 30 de setiembre de 2026

UNMSM
Firmado digitalmente por HUERTA ROSALES Rosa Elena FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2026 10:58:29 -05:00

Firma del Asesor _____

Nombres y Apellidos del asesor: Rosa Elena Huerta Rosales_

DNI: 08975381

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

“Considerad si es un hombre, quien trabaja en el fango, quien no conoce la paz [..]. Considerad si es una mujer, quien no tiene cabellos ni nombre ni fuerzas para recordarlo, vacía la mirada y frio el regazo.”

Primo Levi, ***Si esto es un hombre***

DEDICATORIA

A Emilio, Martha, Arturo, Jeannette, L. Vincenzzo y M. Dalula, de quienes aprendí el verdadero significado de calidad de vida como la suma de experiencias; objetivos trazados; metas y logros conseguidos; independencia y autonomía; soporte y acompañamiento. Siempre serán inspiración para el cambio..., ¡Gracias infinitas, hermosa familia!

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rosa Huertas Rosales, por su invaluable tiempo y valiosas observaciones como asesora en la presente tesis.

A los participantes en la investigación, personas portadoras de enfermedades crónicas, principalmente, a aquellos que enfrentan diariamente el estigma y la incomprensión, por su valentía y constancia.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

Dedicatoria 3
Agradecimientos 4
Índice general 5
Índice de tablas 7
Índice de figuras 8
Índice de anexos 9
Resumen 10
Abstract 11

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1 Situación problemática 12
1.2 Formulación del problema 16
1.3 Justificación de la investigación 16
1.4 Objetivos
1.4.1 Objetivo general 18
1.4.2 Objetivos específicos 18
1.5 Limitaciones de la investigación 18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO
2.1 Antecedentes 20
2.1.1 En el ámbito internacional 20
2.1.2 En el ámbito nacional 23
2.2 Bases teóricas
2.2.1 Teorías relacionadas
Paradigma epidemiológico 26
a. Teoría de la determinación general de la salud 27
b. Teoría sistémica de la salud (enfoque ecosistémico) 27
Paradigma psicosocial
a. Teoría cognitivo social de la salud (Bandura, 1977) 28
b. Teoría atribucional causal (Weiner, 1985) 30
Modelos teóricos de la CVRS
a. Modelo sistémico de la OMS (WHOQOL, 1991)
b. Modelo de sentido común de la autorregulación 31
2.2.2. La enfermedad crónica como acontecimiento vital 34
Variables psicológicas y conductuales que afectan la morbilidad 35
2.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) 36

Pág

Percepción de la CV durante la enfermedad 37
Evaluación de la CVRS 39
2.2.4. CVRS en personas portadoras del VIH 41
Factores asociados con la CVRS en PVVS 42
CVRS, recuento linfocitos T CD4 y carga viral 43

2.3 Definición de términos 46
2.4 Hipótesis
2.4.1 General 47
2.4.2 Específicas 48
2.5 Operacionalización de variables 49
2.5 Matriz de consistencia 52

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA
3.1 Tipo y diseño de investigación 53
3.2 Población, muestra y muestreo 54
3.3 Variables del estudio 55
3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos 55
3.4.1 Cuestionario de Salud Short-form de 36 ítems (SF-36)
Características del instrumento 56
Validez y confiabilidad 59
Validez y confiabilidad adaptación española 59
Validez y confiabilidad adaptación peruana 60
Propiedades psicométricas previas al estudio 61
3.5 Análisis de datos 62
3.6 Aspectos éticos 63

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN
4.1 Análisis y presentación de resultados
4.1.1 Análisis descriptivo 64
4.1.2 Presentación y análisis de datos inferenciales 65
Objetivo específico 1 66
Objetivo específico 2 70
Objetivo específico 3 78
4.2 Discusión e interpretación de los resultados 81
4.3 Conclusiones 88
4.4 Recomendaciones 90

Referencias bibliográficas 92

Anexos 114

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	*Categorización del recuento de linfocitos T CD4*	45
Tabla 2	*Categorización de la monitorización de la carga viral*	45
Tabla 3	*Caracterización del SF-36 según dimensiones*	57
Tabla 4	*Significado de las puntuaciones transformadas por dimensión*	58
Tabla 5	*Confiabilidad por dimensiones*	61
Tabla 6	*Características sociodemográficas dela muestra final*	64
Tabla 7	*Prueba de normalidad para CVRS en tres mediciones*	65
Tabla 8	*Prueba de normalidad para CD4 y CV*	65
Tabla 9	*Prueba de normalidad para las dimensiones de CVRS*	66
Tabla 10	*Variaciones en dimensiones de CVRS según tiempo diagnóstico*	67
Tabla 11	*Variaciones en dimensiones de CVRS*	69
Tabla 12	*Diferencias en dimensiones CVRS según sexo*	71
Tabla 13	*Prueba de hipótesis para CVRS en mujeres y hombres*	72
Tabla 14	*Diferencias en dimensiones CVRS según nivel educativo*	73
Tabla 15	*Correlación y prueba de hipótesis para CVRS según nivel educativo*	76
Tabla 16	*Diferencias en dimensiones CVRS según estado civil*	77
Tabla 17	*Diferencias en marcadores biológicos diferenciado por sexo y tiempo diagnóstico*	79
Tabla 18	*Asociación y prueba de hipótesis para CVRS y marcador CD4 según tiempo transcurrido desde el diagnóstico*	80
Tabla 19	*Asociación y prueba de hipótesis para CVRS y marcador CV según tiempo transcurrido desde el diagnóstico*	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	*Variables objetivas y subjetivas en la calidad de vida*	38
Figura 2	*Diferencias en los marcadores biológicos con tiempo de diagnóstico*	79

INDICE DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1	*Matriz de consistencia*	114
Anexo 2	*Consentimiento informado para la participación en estudio sobre CVRS*	115
Anexo 3	*Protocolo cuestionario SF.36*	116
Anexo 4	*Confiabilidad y validez del cuestionario de CVRS por dimensiones*	119
Anexo 5	*Carta autorización ejecución investigación en la sede*	129

Tesis presentada para la obtención de la Segunda Especialidad en:
Psicología de la Clínica y de la Salud.
UNMSM – UPG.
Lima – Perú, 2025

Estudio longitudinal de evolución de grupo sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincia

Jessica Martha Calizaya Vera

RESUMEN

Tuvo como objetivo investigar las variaciones en la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas diagnosticadas con VIH, describiendo características para cada una de las dimensiones y comparando diferencias según variables sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de diagnóstico) y marcadores biológicos (recuento de linfocitos CD4, CV). De tipo básica descriptivo/comparativa y diseño no experimental longitudinal de evolución de grupo con una cohorte prospectiva; se trabajó con la totalidad de diagnosticados como personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) registrados durante el 2018 - 2020 en un hospital nacional siendo de ambos sexos; edades entre 20 – 55 años; diagnóstico médico definitivo reactivo al VIH, neurológicamente asintomáticos; CI normal y sin indicadores de comorbilidad neuropsiquiátrica. Muestra de tipo censal, fueron evaluados 35 participantes utilizando el Cuestionario de Salud SF-36 (validez con puntajes en índices de homogeneidad corregida mayores a .30 y confiabilidad oscilante entre .68 a .85). Fueron encontradas variaciones en las dimensiones de CVRS a medida que aumentaba el tiempo desde el diagnóstico, principalmente desfavorables para función social, rol físico y dolor corporal; diferencias en cuanto a sexo para CVRS (la mujer la percibe de manera menos favorable durante los seis primeros meses posteriores al diagnóstico mostrando incremento sostenido de la CV y disminución del CD4). Se concluye recomendando la importancia de considerar intervenciones en salud con un enfoque humanístico, empático y centrado en el dolor individual.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, persona viviendo con el VIH; linfocitos CD4; carga viral.

Thesis presented for the Second Specialty in:
Clinical and Health Psychology.
UNMSM – UPG.
Lima – Peru, 2025

Longitudinal study of group evolution on health-related quality of life in people living with HIV at a hospital in Lima Province

Jessica Martha Calizaya Vera

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate variations in the assessment of health-related quality of life (HRQoL) in people diagnosed with HIV, describing characteristics for each dimension and comparing differences according to sociodemographic variables (sex, marital status, educational level, time since diagnosis) and biological markers (CD4 lymphocyte count, VL). The study was based on a basic descriptive/comparative approach and featured a longitudinal, non-experimental, group-based prospective cohort study. The study involved all individuals diagnosed as people living with HIV/AIDS (PLWHA) registered in a national hospital during 2018-2020. They were of both sexes, aged 20-55 years, with a definitive medical diagnosis of HIV reactive status, neurologically asymptomatic, with normal IQ, and no neuropsychiatric comorbidity indicators. A census-based sample comprised 35 participants who were assessed using the SF-36 Health Questionnaire (validity with scores on corrected homogeneity indices greater than .30 and reliability ranging from .68 to .85). Variations were found in HRQoL dimensions with increasing time since diagnosis, mainly unfavorable ones for social function, physical role, and bodily pain; gender-based differences in HRQoL were found (women perceived it less favorably during the first six months after diagnosis, showing a sustained increase in QoL and a decrease in CD4 count). The article concludes by recommending the importance of considering health interventions with a humanistic, empathetic approach focused on individual pain.

Keywords: health-related quality of life, HIV-infected individuals; CD4 lymphocytes; viral load.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Situación problemática.

En la actualidad, las enfermedades crónicas (sean o no transmisibles) representan nuevas epidemias en las sociedades y en la salud pública, cuyas repercusiones afectarán tanto lo individual como lo colectivo. Su impacto en las condiciones y estilos de vida, así como su asociación con grupos sociales de mayor vulnerabilidad, priorizan la importancia de identificar factores de riesgo que incrementarán un mayor deterioro en la salud y en la calidad de vida asociada con la presencia de una enfermedad (CVRS).

Por su complejidad, la salud solo puede ser contextualizada como resultado de la interacción de múltiples factores (biológicos, psicoafectivos, socioculturales y económicos); cuyos procesos no son independientes ni aislados, sino que interactúan entre si dentro de un medio físico, espiritual, biológico, social, político y económico (Cumbre de Río de Janeiro, 1992). Siendo así la salud un fenómeno social, debe ser explicada como un sistema en el que varios factores determinarán su sostenimiento y evolución. Y es esta particular perspectiva, según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la que la caracteriza como *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*.

Es así que cuando esta gran complejidad y dinamismo de factores se ven vulnerados, afectarán directamente nuestra calidad de vida, deteriorando el estado funcional y con ello, obstaculizando la adquisición de comportamientos orientados a la recuperación de la misma y al fortalecimiento de la adherencia terapéutica (nivel de ajuste a la enfermedad), repercutiendo en el desarrollo de procesos psicopatológicos y neuropsiquiátricos que incrementarán una mayor vulnerabilidad en el manejo de esta cronicidad (Calizaya, 2006).

Desde que fueron reconocidos e identificados los primeros diagnósticos a inicio de los años ochenta, los indicadores de incidencia,

prevalencia y morbi – mortalidad por infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) crecen exponencialmente año tras año; constituyéndose como uno de los más importantes problemas que vulneran la salud pública mundial. Para fines del 2024 según la OMS (2025a), 40,8 millones de personas alrededor del mundo viven con el VIH: 1 300 000 se infectaron recientemente durante el 2023; 630 000 fallecieron por causas relacionadas con la enfermedad (IC: 490 000-820 000) durante ese año y 73% de portadores del VIH recibieron terapia antirretroviral (TARV). Se estima que, a nivel mundial, 0,7% personas entre los 15 a 49 años viven con la enfermedad. Asimismo, 87 % de las personas que viven con VIH conocen su condición de enfermedad, 77 % estaban recibiendo terapia antirretroviral (TAR), y el 73 % tenían supresión de su carga viral (OMS, 2025b)

A nivel de Latinoamérica, el impacto de la enfermedad es igualmente preocupante: Según OPS (2025), la incidencia de casos por VIH en América Latina tuvo un aumento del 20% entre los años 2010 y 2024 (registrándose de 110.000 a 137.223 infecciones nuevas anuales). En cuanto a su prevalencia: se estima que 2,8 millones son portadores de la enfermedad; de los cuales, 14% en América Latina y el 15% en el Caribe desconocen su condición. Aproximadamente un tercio es diagnosticado de manera tardía por lo que la enfermedad evolucionaría a estadios avanzados, esto explica que 38,000 personas fallecerían por causas asociadas con el VIH.

Pese a seguir siendo continua la transmisión del VIH y al sostenimiento de tasas de prevalencia significativamente más altas a nivel Latinoamérica/Caribe, la reducción en su incidencia aunada con un acceso significativamente mayor al TARV (y el impacto considerable en la reducción del número de muertes por causas relacionadas con el VIH, especialmente desde que la mortalidad alcanzó su punto máximo en el 2004), nos refleja la evolución de esta enfermedad que fue inicialmente considerada mortal a una enfermedad que tiende a la cronicidad, que es tratable y donde las expectativas de vida en quienes la padecen han aumentado considerablemente. A fines del 2024, la cobertura de acceso al TARV alcanzó el 71% en América Latina y el 74% en el Caribe (OPS, 2025).

Si bien es cierto, la accesibilidad a los servicios de salud ha favorecido esta transformación en años ganados, también es evidente que el vivir con esta condición (muchas veces estigmatizadora) ocasionará en el tiempo, consecuencias que directamente van a repercutir en los objetivos y calidad de vida (CV) de quien lo padece, así como en la de su entorno más próximo.

La discriminación y estigma asociados resultan ser obstáculos aún más devastadores que la misma enfermedad: el temor a sufrir el abandono por parte de la familia, pareja o entorno social, la posible pérdida del trabajo o la imposibilidad de continuar estudiando, las complicaciones para acceder a los servicios de salud o sostener el tratamiento, son solo algunas de las perspectivas proyectadas que se sumarán como cargas negativas en la calidad de vida, De acuerdo con ONUSIDA (2023), estas barreras estructurales y psicosociales se asocian con un menor acceso a pruebas diagnósticas, adopción de estrategias preventivas, negación del riesgo y menor probabilidad de adoptar comportamientos de autocuidado; lo cual con el tiempo, perpetuarán un mayor deterioro en la salud real y percibida tanto en el paciente como en su entorno mediato.

Turan et al. (2022), propusieron que aquellos que vivían con identidades estigmatizadas tendrían peores resultados en cuanto a evolución de la salud, debido a la presencia de diferentes mecanismos mediadores como menor disponibilidad de recursos, aislamiento social y cambios fisiológicas ante el estrés crónico, lo que, al generar respuestas desadaptativas, repercutiría negativamente en la valoración de su CV a corto o largo plazo. Y es que la CVRS en personas viviendo con VIH no puede ni debe ser asociada únicamente con trazadores biológicos clínicamente objetivos (como lo es el recuento de linfocitos CD4 o la carga viral), sino que será resultado de la compleja interacción entre factores biológicos, psicoemocionales y socioculturales; si bien, un mayor nivel de CD4 suele reflejar un mejor estado inmunológico no garantiza una mayor valoración positiva sobre la propia CV (Portilla-Tamarit et al., 2025).

Conocer la CVRS permite evaluar como una enfermedad y sus repercusiones (tratamiento farmacológico, cambios en los estilos de vida,

controles médicos, entre otros) van a afectar la vida de una persona dentro de su hábitat natural y en base a sus expectativas, creencias, prejuicios y estándares (indicadores subjetivos y objetivos). Las intervenciones en salud, por tanto, no sólo deberán direccionarse hacia el restablecimiento de la salud física sino además hacia la valoración de la vivencia subjetiva y su asociación con factores psicoemocionales y socioculturales, base del bienestar.

En este sentido, el estudio resalta que la calidad de vida es un constructo multidimensional, donde los factores emocionales y sociales pueden potenciar o atenuar el impacto de los indicadores biomédicos. Esto implica que el abordaje del VIH debe ser integral, incorporando no solo el tratamiento antirretroviral, sino también intervenciones psicológicas y sociales que favorezcan el bienestar global del paciente.

Estudios recientes confirman la asociación entre CVRS y comportamientos asociados con su valoración como adherencia terapéutica y adopción de conductas de autocuidado. Lodi et al. (2023), por ejemplo, confirmaron la asociación significativa entre síntomas depresivos y dependencia al consumo de alcohol con el estigma de ser portador de VIH en un estudio observacional prospectivo desarrollado en el lapso de tres años, mientras que Mate et al., también en el 2023, reconocieron como barreras importantes asociadas con una baja adherencia: costo de los medicamentos, estigma del VIH, preocupaciones sobre la confidencialidad, afecto y creencias, aceptación del estado de enfermedad, comorbilidades, efectos secundarios y cambios en la organización de la vida diaria; todos aspectos vinculados con la CVRS.

Todo lo anterior nos permite afirmar que el impacto psicosocial y psicoafectivo de toda enfermedad vulnerará la vida de una persona, deteriorando su bienestar integral al generarle adversidades en su vida personal, familiar y social así como una mayor vulnerabilidad hacia la discriminación y estigma, aumento en los costos de atención médica; reacciones a los medicamentos; ingresos a hospitalización y los servicios de emergencia así como un posible fallecimiento; es decir, tendrá un impacto

negativo más si consideramos que desde el diagnóstico, se necesitará optimizar estilos de vida consecuencia del estado de salud que se atraviesa.

1.2.- Formulación del problema

Partiendo de esta visión integradora, se formula la siguiente pregunta: ¿Cómo evolucionó la calidad de vida relacionada con la salud en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, diagnosticadas durante enero 2018 a diciembre 2020?

1.3.- Justificación de la investigación.

Ante la magnitud de un problema de salud tan importante como el VIH, cuya evolución y pronóstico como en muchas enfermedades crónicas no sólo vulnera la salud física (Landon, 2024; Fauk et al., 2022; Nweke et al., 2022; Rzeszutek et al., 2021; Portilla.Tamarit et al., 2021; McDaid y Flowers, 2020; Cabrera, Arteta, Meré y Cavalleri, 2018; Chuang, 1992) y ante la necesidad de minimizar el impacto negativo, su ejecución es de importancia porque esta enfermedad, sus características asociadas e impacto en la vida del portador serán causales de cambios significativos no sólo en el estado emocional / comportamental de quien lo padece sino también en el de su entorno familiar, social y comunidad en general.

Justificación teórica

Busca enriquecer conocimientos sobre aquellos factores vinculados con el proceso salud ↔ enfermedad desde la perspectiva del paciente (punto de vista cualitativo) y su futura relación con la evolución / pronóstico de la enfermedad, favoreciendo las intervenciones médico/farmacológicas y reduciendo la morbimortalidad asociada con una inadecuada conducta adherente. De acuerdo con Lopera-Vásquez (2020), las investigaciones sobre CVRS nos facilitan analizar las dimensiones de la vida vulneradas por el padecimiento de enfermedades y tratamientos que una persona experimenta y su impacto; por lo que enfocarnos en ésta (sobretodo en

enfermedades crónicas o incurables) debe convertirse en un objetivo terapéutico.

Justificación práctica

Al identificar factores causales que aumentan la probabilidad de abandonos e inadecuadas adherencias al tratamiento; la presente investigación podrá permitir a estudios posteriores, reconocer variaciones en el ajuste psicosocial propio en personas portadoras del VIH direccionando la construcción de programas preventivo-promocionales dirigidos a identificar grupos de alto riesgo y mejorando el apoyo psicosocial brindado. Hernández et al. (2024) remarcaron la importancia del abordaje de los trastornos psicológicos en la atención integral del VIH, ya que éstos vulneran directamente la adherencia al tratamiento y supresión viral, por lo que el rol del psicólogo es clave en la optimización de resultados (al fortalecer el empoderamiento y autonomía del individuo y su entorno mediato); lo cual incluye el desarrollo de competencias personales/sociales además de la participación activa de la persona doliente en la creación de ambientes saludables y de una intervención más humanizada (OMS/OPS, 2011).

Justificación metodológica

Buscó identificar la variabilidad percibida en la CVRS a lo largo de un periodo de tiempo, así como los cambios de vulnerabilidad autopercibidos evaluados en tres momentos diferentes y comparados con sus marcadores biológicos. Se utiliza un diseño basado en el método científico y el uso de un instrumento psicométricamente válido y confiable. Los diseños longitudinales permiten la recolección de datos y sus relaciones, reconociendo diferencias y variaciones en diferentes momentos o mediciones proporcionando información de dicha evolución a través del tiempo (Hernández y Mendoza, 2018).

Justificación social.

Lo anterior reafirma la importancia de un abordaje integral en la intervención de las enfermedades y el manejo de su cronicidad, siendo una de las mayores dificultades sostener una adecuada conducta de adherencia

terapéutica particularmente en la persona que vive con el VIH, ya sea por sus particularidades intrínsecas como persona que sufre, por las diversas respuestas idiosincráticas con las que el organismo responderá así como por las condiciones externas nuevas que tendrán impacto en su bienestar en calidad de vida futura.

1.4.- Objetivos de la investigación.

1.4.1. GENERAL:

a. Determinar las variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima, diagnosticadas durante el periodo de enero 2018 - diciembre 2020, a través de tres mediciones (3 meses, 6 meses y 1 año).

1.4.2. ESPECÍFICOS:

a. Comparar las variaciones en las dimensiones de la CVRS en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincia, según tiempo de diagnóstico.

b. Comparar diferencias en las dimensiones de la CVRS en el grupo de estudio, según variables sociodemográficas (sexo, nivel educativo y estado civil).

c. Comparar diferencias por sexo en los marcadores biológicos (recuento de linfocitos CD4 y carga viral) según tiempo de diagnóstico en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincia.

1.5.- Limitaciones de la investigación.

a. Delimitación espacial: La investigación fue realizada en un hospital nacional de la provincia y distrito de Huaral, perteneciente al Departamento de Lima.

b. Delimitación temporal: Los datos fueron obtenidos de las evaluaciones realizadas y registradas en las historias clínicas de pacientes ingresantes de acuerdo con el protocolo de admisión al TARGA, diagnosticados

durante el periodo enero 2018 a diciembre 2020; los que fueron evaluados en tres mediciones diferenciadas desde el diagnóstico confirmatorio de la enfermedad (a los tres meses, seis meses y al año).

c. Delimitación social: La población de estudio perteneció en su totalidad a pacientes con diagnóstico médico confirmatorio de ser portadores del VIH, neurológicamente asintomáticos, sin comorbilidad neuropsiquiátrica, admitidos en la Estrategia Sanitaria Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA de la institución de salud indicada.

d. Delimitación conceptual: Se estudió ocho dimensiones de la CVRS en personas portadoras del VIH (PVVS).

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes.

2.1.1. En el ámbito internacional

En el 2024 y a través de una investigación transversal, Cheng et al. estudiaron la CVRS y su relación con la carga residual en personas virológicamente suprimidas que viven con VIH, administrando a 120 pacientes una encuesta en línea entre julio - octubre de 2021. Analizaron variables sociodemográficas relacionadas con la enfermedad, el Cuestionario EuroQol-5 (EQ-5D), Escala Visual Análoga (VAS) e Índice de Síntomas del VIH. Realizaron análisis bivariados para comparar diferencias en la CVRS entre portadores y no portadores, no encontrando diferencias significativas; sin embargo, en el primer grupo se hicieron más frecuentes la presencia de fatiga/falta de energía (63,3%), dificultades para dormir (63,3%), sentirse triste/decaído/infeliz (51,7%) y cambios en la apariencia (51,7%). Resaltan que, personas viviendo con VIH (PVVH) pueden alcanzar valores similares en la CVRS en comparación con los no portadores con un tratamiento sostenido, lo que pone de manifiesto la necesidad de priorizar una atención holística centrada en la persona y no en la enfermedad,

García-López et al. (2021) investigaron los factores vinculados con la calidad de vida (CV) en personas con VIH de Alicante (España); a través de un estudio observacional, descriptivo y transversal. 214 participantes mayores de 18 años fueron atendidos en una unidad de control de enfermedades infecciosas durante el 2013 y el 2014, a quienes se autoadministró un cuestionario sociodemográfico y el Cuestionario sobre Calidad de Vida Relacionado con la Salud Short Form – 36 (SF 36). Las puntuaciones medias del SF 36 fueron superiores a 45; encontrando diferencias estadísticamente significativas según sexo (hombre/mujer: ẋ: 53, 49; DS: 9, 11 $p < 0,01$); edad (grupo con mejor puntuación correspondiente a 20 a 30 años: ẋ: 57; DS: 5 $p < 0,01$); condición de enfermedad (estadio SIDA/VIH: DS: 85, 90 $p = 0,05$) y nivel de instrucción (bachiller - estudios

universitarios: ẋ: 54; DS: 9, p < 0,01). Concluyen indicando que la presencia de factores clínicos influye en la valoración de la CVRS, principalmente la dimensión salud física.

