

Calidad de vida de hombres con Sida y el modelo de la determinación social de la salud¹

Gilmara Holanda da Cunha²
Maria Luciana Teles Fiuza³
Elucir Gir⁴
Priscila de Souza Aquino²
Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵
Marli Teresinha Gimenez Galvão⁵

Objetivo: analizar la calidad de vida (CV) de hombres con Sida bajo la perspectiva del modelo de la determinación social de la salud (MDSS). **Método:** estudio transversal, realizado en ambulatorio de enfermedades infecciosas de un hospital universitario en Brasil, durante un año, con una muestra de 138 pacientes. Para recolección de datos se utilizaron el formulario de caracterización sociodemográfica basado en el MDSS, conteniendo los determinantes individuales, proximales, intermediarios y la influencia de las redes sociales, además del instrumento de evaluación de la CV de personas con HIV/Sida. Proyecto aprobado por el comité de ética con el protocolo n° 040.06.12. **Resultados:** según el MDSS, la mayoría de los hombres con Sida se encontraba en el intervalo etario de 30 a 49 años (68,1%), color parda (59,4%), heterosexuales (46,4%), solteros (64,5%), católicos (68,8%), nivel superior (39,2%), sin hijos (61,6%) y con vínculo de empleo (71,0%). La percepción de la CV fue intermedia en los dominios: físico, nivel de independencia, medio ambiente y espiritualidad, y para los dominios psicológicos y relaciones sociales, fue superior. Hubo menor percepción de la CV para homosexuales ($p=0,037$), casados ($p=0,077$) y con renta menor que un salario mínimo ($p=0,042$). Hubo mayor percepción de la CV para personas sin religión ($p=0,005$), que vivían con compañero ($p=0,049$) y con vínculo de empleo ($p=0,045$). **Conclusión:** los determinantes sociales influyen la CV de hombres con Sida.

Descriptores: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Promoción de la Salud; Calidad de Vida; Enfermería.

¹ Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso n° 476514/2012-6.

² PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ MSc, Enfermera, Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

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

⁵ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondencia:

Gilmara Holanda da Cunha
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: gilmaraholandaufc@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) representa un problema de salud de la actualidad, en función de su carácter pandémico y grave. De 1980 a diciembre de 2013 fueron notificados en el Sistema de Información de Perjuicios de Notificación (SINAN), 686.478 casos de Sida, siendo 445.197 casos del sexo masculino y 241.223 del sexo femenino⁽¹⁾. Actualmente, la epidemia en el país es estable y concentrada en subgrupos poblacionales vulnerables, siendo que los adultos del sexo masculino todavía son los más afectados⁽¹⁻²⁾.

La reducción de la morbilidad y mortalidad por el HIV ocurrió debido a la llegada de la terapia antirretroviral (TARV), en 1996. Brasil fue el primer país en desarrollo que adoptó una política pública de acceso al TARV, siendo reconocido internacionalmente por disponer de un programa que ofrece buenas respuestas contra la epidemia de HIV/Sida⁽³⁾.

A pesar de poseer un programa nacional de enfermedades sexualmente transmisibles (EST) y Sida muy organizado, se debe considerar que los aspectos económicos y políticos tienen un significado fundamental para cada población en la cual el Sida se viene diseminando. Se constata que la mayoría de los casos de Sida se encuentra en países pobres, lo que sugiere la necesidad de analizar los determinantes sociales de salud de esas poblaciones⁽⁴⁾.

Considerando que el TARV aumentó la sobrevida de las personas con HIV/Sida, dando a la enfermedad una característica crónica, se considera que la asistencia de la salud se torna de gran importancia para estos individuos, los cuales necesitan de cuidados especiales para la manutención de la calidad de vida (CV).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio colaborativo multicéntrico elaboró un instrumento para evaluación de la CV en una perspectiva internacional y transcultural. Este instrumento fue el *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), que originó un instrumento específico para personas que viven con HIV/Sida, el WHOQOL-HIV⁽⁵⁾, ya validado en Brasil⁽⁶⁾. La CV es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones⁽⁷⁾. Algunos estudios muestran que las personas con HIV/Sida tienen su CV comprometida debido a la discriminación y condiciones socioeconómicas desfavorables en las cuales viven, hecho que puede determinar el aumento de la mortalidad⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Delante de lo expuesto, con la finalidad de contribuir con la asistencia de la salud de las personas que viven con HIV/Sida y considerando que la mayoría de los casos de infección por el HIV ocurre en individuos del sexo masculino, y que los determinantes sociales interfieren en ese proceso, se propuso este estudio que tiene por objetivo analizar la CV de hombres con Sida utilizando el WHOQOL-HIV-BREF, y teniendo como referencial teórico el Modelo de la Determinación Social de la Salud (MDSS).

