Rev. Latino-Am. Enfermagem
mar.-abr. 2015;23(2):192-9
DOI: 10.1590/0104-1169.3424.2542
www.eerp.usp.br/rlae

Artículo Original

Calidad de vida, perfil socioeconómico, conocimiento y actitud sobre sexualidad de "personas que viven" con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana[1]

Meiry Fernanda Pinto Okuno[2]
Gisele Cristina Gosuen[3]
Cássia Regina Vancini Campanharo[4]
Dayana Souza Fram[5]
Ruth Ester Assayag Batista[6]
Angélica Gonçalves Silva Belasco[6]

Objetivos: analizar la calidad de vida de "pacientes" con el virus de la inmunodeficiencia humana y relacionarla al perfil socioeconómico, al conocimiento y a las actitudes sobre sexualidad. Método: estudio transversal y analítico, en 201 personas con 50 años o más. Se aplicaron los instrumentos Targeted Quality of Life y Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale a través de entrevistas. Para el análisis de los datos se utilizó la Regresión Linear Múltiple. Resultados: las dimensiones de la calidad de vida más comprometidas fueron preocupación con sigilo (39,0), actividad sexual (45,9) y preocupación financiera (55,6). Los puntajes de conocimientos y actitudes sobre sexualidad fueron: 31,7 y 14,8, respectivamente. Hubo correlación significativa entre actitud y los dominios función general, preocupación con salud, preocupación con medicación y el aceptar el HIV. Conclusión: orientaciones sobre formas de contagio, obre el tratamiento y evolución de la patología, además del soporte social y psicológico podrían minimizar los efectos negativos de la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Descriptores: Calidad de Vida; Anciano; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Sexualidad.

[1] Artículo parte de la tesis de doctorado "La calidad de vida, la sexualidad y el perfil epidemiológico de las personas mayores que viven con VIH/SIDA", presentada en la Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

[2] PhD, Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[3] MSc, Médica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[4] Estudiante de doctorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[5] PhD, Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[6] PhD, Profesor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:
Meiry Fernanda Pinto Okuno
Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem
Rua Napoleão de Barros, 754
Vila Clementino
CEP: 04024-010, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mf.pinto@unifesp.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

Informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (UNSIDA) sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (HIV/SIDA) indica que más de 34 millones viven con el HIV en el mundo, siendo 30,7 millones de adultos y 3,4 millones de menores de 15 años. De ese total, 16,7 millones son mujeres. En Latinoamérica, se encuentran 1,4 millones y en Brasil, actualmente, cerca de 350 mil personas poseen el diagnóstico de la enfermedad y aproximadamente 250 mil, según estimativas, están infectadas y no lo saben[1].

En 2010, en Brasil, la incidencia de la enfermedad fue mayor en personas con edad entre 40 y 49 años, totalizando 24,8% de los casos; entretanto, se observa el aumento de casos en individuos entre 5 y 12 años y en aquellos con 50 años o más[2].

El número creciente de individuos a partir de 50 años que viven con HIV puede estar relacionado a: contraer el virus en una fase más tardía de la vida adulta; constatar que ellos no perciben que pueden adquirir el virus, probablemente, porque, en el inicio la enfermedad estuvo más asociada a los jóvenes usuarios de drogas inyectables y a homosexuales; y a que la introducción de medicamentos para mejorar el desempeño sexual favoreció el establecimiento de nuevas y múltiples asociaciones sexuales[3]. Además de eso, parte de la población joven que se contaminó está envejeciendo. Debido a la eficacia de la terapia antirretroviral, hubo aumento del contingente de personas con la enfermedad, en el intervalo de edad de 50 años [3].

La sexualidad es una necesidad básica y un aspecto del ser humano que no puede ser separado de otros aspectos de la vida, en cualquier edad. Sin embargo, el proceso de envejecimiento puede causar algunos cambios físicos, que algunas veces afectan la habilidad de tener y usufructuar placenteramente del sexo con otra persona[4]. El conocimiento de los pacientes de este estudio sobre la sexualidad estuvo relacionado a cuestiones sobre mitos y cambios en el funcionamiento sexual de los individuos con el proceso del envejecimiento.