Canova-Barrios (2021) analizó la CVRS en una muestra integrada por 144 sujetos con diagnóstico de VIH atendidos en una institución de salud privada en Buenos Aires. De diseño transversal, analítico correlacional de enfoque cuantitativo, participaron mayoritariamente hombres solteros, sin hijos y con estudios universitarios, quienes fueron evaluados con el Cuestionario SF-36 y el Cuestionario Morisky-Green Levine. Encontró que la dimensión vitalidad era la más vulnerada (DT: 14,93; IC: 95; %: 58,9-63,8) y el componente salud mental el más afectado al presentar las puntuaciones más bajas; asimismo, ser mujer, tener estudios primarios, tener hijos y presentar complicaciones asociadas con la enfermedad se asociaron con una peor percepción de CVRS. Concluye enfatizando la importancia de considerar a la CVRS como indicador de seguimiento.

García y Tobón (2020) evaluaron el impacto de las emociones y su influencia en la adherencia farmacológica y en la CV en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. De tipo cualitativo, entrevisto a 8 pacientes de 30 a 55 años pertenecientes a una institución hospitalaria de Medellín (Colombia), quienes fueron evaluados a través de una entrevista semiestructurada cuya información fue transcrita y codificada en base a categorías de análisis. Identifican tres factores fundamentales en la CVRS (salud física, dificultades económicas/pérdidas laborales y sentido de vida) así como su autovaloración para el proceso de re significación del cuerpo y sus relaciones con el mundo (construcción de un nuevo sentida de vida).

Sarturi et col. (2020) estudiaron como una enfermedad crónica con altas tasas de morbilidad (diabetes mellitus tipo 2) y sus complicaciones influenciaban en la CV de pacientes atendidos en un establecimiento de salud de Rio Grande do Sul (Brasil). De tipo cuantitativo, diseño no experimental, transversal, descriptivo y comparativo, se evaluaron 60 pacientes de ambos sexos y edades entre 39 a 88 años, con diagnóstico previo confirmado que fueron atendidos de manera ambulatoria durante tres meses por consultorios externos de la Universidad de Passo Fundo, a través

del Cuestionario SF – 36 versión corta. Al asociar la CVRS con las características de la enfermedad, observaron diferencias significativas en las dimensiones dolor (p=0,001), salud mental (p=0,018) y vitalidad (p=0,008); asimismo, diferencias respecto al sexo en cuanto a área social (p=0,043) y al área emocional (p=0,034). En pacientes con más de tres comorbilidades, se correlacionó con estado general de (p=0,005) y limitación emocional (p=0,04); por lo que concluyen indicando que una enfermedad crónica promueve la reducción de la CV, siendo fundamental que el paciente tenga pleno conocimiento de la misma para reducir su impacto y mantenerla.

Zárate y Vargas (2019) en una investigación de tipo descriptivo/comparativo y mediante la administración del Cuestionario EuroQol-5D, estudiaron la CV en 30 pacientes diagnosticados con VIH atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con edades entre 18 a 53 años. Encontraron variabilidad en la calidad de vida percibida (60% la consideraron buena, 30% moderada y 10% mala) así como diferencias según la edad: pacientes de menor edad (31 a 50 años) tenían una buena calidad de vida (47%) en contraste con aquellas personas mayor edad quienes la valoraron de manera moderada (7%)

Cabrera et al. (2018) evaluaron la CVRS en PVVS y su relación con variables sociodemográficas / clínicas asociadas con la adherencia al TARV. De tipo cuantitativo exploratorio-transversal analítico y muestreo no probabilístico, durante el periodo de julio 2011 a agosto del 2014 consideraron a todos los pacientes con VIH que acudieron a consulta ambulatoria de enfermedades infecciosas y al servicio de enfermedades infectocontagiosas de una institución sanitaria de Uruguay, siendo criterios de inclusión ser mayores de 18 años y estar recibiendo el TARV al menos durante tres meses previos; con una muestra de 101 personas aplicó el MOS-HIV SF30 y el cuestionario SMAQ. Encontraron una menor valoración entre CVRS y carga viral indetectable (p=0,025) en contraposición a un mejor resultado con aquellos que eran adherentes (p=0,027); por otra parte, pese a que la adherencia se relacionó mejor con la percepción de CVRS no tuvo mayor impacto con la valoración global como tampoco lo tuvo la carga

viral como predictor de una mejor CVRS, concluyendo que los biomarcadores aislados no reflejan la complejidad de la salud percibida.

Moreno-Montoya et al. (2018) exploraron la asociación entre apoyo social percibido con la CVRS y la magnitud del cambio. Investigación transversal y muestreo por conveniencia, evaluaron 286 participantes de ambos sexos, edades entre 18 a 45 años, que acudían a una red hospitalaria de Bogotá. Se utilizó el CVRS SF 36 y el cuestionario genérico de apoyo social funcional (Duke-UNC-11). Encontraron relación directa entre bienestar emocional de CV y apoyo social afectivo (IC95%: 1.04 β: 7.36; 13.68); entre las dimensiones de función física, dolor corporal, desempeño emocional con apoyo social de tipo afectivo y entre percepción de apoyo social de confianza con vitalidad y función social. En contraparte, hallaron relación inversa entre los promedios de los puntajes de las dimensiones de desempeño físico, salud general y desempeño emocional con apoyo social de confianza para las primeras dimensiones y de tipo afectivo para la última. Las personas con mejores niveles de apoyo social percibido tuvieron mejor nivel percibido de CVRS.

2.1.2. En el ámbito nacional

Cevallos y Asca (2024) analizaron la producción científica desarrollada en el Perú sobre CV en pacientes con VIH, durante el periodo 2010-2022, a través de la metodología revisión de literatura y empleando bases de datos Scopus y Web of Science, consideró estudios en inglés, español y portugués. Coinciden en indicar que, la mayoría no cuenta con buena CV por su condición de cronicidad lo cual impacta en la valoración de su supervivencia, enfatizando la complejidad de factores que la vulneran, así como la importancia de desarrollar intervenciones que aborden no solo aspectos biomédicos, sino además psicosociales y socioeconómicos, con el fin de promover el bienestar integral de los pacientes.

Buitron y Paredes (2023) relacionaron la funcionalidad familiar (apoyo social) y la CV en el VIH en una muestra integrada por 45 pacientes atendidos en el Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López” (Chancay), a los que

administraron el Test de Funcionalidad Familiar APGAR y el Cuestionario de SF-30. De tipo básica, cuantitativa, descriptiva correlacional y transversal, evidenciaron que la falta de apoyo familiar se asocia con el deterioro del estado de salud integral (r=.478, p=.036); concluyendo que el trabajo de intervención multidisciplinaria debe ser sostenible con los pacientes y familia, fortaleciendo la convivencia con esta enfermedad, así como la aceptación

Guzmán (2022) caracterizó la CVRS en un grupo de pacientes con VIH/SIDA atendidos en un hospital nacional de Huancayo. De tipo observacional, prospectivo, descriptivo-transversal y muestreo no probabilístico intencionado, evaluó a 202 participantes con el Cuestionario MOS-SF 30. Determinó que la CVRS era valorada como regular (52,5%), que a menudo experimentaban malestar general respecto a su salud (39,1%), muy pocas veces presentaban energía para sus actividades (41,1%) y a veces cambio en su actividad social por la enfermedad (33%). Enfatiza el cuidado de la salud emocional para un manejo integral en la atención, así como la necesidad de seguimiento para monitorizar variabilidades en la evolución.

Amanqui en el 2021, investigó la relación entre CV y discriminación en pacientes con VIH atendidos en un Hospital de Juliaca – 2019, a través de un estudio básico, descriptivo correlacional de diseño no experimental y cuantitativo, con una muestra conformada por 51 participantes a los que se les administró un cuestionario de medición de ambas variables elaborado *ad hoc*. Encontró que existe relación significativa entre CV y discriminación ($p < 0,05$), donde el 59.3% la perciben con un nivel bajo y 50.8% vivieron algún tipo de discriminación psicológica por lo que desarrollaron secuelas de tipo emocional.

Verde (2020) describió el nivel de CV de PVVS, diferenciando características según dimensiones. Estudio no experimental, descriptivo – transversal, evaluó 40 sujetos de ambos sexos con edades entre 18 a 70 años, que acudieron a un centro de salud en Surquillo – Lima durante el 2019; a quienes administró el SF – 36 versión abreviada. Indicó que la calidad de vida fue autopercibida como baja (45%) de manera global, sobre

todo en las dimensiones función social (70%), vitalidad (60%), desempeño emocional y salud mental (ambas con 47.5%).

Calsina y Ccama (2020) relacionaron estigma y la CV en personas con el diagnóstico de VIH que acudieron a un hospital de Juliaca. Investigación descriptiva / correlacional y diseño no experimental transversal de muestreo no probabilístico a conveniencia, evaluaron a 243 participantes a través de la Escala de Berger y del WHOQOL – BREF, ambos adaptados al Perú (Franke y col., 2010). Encontraron correlación significativa en las variables (p=0,00, Rho= -,404**) y con las dimensiones preocupación por la divulgación de status (Rho= -,372**) y con autoimagen negativa (Rho= -,440**).

Lo anterior coincide con lo investigado por Huarcaya (2018) quien relacionó CV y estigma en personas con VIH de un hospital de Lima Este. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-correlacional, no experimental transversal; participaron 104 adultos de ambos sexos con diagnóstico confirmatorio de la enfermedad. Los resultados establecieron correlación significativa entre variables (p= 0.034, r= -0.209*) y entre la dimensión salud psicológica (r= -0,223*; p= 0.023); por lo que concluye afirmando que el estigma vulneraría la CV.

Rojas y Mechan (2018), en una investigación descriptiva no experimental, describieron niveles de adherencia al tratamiento y la CVRS en PVVS de un hospital nacional nivel II – 1 de Ferreñafe, Lambayeque, durante agosto - diciembre del 2017, diferenciando según características sociodemográficas. Con la participación de 107 pacientes de ambos sexos entre 18 a 60 años, utilizaron el Cuestionario CEAT – VIH (Remor, 2002) y el MOS-SF 30 (Universidad Johns Hopkins, 1999). Encontraron que para la variable sexo, la CVRS autopercibida fue de nivel bajo (hombre/mujer= 41% y 47%); no encontrando diferencias en cuanto al nivel de instrucción (p-valor de 0.415). Concluyen señalando la asociación entre ambas variables.

2.2.- Bases teóricas.

2.2.1.- Teorías relacionadas.

Paradigma epidemiológico

Existen dos modelos teóricos tradicionalmente asumidos en la comprensión del proceso salud / enfermedad. El primero (modelo biomédico) enfatiza el progreso de la enfermedad resultado de la pérdida de funciones biológicas, estructurales y funcionales; por lo que toda intervención se centra en el restablecimiento orgánico a través de la rehabilitación farmacológica; aspectos emocionales, sociales y culturales quedan relegados y fuera de etapas como el diagnóstico, el tratamiento y su seguimiento. El segundo de ellos (modelo biopsicosocial), enfatiza el papel de los determinantes sociales en este proceso e involucra por igual, la adopción de conductas de autocuidado, su contexto social así como el sistema de salud al cual pertenece; sin embargo, el impacto de la enfermedad (reflejados en cambios inherentes al tratamiento y sus posibles efectos colaterales, conductas restrictivas en los hábitos alimenticios, disponibilidad de tiempo, pérdida del rol social desempeñado dentro de la familia y su entorno sociolaboral además de una restructuración sobre el significado de la muerte) enfatiza la prioridad de incorporar la propia perspectiva del doliente; es decir de la persona enferma.

El informe Lalonde (1974), I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978), la Carta de Otawa (1986) y la Declaración de Bangkok (1993) entre otros, enfatizan explícitamente que la salud solo puede ser promovida al facilitar el control de los determinantes sociales en la misma población, lo que ha motivado un mayor interés en las condiciones de vida y los estilos individuales. Siendo así, la CVRS sólo puede ser entendida a partir de las condiciones de vida de un determinado grupo humano (vulnerable o no) y bajo un enfoque integracionista, que intervenga sobre la vulnerabilidad derivada de la enfermedad y promueva el mayor bienestar posible.

Procediendo así, es factible estudiar el impacto de una enfermedad a lo largo del tiempo, su percepción sociocultural e individual, sus efectos en el estado psicoefectivo y expectativas de la persona enferma, en el dinamismo establecido con el equipo y sistema de salud articulado, sus características familiares, proyectos de vida y todas aquellas formas en que se percibe este complejo proceso (González, 2002).

a. Teoría de la determinación general de la salud

La salud y la CV percibida serán resultado de la interacción entre los componentes de un sistema complejo particular; dentro de los cuales, dos corresponden íntegramente a la persona enferma (hábitos personales de salud o estilos de vida, así como capacidades individuales y aptitudes de adaptación) y tres al medio en el que se desenvuelve (socioeconómico, entorno físico natural y físico laboral, así como los servicios de salud al que pertenezca). Por tanto, la calidad de vida se construirá como respuesta a un momento histórico determinado que va desde lo genético, a lo social y a lo individual (Kangas et al., 2025; OMS, 2021)

Sin embargo, es pertinente indicar que, dicha situación de salud percibida, a su vez, determinará el dinamismo en todos los procesos implicados (físicos, biológicos, psicoemocionales y afectivos, socioculturales, socioeconómicos, ideológicos y ético/legales), garantizando su continuidad. Esta determinación hace referencia a todo proceso por el cual va a adquirirse una cualidad (característica normal o patológica) a partir de condiciones pre existentes, sin comienzos ni finales absolutos (Bunge, 1978).

b. Teoría sistémica de la salud (enfoque ecosistémico)

Este enfoque entiende a la CV como resultado de la interacción entre aspectos medioambientales (físicos y sociales) asociados con la salud y los sistemas de valores, creencias y representaciones. Estos componentes pueden ser internos y externos; sin embargo, son los primeros quienes ejercerán una influencia decisiva (sociocultural, biológico, conductual y

económico ambiental) en la *incorporación* de lo biológico en el entorno social al que pertenecemos; es decir, en nuestras construcciones sociales de la enfermedad (Moiso, 2007).

Parte de la premisa de que las expresiones del proceso salud / enfermedad ocurren en contextos socioecológicos complejos, abiertos y auto organizables; por lo que para mejorar la CV es necesario garantizar el bienestar, satisfacción y bienestar del individuo determinando los eslabones del proceso y los eventos que podrían dañar la función ecosistémica del entorno en el que vive y se desarrolla (Waltner-Toews, 2001; OPS, 2009), los cuales incluyen: sentirse bien y tener acceso a un ambiente físico saludable, aire limpio y acceso a agua limpia, formas de vida seguras, alimentos suficientes, vivienda en condiciones adecuadas, entre otros.

Paradigma psicosocial

a. Teoría cognitivo social de la salud (Bandura, 1977)

El estado resultante del proceso salud / enfermedad estará determinado de manera recíproca por varios componentes (conductuales, ambientales, personales, cognitivos y afectivos) que interactúan entre sí y en los que los comportamientos individuales se relacionaran siguiendo dos principios: a). la interacción mutua entre ambiente, conducta y persona y, b). un conjunto de variables cognoscitivas que permiten aprender y desarrollar competencias/habilidades, reflexionar sobre uno mismo, valorar / regular nuestra propia conducta y sostenerlas el tiempo necesario. Estos procesos de regulación personal variarán de una situación a otra a lo largo del tiempo.

Este enfoque teórico plantea que tanto los factores personales como los ambientales se determinarían entre sí, de tal forma que la persona generará cambios en su entorno, los cuales y al mismo tiempo afectarán su conducta y vida futura (determinismo recíproco triádico) constituyendo determinantes interactivos. La conducta se regularía, entonces, por dos procesos: las expectativas (probabilidad percibida de que ocurra algo) y los incentivos (valor otorgado a un acontecimiento); clasificándose los primeros en tres tipos: claves ambientales (hechos relacionados entre sí), aquellos

orientados a los resultados (cuyas conductas favorecerían o no el resultado deseado) y la autoeficacia (competencias autopercibidas para ejecutar la conducta requerida)

Bandura (1977) enfatizó la el rol de la actividad cognitiva en la representación de metas, anticipación de resultados probables para cada acción posible de ser ejecutada, la realización de valoraciones a partir del éxito y fracaso pasado, así como las expectativas de la autoeficacia. En relación a este último aspecto, la autoeficacia es considerada uno de los componentes más importantes en el funcionamiento humano y en la expresión de un comportamiento adaptativo orientado a la adherencia; definiéndola como todos aquellos juicios (cogniciones) sobre las propias capacidades para alcanzar determinados niveles de rendimiento; por tanto, estas creencias actuarían como predictores.

La autoeficacia influye en la conducta, en las decisiones, en el esfuerzo generado y sostenido para realizarlas, su persistencia frente a las limitaciones percibidas, cogniciones establecidas y reacciones emocionales experimentadas durante este dinámico proceso. La percepción de la propia competencia afectará, en consecuencia, en la calidad de vida percibida, así como en el sostenimiento de conductas saludables, teniendo como punto de partida la propia experiencia, el aprendizaje vicario (logrado con personas significativas) y la percepción de riesgo / amenaza a su estado de salud.

La formación de estas creencias de autoeficacia se desarrollará a través de la información proporcionada por cuatro medios (Olaz, 2001; Camposeco, 2012): a) los logros de ejecución (basados en el éxito/fracaso repetido de experiencias anteriores, así como de las experiencias preexistentes); b). la experiencia vicaría (donde se generarán comparaciones / similitudes entre las propias capacidades y las de otras figuras significativas); c). la persuasión verbal (especialmente en aquellos que precisan un poco más de confianza para sostener un esfuerzo extra y mantener el éxito) y, d). el estado fisiológico (activación autonómica que pueden ser valorados como signos de pérdida o discapacidad).

b. Teoría atribucional causal (Weiner, 1985)

La adopción de comportamientos que determinarán el estado de salud / enfermedad dependerán de los razonamientos generados en base a las causas → consecuencias y al modo en que tales cogniciones influenciarán en las expectativas / conductas de la persona. Se basa en dos supuestos: a). todos necesitamos comprender y controlar el ambiente que nos rodea y la propia vida; b). todos necesitamos establecer de manera predecible los determinantes causales de nuestra conducta y la de los demás (Möller y Köller, 2000). La valoración de la CV será resultado directo de las razones establecidas las cuales, a su vez, afectarán múltiples aspectos del comportamiento (causalidad del éxito y fracaso).

Cada valoración de causalidad presenta características determinadas (dimensiones causales), que condicionarán consecuencias psicológicas (afectivas y cognitivas) así como el resultado final alcanzado. Un resultado inesperado (como el diagnóstico de una enfermedad) activa una mayor probabilidad de búsqueda de posibles causas más aún si se comparan con las expectativas generadas, cuando el resultado es negativo, peor de lo esperado o corresponde a una situación nueva en la que no se cuenta con información previa.

Las dimensiones causales pueden ser clasificadas en tres (Camposeco, 2012):

- Locus: Lugar donde se sitúa la causalidad y que puede ser interno (Ejemplo: dependen del propio esfuerzo o capacidad) o externo (Ejemplo: dependen del destino, del tratamiento asignado) con respecto a la persona.
- Estabilidad: Sostenimiento de sus circunstancias en el tiempo por lo que son difíciles de modificar (Ejemplo: intervención por parte del personal de salud y de los indicadores objetivos de calidad)
- Controlabilidad: Percepción sobre la propia capacidad para influir en una determinada causa y en su posible modificación (dicotomía controlable / no controlable).

Modelos teóricos de la CVRS

a. Modelo sistémico de la OMS (WHOQOL, 1991)

En 1991, la OMS creó un grupo multicultural de expertos para construir una medida de calidad de vida aplicable en distintos contextos socioculturales, alineado en un enfoque biopsicosocial con énfasis en la experiencia subjetiva del individuo. Por tal motivo, estableció un conjunto de aspectos básicos que caracterizan sus dimensiones: a). subjetiva (recoge la percepción de la persona involucrada); b). multidimensional (representa aspectos de la vida del individuo en diferentes niveles: emocional, físico, interpersonal, social); c). culturalmente contextualizada (registra la variabilidad en el tiempo por la etapa vital atravesada, así como el momento de enfermedad que se cursa) e, d). incluye sentimientos positivos y negativos (WHOQOL, 1995).

De lo anterior, se entiende que, la CVRS constituye un sistema dinámico y complejo resultado de la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHOQOL, 1995); vale decir, la percepción de CV y de bienestar no depende únicamente del estado clínico sino más bien, de la percepción subjetiva de la persona en relación con su contexto. De acuerdo con este concepto, pueden diferenciarse cuatro dominios o dimensiones (WHOQOL GROUP, 1998):

- Salud física: Valoración del impacto directo de la enfermedad en el propio organismo y las limitaciones generadas en la vida cotidiana, tales como fatiga o vitalidad, dolor, capacidad funcional y sueño. Estos indicadores, sin embargo, no deben interpretarse de forma aislada, ya que su significado depende del cómo se percibe y afronta dichas condiciones, especialmente en enfermedades crónicas como el VIH.
- Salud psicológica: Valoración del estado de salud y la capacidad adaptativa expresada en emociones, imagen corporal, autovaloración y procesos cognitivos. La evidencia ha demostrado que factores como la regulación emocional y el bienestar modulan significativamente la

percepción de CV, incluso en condiciones clínicas estables (Cheng et al., 2024; Arashiro et al., 2023).

- Relaciones sociales: Valoración de la importancia del entorno inmediato en el bienestar del individuo, encontrándose estrechamente relacionado con la red de apoyo e integración social. Incluye aspectos como las relaciones interpersonales, apoyo social y actividad sexual. Esta dimensión permite comprender el impacto psicosocial y emocional que caracteriza la enfermedad.
- Entorno o ambiente: Relacionado con la presencia de los determinantes sociales de la salud y el cómo las condiciones estructurales y oportunidades en las que vive y se desarrolla la persona influyen en su CV; tales como recursos económicos, nivel educativo, seguridad, acceso a los servicios de salud, así como las condiciones del entorno físico

En conjunto, estas cuatro dimensiones evidencian que la CVRS constituye un fenómeno complejo, dinámico y subjetivo, construido de la interacción entre dimensiones individuales (físicas y psicológicas) y del entorno (sociales, económicos y sanitarios), lo cual resulta especialmente pertinente en la intervención integral propia de enfermedades crónicas (OMS, 2024).

b. Modelo de sentido común de la autorregulación (Leventhal, 1980)

Propuesto por H. Leventhal, explica que, ante una situación de enfermedad, las personas actuamos activamente en la construcción de significados sobre la propia condición de salud regulando la conducta en función de dichas interpretaciones (Leventhal et al., 2016); vale decir, el individuo como ser activo toma conciencia de una amenaza para la salud, genera respuestas afectivas, construye percepciones de la misma e implementa estrategias de afrontamiento, elabora planes de acción terapéutica e integra retroalimentación continua sobre la eficacia y evolución de la misma.

Este enfoque sostiene que, desarrollamos creencias de enfermedad o representaciones cognitivas que organizan la experiencia de salud y guían

las respuestas conductuales y psicoemocionales; las cuales se estructuran en seis dimensiones principales (Leventhal et al., 2016; Hagger y Orbell, 2003):

- Identidad: Caracterizada por el reconocimiento de síntomas y construcción del significado de enfermedad.
- Causa: Reconocimiento de los factores que son atribuidos como responsables del origen de la dolencia.
- Duración o curso: Percepciones sobre aspectos cualitativos (temporalidad).
- Consecuencias: Impacto esperado en la vida del individuo.
- Control: Valoración cognitiva sobre la posibilidad de curar la enfermedad.
- Representación emocional: Generación de respuestas afectivas como miedo, ansiedad o tristeza.

El modelo plantea que, en este proceso de autorregulación, las estrategias de afrontamiento implementadas pueden ser de tipo conductual (adherencia al tratamiento) o emocional (evitación o búsqueda de apoyo), las cuales se irán ajustando según las cogniciones y conductas generadas en un proceso de continua retroalimentación. Este dinamismo explica por qué dos pacientes con la misma enfermedad perciben niveles muy distintos de CV (Leventhal et al., 2016).