Referencial teórico

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en que las personas viven, las cuales repercuten en la salud. Existen diferentes modelos de determinación social de la salud, siendo que la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud seleccionó el modelo de Dahlgren y Whitehead para ser utilizado en Brasil, por su simplicidad y clara visualización gráfica de los determinantes sociales⁽¹¹⁾.

En este modelo⁽¹²⁾, los determinantes sociales de la salud son dispuestos en capas concéntricas, en donde los individuos están en el centro del modelo: camada 1 (determinantes individuales: edad, sexo, herencia genética); camada 2 (determinantes proximales: comportamientos y estilos de vida individuales); camada 3 (influencia de las redes sociales); camada 4 (determinantes intermedios: condiciones de vida, trabajo, alimentos, acceso a ambientes y servicios esenciales, como salud, educación, saneamiento, habitación); camada 5 (determinantes distales o macrodeterminantes: condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad, incluyendo determinantes supranacionales como la globalización).

Método

Se trata de un estudio transversal, con abordaje cuantitativo, desarrollado en ambulatorio de Enfermedades Infecciosas de un hospital universitario en Brasil, el cual atiende adultos con HIV/Sida. El referido hospital dispone de un servicio de ambulatorio, internamiento en enfermerías y unidad de terapia intensiva, exámenes de laboratorio y radiológicos, suministro del TARV y preservativos.

Los datos fueron recolectados en un período de un año. Para atender a los objetivos del estudio, una muestra fue dimensionada para estimar el promedio

de los puntajes de los dominios del instrumento para evaluación de la CV de personas con HIV/Sida, el WHOQOL-HIV-BREF⁽⁶⁾, con 95% de confianza de que el error de la estimación no ultrapasase 3%, considerando que el promedio de tales puntajes está de cerca de 13,7, conforme estudios previos⁽¹³⁻¹⁴⁾, con desviación estándar de 3,8, y que existían 235 pacientes del sexo masculino acompañados en el ambulatorio hasta el final del año de 2011. Para esto, se aplicó la fórmula:

$$n = \frac{z_{\text{GC}}^2 \cdot SD^2 \cdot N}{\epsilon^2 \cdot \bar{X}^2 \cdot (N-1) + z_{\text{GC}}^2 \cdot SD^2}$$

En esta fórmula, z_{GC} es igual al valor de la estadística z (1,96) para el grado de confianza adoptado (95%), desviación estándar (DE), \bar{X} y ϵ corresponden al promedio y error tolerable (0,03), respectivamente. Así, fue calculada una muestra de 138 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: personas del sexo masculino con Sida, mayores de 18 años, en acompañamiento en ambulatorio, utilizando el TARV y firmar previamente el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Los criterios de exclusión fueron: acceso al TARV en el hospital (pero con acompañamiento en servicio privado), enfermedad mental u otra condición que impidiese responder a los formularios de la investigación. Los participantes fueron convidados a tomar parte del estudio cuando comparecían a las consultas en el ambulatorio. Dos formularios fueron aplicados por medio de entrevista en ambiente privativo.

El Formulario de Caracterización Sociodemográfica para Personas con HIV/Sida, construido de acuerdo con el MDSS⁽¹²⁾, siendo dispuesto en cuatro camadas, que son: 1- identificación, edad, color; 2 - categoría de exposición, situación conyugal, religión, escolaridad; 3 - número de hijos, número de personas en el domicilio, se vive con el compañero; 4 - situación ocupacional y renta per cápita en salarios mínimos. Se destaca que el formulario consideró las camadas 1, 2, 3 y 4 del MDSS, en cuanto la camada 5 fue utilizada en la discusión de los hallazgos, ya que se refiere a los determinantes distales o macrodeterminantes, en que participan: condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad, las políticas vigentes, los determinantes supranacionales y la globalización, de forma que no se refiere directamente a las características personales de los participantes del estudio. El formulario fue validado después de la aplicación a 20 individuos del sexo masculino con Sida, los cuales no compusieron la muestra.

El otro formulario fue el Instrumento para Evaluación de la CV de Personas con HIV/Sida, el *World Health Organization Quality of Life instrument - HIV/Sida module* (WHOQOL-HIV), que tiene su versión para la lengua portuguesa ya validado en Brasil⁽⁶⁾. La versión completa posee 120 preguntas (WHOQOL-HIV), sin embargo, se utilizó la versión abreviada (WHOQOL-HIV-BREF), que evalúa la CV genérica de personas con HIV/Sida. El WHOQOL-HIV-BREF tiene 31 ítems que miden la CV, distribuidos en seis dominios, que son: I. Físico (dolor, incomodidad, energía, fatiga, sueño, descanso); II. Psicológico (sentimientos positivos y negativos, cognición, autoestima, imagen corporal, apariencia); III. Nivel de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicación y tratamientos, aptitud para el trabajo); IV. Relaciones sociales (relacionamientos personales, apoyo social, actividad sexual); V. Medio ambiente (seguridad física, vivienda, finanzas, acceso a la salud y asistencia social, capacidad de adquirir informaciones y aprender nuevas habilidades, ocio, ambiente físico, transporte); VI. Espiritualidad/religión/creencias personales (perdón, culpa, preocupaciones sobre el futuro, muerte y morir). Las preguntas son puntuadas en escala tipo Likert de 5 puntos, en que 1 (nada), 2 (muy poco), 3 (más o menos), 4 (bastante) y 5 (extremamente), de forma que 1 indica percepciones negativas y 5 indica percepciones positivas. Las puntuaciones de los dominios están dispuestas en la dirección positiva, en donde las puntuaciones más altas denotan mejor CV. Para los ítems dolor, incomodidad, sentimientos negativos, dependencia de medicación, muerte y morir, las puntuaciones no están dispuestas en dirección positiva, y los puntajes más altos no denotan mejor CV, necesitando ser invertidos. Los puntajes varían de 4 a 20 puntos, reflejando la peor y la mejor CV, respectivamente⁽⁶⁾.