La sexualidad como aspecto importante de la salud, puede determinar alteraciones en la calidad de vida en el transcurso de los años[5]. Comprobadamente, las informaciones sobre sexualidad contribuyen para que las personas, en una fase más tardía de la vida adulta, disfruten de una vida sexual saludable y segura[6].

La actitud en relación al sexo es un producto de las experiencias sociales y sexuales[6]. La elección de un compañero, la frecuencia de la actividad, buena calidad de la vida sexual y el interés por sexo, se asocian positivamente con la salud de adultos y ancianos y pueden reflejarse en una actitud favorable a la sexualidad y en la prevención de enfermedades[7].

La actitud positiva frente a la sexualidad del anciano puede favorecer el entendimiento de que la actividad sexual es un proceso natural y que la función sexual continua durante toda la vida[8]. En esta investigación, los entrevistados fueron evaluados sobre si presentaban o no, una actitud favorable sobre la actividad sexual en la vejez; en Brasil se considera anciano, a la persona con edad a partir de 60 años[9].

La presencia del HIV/SIDA, así como los síntomas y las complicaciones asociadas a la enfermedad, tienen un efecto negativo sobre la calidad de vida (CV) de las personas que viven con el virus. Además de eso, diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales han sido relatados en la literatura como variables que también pueden interferir en la CV de esos individuos[10-11]. En general, las dimensiones de la CV incluyen aspectos físicos, psicológicos, sociales, interpersonales, ambientales y espirituales, lo que permite complementar los modelos de morbilidad y mortalidad tradicionalmente utilizados para evaluar el impacto de una enfermedad. En ese contexto, evaluar los factores que interfieren en la CV de personas que viven con HIV/SIDA es un importante índice del impacto de la enfermedad y también para la implementación de intervención terapéutica para esa población[12].

Identificar los factores potencialmente modificables de la CV es fundamental para la toma de decisiones médicas, la implementación de medidas de cuidado de salud y la optimización del uso de los recursos de los servicios de salud, con la finalidad de mejorar el bienestar de las personas que viven con HIV/SIDA[10].

Una vez que las variables que afectan la CV de los pacientes con HIV/SIDA todavía no fueron totalmente identificadas, este estudio tuvo como objetivos: analizar la calidad de vida de los "pacientes" con el virus de la inmunodeficiencia humana y relacionarla al perfil socioeconómico, conocimiento y actitudes sobre sexualidad.

Método

Se trata de un estudio epidemiológico, transversal y analítico, realizado en el ambulatorio coordinado por la Disciplina de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de la UNIFESP, entre mayo de 2011 y marzo de 2012. En el estudio fueron incluidas 201 personas con HIV/SIDA,

que eran acompañadas por infectólogo, con edad a partir de 50 años, de ambos sexos, sin déficit cognitivo, que aceptaron participar del estudio y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. Fueron excluidos pacientes que no atendían a los criterios de inclusión del estudio.

El cálculo del tamaño de la muestra fue realizado por el método de muestreo probabilístico estratificado, proporcional al número promedio de pacientes a partir de 50 años, atendidos en los seis meses que antecedieron a la investigación. El cálculo del tamaño de la muestra consideró un grado de confianza mayor o igual a 80% y un alfa de 5%, con base en las características de edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación, actividad física, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, forma de contagio y enfermedades concomitantes. El resultado indicó la necesidad de incluir 201 pacientes en el estudio para alcanzar los objetivos propuestos.

Para la obtener de los datos se utilizó un cuestionario estructurado con informaciones sobre edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación, actividad física, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, forma de contagio y enfermedades concomitantes. La situación económica se caracterizó según el Criterio de Clasificación Económica Brasil, en que la puntuación final es convertida en una de las clases económicas (de A a E) por medio de la suma de puntos referentes al grado de instrucción y a la cantidad de bienes de consumo que la persona tiene en su casa[13].

Para la evaluación de la CV se utilizó el instrumento *Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL)[14], compuesto por 34 ítems que evalúan nueve dimensiones: función general, satisfacción con la vida, preocupaciones con la salud, preocupaciones financieras, preocupaciones con la medicación, aceptar el HIV, preocupaciones con el sigilo, confianza en el profesional y función sexual. Al responder, el individuo es orientado a pensar en su CV en las últimas 4 semanas. Las respuestas tiene formato de escala del tipo *Likert* de cinco puntos: "todo el tiempo", "la mayor parte del tiempo", "parte del tiempo", "poco tiempo" y "nunca". Los puntajes varían de cero (peor situación) a 100 (mejor posible).