Desde la perspectiva de la psicología clínica, este modelo demuestra que la percepción subjetiva de la enfermedad influye directamente en la CVRS y aspectos vinculantes como adherencia terapéutica, adaptación y afrontamiento. Una persona que percibe su enfermedad como controlable y con consecuencias manejables desarrollará conductas más adaptativas en comparación de quien al percibirla catastróficamente, generará mayor reactividad emocional lo cual i pactará significativamente en su CVRS. Evidencia reciente confirma que las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad son determinantes para el bienestar y la calidad de vida (Broadbent et al., 2015).

2.2.2.- La enfermedad crónica como acontecimiento vital.

Toda enfermedad constituye un proceso de deterioro que trasgrede el funcionamiento integral (orgánico, psicológico, socio espiritual), que puede ser conducente a la muerte y que, por tanto, precisa una contextualización que involucre un proceso totalizador de sus efectos resultantes así como la comprensión de la salud como un continuo orientado a la búsqueda y conservación de la CV; ésta última condicionada por las capacidades y limitaciones de la persona sufriente (biológico / psicoafectivo), de su entorno familiar y socio laboral además del sistema de salud al que pertenece y pueda acceder.

La comprensión de esta complejidad evidencia la relación entre los procesos de la enfermedad, la sociedad y los diferentes modos de vida que la caracteriza, los particulares estilos de vida de quienes la integran, así como diferentes manifestaciones en sus expresiones de salud y enfermedad; siendo necesaria la incorporación de la subjetividad de las personas y su significancia e implicancias en este dinamismo (Ciuffolini y Jure, 2017).

El enfermar constituye un proceso de quiebre de la experiencia vital y cotidiana, casi siempre vinculado con el reconocimiento de un estado de debilitamiento físico, emocional y social; repercutiendo en la disminución o pérdida de los propios recursos y en la instauración de dependencia hacia los demás para compensar las repercusiones percibidas, aliviar la enfermedad y poder continuar con las actividades cotidianas. Leventhal y col. (2008) indican que pueden ser consideradas manifestaciones particulares de estrés ya que constituyen eventos que superarían las capacidades adaptativas pero que a diferencia del estrés propiamente, representarían fenómenos universales que perjudican los recursos necesarios para la adaptación. En el caso de una enfermedad como el VIH/SIDA, su diagnóstico se vincularía, además, con la posibilidad de desarrollar otras enfermedades (crónicas o no) y la presencia de efectos secundarios en la salud o en la vulnerabilidad de las relaciones formales (laborales, académicas) e informales (redes sociales) de la persona doliente y su entorno mediato.

Variables psicológicas y conductuales que afectan la morbilidad.

No todas las variables afectan directamente el estado físico de una persona durante el proceso de enfermar. Un gran grupo incide en aspectos tan diversos de su evolución al determinar sus parámetros (frecuencia y duración, cantidad y potencia de los fármacos necesarios, número de hospitalizaciones e ingresos por emergencia) así como la adopción de comportamientos asociados con su recuperación, prevención de recaídas y la optimización de la CV ante su cronicidad. Esto implicaría (Rodríguez, 1995):

- **Adopción de comportamientos de autocuidado**. - Principalmente en la adhesión al tratamiento (farmacológico o no). Su déficit o ausencia ha demostrado ser responsable de una mala evolución de la morbilidad.
- **Conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento**. - Condición necesaria, aunque no suficiente, para la adopción de conductas eficaces, ya que permite la modificación de cogniciones erradas asociadas con actitudes negativas (que interfieren en la práctica de estrategias comportamentales adecuadas).
- **Personalidad, cogniciones y emociones**.- Ha demostrado ser de gran importancia en el fortalecimiento de la CV de pacientes con enfermedades crónicas, la identificación de reacciones psicoafectivas (miedo y pánico; sentimientos de inutilidad, frustración y abandono; negación / minimización de síntomas) así como de todos aquellos factores vinculados con el sistema de salud (integración con el equipo sanitario, actitudes hacia la enfermedad y sus implicancias), la conciencia interna del paciente (nivel de atención hacia los indicadores corporales, toma de responsabilidad y autocuidado), el estigma asociado así como la percepción subjetiva de los síntomas físicos (dolor, disminución de la capacidad física, signos corporales) y de los estados emocionales consecuencia de la sintomatología (temor, preocupación, irritabilidad, aislamiento y enfado).

Las conductas son determinantes en las diversas fases del proceso de enfermar (su inicio, mantenimiento y progresión), en sus limitaciones

funcionales, así como en la modulación de la experiencia de padecerla en cronicidad. Con respecto a este último aspecto, Leventhal y col. (2008) indican que toda enfermedad crónica presenta cinco características: a). son sistémicas (no solo involucran aspectos biológicos sino además comprometen un amplio rango de funciones psicoafectivos, sociolaborales, económicas, por mencionar algunas); b). alteran la vida útil de quien la padece; c). pueden ser controladas; d). tienen carácter insidioso, progresivo y sostenido (por lo que afectan las actividades cotidianas) y e) muestran fases alternadas con episodios agudos.

Por las características que implica su cronicidad (alternante entre periodos sintomáticos y asintomáticos), la percepción de la persona portadora del VIH/SIDA acerca de su salud puede ser muy cambiante, lo que, con el tiempo, dificultará el manejo de una adecuada adherencia terapéutica y con ello, de su evolución y pronóstico. Numerosos autores han propuesto la asociación entre su desarrollo, sostenimiento y agravamiento con diversos factores de riesgo conductual, psicoafectivo y psicosocial (eje hipotalámico – hipofisiario adrenal). Al respecto, DeJean y col. (2013) señalaron la relación con enfermedades como depresión y ansiedad y la presencia de mecanismos mediadores en la autopercepción consecuencia de las limitaciones funcionales, sociales y personales (incertidumbre sobre el futuro, sentimientos de culpa, vergüenza y abandono) o la posibilidad de que los síntomas de salud mental perpetúen el sostenimiento de las enfermedades crónicas, como es observado en las enfermedades cardiovasculares y su asociación con la ansiedad y la alteración fisiológica (aumento de la presión sanguínea) conducente a la falla orgánica (Rojas y Leiva, 2015). Todo lo anterior vuelve indiscutible aceptar la relación entre los procesos orgánicos y las variables psicológicas / conductuales propias en una enfermedad y que impactarán en la CV de la persona.

2.2.3.- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

En su acepción más general, al referirnos a la CV como tal, se hace referencia a dos grandes dimensiones: la valoración del bienestar subjetivo y

la presencia/ausencia o déficit de indicadores estándar de lo que podría ser considerado como una vida buena. Ambos implican la existencia de dos tipos de indicadores (Rodríguez, 1995), tal como se muestra en la figura 1:

- **Indicadores objetivos de bienestar:** confort, estatus de empleo e ingresos económicos (valor económico asignado a las posesiones materiales); soporte familiar y social; tipo de vivienda; accesibilidad y calidad de servicios de salud disponibles, costo y seguridad en el lugar de residencia elegido; calidad y seguridad en el uso de medios de transporte y estado de salud (de orden biológico).
- **Indicadores subjetivos presentes:** Estado de ánimo positivo, estado de salud (de orden subjetivo) así como sentimiento de satisfacción.

Al respecto, el estado de salud representará un indicador de naturaleza dicotómica: por un lado, reflejado por condiciones de orden biológico / fisiológico y por otro, por condiciones subjetivas manifiestas mediante autovaloraciones de la propia persona. Todo lo anteriormente resulta más que evidente al evaluar el determinismo entre salud y CV (el estado de salud es factor determinante de la calidad de vida y la calidad de vida determina igualmente el estado de salud).

Percepción de calidad de vida durante la enfermedad

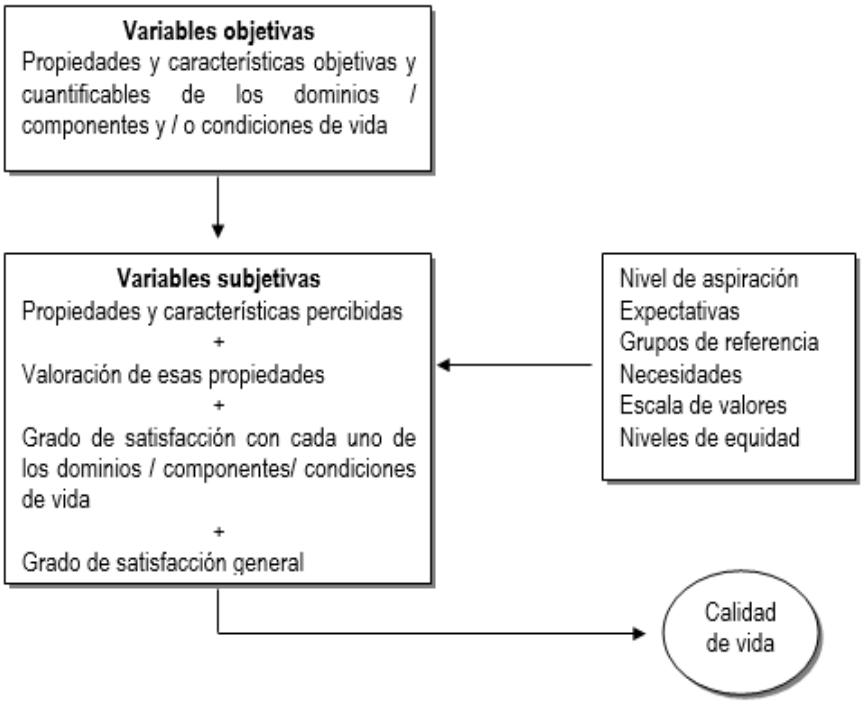
Durante un proceso de enfermedad, al vulnerarse el estado de salud inevitablemente también lo harán las condiciones habituales de vida tanto en quien lo padece como en su entorno mediato; siendo así, su percepción se construirá a través de diferentes dimensiones (Rodríguez, 1995):

- **Lo global frente a lo fragmentario**. - El impacto de la enfermedad e puede ser percibido de manera integral como totalidad o, a través de la jerarquización de sus componentes según la importancia que tenga sobre el bienestar. Generalmente incluye la condición física de quien la padece, el bienestar psicológico, la ejecución de actividades y el funcionamiento social / económico (Ejemplo: la posibilidad de perder el trabajo o ser estigmatizado si es que éste se hace de conocimiento el diagnóstico).

Figura 1

Variables objetivas y subjetivas en la calidad de vida

(Blanco, 1985; Rodríguez, 1995)



- **Lo general frente a lo específico para cada enfermedad**. - El impacto de una enfermedad puede tener un efecto general inespecífico sobre la CV de la persona enferma (sobre sus funciones generales y la variedad de disfunciones asociadas) o depender de manera específica de la enfermedad (cada enfermedad tiene manifestaciones y repercusiones muy diferentes y específicas).
- **La evaluación objetiva frente a la evaluación subjetiva**. - La objetividad de la CV se vincula con indicadores asociados a circunstancias vitales muchas veces realizadas a través de un observador externo que no es el propio enfermo. Sin embargo, la información resultante es insuficiente para comprender en su verdadera dimensión, la CV dado que es la persona enferma la única capaz de valorar este impacto.

En conclusión, **la CV del paciente será percibida en función del nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos entre**

ambos: el diagnóstico cambia la forma en que nos vemos, como vemos la propia vida y como vemos nuestros planes a futuro, los cuales deberán ser replanteados ante la incertidumbre de lo que acontecerá (Calizaya, 2006). La evolución de una enfermedad como la infección por VIH hará que la autopercepción se vea amenazada; sobretodo cuando existe la posibilidad de discapacidad, dolor o amenaza de muerte; haciendo que cuanto mayor sea la amenaza percibida, mayor será las dificultades de adaptación del enfermo y mayor será el deterioro ocasionado en su calidad de vida. Una persona presentará mayores dificultades para adaptarse a su enfermedad si es que ésta le ocasiona síntomas y signos *visibles* (Ejem: dificultades gastrointestinales, pérdida de peso, sarcoma de Kaposi o cualquier otra enfermedad oportunista) o se asocia con dolor y / o discapacidad. La CVRS dependerá de los cambios observados (físicos) y de las respuestas emitidas para conseguir el ajuste adecuado que promueva un funcionamiento físico, psicológico y social. Es así **será resultado de las diferentes respuestas de los enfermos al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias**.

La perspectiva del paciente respecto a su enfermedad permite comprenderla como un fenómeno psicológico y social más que como a un trastorno biológico. Es por este motivo que, el impacto asociado a una enfermedad resulta muy difícil de evaluar sin la perspectiva de quien lo sufre, por cuanto es frecuente que el paciente niegue o minimice sus efectos debido a que la vulnerabilidad de una enfermedad depende de múltiples factores: permanencia (aguda o crónica), forma de aparición (repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa), intensidad y gravedad, así como a las etapas del proceso de enfermedad.

Evaluación de la CVRS

Según Rodríguez (1995), existirán por lo menos cuatro áreas a tomar en cuenta:

- **Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento:** Los síntomas físicos registrados por los pacientes

(consecuencia de la enfermedad o del tratamiento) varían según tipo de enfermedad o del estadio en el que se encuentra; por lo que cada síntoma debe ser evaluado desde simples variables dicotómicas que representan su presencia o ausencia a medidas de frecuencia de aparición, gravedad y / o duración.

- **Estatus funcional**: Capacidad para ejecutar actividades que normalmente son factibles para la mayoría de personas. Las dimensiones generalmente incluyen: autocuidado (capacidad para alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios), movilidad (para moverse dentro y fuera de la casa) y actividades físicas (andar, subir escaleras, levantar peso, etc.).
- **Funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación):** Se ha observado elevados niveles de estrés psicológico no específico en personas con enfermedades que tienden a la cronicidad; por lo que debe tenerse en cuenta evitar sobreestimar o minimizar su impacto, diferenciando manifestaciones psicosomáticas (Ejemplo: pérdida del apetito) de síntomas que reflejen efectos físicos directos de la enfermedad o del tratamiento (Ejemplo: náuseas y cefaleas como respuesta al tratamiento antirretroviral).
- **Funcionamiento social:** Vinculado con aspectos tan diversos como limitaciones funcionales debidas al dolor o fatiga; miedo ante la posibilidad de convertirse en carga para los demás, discriminación; miedo al contagio, entre otros. También debe considerarse actividades asociadas con el rol asumido tales como el desempeño de papeles sociales en el trabajo, los estudios o la familia.

Otros aspectos a tomar en cuenta involucran las repercusiones económicas relacionadas con la salud o el tratamiento, el funcionamiento sexual, pensamientos de cuestionamiento existencial, imagen corporal, efectos observables del diagnóstico, capacidad de resiliencia, grado de satisfacción con la atención de salud recibida (Vinaccia y Margarita, 2012). Otero (1998) plantea una amplia gama de aspectos como la percepción

subjetiva de los síntomas y de la limitación generada; la autoimagen corporal (apariencia); estados emocionales; preocupación por el futuro (propio y de los hijos); motivaciones, ilusiones y esperanzas; capacidad para el placer y la recreación; movilidad y desplazamiento; relaciones con hijos y familiares; apetito; sueño y descanso; temor o miedo; red de apoyo social; información sobre la enfermedad y el tratamiento; estilos de afronte; funcionamiento físico; capacidad de trabajo y para el ejercicio físico; cumplimiento o adhesión al tratamiento; vulneración de la salud emocional (depresión y ansiedad); además de otros criterios como ausencia de dolor, sufrimiento moral, autonomía en los actos cotidianos, alimentación, defecación, comunicación y trabajo.

Lo anterior indica que, la CVRS se reflejará en todas las condiciones originadas en el funcionamiento físico, psicoafectivo, social, laboral, económico y cultural; permitiéndonos conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento según los requerimientos de quien lo sufre.

2.2.4.- CVRS en personas portadoras del VIH

En la actualidad y tras los avances biotecnológicos alcanzados a nivel mundial, el estado de salud en personas portadoras del VIH (PVVS) ha evolucionado de ser considerado inicialmente como una enfermedad mortal a una enfermedad crónica; lo anterior gracias al acceso inmediato y al mantenimiento del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) posterior al diagnóstico; el cual si bien disminuye la morbilidad a través de la reducción en la incidencia de infecciones oportunistas (Marcus et al., 2016; Cabrera et al., 2018), lamentablemente puede generar efectos secundarios que impactarán directamente en la CV del portador.

Asimismo, la trascendencia de una enfermedad como el VIH/SIDA va más allá de aspectos biológicos y de sus repercusiones asociadas al tratamiento. El impacto negativo en áreas tan diversas como la económica (dificultades para el sostenimiento de la actividad laboral o pérdida del mismo, incrementos en los gastos asociados al requerimiento de prestaciones de salud), la sociocultural (discriminación, rechazo y abandono

además de la alteración del funcionamiento familiar establecido) y la psicoafectivo (con reacciones vinculadas al diagnóstico así como las cogniciones de sus repercusiones en el futuro y el proyecto de vida pre establecido) resultan más que evidentes.

Al respecto, uno de los principales desafíos enmarcados dentro de este contexto lo constituye la aparición del estigma y de los atributos derivados del mismo. La estigmatización de la enfermedad conduce a una posible discriminación y exclusión social/laboral de la persona quien la padece; lo cual, a su vez, conlleva a la vulnerabilidad de aspectos tan fundamentales como el autoconcepto, la autoestima así como de todas las representaciones que el individuo construye respecto a si mismo y a su valor dentro de la familia y sociedad (estigma internalizado) (Lombó, 2021). Guevara y Hoyos (2018) plantean que posiblemente el estigma social respecto al VIH surgió como resultado de la clasificación moral que adquirió esta enfermedad por ser enigmática, sin explicación ni tratamiento, pero asociada con grupos que, a nivel social, adquirieron una valoración descalificadora. De igual forma, indican que teniendo en cuenta que el VIH constituye una problemática social, generará una cadena de situaciones no siempre deseables: el diagnóstico de la enfermedad conlleva al estigma social, éste conducirá al estigma sentido, el cual a su vez generará autoestigma (construcción de la identidad desde la perspectiva de la enfermedad y la vulnerabilidad de la autoimagen y autoconcepto asociado con malestar general) que, impactará negativamente en la adherencia al tratamiento, la pérdida del apoyo social y la disminución de la CV percibida.

Factores asociados con la CVRS en PVVS

Numerosos estudios han evaluado la CVRS en PVVS y su relación con diversos indicadores sociodemográficos, socioculturales y clínicos. Por ejemplo, se ha identificado una menor valoración con relación a un menor nivel de escolaridad, co morbilidades como la ansiedad y depresión, percepción deficiente del soporte social y económico, presencia de sintomatología y estigma asociado, preocupación por la vulneración de la

confidencialidad así como con otras enfermedades físicas asociadas o no (Ballester-Arnal et col., 2016; George et col.; 2016; Karkashadze et col., 2016; Passos y Souza, 2015; Pereira y Canavarro, 2011).

La CVRS en este grupo humano estaría influenciada por factores que trascienden las áreas biológicas y físicas, relacionándose directamente además con aspectos sociales y económicos. De manera independiente y principalmente con la salud física / psicológica, se asociarían con el sexo, la edad, el nivel educativo, situación laboral / socioeconómica, ansiedad y depresión, abuso de sustancias psicoactivas, apoyo social percibido, comorbilidades y hospitalizaciones relacionadas con el VIH, además del recuento de CD4; mientras que con el ámbito social se vincularían además de los mencionados, con el uso de medicamentos antirretrovirales y sus posibles efectos colaterales (Passos y Souza, 2015). Siendo así, de los marcadores biológicos más utilizados en la evaluación de la progresión y respuesta al TARGA se consideran dos: el recuento de linfocitos T CD4 y la carga viral, al encontrarse demostrada su asociación con la CVRS en múltiples investigaciones.

CVRS, recuento linfocitos T CD4 y carga viral

Todo organismo se encuentra expuesto de manera permanente a agentes externos e internos que vulneran el equilibrio y estabilidad de la salud; siendo nuestro sistema inmunológico defensa natural (a través de la respuesta inmune) ante sustancias u organismos potencialmente causantes de patologías. Dentro de este grupo, las células CD4 constituyen tipos de linfocitos circulantes en sangre cuya función se orienta a la eliminación de agentes infecciosos; por lo que cuando el VIH disminuye su número, provoca una cadena de eventos que impactan en otros grupos celulares generando una menor respuesta inmunológica en el huésped y la aparición de infecciones oportunistas (Shingai et al, 2014). Por lo tanto, mientras menor sea el recuento de estos linfocitos, mayor será la inmunosupresión y menor la respuesta inmunológica.

Los linfocitos T constituyen componentes fundamentales de la respuesta inmune protectora contra infecciones virales agudas y crónicas, siendo descrito en numerosas investigaciones (Vabret et al., 2020; Urra et al., 2020; Bonifaz et al., 2020) en las que se analizó su disminución y consecuente impacto en la enfermedad correlacionándose con un mal pronóstico (inflamación sistémica) y severidad de la misma. Lo anterior se explica por la determinación que tienen los linfocitos T CD4+ en la inducción de anticuerpos protectores a largo plazo, reportándose que una mayor producción de anticuerpos disminuye si los linfocitos T disminuyen, como es en el caso del VIH (Wang et al., 2020).

Desde que el VIH fue reconocido como pandemia mundial, han sido propuestos diferentes parámetros para determinar su evolución, dentro de los cuales, el conteo absoluto de linfocitos T CD4, su porcentaje y el índice CD4:CD8 han demostrado presentar una fuerte correlación en cuanto a valor predictivo. De lo anterior, el conteo de LT CD4+ constituye el marcador biológico más potente para determinar un aumento del riesgo de acontecimientos y enfermedades oportunistas así como de condiciones concluyentes en la muerte (Lu et al., 2015)

La condición inmune de una PVVS es evaluada a través de la medición del valor absoluto por milímetro cúbico y/o porcentaje de células CD4, considerándose como valores estándar de normalidad en adultos y adolescentes los oscilantes entre 500 a 1500 células por mm^3 de sangre, valores establecidos desde el 2010 por la OMS (Tabla 1). El agotamiento continuo de estas células se relaciona con el avance de la enfermedad y una mayor probabilidad de adquirir infecciones oportunistas u otras enfermedades relacionadas con el VIH.

En cuanto a la asociación existente entre la CVRS y el recuento del CD4, investigaciones como la desarrollada por Gowda y col. (2013) demostraron que a mayor recuento / mejor calidad de vida en comparación con aquellos que presentaban un menor valor; sin embargo, los resultados obtenidos varían incluso entre aquellos que no han encontrado asociación (Lifson et col., 2015). Mwesigire et al. (2015) propusieron la existencia de relación entre marcadores inmuno virológicos lógicos con la progresión de la

enfermedad, dentro de los cuales, el recuento basal del linfocito T CD4 actuaría como predictor de la CVRS.

Tabla 1

Categorización del recuento de linfocitos T CD4.

CATEGORÍA	VALOR ESTABLECIDO
Normal	>500/mm^3 a más
Bajo	200 - 499/mm^3
SIDA	<200/mm^3

Fuente: OMS (2010)

Por otra parte, evidencia empírica ha demostrado la eficacia de considerar la combinación de los marcadores carga viral y recuento de linfocitos T CD4 como predictores del pronóstico de la enfermedad: modificaciones registradas durante el tratamiento se asocian con la progresión clínica a la fase SIDA, eficacia de los fármacos antirretrovirales y el consecuente impacto en la CVRS (Lado et al., 2001; Mellors et al., 1997; O´Brien et al., 1996).

Tabla 2

Categorización de la monitorización de la carga viral.

CATEGORÍA	**VALOR ESTABLECIDO**
Indetectable	<40 copias/mL
Detectable	>100 copias/mL
Resistencia transmitida	<1000copias/mL
Resistencia adquirida	>1000 copias/mL

Fuente: Ministerio de Salud (2018)

La importancia del monitoreo de la carga viral se asocia directamente con la efectividad del tratamiento, progresión de la enfermedad, evolución a la fase SIDA y su consecuente vinculación con la calidad de vida percibida (Tabla 2). Si el sistema inmunológico responde de manera efectiva al tratamiento, la carga viral disminuirá en caso contrario, ésta seguirá aumentando, incrementando la vulnerabilidad biológica de la PVVS lo que, a su vez, repercutirá en su autopercepción y perspectiva de vida hacia el futuro.

