

Evaluación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: functional assessment of HIV infection, en pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana

Psic. Carla Francolino*, Dres. Julia Galzerano†, Mariela Mansilla‡, Juan Dapuzo§, Psic. Mónica Llado¶, Lic.Soc. Beatriz Deque††

Resumen

Introducción: *la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en una medida de eficacia en los estudios clínicos de pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a partir de la efectividad de los tratamientos antirretrovirales, llegando a considerarse al VIH como una enfermedad crónica.*

Objetivos: *evaluar un instrumento para medir la CVRS (FAHI) y su relación con una serie de variables clínicas, psicológicas y sociodemográficas de una población de personas viviendo con VIH.*

Material y método: *se trata de un estudio analítico-descriptivo de la CVRS en pacientes portadores de VIH de la unidad de medicina preventiva del Centro de Salud del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Se estudió la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.*

Resultados: *el FAHI mostró una adecuada consistencia interna. La presencia de bajo recuento de linfocitos CD4, un mayor nivel de carga viral para VIH, y/o una estadificación de etapa sida, según la clasificación del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), no se asociaron con una peor percepción de la CVRS. La presencia o no de sintomatología tendría un peso mayor en la CVRS. El recibir tratamiento antirretroviral se relacionaba con un mejor bienestar funcional tanto en hombres como en mujeres; evidenciándose en las mujeres una peor percepción del bienestar físico.*

Conclusión: *el FAHI mostró una adecuada consistencia interna y validez acorde al instrumento original. Se destaca la importancia de la valoración de la CVRS a la hora de decidir inicio o cambios de tratamiento antirretroviral (TARV). Con respecto al malestar psicológico, el Symptom Check List 90-R (SCL90-R) correlacionó positivamente con la percepción de la CVRS.*

Palabras clave: CALIDAD DE VIDA.
CUESTIONARIO.
VIH.

Keywords: QUALITY OF LIFE.
QUESTIONNAIRES.
HIV.

* Profesora Agregada del Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Ex Asistente de Comunidad, Clínica Médica C. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Unidad de Medicina Preventiva. CASMU, Uruguay.

‡ Ex Profesora Adjunto Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Unidad de Medicina Preventiva. CASMU, Uruguay.

§ Profesor Agregado del Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

¶ Profesora Adjunta Psicología Vejez. Facultad Psicología. Univer-

sidad de la República. Unidad de Psicología Médica. CASMU, Uruguay.

†† Unidad de Medicina Preventiva. CASMU, Uruguay.

Correspondencia: Psic. Carla Francolino
Hospital de Clínicas. Av. Italia s/n Piso 15. Departamento de Psicología Médica.

Correo electrónico: carlaf@hc.edu.uy

Recibido: 22/3/10.

Aceptado: 2/8/10.

Conflicto de intereses: los autores del artículo declaran que no existen conflicto de intereses.

Introducción

La pandemia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha traído a la comunidad científica internacional una constelación de desafíos que comenzaron en la década de 1980 y aún continúan, ya que a pesar de que a nivel mundial se ha enfatizado la prevención, la cantidad de pacientes infectados no ha disminuido.

En nuestro país, desde julio de 1983 a diciembre de 2009, se han notificado 12.722 casos de infección por VIH, 3.754 en etapa sida, de los cuales 2.090 fallecieron (informe epidemiológico del Programa Prioritario de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública, enero 2010).

En el Centro de Salud del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) se han notificado en la Unidad de Medicina Preventiva 780 casos de infección por VIH desde junio de 1988 a diciembre del 2009, de los cuales 40% de los pacientes se encuentran en etapa sida y 210 han fallecido.

Los importantes avances relacionados con el mejor conocimiento de la patogenia de la enfermedad; el surgimiento de nuevos fármacos antirretrovirales; la posibilidad de prevenir muchas de las complicaciones oportunistas y de realizar un tratamiento específico de las mismas, y la disminución del riesgo de la transmisión vertical han cambiado la historia natural y evolutiva de la enfermedad, enfrentando al paciente y al equipo de salud a una nueva realidad: la evolución hacia la cronicidad y la necesidad de implementación de nuevas estrategias en el manejo de estos pacientes. Esto hizo que fuera de relevancia conocer el impacto de estos cambios en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes portadores de VIH. Diversos estudios remarcan la relación entre la CVRS, el tratamiento antirretroviral y la adherencia al mismo, factores estos que incidirán sobre la morbimortalidad⁽¹⁻⁶⁾. Por lo tanto, la CVRS es una herramienta de valoración útil en el manejo del paciente con infección por VIH.

Si bien en nuestro país existe una amplia variedad de estudios acerca de la CVRS en diferentes patologías crónicas (nefrológica y oncológica)^(7,8), hasta el momento no hay estudios publicados acerca de la CVRS en pacientes VIH.