Para caracterización del nivel de percepción de la CV para cada dominio, se utilizó la clasificación de estudios anteriores con personas que viven con HIV/Sida, en que los puntajes: entre 4 y 9,9, representan percepción inferior de la CV, de 10 a 14,9, intermedia, y de 15 a 20, superior⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Los datos obtenidos fueron organizados en el Microsoft Excel 2007® y procesados en el *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 18®. Para la estadística descriptiva se utilizaron: frecuencia absoluta y relativa, promedio, desviación estándar, mediana y valores mínimo y máximo. El análisis de variancia (ANOVA) fue utilizado para comparar los

promedios de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF con las variables de interés, además de ser aplicadas las pruebas de Tukey y el test T para los análisis intragrupo. Se estableció el nivel de significancia en 0,05 (5%), siendo considerado estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del HUWC en 30 de julio de 2012, además según la Resolución n° 196/96 del Consejo Nacional de Salud, con el protocolo n° 040.06.12. Los participantes firmaron el TCLI, el anonimato fue mantenido y los datos de la investigación utilizados solamente con fines científicos.

Resultados

La Tabla 1 presenta la caracterización sociodemográfica de los hombres con Sida de acuerdo con las camadas 1, 2, 3 y 4 del MDSS. El promedio de edad fue de 40 años, con valor mínimo y máximo de 20 y 78 años, respectivamente. Se destacó el intervalo etario de 30 a 49 años (68,1%) y el color pardo (59,4%). En lo que se refiere a la categoría de exposición, predominó la heterosexual (46,4%). La mayoría de los individuos era soltera durante el estudio (64,5%), se autorefirieron católicos (68,8%) y poseían nivel superior de enseñanza (39,2%).

La mayor parte de los hombres no poseía hijos (61,6%) y apenas 11,6% refirieron más de seis hijos (11,6%), siendo nueve hijos el número máximo. La mayoría convivía con tres a cinco personas en el domicilio (47,1%), presentaba vínculo de trabajo formal en la época de la investigación (71,0%) y 58,0% obtenían renta mensual per cápita mayor que dos salarios mínimos.

Tabla 1 – Distribución de los hombres con Sida de acuerdo con las camadas 1, 2, 3 y 4 del modelo de la determinación social de la salud (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Camadas del Modelo de la Determinación Social de la Salud	n (%)
1. Determinantes individuales	
Intervalo etario (en años)*	
≤ 29z	17 (12,3)
30-49	94 (68,1)
≥ 50	27 (19,6)
Color	
Blanca	42 (30,4)
Negra	14 (10,2)
Parda	82 (59,4)

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Camadas del Modelo de la Determinación Social de la Salud	n (%)
2. Determinantes proximales	
Categoría de exposición	
Heterosexual	64 (46,4)
Homosexual	55 (39,9)
Bisexual	19 (13,7)
Situación conyugal	
Soltero	89 (64,5)
Casado/unido	39 (28,2)
Otros (divorciado, viudo)	10 (7,3)
Religión	
Católica	95 (68,8)
No profesa	10 (7,3)
Otra	33 (23,9)
Escolaridad†	
Analfabeto	7 (5,1)
Fundamental	39 (28,2)
Enseñanza media	38 (27,5)
Superior	54 (39,2)
3. Influencia de las redes sociales	
Número de hijos‡	
Sin hijos	85 (61,6)
1 – 2	37 (26,8)
≥ 3	16 (11,6)
Número de personas en el domicilio§	
1 – 2	57 (41,3)
3 – 5	65 (47,1)
≥ 6	16 (11,6)
Vive con el compañero	
Si	80 (58,0)
No	58 (42,0)
4. Determinantes intermedios	
Situación ocupacional	
Con vínculo de empleo	98 (71,0)
Sin vínculo de empleo	21 (15,2)
Otro	19 (13,8)
Renta per cápita	
< 1 salario mínimo	5 (3,6)
1 - 2 salarios mínimos	53 (38,4)
> 2 salarios mínimos	80 (58,0)

Promedio ± desviación estándar: *Edad (40 ± 10,77); †Años de estudio (11 ± 4,99); ‡Número de hijos (1 ± 1,52); §Número de personas en el domicilio (3 ± 1,82); ||Valor del salario mínimo en el año de 2013 en Brasil, en la época de la investigación: R\$ 678,00.