También, se utilizó la Escala de Actitudes y Conocimientos sobre Sexualidad en el Envejecimiento (*Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale - ASKAS*) [15], compuesta por 20 preguntas en el constructo conocimiento, cuya variación es de 20 a 60, y 8 preguntas en el constructo actitudes, que varía de 8 a 40. En cuanto al conocimiento, las opciones de respuesta son: verdadero, que corresponde a un punto; falso, dos puntos; y no sé, tres puntos. Cuanto menor es la suma de los puntos, mayor es el conocimiento sobre la sexualidad en la vejez. Las cuestiones sobre actitudes tienen como opciones de respuestas: discuerdo fuertemente, un punto; discuerdo parcialmente, dos puntos; no concuerdo ni discuerdo, tres puntos; concuerdo parcialmente, cuatro puntos; y concuerdo fuertemente, cinco puntos. Cuanto menor es el puntaje final, más favorable es la actitud en relación a la sexualidad de la persona anciana.

Los pacientes fueron convidados a participar del estudio en los días en que estuvieron en el ambulatorio para recolección de exámenes de rutina o para consulta médica y, cuando concordaban, eran entrevistados individualmente en un ambiente privado. La lectura de los instrumentos fue realizada por la investigadora, en un único momento, con duración promedio de 40 minutos.

Se utilizó el análisis descriptivo para la caracterización sociodemográfica, económica, clínico-epidemiológica, enfermedades concomitantes, actividad física y para la escala *ASKAS*. Para las variables continuas se calcularon: promedio, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo, y para las variables categóricas la frecuencia y el porcentaje.

Para verificar cuales variables independientes (sociodemográfica, económica, clínico-epidemiológica, enfermedades concomitantes y actividad física) se relacionaban mejor con cada dominio del HAT-QoL y de la *ASKAS,* se utilizó el modelo de Regresión Linear. Después, se realizó la Regresión Linear Múltiple y, para seleccionar el conjunto de variables que mejor explicaban las variables dependientes (HAT-QoL y *ASKAS*), se utilizó el *Stepwise*. Fue considerado un nivel de significado de $p<0,05$ y el programa utilizado para el análisis fue el *Statistical Package for the Social Sciences* versión 19.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Sao Paulo (UNIFESP) (número 0182/11).

Resultados

La edad de los pacientes varió de 50 a 74 años, la razón entre los sexos fue 1,75 hombres para cada mujer, las personas sin compañeros fijos en el momento de la entrevista sumaron 67,7%, no tenían ninguna renta 9,5%, solamente 14,4% tenían enseñanza superior y la mayoría (61,7%) pertenecía a la clase económica C, D o E. El tiempo de diagnóstico del HIV varió de seis meses a 30 años y las enfermedades cardiovasculares fueron las enfermedades concomitantes más presentes en esa población (34,3%) como puede ser observado en la Tabla 1.

Tabla 1- Características sociodemográficas, económicas y morbilidad de los pacientes que viven con HIV/SIDA. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

Características	n = 201	%
Edad (años)*	56 (50 - 74)	
Género†		
Masculino	128	63,7
Femenino	73	36,3
Color de la piel†		
Blanca	136	67,7
Negra	27	13,4
Parda	38	18,9
Estado civil†		
Soltero/Divorciado	103	51,3
Casado	65	32,3
Viudo	33	16,4
Ocupación†		
Jubilado/Pensionista	106	52,7
Empleado	76	37,8
Desempleado	10	5,0
Dueña de casa	9	4,5
Escolaridad†		
No letrado/Enseñanza Fundamental Incompleta	64	31,8
Enseñanza Fundamental	44	22,0
Enseñanza Media	64	31,8
Superior	29	14,4
Renta mensual individual (reales)*	1200 (0 - 9000)	
Clase económica†		
A + B	77	38,3
C + D + E	124	61,7
Tiempo de diagnóstico de la infección (años)*	12 (0,5 - 30,0)	
Enfermedades Concomitantes†		
Ninguna	59	29,4
Enfermedades cardiovasculares‡	69	34,3
Retinopatía	49	24,4
Neoplasia	24	11,9