Se ha conceptualizado la calidad de vida (CDV) como la brecha que existe entre las expectativas del individuo y sus logros. La CVRS representa aquellos aspectos de la CDV directamente relacionados con el impacto que la enfermedad y los tratamientos tienen sobre las diferentes dimensiones de la vida de la persona⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Así, definimos la CVRS como la percepción del paciente de su bienestar físico, psíquico y social, la cual depende de factores orgánicos (características de la enfermedad de base), psicológicos (características de per-

sonalidad, mecanismo de afrontamiento, mecanismos de defensa) y sociales (situación socioeconómica, soporte social), así como el momento vital en que se produce la enfermedad.

Este estudio tiene por objetivo evaluar un instrumento para medición de la CVRS y estudiar la CVRS percibida en una población de pacientes portadores de VIH-sida en relación con un grupo de variables: biológicas, psicológicas, sociodemográficas que se suponen predictoras de la CVRS.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo-analítico de la CVRS. Se estudiaron todos los pacientes adultos de hasta 65 años, con diagnóstico de infección por VIH, en todos los estadios de la enfermedad, según criterios del Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁽¹⁵⁾, que concurren a control a la Unidad de Medicina Preventiva del CASMU durante el año 2006, previo consentimiento informado al paciente. Se excluyeron de la muestra aquellas personas que presentaban otras enfermedades previas o intercurrentes graves no relacionadas con el VIH, o con existencia de encefalopatía por VIH, o con deterioro cognitivo severo o trastorno psiquiátrico agudo.

Se obtuvo la aprobación previa al estudio del Comité de Ética correspondiente.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados en forma autoadministrada en el momento de la consulta habitual en el servicio y se repitieron al año.

Las valoraciones clínicas fueron realizadas por el médico tratante en el momento de aplicación de los cuestionarios y en el momento de la segunda toma, al año.

Los criterios diagnósticos utilizados fueron los siguientes: la infección por VIH fue diagnosticada por la presencia de anticuerpos anti-VIH (técnicas de ELISAA, ELISAB y Western Blot). La progresión de la infección por VIH se evaluó a través de la aparición de complicaciones oportunistas marcadores o descenso de CD4 (mayor de 30% y/o por debajo de 200/mm³), o ambas, y ascenso de niveles de carga viral para VIH (por Nasba) por encima de 400 copias/ml. Anamnesis y examen físico por clínico con experiencia en evaluar etapas del VIH.

Variable dependiente

La CVR fue evaluada a través del Functional assessment of HIV infection (FAHI), versión en español, desarrollado por David Cella en 1994⁽¹⁶⁾. Mide la percepción de la CVRS de las personas con VIH. La versión general del instru-

mento (FACT-G) ha sido validada en nuestro país para nuestra población, en su versión al español⁽¹⁷⁾. El FACT-G es el centro del cuestionario FAHI, agregándose los ítems correspondientes a los aspectos del VIH. Mide cuatro dimensiones de CVRS: bienestar físico (PWB), bienestar social (SWB), bienestar emocional (EWB), bienestar funcional (FWB) y funcionamiento cognitivo (CF). El FAHI mide la CVRS en una escala Likert, donde a mayor puntaje mayor es la CVRS.

Variables independientes

Las variables independientes se agruparon en tres categorías:

1) *Las variables clínicas* consideradas: a) niveles de linfocitos (CD4), aquellos que presentaban niveles de CD4 menores a 200 células/mm³ y aquellos con niveles de linfocitos CD4 mayores a 200 células/mm³; b) carga viral, aquellos con conteo de carga viral mayor o menor a 400 copias/ml; c) determinación de estadio del VIH, según clasificación del CDC; d) si recibieron o no tratamiento antirretroviral; e) presencia de enfermedades intercurrentes en el mes previo del estudio según códigos de la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (CIE-10).

Se valoró la situación funcional del paciente mediante el ECOG Performance Status Rating (ECOG PSR)⁽¹⁸⁾. Esta es una escala que va de 0 “se moviliza sin dificultades”, hasta 4 “necesita permanecer en cama”.

2) *Variables sociodemográficas*: sexo, edad, estado civil, educación, satisfacción con el ingreso, ocupación, número de personas en el hogar.

3) *Malestar psicológico* medido a través del SCL 90-R. Este es un cuestionario multidimensional, en una versión modificada, diseñado por Leonard Derogatis, Estados Unidos, a partir de 1975⁽¹⁹⁾, validado en nuestro país⁽²⁰⁾.

