

El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida

HIV: From pharmacological adherence to quality of life

John Jairo García-Peña y Bernardo Ángel Tobón¹

Citación: García P., J.J. y Tobón, B.A. (2020). El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. *Psicología y Salud*, 30(1), 83-94.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las emociones que emergen en el tratamiento de pacientes diagnosticados con VIH/sida y su influencia en la adherencia farmacológica. Se presentan resultados relacionados con las categorías de adherencia al tratamiento y calidad de vida. El método seguido, de corte cualitativo, se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas con ocho pacientes de una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín (Colombia). Entre los resultados más relevantes se halló que la adherencia al tratamiento es un factor protector para la calidad de vida, entendida como un aspecto multidimensional que abarca desde las emociones subjetivas, hasta las condiciones de índole psicosocial, y que permite la estabilidad personal. Los autores concluyen que hay evidencia de que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental cuando se trata el VIH/sida mediante el uso adecuado de los antirretrovirales, pero también con un manejo integral de la persona en los servicios de salud.

Palabras clave: VIH/sida; Adherencia al tratamiento; Calidad de vida; Emociones.

ABSTRACT

The objective of the present study was to explore the emotions that emerge during treatment of HIV/AIDS patients and their effects on pharmacological adherence. The study's method included qualitative analyses on the relevant variables by means of semi-structured interviews with eight patients of a hospital at Medellin (Colombia). The most relevant results revealed that treatment adherence is a protective factor for quality of life, which involves multidimensional aspects. These facets range from subjective emotions to psychosocial conditions, which in turn allow for personal stability. In conclusion, adherence to treatment is a fundamental factor in HIV/AIDS treatment, through the appropriate use of antiretrovirals, but also the integral management of the person in the health services.

Key words: HIV/AIDS; Adherence to treatment; Quality of life; Emotions.

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH en lo sucesivo) es una cuestión fundamental que implica la responsabilidad individual, pero también la colectiva que garantiza el Estado. La adherencia a la toma de los medicamentos antirretrovirales determina la estabilidad del paciente y su adecuado nivel de su calidad de vida.

¹ Universidad Católica Luis Amigó, Transversal 51A Núm. 67B 90, Medellín, Colombia, correos electrónicos: john.garciape@amigo.edu.co y canajas@hotmail.com. Artículo recibido el 25 de febrero y aceptado el 13 de junio de 2019.

Con esta investigación se pretendió entender esos dos aspectos: en lo individual, la influencia de las emociones en la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en lo sucesivo), y en lo que corresponde al Estado, el marco normativo en vigencia que regula la atención a la salud de las personas con VIH; aspectos que en conjunto son un soporte en los diferentes momentos del tratamiento.

El problema del VIH es un asunto de interés colectivo. Su prevalencia hoy día es preocupante. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), en Colombia se habían reportado 95,187 casos de infección por VIH desde 1985 hasta 2012; sin embargo, año tras año ese número ha ido en aumento, lo que muestra que aún hay numerosos aspectos relacionados con el VIH/sida que requieren identificarse y que son prioritarios para ofrecer una solución a este grave problema de salud pública.

En el boletín del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013b), Antioquia aparecía como el segundo departamento con más personas infectadas por VIH, con un total de 12,414, y según los datos suministrados por la Secretaría de Salud de dicha localidad, en el 2014 se reportaron 748 nuevos casos.

En el informe intitulado *Los jóvenes y el VIH/sida*, presentado en 2002 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de Salud (OMS), se resalta que entre las edades de los 20 a los 39 años de edad se concentra la mayor cantidad de personas infectadas, esto es 53.3 %, y que dentro de estas cifras se encuentra que 22% corresponde a un rango de edad de los pacientes de entre 25 a 29 años. De manera similar, estas organizaciones señalan que entre las edades de 15 a 24 años se es más vulnerable para contraer el virus, y que hay cerca de 12 millones de jóvenes en ese rango de edad que viven en la actualidad con VIH/sida, y que solo una pequeña parte de ellos saben que están infectados (UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2002).