*Mediana (valores máximo - mínimo)
†Frecuencia absoluta y porcentaje
‡Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica y coronariopatía

La Tabla 2 muestra que los dominios de la escala de CV más comprometidos fueron: preocupaciones con el sigilo (39,0), actividad sexual (45,9) y financiera (55,6). Los puntajes promedios de los dominios conocimiento y actitudes de la escala *ASKAS* fueron, respectivamente, 31,7 y 14,8, mostrando que esta población presenta conocimientos y actitudes más favorables a la sexualidad.

Tabla 2- Valores promedios de los dominios del HAT-QoL y de la *ASKAS*, entre los pacientes que viven con HIV/SIDA. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

Dominios	Promedio (± desviación estándar)
HAT-QoL (n= 201)	
Función general	79,39 (20,9)
Satisfacción con la vida	71,9 (24,4)
Preocupación con la salud	83,2 (22,9)
Preocupación financiera	55,6 (37,5)
Preocupación con la medicación	88,7 (17,3)
Aceptar el HIV	77,8 (33,6)
Preocupación con el sigilo	39,0 (27,3)
Confianza en el médico	72,2 (30,7)
Actividad sexual	45,9 (43,5)
ASKAS	
Conocimiento	31,7 (6,7)
Actitudes	14,8 (6,8)

En la Tabla 3, se verifica que algunas características sociodemográficas, económicas y clínicas de los ancianos con HIV/SIDA favorecieron diversos dominios de la CV. Practicar actividad física, conocer el diagnóstico de la enfermedad hace más tiempo, pertenecer a la clase económica A o B, poseer mayor escolaridad, estar desempleado, conocer la forma de contagio a través de la cual contrajo la enfermedad, y ser del sexo masculino, blanco y con edad inferior a 60 años fueron aspectos significativamente fundamentales para la manutención de los puntajes de la CV más elevados.

Tabla 3- Variables asociadas a los dominios del HAT-QoL en el análisis de regresión lineal múltiple. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

HAT-QoL	Variables	Coeficiente	p valor	R^{2*}
Función general	Actividad Física (si x no)	9,28	0,0018	0,0489
Satisfacción con la vida	Actividad Física (si x no)	7,85	0,0239	0,0465
	Mayor tiempo de diagnóstico (años)	0,58	0,0449	
Preocupación con la salud	Mayor tiempo de diagnóstico (años)	0,81	0,0033	0,0436
Preocupación financiera	Clase económica (A y B x C, D y E)	13,38	0,0147	0,0303
Aceptar el HIV	Escolaridad x no letrado	14,05	0,0061	0,0381
Preocupación con el sigilo	Empleado x Desempleado	-13,03	0,0013	0,0627
	Intervalo etario (55-59 x ≥60 años)	8,39	0,0425	
Confianza en el médico	Forma de contagio (sabe x no sabe)	11,41	0,0262	0,0498
	Escolaridad x no letrado	-9,85	0,0321	
Actividad sexual	Masculino x femenino	25,00	0,0001	0,1627
	Intervalo etario (55-59 x ≥60 años)	16,99	0,0065	
	Color de la piel (blanca x no blanca)	-15,79	0,0127	
	Clase económica (AB x CDE)	12,98	0,0349	

*Coeficiente de determinación. Se utilizó el método de selección *Stepwise*

Tabla 4 - Variables sociodemográficas que presentaron asociación con los dominios de la escala ASKAS en el análisis de regresión lineal múltiple. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

ASKAS	Variables	Coeficiente	p valor	R^{2*}
Conocimiento	Masculino x Femenino	-4,81	<0,0001	0,1436
	Empleado x Desempleado	-1,96	0,0359	
Actitudes	Escolaridad x no letrado	-2,82	0,0066	0,0638
	Intervalo etario (55-59 x ≥60)	-2,15	0,0374	

*Coeficiente de determinación. Se utilizó el método de selección *Stepwise*

No hubo una variable que presentase asociación significativa con el dominio preocupaciones con la medicación.