2.3.- Definición de términos

Calidad de vida de vida relacionada con la salud.

a. Definición conceptual**. -** Conjunto de cogniciones, sentimientos y conductas emitidas por un sujeto enfermo que incrementan (factores de riesgo) o disminuyen (factores protectores) su vulnerabilidad [...] y que se encuentran relacionadas estrechamente con el grado subjetivo de bienestar alcanzado así como por indicadores objetivos de tipo biológico, psicológico, comportamental y social (Rodríguez, 1995).

b. Definición operacional. - Puntajes obtenidos por los pacientes luego de la aplicación del Cuestionario de salud SF 36, que evalúa ocho dimensiones: función física, rol físico; dolor corporal, salud general; vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Persona portadora del VIH.

a. Definición conceptual**. -** Persona que presenta dos pruebas de tamizaje reactivas (prueba rápida para VIH y/o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas - ELISA para VIH) o una prueba confirmatoria positiva. (MINSA, 1998).

b. Definición operacional. - Paciente registrado en la Estrategia Sanitaria de Infección de Transmisión Sexual – VIH y que tiene diagnóstico clínico y de laboratorio confirmatorio como portador del virus de inmunodeficiencia humana.

Recuento de linfocitos T (CD4).

a. Definición conceptual**. -** Moléculas antigénicas que proveen cooperación a otras células del sistema inmune que median la actividad citotóxica del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) clase II, proceso vital durante la presentación antigénica y posterior activación del sistema inmune (Vyas et al., 2008). La infección aguda por VIH se caracteriza por la afectación directa de los linfocitos T de memoria CD4 positivos (Noda-Albelo et al., 2013)

b. Definición operacional. - Valores obtenidos en el laboratorio del número de células CD4 como parámetro indispensable en la atención médica a los pacientes infectados por VIH, que oscilan en tres categorías: normal (>500/mm^3 a más); bajo (200 - 499/mm^3) y SIDA (<200/mm^3).

Carga viral (CV).

a. Definición conceptual**. -** Cantidad de partículas virales en el plasma, secreciones respiratorias o excretas del paciente, cuya cuantificación es de gran utilidad en la evaluación de la severidad de una infección, pronóstico de su evolución/recaída así como de la efectividad del tratamiento (Franco et al., 2007; Liu et al., 2020)..

b. Definición operacional. - Cuantificación de valores obtenidos en el laboratorio por la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cuantitativo cuyos valores oscilan en cuatro categorías por mililitro de sangre: indetectable (<40 copias/mL), detectable (>100 copias/mL), resistencia transmitida (<1000copias/mL) y resistencia adquirida (>1000 copias/mL)

2.4.- Hipótesis.

2.4.1. GENERAL: Existe variaciones en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincia, diagnosticadas durante el periodo enero 2018 a diciembre 2020, a través de tres mediciones (3 meses, 6 meses y 1 año).

2.4.2. ESPECÍFICAS:

H_1: La CVRS en el grupo de estudio presentará variaciones diferenciadas en sus ocho dimensiones comparadas según tiempo de diagnóstico a través de las diferentes mediciones

H_2: Existen diferencias en la percepción de CVRS al compararse según sexo.

H_3: Existen diferencias según nivel educativo en la valoración del CVRS en el grupo de estudio.

H_4: A mayor recuento del marcador biológico CD4 mayores serán las diferencias en la percepción de CVRS según medición realizada.

H_5: A mayor recuento del marcador biológico CV menor será la percepción de la CVRS según tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

2.5.- Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Autopercepción que tienen la persona sobre el impacto que provoca la enfermedad / tratamiento sobre su bienestar y capacidad funcional. Este impacto debe ser analizado en los dominios físico, emocional y social (Fernández et al., 2001)	Puntajes obtenidos luego de la aplicación del Cuestionario de Salud Short-form de 36 ítems (SF-36), en su versión adaptada al español por Alonso, Prieto y Antó (1995), que en 36 ítems evalúa ocho dimensiones y presenta dos componentes sumarios: físico (PCS) y mental (MCS).	Función física (FF)	10	Ordinal	El puntaje mínimo obtenido será 60 puntos mientras que el máximo será de 350 puntos tanto por dimensión como por componente sumario
			Rol físico (RF)	04		
			Dolor corporal (DC)	02		
			Salud General (SG)	05		
			Vitalidad (VT)	04		
			Función social (FS)	02		
			Rol emocional (RE)	03		
			Salud mental (SM)	05		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Recuento leucocitario (CD4)	Contaje de linfocitos CD4 en PVVS confirmados al momento del diagnóstico, presentes en sangre total, que constituye la principal célula blanca del VIH y permite monitorear la evolución de la respuesta inmunológica, independiente de que estén o no en tratamiento (Norma Técnica de Salud Nro 97-MINSA/DGSP-V.02, 2015)	Número de células CD4 por microlitro organizadas en tres categorías inmunológicas.	Normal	Número de células CD4 por microlitro	células/µL	Razón	>500/mm^3 a más
			Bajo				De 200 - 499/mm^3
			SIDA				<200/mm^3

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Carga viral (CV)	Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo (Norma Técnica de Salud Nro 97-MINSA/DGSP-V.02, 2015)	Número de copias por mililitro de plasma, organizadas en cuatro niveles plasmáticos	Indetectable	Número de copias por mililitro de plasma	copias/mL	Razón	Menos de 40 copias/mL a los 6 meses de iniciado el TARGA
			Detectable				Mayor de 100 copias/mL a los 6 meses de iniciado el TARGA
			Resistencia transmitida				Menor de 1000 copias/mL a los 6 meses de iniciado el TARGA
			Resistencia adquirida				Mayor de 1000 copias/mL a los 6 meses de iniciado el TARGA

2.6.- Matriz de consistencia

Será presentado como anexo 1

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1.- Tipo y diseño de investigación.

Según lo propuesto por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC, 2020), correspondió a una investigación básica, ya que buscó obtener nuevos conocimientos sobre el comportamiento de un fenómeno observable sin la direccionalidad de una utilidad predeterminada.

Por otra parte, de acuerdo con Hernández y Mendoza (2018), fue de tipo descriptivo (procediendo a describir la CVRS en un grupo de personas portadoras del VIH) y comparativo (comparando variabilidad y diferencias).

Por su objeto de estudio corresponde a una investigación sobre Psicología de la salud; asimismo, por el tipo de procesamiento de datos correspondió a lo cuantitativo (Sánchez et al., 2018).

Diseño de investigación.

Fue no experimental longitudinal de evolución de grupo con una cohorte prospectivo (Hernández y Mendoza, 2018), expresándose gráficamente de la manera siguiente:

$$\begin{array}{cccc} & T_1 & T_2 & T_3 \\ M & O_1 & — O_2 & — O_3 \end{array}$$

Dónde:

$T_1, T_2, T_3 =$ Tiempo (a 3 meses del diagnóstico efectivo; 6 meses y 1 año)

O_1, O_2, O_3 = Medición en la misma población

Unidad de análisis.

Persona portadora viviendo con VIH/SIDA (PVVS).

3.2.- Población, muestra y muestreo.

El Hospital San Juan Bautista de Huaral y Unidad Ejecutora N° 040 es un establecimiento de salud que presta atención del segundo nivel (II-2). Ubicado geográficamente en la zona costa de la provincia y distrito de Huaral, una de sus áreas brinda atención especializada en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, así como la rehabilitación de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA u otras vinculadas, a través de la Estrategia de Prevención y Control del VIH/SIDA (EPC ITSS) como parte de la Red Integrada de Salud de la provincia mencionada.

Para la presente investigación, se trabajó con una población finita cuyo universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes diagnosticados como personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) cuyo ingreso fue registrado durante enero del 2018 hasta diciembre del 2020, en el Sub Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) parte de la EPC ITSS y que correspondió a una totalidad de 172 personas; planteándose como criterios de inclusión: **a).** ambos sexos; **b).** edades comprendidas entre 20 – 55 años; **c).** estado civil y grado de instrucción heterogéneo; **d).** diagnóstico médico definitivo reactivo al VIH neurológicamente asintomáticos durante el estudio, y **e).** CI normal sin indicadores de comorbilidad neuropsiquiátrica. Como criterios de exclusión se consideró: **a).** Negativa en ser parte del estudio (consentimiento informado) o de continuar en el mismo una vez iniciado; **b).** que no completaron las tres evaluaciones por empeorar su estado de salud o, **c).** que fallecieron durante el tiempo que duró la investigación.

De lo anterior se estableció como criterio de muestra el tipo censal, por cuanto fue necesario considerar todos los elementos de una población relativamente pequeña que permitiesen obtener una misma información de la totalidad (Logan, 2018; Hayes, 1999). Al respecto, durante el periodo que duró el estudio, parte de la población falleció por co morbilidades asociadas con la seropositividad (inmunodepresión) así como consecuencia de la pandemia por COVID 19, por lo que la muestra final estuvo constituida por 35 participantes (quienes participaron en las tres mediciones y cumplieron con los criterios anteriormente establecidos)

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia; por lo que se trabajó con toda la población que cumplió las características de inclusión mencionadas y donde cada unidad de investigación fue considerada muestra (Cépeda y Ruíz, 2015; Tamayo y Tamayo, 2004).

3.3.- Variables del estudio.

Variable: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Variable de control: Personas viviendo con VIH (PVSS) neurológicamente asintomáticos.

Otras variables: Sexo, nivel educativo, estado civil, tiempo de diagnóstico, recuento de linfocitos CD4, carga viral.

3.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas

Para la presente investigación se utilizó la técnica etnográfica de medición empírica a través de dos herramientas, siendo la primera, la encuesta, recurso que permitió adquirir información de los participantes con el uso de un cuestionario basado en referencias teóricas e indicadores suficientes para medirlos, observarlos y registrar contenidos (Hernández y Mendoza, 2018; Martínez, 2012). Como segunda herramienta, se empleó la observación directa la cual de acuerdo con Mendez (2001) se refiere al proceso mediante el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en la realidad por medio de un esquema conceptual previo y en base a ciertos propósitos definidos por una conjetura que se quiere investigar.

Instrumento

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue evaluada mediante el Cuestionario de Salud SF 36, autoaplicado por el paciente o

administrado con ayuda del evaluador. Fue administrado basalmente (a los 03 meses de conocido el diagnóstico) y en dos momentos posteriores (a los 6 meses y al año de conocida la condición PVVS). Este instrumento consta de 36 ítems que evalúan dos dimensiones organizadas en ocho subdimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

3.4.1. Cuestionario de Salud Short-form de 36 ítems (SF-36)

Fue Desarrollado por el Health Institute of New England Medical Center (Ware y Sherbourne, 1992), a partir de instrumentos empleados por el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), para medir conceptos genéricos de la salud considerando la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método psicométricamente eficiente para medir, desde el punto de vista del paciente, el impacto de la enfermedad en la salud siendo aplicable desde los 14 años de edad en adelante, da como resultado un perfil de escalas multi ítem adicional a una medida compuesta de un solo ítem de transición de salud declarada no utilizada en la puntuación general del instrumento de manera tal que, a mayor puntuación obtenida mejor será el estado de salud percibido.

Originariamente empleado en los Estados Unidos, fue traducido y adaptado inicialmente por el Proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) (Evaluación internacional de la calidad de vida); siendo utilizado en el presente estudio la versión adaptada al español de Alonso, Prieto y Antó (1995) por ser la más empleada a nivel internacional para medir esta variable (Stein, 2016; Ware, 2000)

Características del instrumento

Compuesto por 36 ítems diferenciados en ocho dimensiones que representan constructos vinculados con el proceso salud / enfermedad tales como: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental; adicional a un ítem de transición que evalúa el cambio percibido sobre el estado de salud general comparado con el año previo a la administración del cuestionario

(cuya interpretación tiene un valor más cualitativo que cuantitativo respecto a la calificación total) (Tabla 3)

La calificación se obtiene con un valor cuantitativo que oscila de 5 a 1, por lo que el puntaje mínimo será 60 puntos y el máximo de 350 puntos tanto por dimensión como por componente sumario: físico (PCS) y mental (MCS). Debe procederse con la recodificación de las opciones de respuestas y los valores asignados a los ítems para calcular las puntuaciones; considerando 07 ítems que son calificados de manera inversa (es decir, cuanto mayor sea el valor indicado peor será el estado de salud).

Tabla 3

Caracterización del SF-36 según dimensiones

DIMENSIÓN	Nro. ítems	CONTENIDO
Función física (FF) D1	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas (tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras) así como el esfuerzo implicado (moderado e intenso)
Rol físico (RF) D2	04	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y actividades cotidianas (menor rendimiento al esperado, limitaciones o dificultades en su ejecución)
Dolor corporal (DC) D3	02	Intensidad del dolor, así como sus efectos en las actividades cotidianas y laborales
Salud general (SG) D4	05	Autopercepción de la propia salud actual, perspectivas futuras y resistencia a enfermar
Vitalidad (VT) D5	04	Autopercepción de la energía y vitalidad versus cansancio y agotamiento
Función social (FS) D6	02	Grado en el que los problemas de salud física y emocional interfieren en las actividades sociales cotidianas
Rol emocional (RE) D7	03	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y actividades cotidianas (tales como reducción del tiempo destinado a su ejecución, menor rendimiento al esperado)
Salud mental (SM) D8	05	Salud mental general y constructos vinculados (depresión, ansiedad, regulación conductual/emocional)
Evolución del estado de salud (HT)	01	Autovaloración de la salud comparada con lo percibido un año atrás

Fuente: Institut Municipal d´Investigació Médica (IMIM-IMAS) (2000)

Lo anterior implica tres etapas: a). homogeneización de las respuestas a través de la recodificación de los ítems con un criterio de gradiente (a mayor puntuación, mejor estado de salud); b). Cálculo de la sumatoria de los ítems (puntuación cruda) y c). Transformación lineal de lo anteriormente mencionado para obtener valores oscilantes desde 0 hasta 100 (puntuaciones transformadas), es decir de un peor a un mejor estado de salud por dimensión y por componente diferenciado (Tabla 4)

Tabla 4

Significado de las puntuaciones transformadas por dimensión

DIMENSIÓN	Nro ítems	PEOR PUNTUACION (0)	MEJOR PUNTUACIÓN (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse	Ejecuta todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud
Rol físico	04	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias por causa de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias
Dolor corporal	02	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitación asociada
Salud general	05	Valora como mala la propia salud y cree que va a empeorar	Valora la propia salud como excelente
Vitalidad	04	Cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente lleno de energía y muy dinámico todo el tiempo
Función social	02	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales.	Desarrolla actividades sociales sin ninguna interferencia
Rol emocional	03	Problemas con el trabajo y otras actividades por causa de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades cotidianas
Salud mental	05	Depresión y sentimiento de angustia todo el tiempo	Tranquilidad, calma y felicidad todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	01	Valora su salud mucho peor ahora que hace un año	Valora su salud general mucho mejor ahora que hace un año

Fuente: Vilagut et al. (2005)

Validez y confiabilidad

El cuestionario original determino sus propiedades psicométricas a través del análisis de fiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad), validez de constructo y sensibilidad al cambio. Para el coeficiente α de Cronbach establecieron como punto de corte un valor promedio de .70 (comparaciones de grupos) y de .90 (comparaciones individuales); mientras que para la validez de constructo realizaron comparaciones de grupos con diferencias en CVRS estableciéndose correlaciones con sintomatología clínica y otros instrumentos que evaluaban directamente la variable.

La reproducibilidad del cuestionario fue evaluada comparando las puntuaciones medias obtenidas (t de Student) y el cálculo de las correlaciones intraclase (CCI) en estudios realizados en pacientes con enfermedad coronaria estable. Las puntuaciones medias de la administración inicial y la realizada con posterioridad, alcanzaron resultados muy similares, con una diferencia no significativa para la dimensión de función física (–3,7; p = 0,04). Los CCI fluctuaron entre 0,58 (rol emocional) y 0,99 (rol físico).

Del análisis factorial de componentes principales (AFC), las dimensiones PF, RP y BP alcanzaron correlaciones más elevadas con el componente físico (r ≥ 0,74), mientras que las dimensiones MH, RE y SF con el componente mental (r ≥0,62). Las dimensiones GH y VT correlacionaron de manera significativa con ambos componentes principales. Demostró, además, estabilidad en países diferentes y en submuestras según sexo y edad (Vilagut et al., 2005)

Validez y confiabilidad adaptación española
(Alonso, Prieto y Antó, 1995)

Realizado como parte del Proyecto International Quality of Life Assessment, obtuvieron un α de Cronbach general de .70 para todas las dimensiones (rango: de .71 a .94) excepto para la dimensión funcionamiento social (α= .45); asimismo, la variación de CCI entre ambas evaluaciones osciló de .58 a .99. Finalmente, al correlacionar las dimensiones con los

índices sumarios, función física, rol físico y dolor corporal correlacionaron significativamente con el componente físico (r= .87; .74 y .64) mientras que rol emocional, salud mental y función social lo hicieron con el componente mental (r= .91; .90 y .56)

Validez y confiabilidad adaptación peruana
(Salazar y Bernabé, 2012)

Realizando una encuesta poblacional en cuatro ciudades urbanas (Lima, Trujillo, Piura y Huancayo) y con una muestra integrada por 4344 participantes (52% mujeres y 63% perteneciente a un nivel socioeconómico bajo) con edades fluctuantes entre los 15 a los 64 años (edad media= 33,9 años; DS= 13,4) a través de un muestreo polietápico estratificado, establecieron consistencia interna, validez de constructo por comparación de grupos y análisis factorial mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC); por otra parte, estimaron la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente α de Cronbach; obteniendo para el nivel general un valor de .082 y valores oscilantes entre ,066 (salud física) a 092 (rol físico) para las diferentes dimensiones.

Las estadísticas de ajuste del AFC para el modelo de 8 factores de primer orden y 2 para el segundo orden obtuvieron un ajuste aceptable (CFI= 0,96; RMSEA= 0.05) con cargas factoriales estadísticamente significativas (p< .001) variando de 0.51 a 0.99 para los ítems y de 0.76 a 0.90 para las escalas; vale decir, el AFC confirma la multidimensionalidad del instrumento en el Perú (cargas factoriales superiores a 0.40 tanto para los ítems como sus escalas hipotéticas), demostrando una adecuada validez convergente. Concluyen afirmando que el instrumento se conforma en 8 escalas agrupadas en 2 factores (salud física y mental), descartando para la realidad peruana, un tercer factor de segundo orden (bienestar general) por presentar un pobre ajuste.

Propiedades psicométricas previas a la ejecución del presente estudio.

Para la estimación de la confiabilidad de manera global y por dimensiones, fueron utilizados el Coeficiente Alfa de Cronbach para aquellas que presentaban respuestas politómicas de medida ordinal (FF, SG, DC, VT, FS y SM) y el Coeficiente Kuder-Richardson (KR20) para aquellas con respuestas dicotómicas (RF y RE) (Anexo 4).

Según los resultados obtenidos, la confiabilidad global obtuvo un valor de 0.730, considerándose en consecuencia como moderada en los ítems planteados (Frías-Navarro, 2022). El valor obtenido al estimar la confiabilidad, es mostrado en la tabla 5.

Tabla 5

Confiabilidad por dimensiones

DIMENSION	ESTADÍSTICO	VALOR OBTENIDO	NIVEL DE CONFIABILIDAD
D1: FF	Alfa de Cronbach	0.865	Fuerte
D2: RF	Kuder Richardson	0.720	Moderada o aceptable
D3: DC	Alfa de Cronbach	0.787	Fuerte
D4: SG	Alfa de Cronbach	0.745	Moderada o aceptable
D5: VT	Alfa de Cronbach	0.755	Moderada o aceptable
D6: FS	Alfa de Cronbach	0.684	Moderada o aceptable
D7: RE	Kuder Richardson	0.550	Moderada o aceptable
D8: SM	Alfa de Cronbach	0.789	Fuerte

Elaboración propia a partir de los valores establecidos por Herrera (1998) y Carvajal et al. (2011)

Del análisis de la validez basada en la estructura interna, se observa que los 36 reactivos presentan adecuadas propiedades métricas además de capacidad discriminativa al obtener fuertes correlaciones entre sí. Los puntajes obtenidos en los índices de homogeneidad corregida para cada

ítem fueron mayores a .30, por lo que los ítems del instrumento poseen correlaciones aceptables. El modelo de dos factores obtenido de la adaptación a la realidad peruana (salud física y mental) demostró validez por constructo, encontrando índices de ajuste con valores que cumplen criterios de adecuación teórica (Hu y Bentler, 1988) (Anexo 4).

3.5.- Análisis de datos.

La información obtenida fue exportada al programa Microsoft Excel y posteriormente procesada y analizada en una base de datos para el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26, considerando:

a. Prueba de Shapiro-Will y Prueba de Kolmogórov-Smirnov (pruebas de bondad de ajuste para verificar si las puntuaciones de los datos obtenidos siguieron o no una distribución normal determinando el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas).
b. Desde el punto de vista de la estadística descriptiva: distribución de frecuencias, variación de porcentaje acumulado; medidas de tendencia central (media aritmética: χ), medidas de variabilidad (desviación estándar: σ).
c. Desde el punto de vista de la estadística inferencial: coeficiente de correlación de Kendall (para medir la asociación entre dos variables de tipo ordinal a través de diferentes mediciones).
d. Las variables cualitativas fueron agrupadas en: sexo (mujer/hombre); nivel educativo (primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleto, superior completo) y estado civil (soltero, conviviente, casado, separado).
e. Las variables cuantitativas fueron agrupadas en dos: CD4 normal, bajo y SIDA) y CV (indetectable, detectable, resistencia transmitida y resistencia adquirida).

3.6.- Aspectos éticos.

Teniendo como base los principios bioéticos en investigación (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), se informó a los participantes en el estudio sobre el propósito, objetivos, uso de la información obtenida y confidencialidad en los resultados, los cuales expresaron su conformidad en participar a través de la firma del consentimiento informado; asimismo, considerando lo normado en la Declaración de Helsinki, se protegió su bienestar durante el tiempo que duró la investigación y a través de sus diferentes etapas (administración de la prueba y confidencialidad en los resultados individuales).

Se declara que, pese a no presentar conflictos de intereses, la investigadora se encuentra laborando en la actualidad en el hospital lugar donde se desarrolló la investigación.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.- Análisis y presentación de resultados.

4.1.1. Análisis descriptivo

En la investigación, participaron un total de 35 pacientes de los cuales, 16 fueron mujeres (45,7%) y 19 varones (54,3%); asimismo, el 54,29% estudió mínimamente hasta el nivel secundaria (incompleto con el 22,86% y completo con un 31,43%). Un 51,43% se caracterizó por mantener relaciones de pareja no estables (solteros con un 45,71% y separados con un 5,72%), mientras que un preocupante 74,29% presentaron no estabilidad en cuanto a su condición laboral (desempleado con 54,29% y ocasional con 20,0%) (Tabla 6)

Tabla 6

Características sociodemográficas de la muestra final

VARIABLE			Nro.	%
Sexo	Hombre		19	54,3
	Mujer		16	45,7
		TOTAL	35	100.00%
Nivel de instrucción	Primaria	Incompleto	6	17,14
		Completo	3	8,57
	Secundaria	Incompleto	8	22,86
		Completo	11	31,43
	Superior	Incompleto	5	14,29
		Completo	2	5,71
		TOTAL	35	100.00%
Estado civil	Soltero (a)		16	45,71
	Casado (a)		1	2,86
	Conviviente		16	45,71
	Separado (a)		2	5,72
		TOTAL	35	100.00%
Tipo de relación de pareja	Estable		17	48,57
	No estable		18	51,43
		TOTAL	35	100.00%
Ocupación	Ocasional		7	20,0
	Empleado		9	25,71
	Desempleado		19	54,29
		TOTAL	35	100.00%
Condición laboral	Estable		9	25,71
	No estable		26	74,29
		TOTAL	35	100.00%

4.1.2. Presentación y análisis de los datos inferenciales

Prueba de normalidad

Si se considera las ocho dimensiones en una sola variable denominado percepción de la CVRS en tres momentos de medición, la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (n<50) señala que los datos de la percepción de la CVRS medidos en tres momentos siguen una distribución normal, cada una (p>0.05) (tabla 7)

Tabla 7

Prueba de normalidad para la percepción CVRS en tres mediciones

Medición de la CVRS	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Percepción CVRS	,968	35	,384
Percepción CVRS1	,962	35	,261
Percepción CVRS2	,962	35	,258

La prueba de normalidad para el marcador biológico (CD4), mediante la prueba de Shapiro-Wilk (n<50), medido a los 3 meses y al año siguen una distribución normal (p>0.05), mientras que la carga viral a los 3, 6 meses y al año no siguen una distribución normal (p<0.05) (tabla 8)

Tabla 8

Prueba de normalidad para CD4 y CV

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
CD4 a los 3 meses	,938	22	,182
CV a los 3 meses	,366	22	,000
CD4 a los 6 meses	,895	22	,024
CV a los 6 meses	,526	22	,000
CD4 al año	,941	22	,204
CV al año	,351	22	,000

De acuerdo a lo observado en la tabla Nro. 9, puede evidenciarse los resultados obtenidos para las dimensiones de la CVRS diferenciados según tiempo de evaluación; indicándose un comportamiento diferenciado: las

dimensiones función física (FF), rol físico (RF), función social (FS) y rol emocional (RE) en cada una de sus mediciones, no siguen una distribución normal (p ≤0.05). La dimensión vitalidad (VT) mostró una distribución de normalidad en la primera medición (p= 0.717) y de no normal para la segunda y tercera medición (p= 0.024; 0.029); siendo el análisis similar para las dimensiones dolor corporal (DC) y salud general (SG). Solo salud mental (SM), presentó normalidad en sus mediciones (p= 0.582; 0.198: 0.506). En conjunto, la distribución de los datos no cumplió consistentemente criterios de normalidad, ya que por lo menos en una medición los datos no siguen una distribución normal lo que determina el uso de estadística no paramétrica.