De acuerdo a lo anterior, muchos pacientes que tienen la enfermedad lo ignoran, pues el virus contraído con anterioridad no se manifiesta y permanecen asintomáticos, o bien lo saben pero no

han acudido al sistema de salud, o comenzaron el tratamiento pero lo interrumpieron.

Se debe resaltar que, en gran medida, las mayores dificultades del sector de la salud con esta enfermedad tienen que ver con el proceso de adherencia al tratamiento, sea por asuntos intrínsecos de la persona, por la diversidad de alteraciones emocionales producto de su misma situación de vida y por lo que les genera este diagnóstico, o por situaciones externas a ellos, como las condiciones de los servicios de salud. Es necesario tener presentes estos dos aspectos para una atención integral del VIH, porque si bien existe toda una gama de tratamientos farmacológicos para disminuir el impacto biológico de la enfermedad, debe contenerse el impacto negativo sobre las emociones que este problema acarrea en las personas afectadas.

En cuanto a la atención integral, en Colombia existe un marco normativo que se apunala en su misma Constitución Política, en donde se expresa el derecho a la vida y a la salud, al igual que diversas leyes para que el Estado brinde esas garantías.

Una de ellas, la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), tiene el siguiente preámbulo: “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”. Si bien esta ley no menciona directamente la atención a los pacientes con VIH/sida, sí considera algunos aspectos que pueden favorecerla, como la garantía a la afiliación al sistema de seguridad social; así, de acuerdo a las connotaciones sociales que tiene la enfermedad, la Ley 100 sería la garante de tales derechos.

Por su parte la Ley 715 (Congreso de la República de Colombia, 2005a) propone garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio en la salud pública directamente o por contratación, lo que cobija directamente a los pa-

cientes con VIH/sida debido a que constantemente deben practicarse exámenes de seguimiento.

La Ley 1098 (Congreso de la República de Colombia, 2006) busca a su vez brindar la mejor atención a los niños y adolescentes que padecen sida, y propone diseñar, desarrollar y promover programas que garanticen la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH que, en caso de ser positivo, garantice para ellos tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral, el cuidado y la atención necesarios.

El Decreto 1543 del Ministerio de Salud (1997) reglamenta el manejo de la infección por VIH, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Plantea igualmente la atención integral y el cumplimiento de los derechos y los deberes del paciente, y asimismo señala la promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad como aspectos fundamentales para el control y la prevención de dicha enfermedad.

La Guía para el Manejo del VIH/sida del Ministerio de Salud y Protección Social (2003, p. 155) para el tratamiento del VIH/sida asume un mayor compromiso con los pacientes.

Con el fin de enfrentar el problema del manejo de las patologías de alto costo, como el VIH/sida y la enfermedad renal crónica, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante su acuerdo 245 de 2003, subraya la necesidad de desarrollar guías de atención en salud que, aplicadas en el marco de un modelo de atención, permitan alcanzar el mayor impacto positivo posible en la salud de los pacientes y una mayor eficiencia en el manejo de los recursos al definir los contenidos y costos efectivos para la atención de dichas patologías.

De igual modo se cuenta con la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014), basada en la evidencia científica, para la atención de la infección por VIH/sida, la cual formula las recomendaciones necesarias y pertinentes para la atención e implementación de recursos para la atención de esta población mediante equipos interdisciplinarios.

En Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), se ha consolidado el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que determina los aspectos fundamentales para garanti-

zar la salud en el país y que se articula con diversas normas y políticas nacionales e internacionales, leyes, decretos, resoluciones, sentencias, acuerdos y convenios nacionales e internacionales, teniendo en cuenta a las entidades rectoras: la OMS y la ONU, que son las que supervisan el que estos planes se cumplan de acuerdo a sus disposiciones.

Si las citadas condiciones no se cumplen, la salud del paciente con VIH/sida se verá sumamente afectada; por ello, el gobierno de Colombia, a través de la Ley 972 (Congreso de la República de Colombia, 2005b), busca cumplir los mandatos internacionales de atención integral de los pacientes con VIH/sida; pese a ello, las acciones contenidas en dicha ley siguen sin cumplirse en muchos casos, por lo que las personas afectadas deben recurrir a actos legales, como la acción de tutela para que su tratamiento y derechos les sean garantizados (Romero, Martín, González y Romero, 2012).