En la Tabla 4, se observa que los pacientes del sexo femenino y desempleados fueron los que presentaron mayor conocimiento sobre la sexualidad de ancianos, en cuanto en el dominio actitudes los pacientes con mayor escolaridad y con edad inferior a 60 años fueron los que presentaron actitudes más favorables a la sexualidad de ancianos.

Hubo asociaciones significativas entre el dominio actitudes de la ASKAS y los dominios función general, preocupación con la salud, preocupación con la medicación y el aceptar el HIV, del HAT-QoL. Sin embargo, el dominio conocimiento de la ASKAS no presentó asociación significativa con ninguno de los dominios del HAT-QoL, como muestra la Tabla 5.

Tabla 5- Análisis de regresión lineal múltiple entre el dominio actitudes de la escala ASKAS y dominios del HAT-QoL. Sao Paulo, SP, Brasil, 2012

HAT-QoL	p valor	R^{2*}
Función general	0,0363	0,0218
Preocupación con la salud	0,0010	0,0527
Preocupación con la medicación	0,0091	0,0346
Aceptar el HIV	0,0017	0,0483

*Coeficiente de determinación. Se utilizó el método de selección *Stepwise*

Discusión

Algunas características de la población de este estudio como edad, mayoría ser hombre, baja escolaridad y bajo poder adquisitivo son semejantes a los resultados encontrados en otra investigación realizada en Porto Alegre (RS) con pacientes a partir de 50 años de edad con serología positiva para el HIV. Entre tanto, en el sur del país, la mayoría estaba empleada y 41,9% eran casados o residían con compañero[16].

Los puntajes de los dominios del HAT-QoL: preocupación con el sigilo (39,03), actividad sexual (45,96) y preocupación financiera (55,64), también fueron semejantes a los encontrados en los estudios realizados en Porto Alegre y en un municipio del interior del Estado de Sao Paulo, mostrando que independientemente del local, los aspectos de la CV más comprometidos son comunes entre los enfermos[11,16].

La preocupación con el sigilo (dominio con menor puntaje) puede reflejar el estigma y la discriminación que afectan a los individuos con HIV/SIDA; y que generan impactos negativos y constantes en la CV de esas personas. En la ausencia de cualquier intervención para combatir la estigmatización, probablemente, esos individuos continuaran a relatar insatisfacción con la vida, evidenciada por la reducción del placer de vivir y de convivir socialmente[17].

La actividad sexual comprometida en los pacientes de esta investigación puede ser explicada en parte por: dificultad de usar cotidianamente preservativo con el compañero, miedo de ser rechazado, superinfección (trasmitir el virus fortalecido), falta de confianza en el compañero, disminución del deseo sexual, y no considerar el sexo como una parte importante de la vida. En otro estudio, muchos participantes relataron que la función sexual fue afectada por el HIV[18].

El daño en la CV retratado en el dominio preocupaciones financieras, probablemente está relacionado a la baja renta de los individuos que tienen la enfermedad, lo que dificulta la sobrevivencia. La CV se ha mostrado íntimamente ligada a la inserción socioeconómica y a la exclusión social[10].

Los entrevistados en este estudio presentaron puntajes promedios de 31,7 en la escala ASKAS para conocimiento sobre sexualidad del anciano, cuya variación es de 20 a 60, correspondiendo a 29,4% de la puntuación posible; y 14,8 en la escala de actitudes sobre la sexualidad del anciano, que varía de 8 a 40, correspondiendo a 21,4% de la puntuación posible. Un estudio norteamericano con ginecólogos mostró puntajes promedios de 49,0 para el conocimiento en la escala americana ASKAS, que varía de 35 a 105, representando 20,0% de los puntos posibles y 81,0 para actitudes, cuyos puntajes varían de 26 a 182,

representando 35,2% de los puntos posibles. Ese resultado indica que los pacientes con HIV de este estudio presentaron menor conocimiento y actitudes más favorables a la sexualidad de ancianos cuando comparados a los médicos norteamericanos[19].

La actitud favorable a la sexualidad del anciano sugiere que estos individuos pueden ser sexualmente activos. Sin embargo, un mejor conocimiento sobre la sexualidad no significa menor riesgo de infección por el virus, siendo necesarias prácticas educativas para la prevención de la enfermedad[7].