Tabla 9

Prueba de normalidad para las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima

	Shapiro-Wilk								
	Primer momento (1m)			Segundo momento (6m)			Tercer momento (1a)		
CVRS Dimensiones	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Función Física	,870	35	,001	,793	35	,000	,819	35	,000
Rol Físico	,768	35	,000	,686	35	,000	,782	35	,000
Dolor Corporal	,925	35	,021	,929	35	,025	,943	35	,071
Salud General	,975	35	,593	,964	35	,298	,936	35	,044
Vitalidad	,979	35	,717	,928	35	,024	,931	35	,029
Función Social	,759	35	,000	,763	35	,000	,789	35	,000
Rol Emocional	,748	35	,000	,750	35	,000	,734	35	,000
Salud Mental	,975	35	,582	,958	35	,198	,972	35	,506

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Comparar las variaciones en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima, según tiempo de diagnóstico.

Los resultados presentados en la tabla Nro. 10, indican variaciones en la percepción de la CVRS en el tiempo transcurrido de la primera a la segunda medición para las dimensiones RF (Media: 47,86 y 60,00; DE: ±44,71 y ±47,05; Variación %: 25.4%), FS (Media: 68,57 y 61,79; DE: ±19,50 y ±25,35; Variación %: -9,9%) y, en menor proporción, DC (Media: 65,86 y 66,00; DE: ±22,53 y ±24,84; Variación % 0,2). Las variaciones observadas de la comparación entre la primera y tercera medición corresponden a las mismas dimensiones: RF (Media: 47,86 y 54,29; DE: ±44,71 y ±43,51; Variación %: 13,4%), FS (Media: 68,57 y 56,79; DE: ±19,50 y ±22,55; Variación %: -17,2%) y DC (Media: 65,86 y 62,31; DE: ±22,53 y ±23,55; Variación % -5,4).

Tabla 10

Variaciones en las dimensiones de CVRS según tiempo de diagnóstico

CVRS	Medición	Media±DE	Diferencia	Variación %
Función Física (FF)	1	78,71±21,57	0	
	2	82,29±22,01	3,58	4.5%
	3	82,57±20,45	3,86	4.9%
Rol Físico (RF)	1	47,86±44,71	0	
	2	60,00±47,05	12,14	25.4%
	3	54,29±43,51	6,43	13.4%
Dolor Corporal (DC)	1	65,86±22,53	0	
	2	66,00±24,84	0,14	0.2%
	3	62,31±23,55	-3,55	-5.4%
Salud General (SG)	1	49,57±19,14	0	
	2	51,34±22,40	1,77	3.6%
	3	51,69±23,12	2,12	4.3%
Vitalidad (VT)	1	60,29±20,33	0	
	2	57,14±21,60	-3,15	-5.2%
	3	53,86±18,67	-6,43	-10.7%
Función Social (FS)	1	68,57±19,50	0	
	2	61,79±25,35	-10	-9.9%
	3	56,79±22,55	-15	-17.2%
Rol Emocional (RE)	1	30,49±38,29	0	
	2	43,83±44,88	13,34	43.8%
	3	42,83±45,45	12,34	40.5%
Salud Mental (SM)	1	60,00±21,74	0	
	2	55,89±22,47	-4,11	-6.9%
	3	54,40±19,60	-5,6	-9.3%

Contrastación de hipótesis

H_1: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en el grupo de estudio presentará variaciones diferenciadas en sus ocho dimensiones comparadas según tiempo de diagnóstico a través de las diferentes mediciones.

Al probar la hipótesis planteada en el grupo de estudio a través de las diferentes mediciones, considerando un nivel de significancia de 0.05 para probar dicha hipótesis, se observa, para la mayoría de dimensiones que la conforman y medidas en un segundo momento comparado con el inicio de la medición, que no ha sufrido cambios significativos ($p>0.05$): de igual manera al observar si ha ocurrido variaciones significativas en el tercer momento de medición respecto al inicio de la medición tampoco se evidencia, estadísticamente, que exista variación significativa ($p>0.05$).

Por lo que se concluye, que la CVRS en el grupo de estudio no presenta variaciones diferenciadas estadísticamente significativas en la mayoría de sus ocho dimensiones a través de las diferentes mediciones frente a la primera medición; vale decir: al realizar la segunda medición no se han visto diferencias significativas respecto a la primera medición y, de manera similar, al realizar la tercera medición tampoco se encontró que existe diferencias estadísticamente significativas frente a la primera medición. Dicho de otra manera, la CVRS medida en dos momentos después de la primera no han sufrido cambios estadísticos significativos, manteniéndose parcialmente igual (Tabla 11).

Del análisis descriptivo, se observa que para la función física (FF), la puntuación media de la segunda medición frente a la primera aumentó en 3.57 puntos y al comparar las medias de la tercera medición con respecto a la primera, el aumento ha sido de 3.86 puntos. Este resultado muestra que de la segunda a la tercera medición el aumento ha sido de solo 0.29 puntos. Las dimensiones que presentan mayores variaciones al comparar resultados de la primera a la segunda medición son: RF (Media: 47,86 y 60,00; DE: ±44,71 y ±47,05; Diferencia medias: 12,14), FS (Media: 68,57 y 61,79; DE: ±19,50 y ±25,35; Diferencia medias: -6,78) y DC (Media: 65,87 y 66,00; DE: ±22,53 y ±24,84; Diferencia medias: 0,14); mientras que la comparación de

la primera a la tercera medición destacan: RF (Media: 47,86 y 54,29; DE: ±44,71 y ±43,51; Diferencia medias: 5,71), FS (Media: 68,57 y 56,79; DE: ±19,50 y ±22,55; Diferencia medias: -11,78) y DC (Media: 62,31 y 23,55; DE: ±22,53 y ±23,55; Diferencia medias: -3,54). Los datos obtenidos muestran que de la segunda a la tercera medición el aumento para la dimensión RF fue de 5,71%; para FS fue 5% y para DC, 3,68%.

Tabla 11

Variaciones en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima

CVRS	Medición	X±DE	Diferencia a la 1ra medición	IC95%[LI; LS]	t	p
Función	1ra	78,71±21.57	0.00			
física (FF)	2da	82,29±22.01	3.57	[-5,54; 12,68]	0.796	0.431
	3ra	82,57±20.45	3.86	[-4.38;12.09]	0.952	0.348
Rol Físico	1ra	47.86±44.70	0.00			
(RF)	2da	60.00±47.05	12.14	[-4.95; 29.24]	1.443	0.158
	3ra	54.29±43.51	6.43	[-9.88;22.74]	0.801	0.429
Dolor	1ra	65.87±22.53	0.00			
Corporal	2da	66.00±24.84	0.14	[-8.59; 8.88]	0.033	0.974
(DC)	3ra	62.31±23.55	-3.54	[-13.24;6.16]	W^{+}=-0.813	0.416
Salud	1ra	49.57±19.14	0.00			
General (SG)	2da	51.34±22.40	1.77	[-7.51;11.05]	W^{+}=-0.179	0.858
	3ra	51.69±23.12	2.11	[-7.80;12.03]	W^{+}=-0.419	0.675
Vitalidad	1ra	60.29±20.33	0.00			
(VT)	2da	57.14±21.60	-3.14	[-11.16;4.87]	-0.797	0.431
	3ra	53.86±18.67	-6.43	[-13.60;0.75]	-1.821	0.077
Función	1ra	68,57±19,50	0			
Social (FS)	2da	61,79±25,35	-6,78	[-15.89;2.31]	-1,516	,139
	3ra	56,79±22,55	-11,78	[-20.62; -2.95]	-2,712	,010
Rol	1ra	30.49±38.29	0.00			
Emocional	2da	43.83±44.88	13.33	[-4.71;31.40]	1.502	0.142
(RE)	3ra	42.83±45.45	12.38	[-5.69;30.37]	1.391	0.173
Salud Mental	1ra	60.00±21.74	0.00			
(SM)	2da	55.89±22.47	-4.11	[-13.32;5.09]	W^{+}=-1.718	0.086
	3ra	54.40±19.60	-5.60	[-12.30;1.10]	W^{+}=-0.909	0.364

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Comparar diferencias en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de estudio, según variables sociodemográficas (sexo, nivel educativo y estado civil).

De los resultados presentados en la tabla Nro. 12, se observan variaciones, según sexo, en las dimensiones de la CVRS considerando tiempo transcurrido. De la primera a la segunda medición para el sexo masculino, estas diferencias se encontraron en las dimensiones FF (Media: 81,58 y 90,26; DE: ±18,49 y ±13,69; Diferencia medias 8,68), RF (Media: 51,32 y 72,37; DE: ±45,24 y ±43,22; Diferencia medias: 21,05), SG (Media: 51,53 y 56,68; DE: ±21,00 y ±20,37; Diferencia medias:5,15) y para RE (Media: 28,05 y 54,42; DE: ±38,94 y ±43,37; Diferencia medias: 26,37); mientras que de la primera a la tercera medición los resultados fueron: FF (Media: 81,58 y 85,00; DE: ±18,49 y ±20,62; Diferencia medias 3,42), RF (Media: 51,32 y 59,21; DE: ±45,24 y ±41,00; Diferencia medias 7,89), SG (Media: 51,53 y 49,68; DE: ±21,00 y ±24,19; Diferencia medias -1,85) y para RE (Media: 28,05 y 45,63; DE: ±38,94 y ±47,44; Diferencia medias 17,68).

Para el sexo femenino, estas variaciones se encontraron de la primera a la segunda medición en las dimensiones RF (Media: 43,75 y 45,31; DE: ±45,18 y ±48,49; Diferencia medias -1,75), DC (Media: 62,88 y 64,63; DE: ±25,19 y ±27,75; Diferencia medias +1.75) y para RE (Media: 33,38 y 31,25; DE: ±38,57 y ±44,69; Diferencia medias -6,75); y de la comparación entre la primera y tercera medición las diferencias se encontraron en las dimensiones: RF (Media: 43,75 y 48,44; DE: ±45,18 y ±46,97; Diferencia medias -5,06%), DC (Media: 62,88 y 67,94; DE: ±25,19 y ±20,08; Diferencia medias 6,81%) y para RE (Media: 33,38 y 39,50; DE: ±38,57 y ±44,27; Diferencia medias 18,3)

Tabla 12

Diferencias en las dimensiones de la CVRS según sexo

CVRS	Medición	Sexo					
		Masculino			Femenino		
		Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%
Función Física (FF)	1	81,58±18,49	0		75,31±24,93	0	
	2	90,26±13,69	8,68	10.6%	72,81±26,39	1,56	-3.3%
	3	85,00±20,62	3,42	4.2%	79,69±20,53	4,69	5.8%
Rol Físico (RF)	1	51,32±45,24	0		43,75±45,18	0	
	2	72,37±43,22	21,05	41.0%	45,31±48,49	1,75	3.6%
	3	59,21±41,00	7,89	15.4%	48,44±46,97	5,06	10.7%
Dolor Corporal (DC)	1	68,37±20,37	0		62,88±25,19	0	
	2	67,16±22,81	-1,21	-1.8%	64,63±27,75	-2,25	2.8%
	3	57,58±25,70	-10,79	-15.8%	67,94±20,08	6,81	8.0%
Salud General (SG)	1	51,53±21,00	0		47,25±17,05	0	
	2	56,68±20,37	5,15	10.0%	45,00±23,68	-5,31	-4.8%
	3	49,68±24,19	-1,85	-3.6%	54,06±22,32	4,06	14.4%
Vitalidad (VT)	1	64,74±16,79	0		55,00±23,31	0	
	2	63,42±21,09	-1,32	-2.0%	49,69±20,37	-15,63	-9.7%
	3	56,32±17,39	-8,42	-13.0%	50,94±20,27	-12,50	-7.4%
Función Social (FS)	1	67,79±16,83	0		69,53±22,81	0	
	2	68,42±25,81	0,66	0.9%	53,91±23,15	-2,12	-22.5%
	3	56,58±27,12	-11,18	-16.5%	57,03±16,44	6,12	-18.0%
Rol Emocional (RE)	1	28,05±38,94	0		33,38±38,57	0	
	2	54,42±43,37	26,37	94.0%	31,25±44,69	-6,75	-6.4%
	3	45,63±47,44	17,58	62.7%	39,50±44,27	-1,25	18.3%
Salud Mental (SM)	1	64,21±18,16	0		55,00±25,02	0	
	2	62,32±23,18	-1,89	-2.9%	48,25±19,62	-1,56	-12.3%
	3	54,95±16,80	-9,26	-14.4%	53,75±23,05	-4,69	-2.3%

Contrastación de hipótesis

H_2: Existen diferencias en la percepción de CVRS al compararse según sexo

Los resultados presentados en la tabla 13 muestran las variaciones entre la primera y segunda medición, siendo que la percepción de CVRS valorada de manera menos favorable en las mujeres en comparación con los hombres ($t_{(33,\ 0.05)}$=2.151; IC95% [0,84;30,21]; p<0.05); sin embargo al contrastar resultados entre la primera y tercera medición, las diferencias no son estadísticamente significativas en la percepción global de la CVRS tanto en mujeres como en los hombres (p<0.05) a lo largo del tiempo.

Tabla 13

Prueba de hipótesis para la Percepción de CVRS en mujeres y hombres

	Masculino	Femenino			
	X±DE	X±DE	IC95%	t	p*
Percepción CVRS1	59,69±13,72	55,26±22,69	[-8,97;17,83]	0,683	0,501
Percepción CVRS2	66,88±19,77	51,36±22,95	[0,84;30,21]	2,151	0,039
Percepción CVRS3	58,12±18,32	56,42±19,37	[-11,28;14,68]	0,266	0,792

La tabla Nro. 14 muestra las variaciones encontradas al comparar las dimensiones de la CVRS según nivel educativo considerando tiempo transcurrido entre la primera y segunda medición. Para el nivel primaria completa, estas variaciones se hallaron en las dimensiones RF (Media: 6,67 y 33,33; DE: ±57,74 y ±57,34; Variación % -33,33%), DC (Media: 59,33 y 61,00; DE: ±25,4 y ±33,78; Variación % 1,67%); VT (Media: 60,00 y 63,33; DE: ±20,00 y ±15,28; Variación % -3,33%); FS (Media: 75,00 y 75,00; DE: ±25,00 y ±25,00; Variación % 0%) y para RE (Media: 44,67 y 55,67; DE: ±38,68 y ±50,95; Variación % -22,67%); mientras que en la comparación de la primera con la tercera medición se observaron variaciones en las dimensiones: RF (Media: 66,67 y 50,00; DE: ±57,74 y ±50,00; Variación % -16,67%), DC (Media: 59,33 y 75,00; DE: ±25,4 y ±30,51; Variación % 15,67%); VT (Media: 60,00 y 70,00; DE: ±20,00 y ±5,00; Variación %: 10%); FS (Media: 75,00 y 54,17; DE: ±25,00 y ±7,22; Variación % -20,83%) y para RE (Media: 44,67 y 22,00; DE: ±38,68 y ±19,05; Variación % -22,67%).

Para el nivel primaria incompleta, las variaciones encontradas al comparar los resultados de la primera a la segunda medición corresponden a las dimensiones: FF (Media: 70,83 y 64,17; DE: ±23,33 y ±22,89; Variación % -6,67%), RE (Media: 22,33 y 33,33; DE: ±34,60 y ±51,64; Variación % 11%) y para DC (Media: 62,17 y 73,00; DE: ±7,28 y ±17,33; Variación % 10,83%); siendo las diferencias encontradas de la comparación entre la primera y tercera medición en las dimensiones: FF (Media: 70,83 y 84,17; DE: ±23,33 y ±16,86; Variación % 13,33%), RE (Media: 22,33 y 38,83; DE: ±34,60 y ±49,07; Variación % 16,5%) y para DC (Media: 62,17 y 54,00; DE: ±7,28 y ±15,793; Variación % -8,17%).

Tabla 14. *Diferencias en las dimensiones de la CVRS según nivel educativo (I)*

CVRS	Medición	Instrucción								
		Primaria completa			Primaria incompleta			Secundaria completa		
		Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%
Función Física (FF)	1	73.33±23.63	0		70.83±23.33	0		72.73±25.82	0	
	2	71.67±25.66	-1.67	-2.3%	64.17±22.89	-6.67	-9.4%	84.55±18.5	11.82	16.3%
	3	73.33±12.58	0	0.0%	84.17±16.86	13.33	18.8%	70.45±25.34	-2.27	-3.1%
Rol Físico (RF)	1	66.67±57.74	0		37.50±44.02	0		29.55±41.56	0	
	2	33.33±57.74	-33.33	-50.0%	29.17±45.87	-8.33	-22.2%	59.09±49.08	29.55	100.0%
	3	50.00±50.00	-16.67	-25.0%	45.83±43.06	8.33	22.2%	34.09±45.1	4.55	15.4%
Dolor Corporal (DC)	1	59.33±25.4	0		62.17±7.28	0		66.45±18.23	0	
	2	61.00±33.78	1.67	2.8%	73.00±17.33	10.83	17.4%	58.64±26.78	-7.82	-11.8%
	3	75.00±30.51	15.67	26.4%	54.00±15.79	-8.17	-13.1%	57.27±18.53	-9.18	-13.8%
Salud General (SG)	1	49.00±6.93	0		53.17±18.07	0		47.64±18.02	0	
	2	63.00±29.55	14	28.6%	39.83±20.11	-13.33	-25.1%	45.36±22.73	-2.27	-4.8%
	3	57.33±20.53	8.33	17.0%	45.33±18.24	-7.83	-14.7%	51.91±25.53	4.27	9.0%
Vitalidad (VT)	1	60.00±20.00	0		45.83±12.42	0		62.27±22.4	0	
	2	63.33±15.28	3.33	5.5%	42.50±23.40	-3.33	-7.3%	55.91±23.54	-6.36	-10.2%
	3	70.00±5.00	10	16.7%	44.17±16.25	-1.67	-3.6%	49.55±20.18	-12.73	-20.4%
Función Social (FS)	1	75.00±25.00	0		64.58±16.61	0		65.91±20.23	0	
	2	75.00±25.00	0	0.0%	47.92±9.41	-16.67	-25.8%	57.95±30.25	-7.95	-12.1%
	3	54.17±7.22	-20.83	-27.8%	58.33±12.91	-6.25	-9.7%	53.41±16.85	-12.5	-19.0%
Rol Emocional (RE)	1	44.67±38.68	0		22.33±34.60	0		30.27±40.73	0	
	2	55.67±50.95	11	24.6%	33.33±51.64	11	49.3%	42.45±49.66	12.18	40.2%
	3	22.00±19.05	-22.67	-50.7%	38.83±49.07	16.5	73.9%	39.36±49.04	9.09	30.0%
Salud Mental (SM)	1	50.67±25.72	0		62.67±15.11	0		62.18±24.35	0	
	2	57.33±27.23	6.67	13.1%	40.00±13.62	-22.67	-36.2%	56±26.05	-6.18	-9.9%
	3	58.67±6.11	8	15.8%	42.67±13.54	-20	-31.9%	56.36±23.76	-5.82	-9.4%

Tabla 14. *Diferencias en las dimensiones de la CVRS según nivel educativo (II)*

CVRS	Medición	Instrucción								
		Secundaria incompleta			Superior completo			Superior incompleto		
		Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%
Función Física (FF)	1	88.75±12.46	0		100±	0,00		76,67±27,54	0,00	
	2	86.88±27.38	-1.88	-2.1%	95±	-5,00	-5.0%	88,33±11,55	11,67	15.2%
	3	91.88±15.34	3.13	3.5%	100±	0,00	0.0%	85±17,32	8,33	10.9%
Rol Físico (RF)	1	50±46.29	0		100±	0,00		50±50	0,00	
	2	75±46.29	25	50.0%	100±	0,00	0.0%	58,33±38,19	8,33	16.7%
	3	68.75±37.2	18.75	37.5%	100±	0,00	0.0%	50±50	0,00	0.0%
Dolor Corporal (DC)	1	70.75±33.14	0		100±	0,00		44,33±16,26	0,00	
	2	68±29.72	-2.75	-3.9%	74±	-26,00	-26.0%	71,33±25,32	27,00	60.9%
	3	70.5±22.97	-0.25	-0.4%	74±	-26,00	-26.0%	47±47,09	2,67	6.0%
Salud General (SG)	1	51.75±22.75	0		72±	0,00		44±28,16	0,00	
	2	53.75±25.06	2	3.9%	77±	5,00	6.9%	54±17,69	10,00	22.7%
	3	57.63±24.65	5.87	11.4%	77±	5,00	6.9%	32,33±25,81	-11,67	-27.3%
Vitalidad (VT)	1	73.75±18.27	0		80±	0,00		53,33±2,89	0,00	
	2	61.88±22.19	-11.88	-16.1%	70±	-10,00	-12.5%	70±8,66	16,67	31.3%
	3	59.38±17.2	-14.38	-19.5%	75±	-5,00	-6.3%	45±13,23	-8,33	-15.6%
Función Social (FS)	1	76.56±22.60	0		62,5±	0,00		70,83±26,02	0,00	
	2	62.50±22.16	-14.06	-18.4%	50±	-12,50	-19.4%	79,17±14,43	8,33	11.8%
	3	60.94±28.69	-15.63	-20.4%	100±	37,50	61.3%	33,33±19,02	-37,50	-53.4%
Rol Emocional (RE)	1	41.63±42.77	0		0±	0,00		33,33±57,74	0,00	
	2	41.63±42.77	0	0.0%	67±	67,00	67.0%	33,33±33,5	0,00	0.0%
	3	50±47.17	8.38	20.1%	100±	100,00	100.0%	22,33±38,68	-11,00	-34.0%
Salud Mental (SM)	1	65.5±26.18	0		72±	0,00		54,67±12,22	0,00	
	2	64±19.12	-1.5	-2.3%	72±	0,00	0.0%	65,33±22,03	10,67	19.5%
	3	61±20.26	-4.5	-6.9%	72±	0,00	0.0%	48±6,93	-6,67	-12.2%

Para el nivel secundaria completa, las variaciones entre la primera y segunda medición se hallaron en las dimensiones FF (Media: 72,73 y 84,55; DE: ±25,82 y ±18,5; Variación % 16,3%) y en RF (Media: 29,55 y 59,09; DE: ±41,56 y ±49,08; Variación % 29,55%); mientras que las variaciones obtenidas de la comparación entre la primera y tercera medición corresponde a las dimensiones FF (Media: 72,73 y 70,45; DE: ±25,82 y ±25,34; Variación % -2.27%) y RF (Media: 29,55 y 34,09; DE: ±41,56 y ±45,1; Variación % 4.55%). Para el nivel secundaria incompleta, las variaciones halladas entre la primera, segunda y tercera medición corresponde a la dimensión RE (Media: 41,63, 41,63 y 50,0; DE: ±42,77, 42,77 y ±47,17; Variación % 0% y 8,38%).

Para el nivel superior completo, estas variaciones (primera, segunda y tercera medición) se hallaron en las dimensiones FS (Media: ± 62,5, ± 50,0 y ± 100; Variación % -12,50% y 37,50%) y RE (Media: 0,00, ±67,00 y ± 100,0; Variación % 67% y 100%). Asimismo, para el nivel superior incompleto, se encontraron variaciones (comparación primera, segunda y tercera medición) en las dimensiones DC (Media: 44,33, 71,33 y 47,00; DE: ±16,26, ±25,32 y ± 47,09; Variación % 27,00% y 2,67%); VT (Media: 53,33, 70,00 y 45,00; DE: ±2,89, ±8,66 y ±13,23; Variación % 16,67% y -8,33); FS (Media: 70,83, 79,17 y 33,33; DE: ±26,02, ±14,43 y ±19,02; Variación % 8,33% y -37,50%) y para RE (Media: 33,33; 33,33 y 22,33; DE: ±57,74, ± 33,5 y ±38,68; Variación % -0% y -11,0%).