Como afirman Barraza et al. (2012), se trata de consolidar el ámbito normativo que da sustento a la calidad de vida de las personas con VIH, toda vez que esta enfermedad deteriora la salud en general por sus complicaciones, que llevan a los pacientes a permanecer hospitalizados durante largos periodos de tiempo, lo que además hace que no puedan tener trabajos estables. Algunos tienen problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, lo que hace aún más difícil el tratamiento antirretroviral, que exige que el paciente infectado tenga buenos hábitos de autocuidado. Así, la adicción a ciertas drogas afecta la adherencia a los tratamientos y aumenta la posibilidad de contraer enfermedades oportunistas, como la tuberculosis y muchas otras.

Atención en salud

Según Lopera (2010), la atención en salud del VIH/sida se ve afectada por la falta de políticas públicas y de personal médico calificado, así como por las condiciones precarias propias de la realidad de las personas infectadas. Al respecto, dicho autor afirma que “en Colombia, el 95% de los afectados está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De éstos, el 65% hace parte del régimen subsidiado, el 30% en el régimen contributivo y el 5% se encuentran en la categoría de pobres no asegurados. La mayoría de personas

no afiliadas son desempleados que pertenecen a la economía informal” (Lopera, 2010, p. 205).

Bayarre, Gamba y Hernández (2010) afirman que existe un alto porcentaje de pacientes con VIH/sida insatisfechos por la atención recibida en sus correspondientes centros de salud por la falta de calidad de los servicios ofrecidos, lo que hace necesaria una evaluación de dichos servicios.

En esta línea, Arrivillaga (2010) apunta que por lo general las personas con VIH/sida deben rotar por distintos centros de salud y no conservan a un único médico tratante, y González et al. (2012) señalan que esta población suele ser atendida por médicos sin la experiencia requerida para el manejo del VIH, aspecto que va en contravía del principio médico que reza que debe brindársele atención, educación y consejería a la persona con VIH en una atención médica integral.

Otros estudios revelan que existen múltiples dificultades para acceder a los servicios de salud, lo que impide recibir tratamientos oportunos y continuos con la confidencialidad e integración plena en esos centros; incluso, se recibe atención en clínicas y hospitales no especializados en la citada enfermedad (Almanza y Flórez, 2012; Arrivillaga, 2010; Arrivillaga y Tovar, 2011).

Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con VIH/sida

La calidad de vida es un concepto integral que depende de múltiples factores, como el estado psicológico (emociones, pensamientos, creencias y valores), el aspecto físico y ciertos elementos psicosociales, como las características del sistema de salud, el estrato socioeconómico o las redes de apoyo social, factores todos estos que, en términos de la calidad de vida, dan cuenta del nivel de satisfacción esta.

En este sentido, la calidad de vida puede reunir varios aspectos que trascienden lo meramente físico en las personas con VIH (Cardona, Duque, Leal, López y Peláez, 2011).

Así que en términos de calidad de vida, entre algunas dificultades que afectan a esta población pueden citarse los ingresos económicos reducidos, el desempleo, las relaciones familiares disfuncionales, las conductas sexuales de riesgo, el bajo nivel educativo, los sentimientos negativos, la poca

espiritualidad o el estigma social (Cardona, 2010; Cardona e Higueta, 2014). Cardona (2010) señala que “el mejoramiento de la calidad de vida gira en torno del afrontamiento del diagnóstico, búsqueda de información, potenciación de la espiritualidad, apoyo en las figuras representativas de amor y ocupación del tiempo libre; siendo una señal en contra cuando, como ocurre frecuentemente, el paciente con VIH/sida no reconoce su diagnóstico y se oculta por miedo a la estigmatización” (p. 773).

Es entonces importante dejar en claro que, si bien el tratamiento antirretroviral es un factor en favor de la calidad de vida, es necesario vigorizar esos otros aspectos que la fortalecen. Es por ello que Tavera (2010) afirma que mantener la calidad de vida depende de una suma de aspectos que abarcan toda la vida de la persona.