La Tabla 2 muestra la distribución de los parámetros referentes a los dominios del WHOQOL-HIV-BREF. Para los dominios: físico, nivel de independencia, medio ambiente y espiritualidad, la percepción de la CV fue intermedia, en cuanto para los dominios: psicológico y relaciones sociales, la percepción de la CV fue superior.

En el análisis de asociación entre los puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF y las camadas 1 y 2 del MDSS, se observó significación estadística en algunas situaciones. Los homosexuales presentaron promedios

de puntajes para el dominio VI menores que las de heterosexuales, mostrando menor percepción de la CV por medio de la espiritualidad ($p=0,037$). Los casados, en relación al dominio V (medio ambiente), tuvieron promedios de puntajes menores que los solteros ($p=0,077$). Las personas que no profesaban religión tuvieron promedios de puntajes mayores que los católicos en los dominios I ($p=0,005$), II ($p=0,017$) y III ($p=0,038$) (Tabla 3).

Se constató en el análisis de la asociación entre los puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF y las camadas 3 y 4 del MDSS, que los individuos que

vivían con compañero tuvieron promedio de puntajes mayores que la de hombres que vivían solos, en relación al dominio V ($p=0,049$). Los hombres con vínculo de empleo poseían promedio de puntajes mayores que los trabajadores sin vínculo en los dominios II ($p=0,045$) y III ($p=0,023$). Los que tuvieron renta per cápita menor que un salario mínimo ($p=0,003$) y entre uno y dos salarios mínimos ($p=0,042$) poseían promedio de puntajes para CV inferiores en el dominio V, cuando comparados a individuos con renta per cápita mayor que tres salarios mínimos (Tabla 4).

Tabla 2 – Distribución de los puntajes referentes a los dominios del WHOQOL-HIV-BREF aplicado a hombres con Sida en acompañamiento en ambulatorio (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Dominios do WHOQOL-HIV-BREF	Promedio \pm desviación estándar	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
I. Físico	14,68 \pm 3,28	15,00	7	20
II. Psicológico	15,32 \pm 2,51	15,20	6,4	19,2
III. Nivel de Independencia	13,86 \pm 2,87	14,00	5	20
IV. Relaciones sociales	15,50 \pm 2,80	16	7	20
V. Medio ambiente	14,40 \pm 2,12	14,50	9	18,50
VI. Espiritualidad	14,09 \pm 3,88	13,50	7	20

WHOQOL-HIV-BREF: World Health Organization Quality of Life instrument-HIV-BREF

Tabla 3 – Distribución de los hombres con Sida de acuerdo con las camadas 1 y 2 del modelo de la determinación social de la salud y puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Modelo de la Determinación Social de de la Salud	Puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF (Promedio \pm Desviación Estándar)					
	I	II	III	IV	V	VI
Camada 1						
Intervalo etario (en años)						
≤ 29	15,5 \pm 3,3	15,2 \pm 2,8	14,2 \pm 2,3	16,4 \pm 2,3	14,5 \pm 2,0	13,4 \pm 4,4
30-49	15,0 \pm 3,3	15,5 \pm 2,5	14,0 \pm 2,8	15,4 \pm 2,9	14,5 \pm 2,1	14,2 \pm 3,9
≥ 50	13,5 \pm 2,7	14,9 \pm 2,2	13,0 \pm 3,1	15,4 \pm 2,3	14,1 \pm 2,0	14,0 \pm 3,5
Valor de p	0,223	0,159	0,676	0,739	0,788	0,211
Color (autoreferido)						
Blanca	14,5 \pm 3,0	14,9 \pm 2,9	13,7 \pm 2,7	15,2 \pm 3,0	14,5 \pm 1,9	13,1 \pm 4,3
Negra	15,2 \pm 3,2	15,4 \pm 2,1	14,3 \pm 3,1	15,5 \pm 2,3	13,9 \pm 2,4	14,7 \pm 2,9
Parda	14,8 \pm 3,3	15,5 \pm 2,3	13,7 \pm 2,9	15,7 \pm 2,7	14,4 \pm 2,1	14,4 \pm 3,8
Valor de p	0,790	0,427	0,801	0,847	0,621	0,241
Camada 2						
Orientación Sexual						
Heterosexual	14,4 \pm 3,2	15,6 \pm 2,0	13,5 \pm 3,0	15,5 \pm 2,7	14,0 \pm 2,1	14,8 \pm 3,7
Homosexual	14,4 \pm 3,2	15,0 \pm 2,7	14,2 \pm 2,8	15,5 \pm 2,7	14,8 \pm 1,9	12,9 \pm 4,1*
Bisexual	15,6 \pm 3,2	15,5 \pm 3,0	13,8 \pm 1,8	15,6 \pm 3,1	14,5 \pm 2,2	14,5 \pm 3,4
Valor de p	0,598	0,555	0,263	0,956	0,103	0,040
Situación conyugal						
Soltero	14,7 \pm 3,2	15,2 \pm 2,6	14,0 \pm 2,6	15,7 \pm 2,7	14,7 \pm 2,0	13,7 \pm 3,9
Casado/unido	15,1 \pm 3,4	15,9 \pm 2,1	13,4 \pm 2,4	15,5 \pm 2,6	13,7 \pm 2,3†	15,0 \pm 3,8
Divorciado	13,9 \pm 2,6	14,5 \pm 2,7	13,4 \pm 2,4	14,2 \pm 3,4	14,3 \pm 1,1	13,7 \pm 3,5
Valor de p	0,525	0,154	0,379	0,300	0,040	0,229
Religión						
Católica	14,6 \pm 3,1	15,0 \pm 2,5	13,6 \pm 2,9	15,5 \pm 2,9	14,3 \pm 2,1	13,6 \pm 3,6
Otra	14,3 \pm 3,3	15,8 \pm 2,3	13,6 \pm 2,7	15,2 \pm 2,6	14,5 \pm 2,1	14,5 \pm 4,3
No profesa	18,0 \pm 2,5‡	17,2 \pm 1,6§	16,0 \pm 2,0	17,1 \pm 1,6	15,7 \pm 1,5	16,6 \pm 4,4
Valor de p	0,003	0,013	0,049	0,137	0,123	0,056