El análisis de regresión lineal múltiple realizado entre los dominios del HAT-QoL y otras variables mostró que la práctica de la actividad física se asoció a mayores puntajes en los dominios función general y satisfacción con la vida. La relación entre actividad física y salud en general ha sido relatada en las últimas décadas de forma positiva para el individuo con el virus. La actividad física puede afectar positivamente los factores inmunológicos, aumentando la producción de anticuerpos naturales que pueden retardar la progresión del HIV/SIDA[20].

La satisfacción con la vida y la preocupación con la salud fueron los dominios que presentaron puntajes promedios más elevados y se asociaron con un mayor tiempo de diagnóstico del HIV. Un estudio realizado con seropositivos con edad arriba de 50 años mostró que la mayoría de ellos reaccionó negativamente al recibir el diagnóstico. Sin embargo, muestra que envejecer con HIV implicó en autoaceptar, en tener sabiduría y actitud positiva delante de la vida, aspectos esenciales para la manutención de la satisfacción con la vida y CV[18].

Los pacientes de las clases económicas A y B presentaron puntajes mayores en el dominio preocupaciones financieras, mostrando que el soporte financiero es un factor positivo para la CV. La epidemia del HIV presenta características de feminización, juventud, interiorización, envejecimiento y pauperización[3]. La exclusión social desencadenada por la condición de seropositividad lleva al individuo a experimentar vulnerabilidad social. Las personas con la enfermedad que poseen baja escolaridad y bajo poder adquisitivo tienen acceso limitado a la salud, educación, vivienda y alimentación[17]. La baja escolaridad también influencia en las opciones de ocupación profesional. Bajos salarios y condición socioeconómica precaria influencian en el acceso a las medidas preventivas y a la asistencia integral de las personas que viven con HIV/SIDA[11].

El dominio "aceptar el HIV" presentó puntajes significativamente más elevados cuando la escolaridad de los investigados era más alta. Otra investigación apuntó que la baja escolaridad de personas arriba de 50 años, con la enfermedad, dificultó el acceso a las informaciones esenciales sobre el SIDA; por ejemplo, conocer que los antirretrovirales pueden tornar la enfermedad, crónica y controlable. Este dato apunta que el bajo nivel de escolaridad puede interferir en la adherencia al antirretroviral, cuando influencia la comprensión de la importancia del uso de los medicamentos y dificulta el acceso al tratamiento[21].

El puntaje promedio del dominio preocupación con el sigilo, a pesar de bajo, fue mejor entre los desempleados y en aquellos con edad inferior a 60 años. Es posible que las personas que trabajaban tuvieron peores puntajes por miedo a la discriminación y a la pérdida del empleo. Muchos empleadores no admiten seropositivos debido al prejuicio, a los efectos colaterales provocados por los antirretrovirales que pueden interferir en la productividad, y a la necesidad de faltar al trabajo para realizar consultas y exámenes[17].

La sobrecarga social y moral sobre la persona seropositiva parece ampliarse con el envejecimiento. Otra investigación con ancianos con HIV/SIDA identificó que el impacto del diagnóstico abaló la afectividad de los sujetos, sus lazos familiares y de amistad. El miedo del rechazo mostró ser un factor primordial en la comunicación del diagnóstico en el círculo de convivencia social[4].

Conocer las formas de contagio de la enfermedad y poseer una mayor escolaridad se asociaron con puntajes más altos del dominio confianza en el médico, del HAT-QoL. La mayor escolaridad puede favorecer la comprensión sobre la enfermedad y la terapéutica medicamentosa, lo que es relevante para la adhesión al tratamiento. Otro estudio encontró que los sujetos no adherentes al uso de los antirretrovirales tenían menor escolaridad que los adherentes[19]. Los puntajes más bajos encontrados en el dominio confianza en el médico pueden, en parte, ser explicados por el recelo, que algunos pacientes tienen, de ser juzgados por el profesional de la salud y asociados a la homosexualidad, a ser usuario de drogas y a la prostitución[22]. En el dominio actividad sexual se verificó que ser hombre, blanco y de la clase económica A y B, estuvo asociado a los mejores puntajes. La manutención de relaciones afectivas y sexuales es un aspecto fundamental en la vida de los individuos con HIV/SIDA que contribuye para una mejor CV[11]. La mayor escolaridad puede estar asociada a la manutención del deseo sexual en la fase más tardía de la vida en adultos[23].