De esta manera, para que los tratamientos planificados para el bienestar de los pacientes sean efectivos y eficientes requieren de una buena relación entre ellos y sus médicos, mediada por aspectos sociales, psicológicos, técnicos y morales que fortalezcan la adherencia (cf. Laín, 1964; OMS, 2004).

Por todo lo dicho, la presente investigación de carácter cualitativo se propuso conocer las emociones de las personas afectadas por el VIH/sida y su influencia en la adherencia farmacológica y la CVRS.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio ocho personas (una mujer y siete hombres) atendidas en la E.S.E. Hospital La María, de la ciudad de Medellín (Colombia) de entre 30 y 55 años. A partir del citado enfoque se trabajaron las historias de vida, una técnica de generación de información definida por Barreto y Puyana (1994) como una estrategia que pretende generar multiplicidad de alternativas de la historia social a partir del restablecimiento de prácticas subjetivas.

En su elección sexual, cinco de los siete varones manifestaron ser homosexuales. Todos los participantes pertenecían a los estratos socioeconómico 2 y 3, de acuerdo a la caracterización so-

ciodemográfica vigente en el país. Para efectos de presentación de sus aportes y con pleno respeto a su confidencialidad, se utilizó la convención de p1 a p8, respectivamente, en el orden de la realización de las entrevistas.

Para la elección de los participantes se contó con los siguientes criterios de inclusión: participar voluntariamente mediante el llenado de un consentimiento informado; estar viviendo con el VIH/sida por más de un año; participar en el programa de apoyo de la E.S.E. Hospital La María, y estar vinculados a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA).

Se excluyeron todos aquellos pacientes con VIH/sida incorporados a otros programas distintos a los de la citada institución.

Procedimiento

Para el acopio de la información se hicieron ocho entrevistas semiestructuradas, técnica de recolección que, según Lucca y Berrios (2003), es flexible y apropiada para recopilar y revelar información compleja y detallada, porque la persona que informa comparte oralmente con el investigador lo concerniente a un tema específico o a un evento acaecido en su vida. Es a través de la entrevista que se accede al mundo del entrevistado y se conocen sus perspectivas de vida, emociones, interacciones y formas de comprender el mundo y a sí mismo.

Esta información se transcribió y se codificó de forma abierta con base en las categorías de análisis.

RESULTADOS

En este estudio, como se ha venido planteando, interesaba mostrar un hilo conductor sobre el proceso de adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida de las personas con VIH, tema multidimensional que va desde las emociones subjetivas, hasta ciertas condiciones de índole psicosocial.

Así, un participante expresa la manera en que asume el tratamiento de su enfermedad².

P1. *Yo soy muy juicioso con mi medicación. Hay algunos que toman acetaminofén y otros dolex; yo tomo los antirretrovirales. Trato de comer bien, pero hay personas que se vuelven escépticas: no quieren su tratamiento, no tienen forma y se echan a morir. Eso no ayuda. Hay personas que se deprimen y se encierran en sí mismas, o que se dedican a propagar el virus, y todas estas cosas van en contra de la calidad de vida de uno. Y si ya tenemos este problema, debemos aceptarlo y aprender a vivir dignamente con eso, ¿no?*

Pero el tratamiento no es exclusivamente un asunto personal; es obligatorio brindar las condiciones mínimas para que cada persona pueda asumir de manera adecuada su tratamiento, lo que permite el sistema de salud. Este hecho reitera estos hallazgos como algo sensible, ya que aun cuando los protocolos para una atención integral están bien formulados, en su implementación se ven falencias; por ejemplo, en el sistema de salud todavía se enfatiza de una manera específica solamente el tratamiento farmacológico, que es necesario seguir mejorando en pro de la promoción de la salud como un fenómeno integral de carácter físico, psicológico, social e incluso ambiental. El siguiente aporte muestra la importancia de esta perspectiva:

P2. *Yo veo el tratamiento como un apoyo, en el sentido de que no lo ven a uno con lástima, sino como una consideración con la enfermedad. Es como lo atiendan a uno; por ejemplo, la buena atención que se recibe por parte del personal. Están pendientes de uno, preguntándole “¿cómo te sientes?”, “¿cómo estás?”, “¿te estás tomando los medicamentos?”*