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Modelo de la Determinación Social de de la Salud	Puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF (Promedio ± Desviación Estándar)					
	I	II	III	IV	V	VI
Escolaridad						
Analfabeto	14,4 ± 3,7	15,6 ± 1,7	14,0 ± 2,9	15,0 ± 2,5	14,0 ± 1,6	15,4 ± 3,8
Fundamental	14,0 ± 2,7	15,3 ± 2,2	13,2 ± 2,7	15,0 ± 2,5	14,2 ± 2,2	13,4 ± 3,7
Enseñanza media	15,4 ± 3,0	16,0 ± 2,1	13,4 ± 2,6	16,1 ± 2,5	14,3 ± 2,0	15,1 ± 4,0
Superior	14,9 ± 3,6	14,9 ± 2,9	14,5 ± 3,0	15,6 ± 3,0	14,7 ± 2,0	13,6 ± 3,9
Valor de p	0,241	0,153	0,315	0,235	0,504	0,05

WHOQOL-HIV-BREF: *World Health Organization Quality of Life instrument-HIV-BREF*. Análisis intergrupo realizado por el análisis de variancia (ANOVA). Análisis intragrupo realizado por el test de Tukey: *p=0,037; †p=0,077; ‡p=0,005; §p=0,017; ||p=0,038.

Tabla 4 – Distribución de los hombres con Sida de acuerdo con las camadas 3 y 4 del Modelo de la Determinación Social de la Salud y puntajes de los dominios del instrumento WHOQOL-HIV-BREF (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Modelo de la Determinación Social de la Salud	Puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF (Promedio ± Desviación Estándar)					
	I	II	III	IV	V	VI
Camada 3						
Número de hijos						
Sin hijos	14,7 ± 3,1	15,2 ± 2,6	14,2 ± 2,7	15,6 ± 2,7	14,5 ± 2,0	13,9 ± 4,0
1 – 2	15,1 ± 3,4	15,6 ± 2,2	13,3 ± 2,8	15,4 ± 3,1	14,1 ± 2,0	13,9 ± 3,8
≥ 3	14,5 ± 3,2	15,3 ± 2,6	13,1 ± 3,6	15,3 ± 2,0	14,4 ± 2,4	15,1 ± 3,7
Valor de p	0,874	0,772	0,261	0,863	0,598	0,547
Número de personas en el domicilio						
1 – 2	15,0 ± 3,3	15,2 ± 2,1	13,9 ± 2,7	15,6 ± 2,4	14,4 ± 2,1	14,1 ± 4,0
3 – 5	14,7 ± 3,3	15,6 ± 2,1	14,0 ± 2,7	15,9 ± 2,4	14,6 ± 2,1	13,8 ± 4,0
≥ 6	14,1 ± 2,9	14,7 ± 3,0	12,6 ± 3,4	14,0 ± 2,9	13,5 ± 1,9	14,9 ± 3,6
Valor de p	0,715	0,413	0,218	0,054	0,196	0,597
Vive con el compañero						
Si	14,6 ± 3,2	15,2 ± 2,6	14,0 ± 2,5	15,5 ± 2,8	14,7 ± 1,9*	13,7 ± 3,9
No	15,2 ± 3,3	15,8 ± 2,1	13,5 ± 3,3	15,5 ± 2,7	13,9 ± 2,2	14,8 ± 3,7
Valor de p	0,280	0,155	0,153	0,867	0,049	0,158
Camada 4						
Situación ocupacional (vínculo de empleo)						
Con Vínculo	15,1 ± 3,2	15,7 ± 2,3†	14,2 ± 2,6‡	15,2 ± 2,8	16,6 ± 2,0	14,3 ± 4,3
Sin Vínculo	14,0 ± 3,1	14,3 ± 3,0	12,5 ± 3,3	15,3 ± 3,0	13,6 ± 2,4	13,7 ± 3,9
Otro	14,6 ± 3,4	14,9 ± 2,3	13,0 ± 2,9	15,5 ± 2,5	14,2 ± 1,7	13,1 ± 3,4
Valor de p	0,359	0,045	0,015	0,841	0,142	0,360
Renta per cápita en salarios mínimos (SM)						
< 1 SM	15,7 ± 2,7	15,1 ± 2,1	13,0 ± 2,5	13,8 ± 2,7	12,0 ± 1,4§	15,5 ± 4,0
1 -2 SM	14,2 ± 3,3	15,1 ± 2,7	13,2 ± 2,7	15,5 ± 2,4	14,1 ± 2,2	13,6 ± 3,9
□ 3	15,0 ± 3,2	15,6 ± 2,3	14,3 ± 2,9	15,7 ± 2,9	14,9 ± 1,8	14,2 ± 3,9
Valor de p	0,372	0,232	0,059	0,066	0,001	0,762