El cuestionario consta de 90 ítems que miden síntomas psicológicos en nueve dimensiones primarias: somatización (Som), obsesión-compulsión (Obs), sensibilidad interpersonal (Sens Int), depresión (Dep), ansiedad (Anx), hostilidad (Host), ansiedad fóbica (Fob), ideación paranoide (Id. Par), psicoticismo (Psic); y tres índices globales: índice total de sintomatología (GSI), número de síntomas positivos (PST) e índice de malestar de la sintomatología (PSDI).

El procesamiento estadístico se realizó mediante el índice de Alfa de Crombach para la confiabilidad del test, ya que permite ver en qué medida las preguntas originales se agrupan en esta población en las mismas escalas que el instrumento original. Para la validación del instrumento se evaluaron las diferencias de medias entre grupos conocidos mediante el t-test y ANOVA, y la correlación entre test

se realizó a través del coeficiente de Pearson.

Resultados

Del total de los 112 pacientes a quienes se les solicitó participar, sólo 109 completaron el cuestionario y tres se negaron a participar (2,7%).

Al año, no se pudo completar los cuestionarios en diez personas, cinco (4,5%) debido a cambio de institución de asistencia de salud y cinco (4,5%) debido al fallecimiento de la persona.

De la muestra obtenida de 109 pacientes, la media de edad era de 40 años (rango 20-68 años); 73,5% hombres, 26,5% mujeres. El tiempo medio desde el diagnóstico de VIH fue de 6,8 años (rango 2 meses-19 años).

Las variables sociodemográficas se describen en la tabla 1.

La población de riesgo para la infección de VIH incluía: 31,2% de los entrevistados, el consumo de drogas de abuso; 46%, relaciones homosexuales.

Ochenta y dos pacientes (74,6%) estaban en etapa sida según clasificación del CDC (A3 36,4%, B3 0,9%, C3 36,44% y C1 0,9%), 24 pacientes (21,8%) en etapas A1 y A2. El 81,3% recibió terapia antirretroviral. Según el Performance Status: 74,5% estaba sin síntomas.

Confiabilidad

El coeficiente alfa de Crombach mostró valores altos tanto para el total del cuestionario como para las cinco subescalas, entre 0,63 para la subescala funcionamiento cognitivo y 0,86 para el FAHI total. Los valores son bastante similares a los obtenidos en el FACT-G, aplicado en la muestra de población uruguaya oncológica, a no ser por la diferencia en la subescala física. Los valores también son similares a la versión en inglés del instrumento⁽²¹⁾ (tabla 2).

Validez

El cuestionario demostró discriminar entre básicamente dos grupos de pacientes según niveles de sintomatología. La comparación de Scheffe post-hoc muestra una diferencia significativa entre el ECOG Performance Status y el FAHI; los pacientes que presentan un puntaje de Performance Status más alto, evalúan peor su CVRS en las subescalas: bienestar físico, bienestar funcional y FAHI total (tabla 3).

Medidas de calidad de vida

Las pacientes de sexo femenino valoraron su CVRS en la subescala física con puntajes menores, con una diferencia significativa ($p=0,05$).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

	N	%
Género		
Hombre	75	73,5
Mujer	27	26,5
Estado civil		
Casado	18	17
Unión libre	19	17,9
Divorciado	8	7,5
Separado	7	6,6
Viudo	2	1,9
Soltero	51	46,4
Vive con		
Vive solo	25	22,7
Vive con familiares	66	60,5
Vive con otros	18	16,4
Vive en institución		
Educación		
Primaria menos de 3 años		
Primaria entre 3 y 5 años	4	3,9
Primaria 6 años	18	16,5
Secundaria entre 1 y 3 años	14	13
Secundaria entre 4 y 6 años	34	31,1
UTU/Universidad	39	35,7
Ocupación		
Trabajo tiempo completo	57	52,2
Trabajo tiempo parcial	15	13,7
Jubilado	7	6,4
Desocupado	13	11,9
Licencia médica	3	2,7
Ama de casa	3	2,7
Estudiante	11	10
Satisfacción con el ingreso		
«Puedo ahorrar»	7	6,5
«Tengo suficiente, sin problemas»	18	16,7
«Tengo justo para mis necesidades»	34	31,5
«No alcanza para mis necesidades»	43	39,8

Los 87 pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral, en comparación con los no tratados, puntuaron mejor su CVRS en la subescala bienestar funcional con una diferencia significativa ($p=0,05$). Sin embargo, cabe la aclaración que se deben tomar con relatividad estos datos ante la diferencia importante en el número de personas que compone cada uno de los grupos de la muestra.

Cuando se considera el género, las mujeres que reciben tratamiento reportan una peor percepción de la CVRS, con diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de bienestar funcional ($p=0,01$), funcionamiento cognitivo ($p=0,00$) y FAHI total ($p=0,04$) (tabla 4).