Contrastación de hipótesis

H_3: Existen diferencias según nivel educativo en la valoración del CVRS en el grupo de estudio.

Por la naturaleza ordinal de variable nivel educativo, el coeficiente de correlación de Kendall es el más apropiado. Los resultados mostraron bajos coeficientes de correlación en las tres mediciones (τ = 0,085; 0,185 y 0,156), no alcanzando significación estadística (p = 0,502; 0,144 y 0,220). De la contrastación estadística se obtuvo que el nivel educativo es independiente

y/o no está relacionado con la valoración de la CVRS en el grupo de estudio ($p<0.05$).

Tabla 15

Correlación y prueba de hipótesis para percepción de la CVRS en el grupo de estudio según nivel educativo

Medición de la Percepción CVRS	Correlación de Kendall	
	Nivel educativo	p
1	0,085	0,502
2	0,185	0,144
3	0,156	0,220

La tabla Nro. 16 muestra las variaciones encontradas en las dimensiones de la CVRS según estado civil considerando tiempo transcurrido entre cada medición (comparación primera, segunda y tercera evaluación). Para el estado conviviente, se hallaron variaciones en dos dimensiones: SG (Media: 47,56. 48,25 y 56,25; DE: ±19,51, 27,57 y ±25,4; Variación % 0,69% y 8,69%) y RE (31,25, 39,63 y 47,88; DE: ±37,51, ±44,3 y ±45,52; Variación % 8,38 y 16,63). Para el estado separado, estas variaciones solo fueron encontradas en una dimensión: FF (Media: 72,5, 75,0 y 82,5; DE: ±24,75, ±35,36 y ±10,61; Variación % 2,5% y 10%); mientras que, para el estado casado, dichas variaciones fueron halladas en dos dimensiones: FF (Media: 80,00, 60,00 y 75,00; Variación % -20% y -5%) y VT (Media: 40,00, 55,00 y 35,00; Variación % 15% y -5%).

Finalmente, el estado soltero fue el que presentó mayores variaciones, encontrándose diferencias en cuatro dimensiones: RF (Media: 53,13, 71,88 y 56,25; DE: ±42,7, ±41,71 y ±42,33; Variación % 18,75% y 3,12%), VT (Media: 56,88, 57,19 y 49,38; DE: ±16,92, ±22,51 y ±16,92; Variación % 0,31% y -7,5%), FS (Media: 64,06, 67,19 y 55,47; DE: ±17,6, ±27,72 y ±25,4; Variación % 3,13% y -8,59%) y para RE (Media: 25,00, 50,00 y 37,5; DE: ±37,56, ±45,57 y ±46,96; Variación % 25% y 12%).

Tabla 16

Diferencias en las dimensiones de la CVRS según estado civil

CVRS	Medición	Estado civil											
		Conviviente			Separado			Casado			Soltero(a)		
		Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%	Media±DE	Diferencia	Variación%
Función Física (FF)	1	77.19±23.38	0		72.5±24.75	0		80			80.94±21.31		
	2	83.44±22.49	6.25	8.1%	75±35.36	2.5	3.4%	60	-20	-25.0%	83.44±21.58	2.5	3.1%
	3	83.13±19.91	5.94	7.7%	82.5±10.61	10	13.8%	75	-5	-6.3%	82.5±23.24	1.56	1.9%
Rol Físico (RF)	1	39.06±45.62	0		100±0	0		0			53.13±42.7		
	2	53.13±49.9	14.07	36.0%	50±70.71	-50	-50.0%	0	0	0.0%	71.88±41.71	18.75	35.3%
	3	53.13±46.44	14.07	36.0%	75±35.36	-25	-25.0%	0	0	0.0%	56.25±42.33	3.12	5.9%
Dolor Corporal (DC)	1	65.25±26.44	0		87±18.38	0		62			64.06±19.08		
	2	62.88±26.9	-2.37	-3.6%	71±41.01	-16	-18.4%	62	0	0.0%	68.75±23.24	4.69	7.3%
	3	63.31±25.38	-1.94	-3.0%	73±15.56	-14	-16.1%	62	0	0.0%	60±23.98	-4.06	-6.3%
Salud General (SG)	1	47.56±19.51	0		56±15.56	0		47			50.94±20.53		
	2	48.25±27.57	0.69	1.5%	51±29.7	-5	-8.9%	52	5	10.6%	54.44±17.27	3.5	6.9%
	3	56.25±25.4	8.69	18.3%	56±5.66	0	0.0%	40	-7	-14.9%	47.31±22.59	-3.63	-7.1%
Vitalidad (VT)	1	63.44±23.64	0		72.5±17.68	0		40			56.88±16.92		
	2	55.63±21.75	-7.81	-12.3%	70±28.28	-2.5	-3.4%	55	15	37.5%	57.19±22.51	0.31	0.5%
	3	57.81±20.25	-5.63	-8.9%	67.5±10.61	-5	-6.9%	35	-5	-12.5%	49.38±16.92	-7.5	-13.2%
Función Social (FS)	1	71.09±21.27	0		87.5±17.68	0		62.5			64.06±17.6		
	2	57.81±24.1	-13.28	-18.7%	62.5±17.68	-25	-28.6%	37.5	-25	-40.3%	67.19±27.72	3.13	4.9%
	3	55.47±20.9	-15.62	-22.0%	75±17.68	-12.5	-14.3%	62.5	0	0.0%	55.47±25.4	-8.59	-13.4%
Rol Emocional (RE)	1	31.25±37.51	0		83.5±23.33	0		0			25±37.56		
	2	39.63±44.3	8.38	26.8%	50±70.71	-33.5	-40.1%	0	0	0.0%	50±45.57	25	100.0%
	3	47.88±45.52	16.63	53.2%	66.5±47.38	-17	-20.4%	0	0	0.0%	37.5±46.96	12	48.0%
Salud Mental (SM)	1	59.75±24.81	0		66±48.08	0		52			60±17.1		
	2	55±22.27	-4.75	-7.9%	70±31.11	4	6.1%	32	-20	-38.5%	56.5±22.76	-3.5	-5.8%
	3	57.75±21.91	-2	-3.3%	72±11.31	6	9.1%	28	-24	-46.2%	50.5±16.32	-9.5	-15.8%

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Comparar diferencias por sexo en los marcadores biológicos (recuento de linfocitos CD4 y carga viral) según tiempo de diagnóstico en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima Provincias

La tabla Nro. 17 y Figura 2 presenta las variaciones encontradas al comparar los marcadores biológicos considerando tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Para el sexo hombre y en el marcador biológico CD4, se hallaron cambios comparando la primera y segunda medición (Media: 273.32 y 313.58; DE: ±177.21 y ±200.08; Variación %: 15%) así como entre la primera y tercera medición (Media: 273.32 y 349.37; DE: ±177.21 y ±201.08; Variación %: 28%), observando el incremento de este indicador. Por su parte, la comparación del mismo marcador en el sexo mujer, también mostró variaciones entre la primera y segunda medición (Media: 243.63 y 335.69; DE: ±113.51 y ±194.87; Variación %: 38%) y entre la primera con la tercera medición (Media: 243.63 y 361; DE: ±113.51 y ±203.19; Variación %: 48%), observando un mayor incremento.

De la comparación del sexo hombre con el marcador biológico CV, se encontraron variaciones entre la primera y segunda medición (Media: 6766.09 y 12678.63; DE: ±23354 y ±34726.96; Variación %: 87%) así como entre la primera y tercera medición (Media: 6766.09 y4428.71; DE: ±23354 y ±18689.4; Variación %: -35%), observando la disminución de su valor numérico. Asimismo, al comparar el mismo marcador en el sexo mujer, se obtuvieron cambios entre la primera y segunda medición (Media: 42647.79 y 21339.03; DE: ±115654.71 y ±38152.91; Variación %: -50%) y entre la primera con la tercera medición (Media: 42647.79 y 10472.93; DE: ±115654.71 y ±38855.59; Variación %: -75%), observando un valor inferior al observado en la evaluación inicial entre ambos.

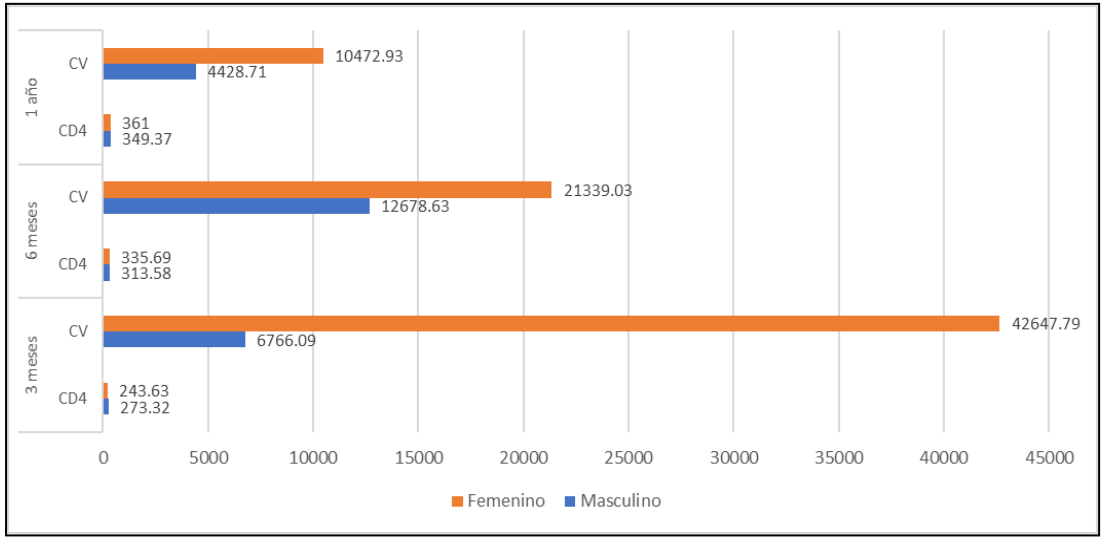
Tabla 17

Diferencias en los marcadores biológicos diferenciado por sexo y tiempo de diagnóstico

Tiempo de diagnóstico	Marcadores biológicos	Masculino			Femenino			Total		
		Media±DE	Diferencia	Variación %	Media±DE	Diferencia	Variación %	Media±DE	Diferencia	Variación %
3 meses	CD4	273,32±177,21	0.00		243,63±113,51	0.00		259,74±150,12	0.00	
	CV	6766,09±23354,17	0.00		42647,79±115654,71	0.00		22850,99±79715,53	0.00	
6 meses	CD4	313,58±200,8	40.26	15.0%	335,69±194,87	92.06	38%	323,69±195,51	63.95	24,6%
	CV	12678,63±34726,96	5912.54	87.0%	21339,03±38152,91	-21308.76	-50%	15690,94±35332,38	-7160,05%	-31,3%
1 año	CD4	349,37±201,08	76,05	28.0%	361±203,19	117.37	48%	354,69±199,13	94.95	36,6%
	CV	4428,71±18689,4	-2337.38	-35.0%	10472,93±38855,59	-32174.86	-75.4%	7191,78±29331,25	-15659.21	-68,5%

Figura 2

Diferencias en los marcadores biológicos con tiempo de diagnóstico en el grupo de estudio



Contrastación de hipótesis

H_4: A mayor recuento del marcador biológico CD4 mayores serán las diferencias en la percepción de CVRS según medición realizada.

Del análisis de los datos obtenidos presentados en la Tabla 18, entre el marcador CD4 y CVRS, se observa que en la tercera medición (1año) existe una asociación directa muy débil estadísticamente no significativa (r: 0,133; p<0.05) mientras que en la primera (r: -0.107; p<0.05) y segunda medición (r: -0.052; p<0.05) no se obtuvieron asociación entre las variables.

Tabla 18

Asociación y prueba de hipótesis para marcador biológico CD4 y CVRS según tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Medición de la Percepción CVRS	Marcador biológico (CD4)					
	3 meses[a]	p	6 meses[b]	p	1 año[a]	p
1	-0,107	0,539	-0,049	0,680	-0,039	0,823
2	0,237	0,170	0,052	0,660	0,218	0,209
3	0,154	0,377	0,083	0,486	0,133	0,446

Nota.
a Con correlación de Pearson
b con correlación de Kendall

Contrastación de hipótesis

H_5: A mayor recuento del marcador biológico CV menor será la percepción de la CVRS según tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Finalmente, al analizar los resultados mostrados en la Tabla 19, se observa que existe una asociación inversa muy débil estadísticamente no significativa (r: -0,177; p<0.05) mientras que de la primera y segunda medición no se obtuvo asociación entre las variables.

Tabla 19

Asociación y prueba de hipótesis para marcador biológico CV y CVRS según tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Medición de la Percepción CVRS	Marcador biológico carga viral					
	3 meses	p	6 meses	p	1 año	p
1	0,042	0,749	-0,036	0,812	-0,099	0,428
2	-0,047	0,721	0,052	0,731	0,018	0,883
3	-0,032	0,807	0,139	0,355	-0,177	0,159

Nota.
a Con correlación de Pearson
b con correlación de Kendall

4.2. Discusión e interpretación de los resultados

Toda enfermedad, en mayor o menor medida, constituye un proceso de deterioro del funcionamiento integral y dado que su aparición supone una situación de crisis, el ajuste y afronte de la misma dependerá de las características individuales y del entorno físico / social al que pertenezca (Calizaya, 2006). Por otra parte, la confirmación de una condición de cronicidad genera un impacto que comprometerá múltiples áreas funcionales tanto en quien lo padece como en su entorno mediato (familiar, social o laboral), entre otras factores, por las repercusiones que serán consecuencia directa de la misma ya sea por adicionar cambios (inicio de tratamiento farmacológico y de procedimientos asociados) o por restar actividades (abandono laboral, deserción académica; pérdida de rutinas asociadas con la distracción y bienestar); más aún si consideramos que socialmente pueden relacionarse con representaciones valorativas estigmatizantes que hacen aún más difícil el fortalecimiento de una conducta adaptativa tendiente a garantizar la adherencia al tratamiento.

Numerosos autores coinciden en describir la CVRS como un constructo multidimensional vinculado con componentes que abarcan el

reconocimiento de la sintomatología y su impacto en el estado funcional (físico, psicoemocional, social y espiritual), en la valoración del bienestar subjetivo y en el estado de salud general (Grau et al, 2007; Alonso, 2000); reconociéndose que una autopercepción desfavorable se asociará con mayor riesgo de morbi-mortalidad.

De acuerdo con los datos obtenidos y según lo propuesto en el objetivo específico 1, al comparar las variaciones de las dimensiones de CVRS en personas portadoras del VIH según tiempo de diagnóstico, se encontró que a medida que aumentaba el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la percepción desfavorable aumentaba para las dimensiones rol físico, dolor corporal y función social. Lo anterior puede entenderse debido a la complejidad propia de la sintomatología en el VIH (respuesta idiosincrática) aunada a las repercusiones vinculadas con los efectos secundarios adversos del tratamiento antiretroviral (TARGA) tales como lipodistrofia, cefalea, náuseas, dolor abdominal, diarreas, rash cutáneo o mareos (Urizar et al., 2020; Briongos-Figuero y col., 2011; Bechara et al., 2008; Mannheimer, 2005) los cuales a mediano y largo plazo interferirán las esperas intra e interpersonales.

Al respecto, cuando se hace referencia al óptimo funcionamiento humano integral, se considera que este es resultado del equilibrio de cuatro dimensiones (biológica, psicoafectiva, social y espiritual) reflejadas en capacidades para realizar las actividades cotidianas y sociales dentro de un contexto de oportunidades y facilidades brindadas por el entorno (OMS/OPS, 2011); por lo que el funcionamiento social será uno de los primeros roles en vulnerarse en las personas portadoras del VIH al afectarse la capacidad de continuar realizando las actividades individuales que trascienden el dominio personal por desarrollarse en situaciones de participación y convivencia social (familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo y relaciones vinculadas).

Vinanccia y Soraya (2021) encontraron que las limitaciones físicas (salud física) que presentan estos pacientes en cuanto a su autocuidado, capacidad de movilidad y de desarrollar actividades que impliquen esfuerzos moderados e intensos (como caminar, correr o levantar objetos), interfieren

en el desarrollo y cumplimiento de otras actividades (sociales y de trabajo) lo que genera al mismo tiempo, sentimientos de agotamiento y cansancio que con el tiempo, repercutirán en la valoración de una adecuada CVRS.

Dicho lo anterior y al contrastar lo propuesto en la hipótesis específica 1, se encontró que si bien existían variaciones en tres de sus dimensiones (las ya indicadas: RF, DC y FS), éstas no fueron estadísticamente significativas al ser comparadas en los diferentes momentos de medición; sin embargo, Canova (2021) si encontró diferencias estadísticas en el comportamiento de la variable CVRS, identificando dimensiones con una mayor (función física) y menor percepción (salud mental y vitalidad).

De acuerdo a lo planteado en el objetivo específico 2, al comparar diferencias en las dimensiones de CVRS de personas portadoras del VIH según variables sociodemográficas, se encontró que ésta era percibida de manera menos favorable en mujeres (aceptándose la hipótesis específica 2) al transcurrir los primeros seis meses posteriores al diagnóstico, siendo por igual para ambos sexos, las dimensiones RF y VT valoradas como las más vulneradas; coincidiendo con lo encontrado por García-López et al. (2021), quienes observaron una mayor valoración en hombres jóvenes concluyendo que ser mujer se asociaba a un peor estado de salud percibido y, las dimensiones rol físico y salud general como las menos favorables tanto para mujeres como para hombres (concordando con los resultados obtenidos en esta investigación).

Lo anterior podría explicarse de la manera siguiente: la realidad percibida al encontrarse asociada inevitablemente con representaciones sociales y culturales podría generar dos posibles respuestas; por un lado, la apertura para externalizar emociones y expectativas con mayor tolerancia hacia la mujer facilitaría el reconocimiento del deterioro de la salud y, en consecuencia, su impacto en la CV. Por otro lado, las características asociadas con el cumplimiento de roles y funciones según género, así como las dificultades para realizarlas por el deterioro del estado de salud podría vulnerar de manera más directa la percepción de la CV en ellas. Peltzer et al (2017) afirman que son las mujeres portadoras del VIH quienes

experimentan mayores formas de discriminación por lo que son más fácilmente estigmatizadas, repercutiendo directamente en su CVRS.

Al comparar las dimensiones de CVRS según nivel educativo no se encontró diferencias significativas (rechazando la hipótesis específica 3), de lo que se infiere que el nivel de instrucción no variaría la percepción de la CVRS; contradiciendo los resultados obtenidos por García-López et al. (2021) y por Moreno-Montoya et al. (2018), para quienes mayores niveles de instrucción se asociaban con una mayor valoración de la CVRS y con mayores puntuaciones en la dimensión SF. Debe precisarse, sin embargo y pese a su antigüedad, que los resultados obtenidos coinciden con lo propuesto por Briongos-Figuero et al (2011b), quienes tampoco encontraron correlación entre esta variable sociodemográfica y la CVRS.

Una posible explicación de lo anterior puede deberse al tamaño muestral determinado para el presente estudio; sin embargo, resulta importante enfatizar la importancia de los aspectos cognitivos emocionales propios del portador de VIH en la valoración de su experiencia individual por encima de aquellos asociados con el conocimiento/información y comprensión de la enfermedad como proceso (más relacionados con el nivel educativo).

Las cogniciones y emociones generadas posterior al diagnóstico e inicio del tratamiento TARGA, vulnerarán el ámbito psicoafectivo e interferirán en la continuidad del cumplimiento de las actividades cotidianas y en el sostenimiento de relaciones interpersonales constructivas (asociados con el temor al rechazo social o al contagio de personas significativas, al deterioro y progreso sintomático de la enfermedad así como la presencia de sentimientos negativos resultado de las dificultades para continuar sosteniendo su independencia). Siendo así, no es de extrañar que las principales diferencias encontradas en la CVRS comparada con esta variable sociodemográfica fueron para las dimensiones dolor corporal y rol emocional, ambas integrantes de la espera intrapersonal.

Por otra parte, al comparar las dimensiones de CVRS según estado civil no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, se observaron

mayores variaciones en la categoría soltero para las dimensiones rol emocional, rol físico, función social y vitalidad. Al respecto, ser parte de una red de soporte social estructurada (familia, pareja estable, hijos) aumenta la posibilidad de disponer de adecuados recursos emocionales y prácticos, además de proporcionar un efecto protector (individual y social) que incide directamente en la salud, ya que facilita una mayor percepción de sentirse estimados, cuidados y valorados fortaleciendo la adopción de patrones de conductas saludables, lo cual directamente repercutirá en la CVRS (Calizaya, 2017).

Marmot y Wilkinson (2005) indicaron que la marginación y el aislamiento social se relacionaban con índices más elevados de morbimortalidad, muerte prematura y menores posibilidades para sobrevivir; dado que la condición de cronicidad en la PVVS asociada con la percepción de la enfermedad como proceso y de sus repercusiones en el tiempo, incrementará una mayor vulnerabilidad física y emocional por lo que ser parte de un entorno social estructurado contribuirá en aminorar el impacto generado.

Numerosos autores coinciden en enfatizar el rol que cumple la familia como predictor de la evolución de variables psicosociales mediadoras en un individuo y su estado de salud general, fortaleciendo su sentido de trascendencia y promoviendo la adopción de estilos de vida saludables (Vélez y Villaseñor, 2023; Cahuana et al., 2019; Arias y Glagarza, 2017; Oñate y Calvete, 2017; Alarcon, 2014); al proporcionar soporte social y psicoafectivo a sus integrantes. En consecuencia, un factor importante que repercutirá en la CVRS en personas que presentan una condición de discapacidad por enfermedad, en definitiva, será la ausencia o pobreza de apoyo familiar.

En consideración a lo establecido en el objetivo específico 3, al comparar diferencias en los marcadores biológicos según sexo, se encontró que en el grupo mujeres había un mayor incremento sostenido del CD4 y disminución de los valores de CV a lo largo del tiempo, presentándose también dichos comportamientos para el grupo hombres, pero en menores valores. Según lo propuesto por Anderson y Whitaker (2018) existe

evidencia de que las mujeres tienden a tener mayores conductas de autorregulación en sus hábitos saludables (p. 847) así como de que los hombres presentan mayor riesgo de padecer fracaso terapéutico (Del Moral et al., 2022, p. 10); de lo que puede inferirse que, serán las mujeres quienes presenten un mayor sostenimiento en el aumento del CD4 y disminución de la CV por encontrarse ambas variables muy vinculadas con la adopción de comportamientos asociados con adecuados estilos de vida, fundamentales para conseguir la adherencia terapéutica.

Pese a encontrar asociación directa entre CD4 y CVRS, mientras mayor fue el tiempo que transcurrió desde el diagnóstico (un año), ésta no fue significativa (por lo cual no se acepta la hipótesis específica 4); lo que coincide con los resultados obtenidos por Canova (2021, p. 6) contrarrestando con Fuster-Ruiz et. Al. (2019) quienes, si encontraron asociación directa entre el nivel de linfocitos TCD4 y la valoración de CVRS además de diferencias significativas en varios de sus dominios como la participación en actividades recreativas, satisfacción sexual, disponibilidad de recursos financieros y percepción de salud general (p. 6).

Conjeturando posibles factores que expliquen este proceso, Mutabazi-Mwesigire et al. (2015) proponen que la falta de asociación entre ambas variables podría deberse a la condición asintomática del PVVS y un implícito CD4 elevado o a la predominancia de otros factores (psicosociales y/o cognitivo-afectivos) por encima de los marcadores inmunológicos (p. 8). Es importante recordar la significancia subjetiva en la percepción de la CVRS y su asociación con las expectativas y metas propuestas por la PVSS antes, durante y posterior al diagnóstico y durante todo el proceso de cronicidad de la enfermedad.

De manera similar y pese a no ser significativa, se encontró asociación indirecta entre CV y CVRS (no aceptándose la hipótesis específica 5) en el mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico (un año), coincidiendo con Dessie et al. (2020), quienes enfatizaron el efecto diferencial significativo de este marcador biológico en la CVRS especialmente para autovaloración de la dimensión física (p. 13). Canova (2021) plantea, sin embargo, el efecto relativista en esta asociación, ya que

encontró que la CV indetectable se relacionaba con CVRS en diferentes dimensiones como dolor corporal, rol emocional, evolución declarada de la salud y salud general (p. 6); por lo que resulta conveniente considerar que existirían otros factores que podrían asociarse con la mejor valoración de la CVRS (como sería, por ejemplo, la conducta de adherencia terapéutica).