WHOQOL-HIV-BREF: *World Health Organization Quality of Life instrument-HIV-BREF*. Análisis intergrupo realizada por el Análisis de variancia (ANOVA). Análisis intragrupo realizado por el Test T, *p=0,049; y Test de Tukey: †p=0,045; ‡p=0,023; §p=0,003; ||p=0,042.

Discusión

Los determinantes sociales de la salud son importantes por predecir la proporción de las variaciones del estado de salud, la iniquidad sanitaria y los comportamientos relacionados con la salud. La determinación social de la salud tiene un fundamento ético que es la equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas entre grupos poblacionales, de forma que las iniquidades en la salud son diferencias socialmente producidas⁽¹¹⁾.

Según la camada 1 del MDSS, que observa los determinantes individuales, el intervalo etario se concentró entre 30 y 49 años, mostrando una dinámica nacional en la cual la mayoría de los hombres infectados por el HIV entre los años 2000 a 2011 están concentrados en ese intervalo etario⁽¹⁾. Acerca del color, los resultados fueron semejantes a los de un estudio realizado en Maranhao, en donde el color prevalente fue el pardo⁽¹⁵⁾. Se destaca que los determinantes individuales, en general, son considerados no modificables⁽¹¹⁾.

En el análisis de la camada 2, se constató el destaque de la categoría de exposición heterosexual, el que también representa una realidad nacional⁽⁴⁾. Este hecho nos conduce a la cuestión de la vulnerabilidad en relación al HIV/Sida, que se vincula a un conjunto de aspectos individuales y comportamentales que facilitan la infección, además de los aspectos sociopolíticos, que son representados por el compromiso de las autoridades, acciones intersectoriales y financiamientos⁽¹⁶⁾.

La mayor parte de los hombres con Sida eran solteros y católicos lo que también fue observado en otro estudio⁽⁴⁾. En relación a la escolaridad, la mayoría poseía nivel superior y tenía renta per cápita mayor que dos salarios mínimos, difiriendo de los hallazgos de otras investigaciones, en los cuales la mayoría de los hombres con Sida poseía baja escolaridad y renta, además de ejercer actividades informales y sin vínculo de empleo^(4,14,17). La mayor parte de los hombres no poseía hijos, lo que puede ser consecuencia del considerable número de homosexuales (39,9%) o bisexuales (13,7%).

En relación a los promedios de los puntajes de los dominios del WHOQOL-HIV-BREF, se constató que fueron semejantes a los encontrados en otras investigaciones con personas que viven con Sida, destacándose una percepción intermedia en relación a la CV⁽¹³⁻¹⁴⁾. Se destaca que los promedios más bajos estaban relacionados al dominio III, que representa el nivel de independencia. De esa forma, los individuos poseían alteraciones en la movilidad, en las actividades de la vida diaria, dependencia de medicación y tratamientos, además de interferencia en la aptitud para el trabajo. Estos hallazgos se relacionan al cambio en el estilo de vida después del diagnóstico de infección por el HIV, inserción en el TARV, así como la ocurrencia de la estigmatización^(2-3,9,13-14).