Se evaluó además la situación clínica de las personas que integraron la muestra mediante la presencia o no de alguna enfermedad intercurrente en el último mes a causa de su VIH, así como el nivel de CD4 y los valores de carga viral.

En referencia a las complicaciones presentadas por los pacientes en el mes previo al estudio, las enfermedades intercurrentes que presentaron fueron las siguientes: hepatitis viral crónica (B18 - CIE10) en 7,2% de los pacientes; enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias (B20 - CIE10) en 21%; enfermedad por VIH resultante en tumores malignos (B21 - CIE10) en 1,8%; enfermedades por VIH resultante en otras enfermedades especificadas (B22 - CIE10) en 1,8% de los pacientes; enfermedades por VIH resultante en otras afecciones (B23 - CIE10) 3,6%; trastorno mental por uso de cocaína (F14 - CIE 10) 1,8%; trastorno por depresión (F32 - CIE 10) 3,6%.

Valoran peor su CVRS aquellos pacientes que presentaron una complicación médica en el mes previo a la aplicación del cuestionario que los que no la tuvieron, con diferencias significativas en los valores de la misma, reflejadas en las medias de las subescalas de funcionamiento general ($p=0,00$), subescala de bienestar social ($p=0,01$), en el FAHI total ($p=0,01$) (tabla 4).

Calidad de vida y variables sociodemográficas

De los pacientes estudiados sólo se evidenciaron diferencias significativas en la valoración de la CVRS, en referencia a la percepción del ingreso y en educación.

Evaluaron peor su CVRS aquellos con una percepción de mayor insatisfacción con su situación económica, tanto en el FAHI total como en todas las subescalas, siendo los valores de significación de PWB $p=0,00$; EWB $p=0,001$; FWB $p=0,00$; SWB $p=0,05$; CF $p=0,01$; total FAHI $p=0,000$.

En referencia a la ocupación se encuentran diferencias significativas en las subescalas EWB $p=0,04$; PWB $p=0,02$ y del total FAHI $p=0,01$, reportando mejor CVRS aquellas personas cuya ocupación era ama de casa.

A su vez, a pesar del gran porcentaje de solteros en la muestra, no se evidenciaron percepciones diferentes de CVRS con respecto a las otras categorías, lo que suponemos se debe a que viven con algún familiar.

Con respecto a la edad, se observó una diferencia significativa en la percepción de la CVRS, siendo peor en la subescala de funcionamiento cognitivo ($p=0,03$) los mayores de 50 años de edad.

Tabla 2. Consistencia interna del FAHI y subescalas

Subescalas	FACT-G versión 4 español		FAHI muestra Uruguay		FAHI ⁽²¹⁾	
	Media + SD	Coefficiente alfa	Media + SD	Coefficiente alfa	Coefficiente alfa	Coefficiente alfa
PWB	15,7 + 8,9	,91	33,6 6,1	,78		,91
SWB	16,6 + 5,1	,82	18,4 7,3	,81		,73
EWB	13,5 + 6,3	,78	23,5 9,3	,85		,82
FWB	16,0 + 6,0	,81	34,3 9,2	,85		,86
CF			8,3 2,6	,63		,75
Total	61,9 + 18,4	,89	118,1 26,1	,86		,91

PWB: bienestar físico; SWB: bienestar social; EWB: bienestar emocional; FWB: bienestar funcional; CF: funcionamiento cognitivo

Tabla 3. Diferencias en FAHI según grupos conocidos. Comparación Scheffé

Performance estatus	n	FAHI total	Física	Funcional	Social	Emocional	CF	Espiritualidad
		Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
0	79	122,8	34,6	36,6	19,4	23,0	8,3	31,1
1	17	105,0	30,1	29,1	15,2	22,9	7,4	24,1
2	3	89,0	32,0	23,3	14,0	12,3	7,3	18,3
3	3	107,3	32,3	23,6	16,0	26,3	7,0	17,5
p		,026	,196	,000	,080	,331	,006	,003
Diferencia subgrupos*		0<1		0<1<2<3			0<1	0<1

CF: funcionamiento cognitivo

Calidad de vida y síntomas psicológicos

Se obtuvieron valores de medias en 37% de los encuestados, similares al número de síntomas presentes en la población que consulta en servicios de psicoterapia de nuestro país.

Se correlacionó las medias de las distintas dimensiones del SCL90-R con los valores obtenidos en el total FAHI y en cada una de las subescalas de calidad de vida. Las correlaciones fueron estadísticamente significativas en todas las dimensiones del SCL90-R en relación al FAHI, menos en la de hostilidad, donde sólo se obtuvo una correlación baja con la subescala social y FAHI total. La

mayor correlación se evidencia en el índice general de estrés (GSI) y FAHI total ($r=-,73$) y entre la subescala bienestar físico del FAHI y la dimensión de somatización del SCL90-R ($r=-,76$). Así también las dimensiones depresión y ansiedad del SCL 90-R ($r=-,64$ y $r=-,69$).