Lo propuesto en el párrafo anterior queda de manifiesto en el planteamiento de Cabrera et al. (2018), para quienes la CV indetectable (resultado directo de la efectividad del TARGA y su adherencia) se asociaría de manera significativa con una peor valoración de la CVRS (principalmente en tres dimensiones: funcionamiento físico, calidad de vida percibida y energía/fatiga).

4.3. Conclusiones

a. Se encontraron variaciones en los valores obtenidos en las dimensiones de CVRS en personas portadoras del VIH a medida que aumentaba el tiempo desde el diagnóstico, siendo principalmente desfavorables para las dimensiones más inmediatamente vulneradas con la condición de enfermedad, vale decir: lo social (función social) y lo biológico (rol físico y dolor corporal). Dicho lo anterior, es importante precisar que éstas no fueron estadísticamente significativas al ser comparadas en las tres mediciones realizadas.

b. Se identificó que el sexo mujer percibía de manera menos favorable la CVRS durante los seis primeros meses posteriores al diagnóstico (rol físico, función física, vitalidad y salud mental); sin embargo, a mayor tiempo transcurrido, la desvalorización de la misma no mostro diferencias siendo reconocida por igual y de manera más desfavorable para los roles físico y emocional, en ambos grupos. Lo anterior ratifica el impacto que las representaciones culturales y sociales atribuidas al género tendrían en el desarrollo de cogniciones vinculadas con respuestas adaptativas a la enfermedad.

c. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de las dimensiones de CVRS al ser comparadas con el nivel educativo y el estado civil; observándose, sin embargo, mayores variaciones en la categoría soltero (a). Esto representaría dos aspectos importantes dentro de la percepción de la CVRS: el primero, la valoración que parte de la propia experiencia personal (y por tanto subjetiva) del paciente sobre su enfermedad no se encontraría determinada por el conocimiento / comprensión que pueda tener de la misma. Por otra parte, la determinación de pertenecer a una red de soporte social estructurada para contener las posibles repercusiones que puedan presentarse como consecuencia de ser diagnosticado y desarrollar una enfermedad que tienda a la cronicidad.

d. Se encontraron diferencias en la comparación de los marcadores biológicos según sexo, siendo el grupo mujer quienes mostraron el

incremento sostenido del CD4 con disminución de la CV en el transcurso de las mediciones; dicho comportamiento probablemente asociado con una mayor adopción de comportamientos vinculados con una adecuada adherencia terapéutica (cumplimiento del tratamiento TARGA, mayores horas de sueño, cambios en los hábitos alimentarios, búsqueda de ayuda para el manejo eficiente de las emociones, consumo regulado de sustancias, entre otros). Pese a lo indicado, es preciso señalar que éstas no fueron estadísticamente significativas.

e. Se encontró asociación directa entre CVRS y CD4 e indirecta con CV (pese a no ser significativas), con lo que se enfatiza la importancia de factores de índole subjetivo al paciente (cognitivo-afectivo y lo psicosocial) por encima de lo biológico o de los indicadores objetivos (estandarizados) para la valoración de su estado de salud antes, durante y posterior al diagnóstico y en el proceso de cronicidad.

4.4. Recomendaciones

a. Por la determinación favorable asociada con una mejor percepción de CVRS que tiene el pertenecer a una red de soporte social estructurada, se hace necesario crear espacios que promuevan un mayor compromiso y participación por parte del entorno sociofamiliar y, en su ausencia, la identificación de aquellos que puedan proveer las condiciones básicas conducentes a la satisfacción de necesidades (agentes comunitarios y/o organizaciones de apoyo) (organización y sistema de salud)

b. Por la determinación que cumplen las valoraciones subjetivas (metas, expectativas, valores y motivaciones) propias de la persona con enfermedades crónicas, urge la necesidad de considerar intervenciones en salud con un enfoque más humanístico, empático y centrado en el dolor individual, respetando y reconociendo las diferencias que caracterizaran el largo del proceso salud → enfermedad (organización y sistema de salud)

c. Al evidenciarse áreas vulneradas (función social, rol físico y dolor corporal), se sugiere direccionar las intervenciones con estrategias como fortalecimiento de habilidades sociales y manejo del dolor, con el fin de contrarrestar los efectos del malestar generado, favoreciendo una percepción de control y bienestar, reducción del sufrimiento, prevención del aislamiento y promoción de la adherencia terapéutica (equipo muldisiciplinario)

d. Al percibir las mujeres una menor calidad de vida durante los primeros meses posteriores al diagnóstico, se sugiere diseñar intervenciones desde un enfoque de género (empoderamiento y resignificación del diagnóstico) para favorecer procesos adaptativos sostenibles en el tiempo (equipo muldisiciplinario).

e. Por las limitaciones metodológicas establecidas en la investigación, se sugiere la ejecución de estudios que complejicen otros aspectos (cohorte de 02 o más grupos, mayor número de participantes, adición de otras variables sociodemográficas o no), de tal forma se observe el comportamiento y variabilidad resultante de la percepción de la CVRS en

personas portadoras del VIH considerando la presencia de otros factores que puedan asociarse con el fracaso terapéutico.

f. Finalmente, se recomienda incorporar la evaluación periódica de la CVRS, con la finalidad de identificar de manera oportuna, las necesidades (físicas, psicoemocionales y sociales) asociadas con una mejor respuesta de adherencia, favoreciendo intervenciones integrales y centradas en la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

Alarcón, R. (2014), Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social, 3* (1); 61-74. https://www.semanticscholar.org/paper/Funcionamiento-familiar-y-sus-relaciones-con-la-Alarc%C3%B3n/4c86e871f0ba5d556182b95f4365c9a5b8c7c1f6?utm_source=direct_link

Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14, 163-167. https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71450-6

Alonso, J.; Prieto, L. y Antó, JM. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 27; 104*(20): 771-776. Español. PMID: 7783470.

Amanqui Mamani, M. (2021). *Calidad de vida y discriminación en pacientes con VIH del CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2019* [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional del Altiplano. http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/17316

Anderson, S. y Whitaker, R. (2018). Association of self-regulation with obesity in boys vs girls in US National Sample. *JAMA Pediatric, 172* (9), 842-850. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1413

Arashiro, P.; Maciel, C.; Freitas, F.; Ramires, G.; Pereira, J.; Ravy, A.; Miranda, A.; De Madeiros, M.; Du Bocage, C. y Falcão de Oliveira, E. (2023). Adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV with moderate or severe mental disorder. *Scientific Reports, 13*, 3569. https://doi.org/10.1038/s41598-023-30451-z

Ardila, R (1998) El problema Mente - Cuerpo. Implicaciones para la Psicología de la Salud. *Revista Psicología Contemporánea, 5* (2), 4- 9

Arias, W. y Galagarza, L. (2017). Alexitimia y funcionalidad familiar en estudiantes de ingeniería. *Perspectiva de Familia*, 2; 27-44. https://doi.org/10.36901/pf.v2i0.102

Ayuso-Mateos, J.; Lasa, L.; Vázquez-Barquero, J.; Oviedo, A. & Díez-Manrique, J. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99 (1);* 26-32. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x

Ballester-Arnal, R.; Gómez-Martínez, S.; Fumaz, C.; González-García, M.; Remor, E. & Fuster, M.J. (2016) A spanish study on psychological predictors of quality of life in people with HIV. *AIDS and Behavior, 20* (2), 281-291. https://doi.org/10.1007/s10461-015-1208-6

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84* (2), 191-215 https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4

Bechara, F., Sand, M., Potthoff, A., Altmeyer, P., Brockmeyer, N. & German Competence Network for HIV/AIDS (2008). HIV-associated facial lipoatrophy–review of current therapy options. *European Journal of Medical Research, 13 (3)*; 93–99. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18499554/

Bonifaz, L.; Ontiveros-Padilla, L. y López-Macías, C. (2020). El papel de los linfocitos T en la infección por SAR S-CoV-2 *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 58*(*2), Sup.,* 312-315 https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000144

Briongos-Figuero L.S., Bachiller-Luque P., Palacios-Martin T., De Luis-Roman D.A. & Eiros-Bouza J.M. (2011a) Factors associated with antiretroviral treatment and their influence on health-related quality of life in HIV infected patients. *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica, 29* (1), 9-13. https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.06.006

Briongos-Figuero, L., Bachiller-Luque, P., Palacios-Martín, T., González-Sagrado, M, & Eiros-Bouza, J. (2011b). Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Medicine, 12*(1), 22–30. https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2010.00844.x

Broadbent, E.; Wilkes, C.; Koschwanez, H., Weinman, J.; Norton, S. y Petrie, K. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health, 30*(11), 1361–1385. https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723–742. https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723

Buitrón Ramos, D. y Paredes Calderón, M. (2023). *Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" – 2022* [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión http://hdl.handle.net/20.500.14067/8361

Bunge, M. (1978). *Las teorías de la causalidad*. Sígueme. ISBN 84301-04461

Cabrera-Alonso, S.; Arteta-Dalchiele, Z.; Meré-Rouco, J. y Cavalleri-Ferrari, F. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica del Uruguay, 34* (1), 7-19. https://doi.org/10.29193/rmu.34.1.1

Cahuana-Cuentas, M., Arias-Gallegos, W., Rivera-Calcina, R, & Ceballos-Canaza, K. (2019). Influence of Family over the Resilience of People with Physical and Sensory Disabilities from Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 57*(2), 118-128. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200118

Calsina, Y. y M. Ccama (2020). *Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH que asisten al Centro de Referencia de*

Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. [Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. Universidad Peruana Unión, Escuela Profesional de Enfermería] http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4840

Calizaya-Vera, J. (2017). *Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en mujeres sobrevivientes a la violencia familiar en la Provincia de Huaral, 2011 – 2012*. [Tesis para optar el grado académico de Doctora en Salud Pública. Escuela Universitaria de Post Grado, UNFV]

Calizaya-Vera, J. (2006). *Ansiedad, afrontamiento del estrés y calidad de vida en pacientes con tuberculosis* [Tesis para optar el grado académico de magíster en psicología, mención: Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Canova Barrios, C. J. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en sujetos con VIH. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23, ISSN: 0124-2059 (impreso) / ISSN: 2027-128X (en línea) https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cvrs

Camposeco, F. (2012). *La autoeficacia como variable en la motivación intrínseca y extrínseca en matemáticas a través de un criterio étnico.* [Memoria para optar el grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación] https://hdl.handle.net/20.500.14352/48346

Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz-Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *34*(1), 63-72. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&tlng=es.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf

Cepeda, Z. y Ruiz, J. (2015). Empatía: diferencias entre abusadores sexuales, delincuentes violentos y un grupo control. *Revista Criminalidad, 57* (2): 209-220 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082016000200005&lng=en&tlng=es.

Cevallos Campos, L. y Asca Montoya, C. (2024). *Producción científica sobre calidad de vida en pacientes con VIH en Brasil y Perú: Una revisión narrativa* [Trabajo de Segunda Especialidad]. Universidad Peruana Unión. https://hdl.handle.net/20.500.12840/7879

Ciuffolini, M. y H. Jure (2017). Abordaje integral del proceso salud enfermedad atención. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste; 37* (1), 27-33 https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1120076/2017-vol37127-33.pdf

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC, 2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los Investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación Tecnológica - reglamento RENACYT. https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf

Cumbre de Río de Janeiro (1992). Agenda 21. [Documento en línea]. Disponible: http://www.rolac.unep.mx/agenda21/esp/ag21inde.htm

Cheng, C; Wang, H. y Yang, C. (2024). Self-reported health-related quality of life and residual symptoms among virologically suppressed people living with HIV. *Life, 14*(3), 294. https://doi.org/10.3390/life14030294

Chuang, T.; Jasón, W.; Pajurkova, M. y Gill, J. (1992). Psychiatric morbidity in patiens with HIV infection. *Canadian Jornal of Psychiatry*, 32 (2), 109 – 115. https://doi.org/10.1177/070674379203700207

DeJean, D.; Giacomini, M.; Vanstone, M. & Brundisini, F. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technology & Assessment Services, 13* (16), 1-33. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24228079/

Del Moral-Trinidad, L., Bañuelos-Silva, G & Campos-Uscanga, Y. (2022). Factores asociados al fracaso terapéutico en personas viviendo con VIH con tratamiento antirretroviral: una revisión panorámica de la literatura. *Revista Cubana de Medicina Tropical, 74* (1), 1—16 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602022000100015

Dessie, Z.; Zewotir, T.; Mwambi, H. & North, D. (2020). Multivariate multilevel modeling of quality of life dynamics of HIV infected patients. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*(1), 80–. doi:10.1186/s12955-020-01330-2 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32209095/

Fauk, N.; Mwanri, L.; Hawke, K.; Mohammadi, L. y Ward, P. (2022). Psychological and Social Impact of HIV on Women Living with HIV and Their Families in Low- and Middle-Income Asian Countries: A Systematic Search and Critical Review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(11), 6668. https://doi.org/10.3390/ijerph19116668

Fernández, J.; Hernández, R. & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*; 28: 680-689. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70484-2

Franco, A.; Serrano, R.; Gimeno, A.; De Juan, J.; Merino, E. & Jiménez del Cerro, L. (2007). Estudio de carga viral y antigenemia como valores

predictivos de recidiva de infección CMV en el trasplante renal. *Nefrología, 27* (2), 202-208. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-057356

Frías-Navarro, D. (2022). Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. España. https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf

Fuster-Ruiz, M.; Laguía, A.; Safreed-Harmon, K.; Lazarus, J.; Cenoz, S. & Del Amo, J, (2019). Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*(1), 144 doi:10.1186/s12955-019-1208-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31426799/

García-López, Y.; Bernal-Sorianoa, M.; Torrús-Tendero, D.; Delgado de los Reyes, J. & Castejón-Bolea, R. (2021). Factores relacionados con la calidad de vida en personas que viven con el VIH en Alicante, España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 39* (3):127–133 https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.03.005

García Peña, J. y Tobón, B. (2020). El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. *Psicología y Salud, 30*(1), 83-94 https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2620

George, S.; Bergin, C.; Clarke, S.; Courtney, G. & Codd, M. (2016) Health-related quality of life and associated factors in people with HIV: an Irish cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes, 14* (1), 115. https://doi.org/10.1186/s12955-016-0517-4

Gómez –Vela, M. y Sabeh, E. (2003). Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología. Disponible en: http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm.

González Pérez, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública, 28* (2). Ciudad de la Habana, Julio – Diciembre. Versión On-line ISSN 0864-3466

Gowda, S.; Channabasappa, A.; Dhar, M y Krishna, D. (2013). Quality of life in HIV/AIDS patients in relation to CD4 count: A cross-sectional study in Mysore district. *International Journal of Health and Allied Sciences, 4* (1), 263-267 DOI: 10.4103/2278-344X.107892

Grau, A., Font-Mayolas, S., Gras Pérez, M. E., Suñer, R., & Noguera, J. (2007). Health related quality of life and tobacco consumption. *Intervención Psicosocial, 16*(1), 79-92. Retrieved from https://www.proquest.com/scholarly-journals/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-y/docview/2479709714/se-2

Guevara-Sotelo, Y. y Hoyos-Hernández, P. (2018). Vivir con VIH: Experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente, 21(39)*, 127-139 https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827

Guzmán Delgado, M. (2022). *Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA en la ESNITSS del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. https://hdl.handle.net/20.500.12848/3054

Hagger, M. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health, 18*(2), 141–184. https://doi.org/10.1080/0887044031000813 21

Hayes, B. (1999). *Como medir la satisfacción del cliente: desarrollo y utilización de cuestionarios*. Segunda edición. Gestión

Henao-Lema, C. y Arcos-Rodríguez, A. (2020). Discapacidad y determinantes sociales de la salud en personas con enfermedad cerebrovascular, San Juan de Pasto (Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 38* (1). DOI: https://doi.org/10.17533/

udea.rfnsp.v38n1e336697. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12063172008.

Hernández, M.; Guarino, H.; Kozlowski, S.; Srivastava, A.; Schenkel, R.; Tapia, T.; Seabrook, T.; Nash, D. y Irvine, M. (2024). Addressing Mental Health Barriers in HIV Care Coordination Is Crucial to Providing Optimal HIV/AIDS Care. *AIDS Patient Care and STDS*, *38*(3), 107–114. https://doi.org/10.1089/apc.2023.0240

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612

Herrera, A. (1998). Notas sobre Psicometría. Universidad Nacional de Colombia, 1–26. https://docer.com.ar/doc/nc0svex

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods, 3*(4), 424. http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424

Huarcaya, K. (2018). *Estigma y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH en un Hospital Nacional de Lima Este, 2018.* [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela Profesional de Psicología] https://hdl.handle.net/20.500.12692/23773

Institut Municipal d´Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) (2000). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris*. http://www.imim.es.

Kangas, T.; Milis, S.; Vanthomme, K. y Vandenheede, H. (2025). The social determinants of health-related quality of life among people with chronic disease: a systematic literature review. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of*

treatment, care and rehabilitation, *34*(9), 2501–2511. https://doi.org/10.1007/s11136-025-03976-1

Karkashadze, E.; Gates, M.; Chkhartishvili, N.; DeHovitz, J. y Tsertsvadze, T. (2016). Evaluación de la calidad de vida en personas que viven con el VIH en Georgia. *Revista Internacional de ETS y SIDA, 28* (7), 672–678. https://doi.org/10.1177/0956462416662379

Knobel H. (2005). Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica,* 23; 579–580 https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-calidad-vida-satisfaccion-adherencia-efectividad-13081564

Lado-Lado, F.; Prieto-Martínez, A.; Losada-Arias, E.; Cabarcos-Ortiz de Barrón, A.; Aguilera-Guirao, A. & Pérez del Molino, M. (2001). Correlación entre linfocitos CD4 y carga viral en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana con tuberculosis. *Anales de Medicina Interna, 18* (12), 624-628 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200003&lng=es&tlng=es.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of the canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf

Landon, J. (2024). Advancements in HIV Treatment: The Impact of Antiretroviral Therapy on Patient Health and Quality of Life. *Journal of AIDS and Clinical Research(15)*, 1, 988. https://www.hilarispublisher.com/open-access/advancements-in-hiv-treatment-the-impact-of-antiretroviral-therapy-on-patient-health-and-quality-of-life.pdf

Leventhal, H.; Phillips, A. y Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine*, *39*(6), 935–946. https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2

Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A. & Ozakinci, G. (2008). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston Eds.: The Sage Handbook of Health Psychology. London: SAGE Publications, Ltd.

Lifson, A.; Grandits, G.; Gardner, E.; Wolff, M; Pulik, P.; Williamns, I & Burman, W. (2015). Quality of life assessment among HIV-positive persons entering the INSIGHT Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) trial. *HIV Medicine, 16* (Suppl. 1), 88-96 https://doi.org/10.1111/hiv.12237

Liu, Y.; Yan, L.; Wan, L.; Xiang, T.; Le, A. & Liu, J. (2020). Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infectious Diseases; 20* (6): 656-657. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30232-2. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30232-2

Lodi, S., Rossi; S.; Bendiks, S., Gnatienko, N., Lloyd-Travaglini, C., Vetrova, M., Toussova, O., Bushara, N., Blokhina, E., Krupitsky, E., Ekstrand, M. L., Lioznov, D., Samet, J. H., & Lunze, K. (2023). Correlates of Intersectional HIV and Substance Use Stigma Affecting People with HIV and Substance Use in St. Petersburg, Russia. *AIDS and Behavior, 27*(2), 462-472. https://doi.org/10.1007/s10461-022-03781-8

Logan, J. (2018). Relying on the Census in Urban Social Science. *Sage Journal, 17*(3), 540-549. https://doi.org/10.1111/cico.12331

Lombó, C. (2021). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research 4* (1), 23-38. https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.606

Lopera-Vásquez, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Ciência & Saúde Coletiva, *25(2),* 693–702. https://doi.org/10.1590/1413- 81232020252.16382017

Lu, W., Mehraj, V., Vyboh, K., Cao, W., Li, T & Routy, Jean Piere (2015). CD4:CD8 ratio as a frontier marker for clinical outcome, immune dysfunction and viral reservoir size in virologically suppressed HIV-positive patients. . *Journal of the International AIDS Society; 18(1)*, 1-9 https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.20052

McDaid, L. y Flowers, P. (2020) Pandemics have psychosocial and sociocultural burdens. *The Lancet HIV(7)*, 12, 801-802. https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30239-3/fulltext

Mannheimer, S.; Matts, J.; Telzak, E.; Chesney, M.; Child, C.; Wu, A.; W., Friedland, G., & Terry Beirn Community Programs for Clinical Research on AIDS (2005). Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care, 17 (1)*; 10–22. https://doi.org/10.1080/09540120412331305098

Marcus, J.; Caho, C.; Leyden, W.; Quesenberry, C. & Klein, D. (2016). Narrowing the gap in life expectancy between HIV-infected and HIV-uninfected individuals with access to care. *Journal of Adquirir Immune Deficiency Syndromes, 73* (1), 39 – 46

https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001014

Marmot, M. (2005). Historical perspective: the social determinants of disease – some blossoms. *Epidemiologic Perspectives and Innovations 2,* 4 https://doi.org/10.1186/1742-5573-2-4

Martínez, H. (2012). Metodología de la investigación. Cengage Learning. https://sd0bc5f099b0aa845.jimcontent.com/download/version/1494904262/module/10258608883/name/LIBROOO%20investigacion%20cientifica.pdf ISBN 13: 978-607-481-766-9

Mate, K.; Engler, K.; Lessard, D. y Lebouché, B. (2023). Barriers to adherence to antiretroviral therapy: identifying priority areas for people with HIV and healthcare professionals. *International Journal of STD & AIDS*, *34*(10), 677–686. https://doi.org/10.1177/09564624231169329

Mellors, J.; Muñoz, A.; Giorgi, J.; Margolick, J.; Tassoni, C.; Gupta, Ph.; Kingsley, L.; Todd, J.; Saah, A.; Detels, R.; Phair, J. & Rinaldo, Ch. (1997). Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Annals of Internal Medicine; 126* (12): 946-954.

Mendez, C. (2001). *Metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación*. McGraw Hill

Ministerio de Salud (2018). Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03 https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf

Moiso, A. (2007) Determinantes de la salud. En: Barragán, H: Fundamentos de salud pública, Capítulo 06, 161-189.

Möller, J. y Köller, O. (2000). Spontaneous and reactive attributions following academic achievement. *Social Psychology of Education*, 4, 67-86. https://doi.org/10.1023/A:1009690303176

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Universidad Surcolombiana

Moreno-Montoya, J.; Barragán, A.; Martínez, N.; Rodríguez, A. & Gonzáles, A. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con VIH en Bogotá, Colombia. *Biomédica, 38*; 577-585 http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v38n4/0120-4157-bio-38-04-00577.pdf

Mutabazi-Mwesigire, D.; Martín, F., Seeley, J. & Katamba, A. (2015). Relationship between CD4 count and quality of life over time among

HIV patients in Uganda: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes, 13* (1), 144 PMID: 26370702; PMCID: PMC4570610. DOI: 10.1186/s12955-015-0332-3 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26370702/

Mwesigire, D.; Martin, F.; Seeley, J. & Katamba, A. (2015). Relationship between CD4 count and quality of life over time among HIV patients in Uganda: a cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes, 13:144*, 1-14 Septiembre. DOI: 10.1186/S12955-015-0332-3. PMID: 26370702; PMCID: PMC4570610.

Noda-Albelo, A.; Vidal-Tallet, L.; Pérez- Lastre, J. & Cañete-Villafranca, R. (2013). Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. *Revista Cubana de Medicina, 52*(2); 118-127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000200005&lng=es&tlng=es.

Nweke, M.; Mshunqane, N.; Govender, N.; Akinpelu, A. y Ukwuoma, M. (2022). Impact of HIV-associated cognitive impairment on functional independence, frailty and quality of life in the modern era: a meta-analysis. *Scientific Reports(12)*, 6470. https://doi.org/10.1038/s41598-022-10474-8

Ñaupas, H.; Mejía, E.; Novoa, E. & Villagómez, A. (2014). *Metodología de la Investigación Cuantitativa – cualitativa y redacción de la tesis,* (4ta edición). Ediciones de la U: Colombia.