El estudio mostró que algunas características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con HIV/SIDA favorecieron diversos dominios de la CV. Practicar actividad física, conocer el diagnóstico de la enfermedad hace más tiempo, pertenecer a la clase económica A o B, poseer mayor escolaridad, estar desempleado, conocer la forma a través de la cual contrajo la enfermedad, ser del sexo masculino, blanco y con edad inferior a 60 años, fueron aspectos significativamente fundamentales para la manutención de los puntajes más elevados de la CV.

Resultados de otro estudio, realizado con pacientes que viven con HIV/SIDA corroboraron, en parte, los hallazgos de esta investigación y apuntan variables que se asociaron positivamente con los siguientes dominios de la CV: mayor escolaridad y renta[11].

En este estudio, las mujeres y los desempleados presentaron mayor conocimiento sobre la sexualidad del anciano, según la escala ASKAS. Las mujeres en una fase más tardía de la vida adulta mantienen interés por la vida sexual, se sienten bien físicamente y mentalmente para practicar el sexo y encuentran en la internet más informaciones y ayuda sobre la sexualidad[24].

Los desempleados pueden haber presentado mejor conocimiento sobre la sexualidad por tener más tiempo para procurar servicios públicos de salud. Los empleados tienen poca disponibilidad para buscarlos, ya que los horarios de funcionamiento de esos servicios no siempre son conciliables con los horarios de personas activas en el mercado de trabajo[25].

Los entrevistados que presentaron una mejor actitud sobre la sexualidad fueron los con mayor escolaridad y edad inferior a 60 años. Otro estudio observó que sujetos con más escolaridad atribuían mayor importancia al sexo en su relación con sus cónyuges, lo que muestra que la educación parece tener un papel importante en las actitudes sobre la sexualidad[23].

La sexualidad en la vejez es un tema descuidado por la sociedad, por profesionales de salud y por los propios ancianos como si, con el pasar del tiempo, el amor e inclusive el sexo ya no tuviesen nada que ver con la edad avanzada[5]. Esto puede ser uno de los motivos por el cual los pacientes a partir de 60 años presentaron actitud menos favorable a la sexualidad del anciano.

En el análisis de regresión lineal múltiple del HAT-QoL, la actitud más favorable a la sexualidad presentó asociación con los siguientes dominios: función general, preocupaciones con la salud, preocupaciones con la medicación, y aceptar el HIV. No fueron encontrados estudios que relacionasen el HAT-QoL con la ASKAS, lo que impidió la comparación de esos resultados.

Conclusión

Las variables: hacer actividad física, mayor tiempo de diagnóstico, mejores condiciones económicas, mayor escolaridad, estar desempleado, edad inferior a 60 años, conocer la forma de contagio, ser del sexo masculino y tener color de piel blanca, fueron las que mostraron asociación con uno o más dominios del HAT-QoL, aumentando sus puntajes. Las mujeres y desempleados presentaron mayor conocimiento sobre la sexualidad de los ancianos, en cuanto que los pacientes con mayor escolaridad y edad inferior a 60 años demostraron actitudes más favorables sobre la sexualidad del anciano. Hubo asociación significativa entre los dominios de la CV: función general, preocupaciones con la salud, preocupaciones con la medicación y aceptar el HIV con el dominio actitudes sobre sexualidad de ancianos de la escala ASKAS.

Es necesaria y urgente la implementación de medidas efectivas de prevención, protección y manutención de la CV de las personas que envejecen con HIV/SIDA. La evaluación e intervenciones de enfermería (como orientaciones sobre formas de contagio, tratamiento y evolución de la patología, además de soporte social y psicológico) podrían minimizar los efectos negativos de la enfermedad sobre la CV de las personas que viven con HIV/SIDA.