Calidad de vida en el tiempo

Cuando comparamos las medias obtenidas en la primera aplicación y en la segunda al año de la primera vemos que la CVRS reportada es mejor al año en la subescala emocional y en la calidad de vida FAHI total, con diferencias significativas de $p=0,000$, como se observa en la tabla 5.

Tabla 4. FAHI según TARV y complicaciones médicas

	<i>Terapia antirretroviral</i>		<i>No terapia antirretroviral</i>		Sig <i>p</i>	<i>Sin complicaciones</i>		<i>Con complicaciones</i>		Sig <i>p</i>
	<i>N=87</i>		<i>N=20</i>			<i>N=49</i>		<i>N=60</i>		
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>		<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	
PWB	33,8	5,6	32,5	8,1	,36	34,5	5,6	32,9	6,4	,16
EWB	23,8	8,7	21,7	11,5	,34	24,1	9,6	23,0	9,1	,51
FWB	35,2	8,6	30,8	11,0	,05	37,6	7,9	31,9	9,3	,00
SWB	18,8	7,3	16,7	7,6	,24	20,5	7,8	16,9	6,7	,01
CF	8,4	2,4	7,4	3,3	,11	8,6	2,6	8,6	2,5	,19
Total FAHI	120,1	25,0	109,1	30,1	,09	125,3	26,9	112,7	24,4	,01

PWB: bienestar físico; EWB: bienestar emocional; FWB: bienestar funcional; SWB: bienestar social; CF: funcionamiento cognitivo

Tabla 5. Comparación de medias re-test al año

	<i>Toma 1</i>		<i>Toma 2</i>		Sig <i>p</i>
	<i>N=82</i>		<i>N=82</i>		
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	
PWB	33,9	5,8	33,8	6,4	,847
EWB	23,5	9,1	27,4	7,7	,000
FWB	34,7	8,7	36,5	10,0	,103
SWB	18,1	6,9	19,6	8,7	,128
CF	8,3	2,4	8,5	2,2	,313
TOTAL FAHI	118,0	24,7	127,9	24,0	,000

PWB: bienestar físico; EWB: bienestar emocional; FWB: bienestar funcional; SWB: bienestar social; CF: funcionamiento cognitivo

La situación clínica de este grupo: sólo siete pacientes presentaron enfermedades intercurrentes relacionadas al VIH en la segunda toma, a diferencia de los 49 de la primera toma. En el momento de la segunda aplicación habían fallecido cinco (tres por enfermedades oportunistas y los otros dos restantes por complicaciones de adicción a sustancias psicoactivas).

Si observamos la valoración realizada por el médico del Performance Status, en esa segunda toma se mantenía el mismo porcentaje de personas asintomáticas en comparación a la primera.

Discusión

Cada vez más se introduce en la valoración clínica de los pacientes con enfermedades crónicas las mediciones de CVRS, encontrando en los últimos años numerosos estudios que intentan medir el peso que tienen las variables biológicas y los tratamientos en la valoración que hacen los pacientes de su CVRS⁽²²⁻²⁴⁾.

También son múltiples los instrumentos utilizados para la medición de la CVRS, desde aquellos autores que prefieren instrumentos genéricos para poder comparar poblaciones, como aquellos otros que prefieren instrumentos específicos, donde se incluye la valoración de aspectos distintivos de la enfermedad crónica^(25,26).

En nuestro país se ha validado el cuestionario FACT-G en pacientes oncológicos⁽¹⁸⁾, demostrando una adecuada consistencia interna y validez, y, por lo tanto, se decidió aplicar el cuestionario derivado del mismo, el FAHI, específico para pacientes con VIH. El FAHI mostró tener buena propiedad psicométrica de fiabilidad, a no ser en la subescala funcionamiento cognitivo. A su vez, fue capaz de discriminar entre aquellos pacientes sintomáticos de los no sintomáticos a través del Performance Status. Estos aspectos de confiabilidad y validez son comparables a los reportados en otros estudios con el cuestionario genérico FACT-G para la población oncológica uruguaya, así como la versión en inglés del mismo.

Diversos estudios difieren en cuanto a la asociación de las variables biológicas, clínicas y sociodemográficas con la valoración de la calidad de vida. En ese sentido, algunos autores refieren que puntajes bajos de CVRS y

una percepción pobre de salud están asociados con etapas avanzadas de la enfermedad. El estar recibiendo medicación antirretroviral no estaba asociado a cambios en la percepción de la CVRS. Otros encontraron que aquellas personas con VIH asintomáticas reportaban mejor CVRS en todas las dimensiones y menos incapacidades que aquellas personas que presentaban un diagnóstico de sida temprano^(2,5,26,27).