O´Brien, W.; Hartigan, P.; Martin, D.; Esinhart, J.; Hil, A.; Benoit, S.; Rubin, M.; Simberkoff, M.; Hamilton, J. & The Veterans Affairs Cooperative Study Group on AIDS (1996). Changes in plasma HIV-1 RNA and CD4+ lymphocyte counts and the risk on progression to AIDS. *The New England Journal of Medicine, 334 (7),* 426-431. https://doi.org/10.1056/NEJM199602153340703

Olaz, F. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia: contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional.* [Trabajo realizado como requisito para acceder al título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional de Córdova, Facultad de Psicologia]

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf

OMS (2025). *HIV data and statistics*. Global HIV Programme. Recuperado de https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics

OMS (2025). *HIV estimates, July 2025* [PDF]. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/hiv-estimates-2025---slides.pdf

OMS (2024). *WHOQOL: Measuring quality of life*. https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/english_whoqol_bref

OMS (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

OMS/OPS (2011). Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel Nacional [internet] [citado 2025 jun. 29] Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-implementacion-del_modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-dis_capaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364

OMS (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: Library Cataloguing-in-Publication Data. https://digitallibrary.un.org/record/706319

OMS (2010). Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescentes: Recommendations for a public health approach. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44379 Edición español: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44539

OMS (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma – Ata, URSS. 6 al 12 de setiembre de 1978. ISBN 354135 8 https://www.paho.org/es/alma-ata

ONUSIDA. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2023). *Global AIDS update 2023: The path that ends AIDS*. https://www.unaids.org/es

OPS (2025). Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). VIH/SIDA. Disponible: https://www.paho.org/es/temas/vihsida

Oñate, L., & Calvete, E. (2017). A qualitative approach to the resilience factors in families of people with intellectual disabilities in Spain. *Intervención Psicosocial, 26*(2). https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.11.002

Organização Pan-Americana da Saúde (2009). Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. Brasilia. ISBN 978-85-87943-95-8

Otero, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de la Facultad de Psicología de la UNMSM, 2* (01), 125 – 133. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998_n1/calidad_vida.htm

Passos, S. y Souza, L. (2015). Uma avaliação da qualidade de vida e seus determinantes nas pessoas vivendo com HIV/AIDS no Sul do

Brasil. *Cadernos De Saude Publica, 31* (4), 800-814. Abril http://dx.doi.or/10.1590/0102-311X00000514

Pereira, M. y Canavarro, M. (2011). Diferencias de género y edad en la calidad de vida y el impacto de los síntomas psicopatológicos entre los pacientes infectados por el VIH. *SIDA y comportamiento, 15(8), 1857–1869.*

https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682018000100153

Peltzer, J., Ogawa, L., Tusher, S., Farnan, R. y Gerkovich, M. (2017). A Qualitative Description of HIV- Infected African American Women´s Experiences of Psychological Distress and Their Coping Strategies. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care; 28* (2): 226–237. DOI: 10.1016/j.jana.2016.09.010.

https://revistas.um.es/eglobal/article/view/437711/302601

Portilla-Tamarit, J.; Fuster-RuizdeApodaca, M.; Portilla-Tamarit, I.; Reus, S.; Riera, M.; Espinosa, N.; Martín, J.; Bernal, E.; Masia, M.; Calzado, S. y Portilla, J. (2025). Long-Term Health-Related Quality of Life in People Living with HIV Who Present to Care with AIDS or Severe Immunodeficiency: The CoRIS AIDS Survivors Study. *AIDS and Behavior*, *29*(9), 2729–2741. https://doi.org/10.1007/s10461-025-04730-x

Portilla-Tamarit, J.; Reus, S.; Portilla, I.; Fuster Ruiz-de-Apodaca, M. y Portilla, J. (2021). Impact of Advanced HIV Disease on Quality of Life and Mortality in the Era of Combined Antiretroviral Treatment. *Journal of clinical medicine*, *10*(4), 716. https://doi.org/10.3390/jcm10040716

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. España: Síntesis, S.A.

Rojas, G. y L. Leiva (2015). Aspectos psicosociales en enfermedades crónicas: el caso del síndrome de Sjögren. *Psicología y Salud, 25* (2): 201-211, julio-diciembre https://doi.org/10.25009/pys.v25i2.1820

Rojas, O. y N. Mechan (2018). *Nivel de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con VIH/SIDA, de un hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque, durante agosto – diciembre, 2017*. [Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina, Escuela de Psicología]. http://hdl.handle.net/20.500.12423/1512

Ruiz de Velasco, I.; Quintana, J.; Padierna, J.; Aróstegui, I.; Bernal, A.; Pérez Izquierdo, J. (2002). Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Revista de Calidad Asistencial, 17*; 206-12 https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X02775064

Rzeszutek, M.; Gruszczyńska, E.; Pięta, M. y Malinowska, P. (2021). Estigma del VIH/SIDA y bienestar psicológico tras 40 años de VIH/SIDA: una revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1990527. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1990527

Salazar, F. y Bernabé, E. (2015). El SF-36 español en Perú. *Revista de Salud Pública de Asia-Pacífico,* 27, NP2372 - NP2380. https://doi.org/10.1177/1010539511432879

Sánchez-Peña, S., Pastor-Bravo, M., Cánovas-Tomás, M., Almansa-Martínez, P., Peñalver-Guillén, C. & Jiménez-Ruiz, I. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enfermería Global, 20*(62), 1-34. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.437711

Sánchez, H., Reyes, C. & Mejía, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. *Universidad Ricardo Palma.* https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-eninvestigacion.pd

Sarturi, G.; Brittes, L.; De Castilhos, J.; Nunes, G.; Izolan, T.; Planthold, T.; Manica, G.; Reiser, J.; Buligon, H. & Meinhart, M. (2020). Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos em ambulatório de ensino. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 64* (1): 56-61, enero – marzo.

Shingai, M.; Donau, O.; Plishka, R.; Buckler-White, A.; Mascola, J.; Nabel, G. & Diskin, R. (2014). Passive transfer of modest titers of potent and broadly neutralizing anti-HIV monoclonal antibodies block SHIV infection in macaques. *The Journal of Experimental Medicine, 211* (10), 2061-2074 https://doi.org/10.1084/jem.20132494

Stein, A. (2016). *Relación entre actividad física, salud percibida, bienestar subjetivo, depresión y enfermedades crónicas en personas mayores*. [Tesis doctoral. Universidad de León] https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFichaConsulta.do?idFicha=407900

Tamayo y Tamayo, M. (2004). El proceso de la investigación científica (4a. ed.). Limusa, S.A. ISBN 968-18-5872-7

Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista peruana de epidemiología, 14* (3), 170-176. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990051

Turan, B., Hatcher, A.; Weiser, S.; Johnson, M.; Rice, W. & Turan, J. (2017). Framing Mechanisms Linking HIV-Related Stigma, Adherence to Treatment, and Health Outcomes. *American Journal of Public Health, 107*(6), 863–869. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303744

Urizar, C.; Jarolin-Montiel, M.; Ayala-Servin, N.; Centurión-Wenninger, C. & Montiel-Garcete, D. (2020). Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica, 23*(2); 166-174 http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200007&lng=es&tlng=es.

Urra, J.; Cabrera, C.; Porras, L. & Ródenas, I. (2020). Selective CD8 cell reduction by SARS-CoV-2 is associated with a worse prognosis and systemic inflammation in COVID-19 patients. *Clinical Immunology; 217:108486*. https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108486

Vabret, N.; Britton, G.; Gruber, C.; Hegde, S.; Kim, J.; Kuksin, M. et al. (2020). Immunology of COVID-19: current state of the science. *Immunity, 52(6);* 910-41. https://doi.org/10.1016/j.immuni.2020.05.002

Vélez-Álvarez, C & Villaseñor-Rodríguez, F. (2023). Disability, resilience and quality of life. *Diversitas, 19*(1) Retrieved from https://www.proquest.com/scholarly-journals/discapacidad-resiliencia-y-calidad-de-vida/docview/2892179271/se-2

Verde, Y. (2020). *Calidad de vida en pacientes con VIH en el Centro de Salud Surquillo – Lima.* [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud] https://hdl.handle.net/20.500.13053/3587

Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G.; Quintana, JM.; Santed, R.; Valderas, JM.; Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, 19* (2), 135-150. ISSN 0213-9111 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.

Vinaccia, S. y Soraya, B. (2021). Quality of Life and Depression in Patients Diagnosed with Type 2 Diabetes. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología, 21*(1); 1-12 ISSN 1657-3412 (Impresa) l E-ISSN 2346-0253 (En línea) DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v38n1e336697

Vinaccia, S. y J. Margarita (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. Artículo de revisión.

Psychología, avances en la disciplina, 6 (1), 123 – 136. Enero – Junio. ISSN 1900-2386

Vyas J.; Van der Veen, A. y Ploegh, H. (2008). The known unknowns of antigen processing and presentation. *Nature Reviews Immunology*, 8; 607-618. https://doi.org/10.1038/nri2368

Wang, M.; Luo, L.; Bu, H. & Xia, H. (2020). Case Report: One Case of Coronavirus Desease 2019(COVID-19) in Patient Co-nfected by HIV With a Low CD4+ T Cell Count. *International Journal of Infectious Diseases; 96*: 148-150. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.060

Waltner-Toews, D. (2001). An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. *Cadernos de Saúde Pública,* 17 (Suplemento): 7-36. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000700002

Ware, J. (2000). *SF-36 Health Survey update. Spine, 25* (24), 3130–3139. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008

Ware, J. y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30* (6), 473-483. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/

Weiner, B. (2000). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attribution perspective. Educational *Psychology Review. 12*(1), 1-14 https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009017532121

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 584-573 https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548

World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social*

science & medicine (1982), *41*(10), 1403–1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

WHOQOL GROUP (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*(3), 551–558. https://doi.org/10.1017/s0033291798006667

Zárate, H. y Vargas, J. (2019). La calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH. Un estudio descriptivo. *Conductitlan, 4* (1), 48 – 55 https://conductitlan.org.mx/20_e-Magazine/MATERIALES/Zarate_&_Vargas.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS		METODOLOGIA	
Estudio cohorte sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima	¿Cómo evolucionará la calidad de vida relacionada con la salud en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima, diagnosticadas durante el periodo de enero 2018 a diciembre 2020? **OBJETIVOS** **OG:** Determinar variaciones en la CVRS en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima, diagnosticadas durante el periodo enero 2018-diciemb. 2020	**Objetivos Específicos:** H1: Comparar las variaciones en las dimensiones de la CVRS en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima, según tiempo de diagnóstico. H2: Comparar diferencias en las dimensiones de la CVRS en el grupo de estudio, según variables sociodemográficas (sexo, nivel educativo y estado civil). H3: Comparar diferencias en las dimensiones de la CVRS en el grupo de estudio, según marcadores biológicos (recuento de linfocitos CD4 y carga viral) con tiempo de diagnóstico **HIPOTESIS** Existirán variaciones en la CVRS en personas portadoras del VIH de un hospital de Lima, diagnosticadas durante el periodo de enero 2018 a diciembre 2020 **Específicos** **H_1:** La CVRS en el grupo de estudio presentará variaciones diferenciadas en sus ocho dimensiones a través de las diferentes mediciones. **H_2:** La percepción de CVRS será valorada de manera menos favorable en las mujeres en comparación con los hombres. **H_3:** A mayor nivel educativo será más favorable la valoración de la CVRS en el grupo de estudio. **H_4:** A mayor recuento del marcador biológico CD4 mayor será la percepción de la CVRS en el grupo de estudio.	**H_5:** A mayor recuento del marcador biológico carga viral menor será la percepción de la CVRS en el grupo de estudio. **Justificación teórica:** Enriquecer conocimientos sobre factores vinculados con el proceso salud ↔ enfermedad desde la perspectiva del paciente y su futura relación con la evolución / pronóstico de la enfermedad. **Justificación práctica**: A estudios posteriores, establecer normas referidas al ajuste psicosocial de las personas portadoras del VIH estableciéndose programas de seguimiento dirigidos a identificar grupos de alto riesgo. **Justificación metodológica**: Identificar la variabilidad percibida en CVRS a lo largo de un periodo de tiempo, así como los cambios de vulnerabilidad autopercibidos evaluados en tres momentos diferentes y comparados con sus marcadores biológicos. Se utiliza un diseño basado en método científico y el uso de un instrumento psicométricamente válido y confiable. **Justificación social**: Importancia del abordaje integral en la intervención de las enfermedades y el manejo de su cronicidad, para una adecuada conducta de adherencia terapéutica particularmente en la persona que vive con el VIH.	**Tipo:** Básica, descriptivo / comparativo, de campo perteneciente a Psicología de la salud **Diseño:** No experimental longitudinal, de evolución de grupo con 01 cohorte prospectiva. **Población censal:** 172 participantes **Muestra:** 35 sujetos **Muestreo:** No probabilístico por conveniencia **Técnicas:** Etnográfica de medición empírica con 2 instrumentos (encuesta y cuestionario)	**Instrumento** Cuestionario de Salud Short-form de 36 ítems (SF-36), versión adaptada al español de Alonso, Prieto y Antó (1995) **Análisis de datos:** Prueba de Shapiro-Will; estadística descriptiva (distribución de frecuencias, variación de porcentaje acumulado; medidas de tendencia central (media aritmética: χ), medidas de variabilidad (desviación estándar: σ) y estadística inferencial (coeficiente de correlación de Kendall)

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Yo, _____,

(Nombre completo del paciente y/o representante)

identificado (a) con DNI Nro _____, doy constancia de que he sido informado (a) sobre los objetivos, procedimientos a utilizar, las consecuencias y usos futuros de los resultados obtenidos, así como el respeto a mi anonimato y la privacidad de la información resultante, que he tenido oportunidad de consultar cualquier duda o interrogante, respetando mi derecho de desistir en participar en el presente estudio cuando así lo quisiera.

Declaro haber sido adecuadamente informado (a) acerca del tema de la investigación, por lo que accedo en participar de manera voluntaria.

Huaral, 01 de enero del 2018

Firma: _____

DNI Nro. _____

Anexo 3

Nombres y apellidos:		Dirección:		Instrucción:
Lugar y fecha de nacimiento:		Estado civil:	Religión:	Ocupación:
Fecha Dx. PVVS:	HCl Nro:	Dx:		Fecha aplicación:

CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36

Marque una sola respuesta. Gracias

1. En general, usted diría que su salud es:
   - o Excelente
   - o Muy buena
   - o Buena
   - o Regular
   - o Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
   - o Mucho mejor ahora que hace un año
   - o Algo mejor ahora que hace un año
   - o Más o menos igual que hace un año
   - o Algo peor ahora que hace un año
   - o Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
   - o Sí, me limita mucho
   - o Sí, me limita un poco
   - o No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante el último mes ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
   - o Sí
   - o No

14. Durante el último mes, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
   - o Sí
   - o No

15. Durante el último mes, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
   - o Sí

- No

16. Durante el último mes, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
    - Sí
    - No
17. Durante el último mes, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿como estar triste, deprimido, o nervioso?
    - Sí
    - No
18. Durante el último mes, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
    - Sí
    - No
19. Durante el último mes, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
    - Sí
    - No
20. Durante el último mes, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
    - Nada
    - Un poco
    - Regular
    - Bastante
    - Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
    - No, ninguno
    - Si, muy poco
    - Si, un poco
    - Si, moderado
    - Si, mucho
    - Si, muchísimo
22. Durante el último mes, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
    - Nada
    - Un poco
    - Regular
    - Bastante
    - Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

23. ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
27. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
    - Siempre
    - Casi siempre
    - Muchas veces
    - Algunas veces
    - Sólo alguna vez
    - Nunca
30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

31 ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez

32. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

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

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 4

Confiabilidad y validez del Cuestionario de CVRS por dimensiones

Coeficiente Alfa de Cronbach

Su fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1}\right]\left[1 - \frac{\sum_{i=1}^{K} S_i^2}{S_t^2}\right]$$

Donde:

α **:** Valor del coeficiente Cronbach para determinar la confiabilidad del instrumento, resultado de confiabilidad que puede ser expresado en %.

S_i^2 **:** Es la suma de varianzas de cada ítem

S_t^2 **:** Es la varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).

K **:** Es el número de preguntas o ítems.

Criterio de confiabilidad:

No es confiable	-1.00	a	0.00
Baja confiabilidad	0.01	a	0. 49
Moderada confiabilidad	0.50	a	0.75
Fuerte confiabilidad	0.76	a	0.89
Alta confiabilidad	0.90	a	1.00

Tabla 20

Confiabilidad Alfa de Cronbach para la dimensión función física (FF)

Muestra	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12
1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3
6	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	2	0	3	3	3
8	1	1	2	1	2	3	1	2	3	2
9	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
10	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
11	3	2	1	3	3	1	2	2	3	3
12	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	1	3	3	2	3	3	1	1	1	3
21	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3
22	2	2	3	2	3	1	1	1	3	3
23	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3
25	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2
26	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
28	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
30	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3
31	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
32	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
35	2	2	2	2	2	2	2	0	2	3
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,865	10

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p3	23,47	15,285	,525	,857
p4	23,36	14,752	,624	,848
p5	23,22	15,263	,582	,852
p6	23,39	14,702	,688	,843
p7	23,17	15,743	,615	,850
p8	23,28	15,463	,528	,856
p9	23,44	14,368	,583	,853
p10	23,39	13,902	,707	,840
p11	23,06	15,711	,623	,850
p12	22,97	17,571	,340	,868

Tabla 21

Confiabilidad Alfa de Cronbach para la dimensión salud general (SG)

Muestra	I33	I34	I35	I36
1	3	3	3	1
2	3	3	4	3
3	5	4	5	4
4	2	1	3	2
5	4	4	4	4
6	3	3	4	4
7	3	1	1	1
8	5	4	2	4
9	3	4	3	5
10	3	3	1	3
11	2	4	3	3
12	2	3	4	4
13	3	5	5	5
14	3	2	4	4
15	4	2	3	4
16	3	2	3	3
17	5	3	3	4
18	3	3	3	3
19	4	4	4	4
20	5	4	5	5
21	1	3	1	3
22	5	5	5	4
23	2	2	3	2

24	3	1	3	4
25	1	3	1	3
26	2	3	2	1
27	4	2	4	2
28	1	2	3	3
29	2	4	5	4
30	4	4	3	4
31	3	3	2	3
32	3	4	3	3
33	4	4	3	5
34	3	3	3	3
35	1	4	1	2
36	4	3	5	3

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,745	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p33	9,5833	7,050	,522	,696
p34	9,5556	7,968	,457	,729
p35	9,5000	6,657	,558	,676
p36	9,3611	6,923	,627	,638

Tabla 22

Confiabilidad Alfa de Cronbach para la dimensión vitalidad (VT)

Dimensión Vitalidad (VT)				
Muestra	I23	I27	I29	I31
1	5	5	6	2
2	5	5	4	4
3	6	6	6	6
4	2	4	5	4

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,755	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p23	11,8611	12,294	,359	,789
p27	11,9167	9,107	,736	,593
p29	12,2778	9,292	,581	,683
p31	12,5278	10,028	,554	,697

Tabla 23

Confiabilidad Alfa de Cronbach para la dimensión función social (FS)

Dimensión Función Social (FS)		
Muestra	I20	I32
1	5	3
2	4	3
3	5	5
4	4	3
5	4	3
6	5	5
7	4	3
8	3	2
9	5	5
10	5	3
11	3	3
12	4	4
13	5	5
14	5	5
15	5	5
16	5	3
17	5	3
18	5	3
19	4	3
20	3	4
21	4	2
22	4	3
23	3	3
24	4	3
25	4	1
26	3	3
27	3	3
28	5	5
29	4	3
30	5	4
31	4	3
32	3	3
33	4	3
34	3	2
35	4	3
36	4	4

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,684	2

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p20	3,36	,980	,538	.
p32	4,14	,580	,538	.

Tabla 23

Confiabilidad Alfa de Cronbach para la dimensión salud mental (SM)

Dimensión Salud Mental (SM)					
Muestra	I24	I25	I26	I28	I30
1	6	6	6	2	6
2	1	4	5	4	5
3	6	6	6	6	6
4	5	5	3	4	1
5	4	2	3	4	6
6	6	6	5	5	5
7	4	4	3	4	5
8	2	4	3	4	3
9	6	6	6	6	6
10	5	4	2	6	6
11	3	3	3	3	3
12	2	1	4	3	3
13	4	4	3	4	3
14	5	6	5	4	5
15	6	6	6	6	6
16	1	6	6	2	6
17	5	4	5	6	4
18	4	4	3	4	3
19	4	4	5	4	6
20	5	6	5	3	3
21	1	2	3	1	3
22	5	4	6	5	6
23	1	4	3	4	4
24	4	4	3	2	5
25	1	4	2	3	2
26	3	4	4	1	3
27	2	1	6	3	1
28	2	4	3	5	3
29	3	4	4	3	3
30	5	6	4	5	5
31	4	4	3	4	4
32	2	1	3	1	3
33	4	3	6	4	6
34	4	4	5	4	3
35	4	5	5	4	4
36	5	5	5	4	5

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,789	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p24	16,39	17,216	,683	,708
p25	15,94	19,197	,607	,737
p26	15,89	21,759	,462	,781
p28	16,31	20,618	,521	,764
p30	15,92	19,336	,567	,750

Coeficiente Kuder Richardson (KR20)

Su fórmula es:

$$KR20 = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra para la prueba

δ: Varianza para la prueba

p: Proporción de personas que aprueban el ítem.

q: Proporción de personas que fallan el ítem

Σ: Multiplique p de cada pregunta por q, y luego súmelos todos. Si tiene 10 elementos, multiplicará p*q diez veces, luego sumará esos diez elementos para obtener un total.

Tabla 24

Confiabilidad Kuder Richardson (KR20) para la dimensión rol físico (RF)

Dimensión Rol Físico (RF)				
Muestra	I13	I14	I15	I16
1	1	1	1	1
2	1	1	0	0
3	0	0	0	0
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	0	1	0	0
7	0	0	0	0
8	1	1	1	1
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	1	1	1	1
12	0	0	0	0
13	0	0	1	1
14	0	0	0	0
15	0	0	0	0
16	0	1	1	1
17	1	0	0	0
18	0	0	0	0
19	0	0	0	0
20	1	1	1	1
21	1	1	1	1
22	1	1	1	1
23	0	0	0	0
24	1	1	1	1
25	1	1	1	1
26	1	1	0	1
27	1	1	1	1
28	0	0	1	1
29	0	0	0	1
30	0	0	0	0
31	1	1	1	1
32	0	0	0	0
33	0	0	0	0
34	1	1	1	1
35	1	1	1	1
36	0	0	0	0
			KR20=	0,72

Tabla 25

Confiabilidad Kuder Richardson (KR20) para la dimensión rol emocional (RE)

Dimensión Rol Emocional (RE)			
Muestra	I17	I18	I19
1	1	0	0
2	1	1	0
3	0	0	0
4	1	1	1
5	1	1	1
6	0	0	0
7	1	1	1
8	1	1	1
9	0	0	0
10	1	1	0
11	1	1	1
12	0	1	0
13	1	1	1
14	0	1	0
15	0	0	0
16	1	1	1
17	0	1	0
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	0	0
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	0
27	1	1	1
28	1	1	0
29	1	1	0
30	1	0	0
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	0	0	0
36	0	1	0
		KR20=	0,55

Anexo 5

Carta autorización ejecución investigación en la sede



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Dirección Ejecutiva
Reg. Doc. N° 4224289
Reg. Exp. N° 2599406

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

Huaral, 20 de Febrero de 2023.

CARTA Nº 018 –UE-407-RL-HH-SBS-DE/UADI-02-2023.

Dra.Ps.
JESSICA MARTHA CALIZAYA VERA
Psicóloga Asistencial del Hospital "San Juan Bautista" Huaral.
PRESENTE.-

ASUNTO: Autorización Acceso a la Información.

REF.: Exp. 2599406.

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez en atención al expediente de la referencia, mediante el cual solicita autorización para el acceso a la información, desarrollo y ejecución del proyecto de investigación denominado: "ESTUDIO COHORTE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS PORTADORA DEL VIH EN UN HOSPITAL DE LIMA".

Al respecto hago de su conocimiento que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "San Juan Bautista" Huaral, autoriza que se le brinde las facilidades para el recojo de la información correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo de usted expresando mi consideración y estima

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN EJECUTIVA
UE 407 - HOSPITAL HUARAL - SBS
M.C. Juan Díaz Amado
C.M.P. 019823 • RNE. 015948
DIRECTOR EJECUTIVO

V°B°
JEFATURA
U.A.D.I.
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUARAL Y SBS

JDA/EWCM/ALBV/Cal
cc. • Archivo

Calle Tacna 120 Urb. San Juan II - Huaral
Central Telefónica: 2465321- 2464890-2462990-2464892-2464891: Anexo 146. Emerg. 2464600 Telefax: 2461038