El presente estudio contiene como limitaciones el hecho de que los participantes fueron reclutados en un área limitada de Sao Paulo y la muestra haber sido compuesta mayoritariamente por hombres. Las mujeres y hombres pueden tener experiencias de vida diferentes con el HIV, interfiriendo de esta forma en la CV. Los resultados de este estudio no pueden ser generalizados, una vez que contienen características específicas de una determinada región del país; sin embargo, ellos ofrecen una visión sobre la CV y la relación de esta con los aspectos socioeconómicos, el conocimiento y la actitud sobre la sexualidad de ancianos de los pacientes con HIV/SIDA. También pueden ofrecer informaciones útiles para subsidiar las políticas de la salud de prevención y tratamiento de la enfermedad.

La evaluación e intervenciones de enfermería, como las orientaciones sobre formas de contagio, el tratamiento y la evolución del HIV/SIDA, además de dar soporte social y psicológico, podrían minimizar los efectos negativos de la enfermedad sobre la CV de los individuos seropositivos.

Referencias

1. Nações Unidas Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidades sobre HIV-AIDS. MÍDIA - CLIPPING Relatório

Global do UNAIDS; 2012. [acesso: 30 jul 2013]. Disponível em: http://www.unaids.org.br/documentos/clipping.pdf

2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico AIDS/DST, 8(1). 27ª à 52ª semanas epidemiológicas, junho a dezembro de 2010; 01ª a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2011. Brasília; 2012.

3. Vance DE, McGuinness T, Musgrove K, Orel NA, Fazeli PL. Successful aging and the epidemiology of HIV. Clin Interv Aging. 2011;6:181–92.

4. Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em Idosos: Vivências dos doentes. Esc Anna Nery. 2010;14(4):712-9.

5. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. Age Ageing. 2011;40(5):538-43.

6. Frugoli A, Magalhães-Junior CAO. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2011;15(1):85-93.

7. Camargo BV, Torres TL, Biasus F. Práticas sexuais, conhecimento sobre hiv/aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. Liberabit. 2009;15(2):171-80.

8. Vieira KFL, Miranda RS, Coutinho MPL. Sexualidade na velhice: um estudo de representações sociais. Psicol Saber Social. 2012;1(1):120-8.

9. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [acesso 30 ago 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

10. Rüütel K, Pisarev H, Loit HM, Uusküla A. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. Int J AIDS Soc. 2009;12:13.

11. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Texto Contexto-Enferm. 2011;20(3):565-75.

12. Bajunirwe F, Tisch DJ, King CH, Arts EJ, Debanne SM, Sethi AK. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. AIDS Care. 2009;21(3):271-9.

13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil; 2012. [acesso 14 mai 2014]. Disponível em: http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx

14. de Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. Rev Panam Salud Públ. 2009;25(1):69–76.

15. Viana HB, Guirardello EB, Madruga VA. Tradução e adaptação cultural da Escala Askas - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros. Texto Contexto- Enferm. 2010;19(2):238-45.

16. Lopes PSD, Silva MMG, Torres IC, Stadñik CMB. Qualidade de vida dos pacientes hiv positivo com mais de 50 anos. Rev AMRIGS. 2011;55(4):356-60.

17. Gomes AM, Silva EM, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(3):485-92.

18. Nobre NR, Kylmä J, Tapio Kirsi T. I Live Quite a Good Balanced Life: A Pilot Study on the Life Experiences of Ageing Individuals Living with HIV. Nurs Res Pract. [Internet]. 2012 [acesso 11 dez 2012]; 2012. Article ID 128108, 8 p. doi:10.1155/2012/128108

19. Langer-Most O, Langer N. Aging and sexuality: how much do gynecologists know and care?. J Women Aging. 2010;22(4):283-9.

20. Somarriba G, Neri D, Schaefer N, Miller TL. The effect of aging, nutrition, and exercise during HIV infection. HIV AIDS (Auckl). 2010;2:191-201.

21. Iliasa M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. Rev Baiana Saúde Pública. 2011;35(2):471-84.

22. Ministério da Saúde (BR). Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar; 2010. [acesso 30 jul 2013]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/atar-web.pdf

23. Kalra G, Subramanyam A, Pinto C. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. Indian J Psychiatry. 2011;53(4):300-6.

24. Wood A, Runciman R, Wylie KR, McManus R. An Update on Female Sexual Function and Dysfunction in Old Age and Its Relevance to Old Age Psychiatry. Aging Dis. 2012;3(5):373-84.

25. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009;43(4):595-603.

Recibido: 2.8.2013
Aceptado: 3.12.2014