A su vez, otras investigaciones coincidieron en que el nivel de linfocitos CD4 descendidos, menores ingresos, baja escolaridad y mayor edad, estar en terapia antirretroviral y tener una carga viral alta, se relacionaban consistentemente con una percepción peor de CVRS que estaba asociada a una percepción de menor CVRS^(4,22,28).

Es de destacar que en nuestro estudio el cuestionario no fue capaz de discriminar entre los indicadores biológicos de salud de los pacientes (CD4, carga viral, estadios del VIH según clasificación del CDC), con la percepción subjetiva de la CVRS de estos pacientes.

Sin embargo, el tratamiento antirretroviral (TARV) parecería tener un peso mayor en el bienestar funcional al valorar la CVRS. Se debería hacer la aclaración que habría que relativizar estos datos ante la diferencia importante en el número de personas que compone cada uno de los grupos de la muestra, con un gran porcentaje de personas en tratamiento.

Como era de esperar, presentar complicaciones médicas en el mes previo a la aplicación del cuestionario incide en la valoración en todas las subescalas de éste. Esto, sumado a que la mayoría de la población estudiada se encuentra en etapa avanzada, nos hace suponer la importancia que tiene para las personas la ausencia de sintomatología, a pesar del prolongado tiempo desde el diagnóstico, en la valoración percibida como se demuestra en el Performance Status.

Asimismo es destacable la diferencia, según el género, de la percepción del bienestar físico más desfavorable en las mujeres. Esto podría explicarse por una progresión de la enfermedad más rápida en las mujeres, o a los efectos secundarios del TARV, que cuando se dan, son más acentuados e impactan diferente en las mismas, lo que estaría de acuerdo con la evidencia que muestra la bibliografía sobre la repercusión en el deterioro de la calidad de vida de las mujeres que presentan un síndrome de lipodistrofia provocado por el tratamiento⁽²⁹⁾.

Las variables sociodemográficas que se asocian con la valoración de CVRS son aquellas que tienen que ver con el ingreso y la ocupación.

A su vez, a pesar del gran porcentaje de personas solteras de la muestra, no se evidencian percepciones diferentes de CVRS con respecto a las otras categorías, lo que suponemos se debe a que viven con algún familiar.

Se evidenció un peor funcionamiento cognitivo en el

grupo de personas de la muestra que eran mayores de 50 años, en relación con edades más bajas.

En nuestro estudio al aplicarse el cuestionario al año sorprendió que la CVRS fuera mejor en la subescala emocional y en la calidad de vida FAHI total. Estudiadas las variables consideradas: clínicas, sociodemográficas y biológicas, se evidenció que al tiempo de esta segunda evaluación hubo modificaciones en cuanto a un menor porcentaje de presencia de enfermedades intercurrentes en el mes previo, sin haberse modificado las otras variables.

Se encontraron niveles de sintomatología psicológica algo por encima de la población general uruguaya. Es de destacar la alta correlación entre la valoración de la calidad de vida total y en el bienestar físico, emocional, social, funcionamiento general con los síntomas psicológicos, sobre todo las dimensiones somatización, depresión y ansiedad.

Conclusiones

En cuanto al FAHI, demostró ser un cuestionario de fácil utilización, con una adecuada consistencia interna y validez, con una correspondencia con el instrumento original, por lo que se podría tener en cuenta para futuros estudios. Sin embargo, sería necesario un análisis más detallado en cuanto a los ítems que contempla la subescala funcionamiento cognitivo.

A su vez, el instrumento mostró sensibilidad frente al estado funcional de los pacientes y en el re-test.

Se destaca la importancia de la valoración de la CVRS a la hora de decidir el inicio de la TARV o cambios de la misma, con el fin de lograr una mejor tolerancia y adherencia al tratamiento crónico y sus efectos colaterales.

Hay que remarcar que tendría un peso mayor la presencia o no de sintomatología que los indicadores clínicos en la valoración que se realiza de la CVRS. Bajos recuentos de CD4, niveles altos de carga viral, y estar en una etapa sida, no se asociaba con una percepción peor de la CVRS, valorada a través del FAHI.

Con respecto al malestar psicológico, el SCL90-R correlacionó positivamente con la percepción de la CVRS.

Consideramos que sería conveniente ampliar la muestra incluyendo pacientes de otros centros asistenciales.

Summary

Introduction: health related quality of life has become a measurement for effectiveness in the clinical studies of patients who are HIV carriers, through the effectiveness of antiretroviral treatments, even considering HIV as a chronic disease.

Objectives: to evaluate a tool for measuring the health related quality of life assessment (FAHI - Functional As-

assessment of HIV infection) and its association with a series of clinical, psychological and socio-demographical variables of a population living with HIV.