En el contexto del MDSS, se observó que los homosexuales presentaban promedios de puntajes más bajos en relación a la espiritualidad ($p=0,037$), en que participan el perdón y la culpa, preocupaciones sobre el futuro, muerte y morir. Este hallazgo está vinculado al inicio de la epidemia del HIV/Sida, en que la infección era atribuida a los grupos de riesgo, sobre todo a los homosexuales, además del hecho de que la infección significaba la muerte, lo que posteriormente fue modificado con la llegada del TARV, que aumentó la sobrevivencia de las personas con Sida⁽⁸⁻¹¹⁾.

Los casados tuvieron promedios de puntajes menores que los solteros, en lo que se refiere al dominio V ($p=0,077$), representado por la seguridad física,

vivienda, finanzas, acceso a la salud y asistencia social, capacidad de adquirir informaciones y aprender nuevas habilidades, ocio, ambiente físico y transporte. Este hallazgo pudo ocurrir debido a que los casados deben proveer las necesidades de la familia, disminuyendo la renta per cápita de los que habitan en el mismo domicilio⁽⁴⁾.

Las personas que no profesaban religión tuvieron promedios de puntajes mayores que los católicos en el dominio I ($p=0,005$), II ($p=0,017$) y III ($p=0,038$). Este hallazgo discuerda de la literatura pertinente, en que existe correlación positiva entre la salud y la espiritualidad, ya que la religión constituye un factor para el fortalecimiento delante de las adversidades impuestas por la condición patológica. Además, el Sida representa en el medio social, una serie de metáforas despreciativas, como asociaciones al castigo y punición, que serían la condenación por comportamientos socialmente reprobados⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

El hecho de vivir con un compañero también aumentó la percepción de la CV en relación al dominio V ($p=0,049$). Este aspecto puede relacionarse al soporte social, el cual apunta la influencia de las interacciones sociales sobre el bienestar y la salud de las personas. Sin embargo, debido al estigma proveniente de la enfermedad, la condición de seropositividad para el HIV puede perjudicar el soporte social específico relacionado a la enfermedad⁽²⁰⁾.

El tener vínculo de empleo elevó el promedio de puntajes en los dominios II ($p=0,045$) y III ($p=0,023$), en cuanto la renta per cápita mayor que tres salarios mínimos aumentó el valor promedio de puntajes en relación al dominio V, cuando comparado a personas con renta per cápita menor que un salario mínimo ($p=0,003$) y entre uno y dos salarios mínimos ($p=0,042$).

Delante de lo expuesto, la inclusión social de la persona con HIV en el ambiente de trabajo es considerada favorable para la CV. Entre tanto, lo que se observa es la discriminación tanto por parte del empleador como por los compañeros de trabajo. Este hecho culmina en la exclusión de uno los derechos más elementales de ciudadanía, que es el trabajo. En Brasil, desde el inicio de los años 90, una ordenanza interministerial prohíbe, en el ámbito del servicio público federal, la exigencia de test de detección del HIV en exámenes de admisión y en exámenes periódicos de salud, ya que la serología positiva para el HIV no provoca perjuicio de la capacidad de trabajo, y la convivencia social y profesional con esos individuos no configura riesgo de contagio⁽²¹⁾.

En cuanto a la camada 5 del MDSS, tenemos los determinantes distales o macrodeterminantes, representados por las condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad⁽¹²⁾. Esta camada no fue integrada al instrumento de recolección de datos, lo que puede representar inclusive una limitación del estudio, lo que ocurrió debido al hecho de que los sujetos de la investigación no reconocieron los macrodeterminantes o los aspectos más generales de la sociedad en la cual están inseridos, incluyéndose en esto hasta el entendimiento acerca de las políticas de salud dirigidas a la prevención, control y tratamiento de la infección por el HIV/Sida.

En ese contexto, inicialmente, debido a la inexistencia de una política pública estructurada por el Estado objetivando el combate del HIV/Sida surgieron un gran número de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) orientadas para la enfermedad en el país. La política de enfrentamiento ganó fuerza al alcanzar diversos grupos sociales, cuando la sociedad civil se movilizó y garantizó su prioridad, realizando presión política y exigiendo financiamiento. Actualmente, Brasil tiene una de las más modernas políticas de enfrentamiento al HIV/Sida, siendo referencia internacional⁽²²⁾.

La política vigente en relación a la prevención, tratamiento y control del HIV/Sida es resultado de una construcción social e histórica de la epidemia. Las primeras discusiones acerca de su control fueron dirigidas para identificar los factores de riesgo, concepto éste que entró en desuso por resultar en la estigmatización de grupos, tales como los homosexuales. Posteriormente, hubo substitución por el concepto de comportamientos de riesgo, que indujo a culpar a la población por los fracasos delante de la prevención del HIV/Sida. Así, esos abordajes se mostraron ineficientes y desfavorables para el enfrentamiento de la epidemia, por no considerar la influencia de los determinantes sociales, culturales y contextuales⁽²³⁾.