Methods: this is an analytical-descriptive study of the FAHI in patients carriers of HIV at the preventive medicine unit of the Uruguayan Medical Association Health Care Center (CASMU). We studied the validity and reliability of the instruments used.

Results: the FAHI proved to have adequate internal consistency. The presence of low CD4 lymphocyte count, greater viral load levels for HIV and/or AIDS staging according to the classification of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), were not associated with a worse perception of the FAHI. Receiving antiretroviral treatment was associated to a better functional level both in men and women, there being a worse perception of physical wellbeing among women.

Conclusion: the internal consistency of FAHI proved to be appropriate and it is a valid tool compared to the original one. We stand out the importance of evaluating the FAHI when it comes to deciding initiating or changing antiretroviral treatments. As to the psychological discomfort, SCL90-R was positively correlated with the perception of the health-related quality of life.

Résumé

Introduction: La qualité de vie liée à l'état de santé (QdV liée ES) est devenue une mesure efficace aux études cliniques des patients porteurs du virus d'immunodéficience humaine (VIH) à partir de l'effectivité des traitements antirétroviraux, tout en considérant le VIH comme une maladie chronique.

Objectifs: évaluer un instrument qui mesure la QdV (FAHI) ainsi que son rapport avec des variables cliniques, psychologiques et sociodémographiques d'une population de personnes avec VIH.

Matériel et méthode: il s'agit d'une étude analytique-descriptive de la QdV liée ES chez des patients porteurs de VIH de l'unité de médecine préventive du Centre de Santé du Syndicat Médical de l'Uruguay (CASMU). On évalue la validité et la confiabilité des instruments utilisés.

Résultats: le FAHI a prouvé être consistant. La présence de peu de lymphocytes CD4, un niveau plus élevé de charge virale pour VIH et/ou une stadification de l'étape sida, selon la classification du Center for Disease Control and Prevention (CDC), ne sont pas associés à une pire perception de la QdV liée ES. La présence ou absence de symptomatologie aurait un poids plus important à la QdV. Le fait de recevoir un traitement antirétroviral est associé à un plus grand bien-être fonctionnel chez les hommes et chez les femmes; les femmes ayant moins de

perception du bien-être physique.

Conclusion: le FAHI a révélé avoir une consistance interne adéquate et être valable selon l'instrument original. On souligne l'importance de l'appréciation de la QdV à l'heure de décider le commencement ou le changement du traitement antirétroviral (TARV). En ce qui concerne le malaise psychologique, le SCL90-R a montré une relation positive avec la perception de la QdV liée ES.

Resumo

Introdução: a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) se transformou em uma medida de eficácia em estudos clínicos de pacientes portadores do vírus de imunodeficiência humana (VIH) devido a efetividade dos tratamentos anti-retrovirais, a ponto de que se considera o VIH como uma doença crônica.

Objetivos: avaliar um instrumento para medir a QVRS (FAHI) e sua relação com uma serie de variáveis clínicas, psicológicas e sócio-demográficas de uma população de pessoas portadoras de VIH.

Material e método: realizou-se um estudio analítico-descriptivo da QVRS em pacientes portadores de VIH da Unidade de Medicina Preventiva do Centro de Salud del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Foram estudadas a validade e a confiabilidade dos instrumentos utilizados.

Resultados: o FAHI mostrou consistência interna adequada. A presença de uma contagem baixa de linfócitos CD4, um nível maior de carga viral para VIH, e/ou estadiamento de etapa AIDS, segundo a classificação dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), não foram associadas a uma pior percepção da QVRS. A presença ou não de sintomatologia teria um peso maior na QVRS. Receber tratamento anti-retroviral estava relacionado com um melhor bem estar funcional tanto em homens como em mulheres; observou-se uma pior percepção de bem estar físico nas mulheres.

Conclusão: o FAHI mostrou consistência interna adequada e validade correspondente ao instrumento original. Destaca-se a importância da valoração da QVRS no momento de decidir sobre o início ou sobre modificações do tratamento anti-retroviral (TARV). Com relação ao mal estar psicológico, o SCL90-R fez uma correlação positiva com a percepção da QVRS.

Bibliografía

1. Frost MH, Bonomi AE, Ferrans CE, Wong GY, Hays RD. **Clinical Significance Consensus Meeting Group.** Patient, clinician, and population perspectives on determining the clinical significance of quality-of-life scores. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(5): 488-94.
2. Wu AW, Jacobson KL, Frick KD, Clark R, Revicki DA,

- Freedberg KA, et al.** Validity and responsiveness of the euroqol as a measure of health-related quality of life in people enrolled in an AIDS clinical trial. *Qual Life Res* 2002; 11(3): 273-82.
3. **Elliott AJ, Russo J, Roy-Byrne PP.** The effect of changes in depression on health related quality of life (HRQoL) in HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(1): 43-7.
 4. **Douaihy A, Singh N.** Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS Read* 2001; 11(9): 450-4, 460-1, 475.
 5. **Burgoyne RW, Saunders DS.** Quality of life among urban Canadian HIV/AIDS clinic outpatients. *Int J Std AIDS* 2001; 12(8): 505-12.
 6. **Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA.** Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(9): 2023-33.
 7. **Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, Dergazarian S, Francolino C, Porley G, et al.** Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad. *Rev Med Urug* 1999; 15(2): 103-9.
 8. **Dapuetto JJ, Francolino C, Servente L, Chang CH, Gotta I, Levin R, et al.** Evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Spanish Version 4 in South America: classic psychometric and item response theory analyses. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 32.
 9. **Beckman J, Ditlev G.** Quality of life and empirical research. In: Aaronson NK, Beckman J, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven Press, 1987: 37-40.
 10. **Aaronson NK.** Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer* 1991; 67(3 Suppl): 844-50.
 11. **Aaronson NK.** Quantitative issues in health-related quality of life assessment. *Health Policy* 1988; 10(3): 217-30.
 12. **Aaronson NK.** Quality of life research in cancer clinical trials: a need for common rules and language. *Oncology (Williston Park)* 1990; 4(5): 59-66.
 13. **Calman K.** Definitions and dimensions of quality of life. In: Aaronson NK, Beckman J, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven Press, 1987: 1-11.
 14. **Schwartzmann L.** Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm* 2003; 9(2): 9-21.
 15. **Lenert LA, Feddersen M, Sturley A, Lee D.** Adverse effects of medications and trade-offs between length of life and quality of life in human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 2002; 113(3): 229-32.
 16. **Cella DF.** Manual for the functional assessment of cancer therapy (FACT) scales and functional assessment of HIV infection (FAHI) scale. 3rd ed. Chicago: Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, 1994.
 17. **Dapuetto JJ, Francolino C, Gotta I, Levin R, Alonso I, Barrios E, et al.** Evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General Questionnaire (FACT-G) in a South American Spanish speaking population. *Psychooncology* 2001; 10(1): 88-92.
 18. **Zubrod CG, Schneiderman M, Frei E, Brindley C, Gold, GL, Shnider B, et al.** Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. *J Chron Dis* 1960; 11(1): 7-33.
 13. **Derogatis LR.** SCL-90-R® Symptom Checklist-90-Revised Manual. NCS Pearson, 1975.
 20. **Najson S, Luzardo M, Francolino C, Viera M. Uruguay. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Investigación Científica.** Programa CSIC: apoyo a investigadores. Montevideo: CSIC, 2007. [En prensa].
 21. **Cella DF, McCain NL, Peterman AH, Mo F, Wolen D.** Development and validation of the Functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection (FAHI) quality of life instrument. *Qual Life Res* 1996; 5(4): 450-63.
 22. **Souza PR Borges de.** Percepção da qualidade de vida e do desempenho do sistema de saúde entre pacientes em terapia antirretroviral no Brasil. Thesis de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: la Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.
 23. **Vinaccia S, Fernández H, Quinceno J, López M, Otlavaro C.** Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. 2008. *Ter Psic* 26(1): 125-32.
 24. **Guimarães MD, Rocha GM, Campos LN, de Freitas FM, Gualberto FA, Teixeira RA, et al.** Difficulties reported by HIV-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. *Clinics (Sao Paulo)* 2008; 63(2): 165-72.
 25. **Starace F, Cafaro L, Abrescia N, Chirianni A, Izzo C, Rucci P, et al.** Quality of life assessment in HIV-positive persons: application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care* 2002; 14(3): 405-15.
 26. **García Ordóñez MA, Mansilla Francisco JJ, Nieto Aragón E, Cereto MR, Salas Samper F, Vallejo Díaz J, et al.** Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el cuestionario de Salud SF-36. *An Med Interna* 2001; 18(2): 74-9.
 27. **Bing EG, Hays RD, Jacobson LP, Chen B, Gange SJ, Kass NE, et al.** Health-related quality of life among people with HIV disease: results from the Multicenter AIDS Cohort Study. *Qual Life Res* 2000; 9(1): 55-63.
 28. **Campsmith ML, Nakashima AK, Davidson AJ.** Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview project. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 12.
 29. **Fernandes AP Morais, Sanches R Seron, Mill Y, Lucy D, Palha P Fredemir, Dalri MC Barcellos.** Síndrome de la lipodistrofia asociado con la terapia antirretroviral en pacientes con VIH: consideraciones para los aspectos psicosociales. *Rev Latinoam Enferm* 2007; 15(5): 1041-5.