Actualmente, se tiene en el país una epidemia estable y el concepto de vulnerabilidad pasó a ser utilizado en el contexto del HIV/Sida, ya que la epidemia está concentrada en subgrupos poblacionales vulnerables^(3,18). Eso significa que además de los grupos afectados inicialmente por el HIV/Sida, como los homosexuales, profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hemofílicos, también pasaron a ser afectadas las personas en relacionamientos estables que poseen comportamientos de riesgo y no utilizan preservativos, los adolescentes, los acianos, los individuos con baja escolaridad, con renta reducida y que habitan en las regiones del interior del país^(3,18,22-23).

Conclusión

La utilización del MDSS y la aplicación del WHOQOL-HIV-BREF permitieron identificar la percepción de la CV de hombres con Sida, que en la mayoría de las veces fue intermedia. Este hallazgo muestra que a pesar de la existencia de políticas de acceso al TARV y a la atención de la salud disponible en la red pública, otros aspectos como los determinantes sociales de la salud deben ser considerados para poblaciones en las cuales el HIV se está diseminando.

Los estudios de esta naturaleza son pertinentes para entender el contexto en el cual están inseridas las personas con HIV/Sida, ya que así la vida de esos individuos pasa a ser vista de un ángulo multidimensional y las intervenciones pueden ser más efectivas. Las asociaciones estadísticas acerca de la categoría de exposición, situación conyugal, religión, vínculo de empleo y renta fueron observadas, confirmando la importancia de los determinantes sociales de la salud, debido a que interfieren en la forma como los hombres experimentan el proceso de salud y enfermedad.

Resaltamos la importancia de este estudio para el conocimiento de la realidad en que viven las personas con Sida, ya que eso puede contribuir con la asistencia de la salud. Destacamos la necesidad de realizar más investigaciones acerca de la temática, con la finalidad de contribuir para la CV de esos individuos y disminuir la morbilidad y mortalidad. Así, a pesar de todavía no existir cura, la infección por el HIV y el Sida podrán ser efectivamente consideradas condiciones crónicas.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: aids e DST, ano II, nº 01, até semana epidemiológica 26ª. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 68 p.
2. Alcântara KC, Lins JB, Albuquerque M, Aires LM, Cardoso LP, Minuzzi AL, et al. HIV-1 mother-to-child transmission and drug resistance among brazilian pregnant women with high access to diagnosis and prophylactic measures. *J Clin Virol.* 2012;54(1):15-20.
3. Duarte OS, Ramos DG, Pereira JCR. Padrão de incorporação de fármacos antirretrovirais pelo sistema público de saúde no Brasil. *Rev. bras. Epidemiol.* 2011;14(4):541-7.

4. Cunha GH, Galvão MTG. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2011;5(3):713-21.
5. WHOQOL HIV Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and Aids: results from the field test. *AIDS Care*. 2004;16(7):882-9.
6. Zimpel RR, Fleck MP. Quality of life in HIV-positive brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*. 2007;19(7):923-30.
7. Skevington SM, O'Connell KA; WHOQOL Group. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Qual Life Res*. 2004;13(1):23-34.
8. Abasiubong F, Ekott JU, Basse EA, Etukumana EA, Edyang-Ekpa M. Quality of life in people living with HIV/aids in Niger Delta Region, Nigeria. *J Ment Health*. 2010;19(2):211-8.
9. Ho CF, Twinn S, Cheng KK. Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/aids. *Psychol Health Med*. 2010;15(2):210-9.
10. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):874-81.
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.
13. Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Quality of life of people living with HIV/aids in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):64-71.
14. Costa TL, Oliveira DM. Qualidade de vida de pessoas com vírus da imunodeficiência humana e a interiorização: avaliação multidimensional. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(10):5866-75.
15. Serra LC, Ross JR. Clinical-epidemiological study of co-infection tuberculosis/HIV in a city in countryside of Maranhão. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):122-5.
16. Marques JS Jr, Gomes R, Nascimento EF. Hegemonic masculinity, vulnerability and the prevention of HIV/aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(2):511-20.
17. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with human immunodeficiency vírus/acquired immunodeficiency syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):526-32.
18. Ferreira DC, Favoreto CAO, Guimarães MBL. The influence of religiousness on living with HIV. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(41):383-93.
19. Medeiros B, Saldanha AAW. The relationship between religiousness and quality of life in people living with HIV. *Estud. psicol*. 2012;29(1):53-61.
20. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2006;22(3):317-26.
21. Freitas JG, Galvão MTG, Araujo MFM, Costa E, Lima ICV. Coping experiences in the work environment of men living with HIV/aids. *Rev Esc Enferm USP*. 46(3):720-6, 2012.
22. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. The aids policy in Brazil: a literature review. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(1):62-66.
23. Sousa PJ, Ferreira LOC, Sá JB. Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/aids of the transvestites in the metropolitan region of Recife, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(8):2239-51.

Recibido: 28.4.2014

Aceptado: 24.11.2014