Se observa que la adherencia al tratamiento antirretroviral está en gran medida determinada por las emociones; por ejemplo la esperanza en mejorar la salud, de esta forma el medicamento adquiere un significado vital, tal como se ve reflejado en los siguientes relatos:

P7. *Al tratamiento farmacológico lo veo como parte de mi vida, porque es algo esencial; de él depende mi salud, mi vida. Si quiero seguir bien, debo seguir así, tomando las pastillas. Ahora, solo me tomo dos pastillas al día.*

P4. *El medicamento me alarga la vida y sin él muero, me cogen más enfermedades oportunistas. Me tomo los medicamentos en las noches y eso me hace sentir muy bien, más tranquilo psicoló-*

² En aras de la claridad y para una mejor comprensión por parte del lector, en algunos casos los contenidos de las entrevistas se modificaron para hacerlos inteligibles (N. del Ed.).

gicamente, aunque no sé los nombres. Son cuatro pastillas.

Hay una connotación positiva que se relaciona directamente con la calidad de vida, aspecto fundamental en el concepto de la adherencia farmacológica, pues tomar los medicamentos se convierte en un hábito de vida, lo que en este caso es un factor protector para cuidar la salud. Así lo muestran lo siguientes aportes:

P5. *Ya tomarme el medicamento es como parte de mi vida, ya se establece como una rutina más, como bañarme, comer o cepillarme los dientes. Sí, se debe seguir con la vida normal. Esta enfermedad forma parte de mi vida.*

P6. *Los medicamentos se han adherido ya, se han fusionado conmigo, porque a través de ser consciente de todo se va fusionando, se vuelve un hábito más; por ejemplo, me acuesto sin tomar el medicamento, y de repente me acuerdo que no me lo he tomado. [Entonces] me levanto, me lo tomo y ya me duermo tranquilo.*

Además, los medicamentos se convierten en un modo de asimilar la realidad de la enfermedad y, por ende, de la complejidad de su debido tratamiento. Así lo expresa uno de los entrevistados:

P8. *Yo lo estoy optando como parte de mi vida. Ya me tomo las pastillas como en automático, aunque fue muy difícil.*

Cabe aclarar que si estos hábitos se llegan a romper por factores externos tales como el incumplimiento en la entrega de la medicación por la empresa prestadora de salud, o por factores internos del paciente, como un descuido personal, se exacerban la incertidumbre y la ansiedad porque esos hábitos ya eran parte de su vida, estancando así el proceso y proyectando en el paciente impulsos autodestructivos, toda vez que aquellos se establecieron para el bienestar de la persona.

Efectos adversos del tratamiento antirretroviral

Un tema importante que surge a partir de la narrativa de los entrevistados está relacionado con los efectos adversos que generan los medicamentos, lo que si bien ya ha sido evidenciado en otras investigaciones, en esta adquiere una connotación particular en cuanto al significado emocional que

implica la estabilidad de la persona. Lo anterior es narrado así:

P3. *A mí me dieron muy duro; me dieron unas pesadillas impresionantes, me dio una borrache-
ra como si estuviera trabado, como si hubiera fumado marihuana u otra droga.*

En la historia de vida de otro paciente esa situación fue narrada del modo siguiente:

P4. *De pronto a veces con el medicamento me dan unas pesadillas muy fuertes, como que lo meten a uno en una máquina, lo muelen y lo jalan.*

Sin embargo, a medida que avanza el tratamiento los efectos adversos disminuyen, hasta que se logra una estabilización en la salud y la sensación de bienestar.

En la narrativa de otro entrevistado, P8, se evidencia una dicotomía en los juicios acerca de los medicamentos: por un lado, se convierten en un factor que ayuda en la calidad de vida (Obviamente, al aumentar los CD4 y disminuir la carga viral, mejora la calidad de vida porque ya podría estar dispuesto para un trabajo), y por otro lado, se viven como una limitación (Me dificultan mucho porque me amarran acá. No puedo viajar, como en los trabajos que tenía antes).

Exámenes de laboratorio

Otra práctica favorable reconocida por los ocho participantes es la realización de exámenes de laboratorio acordes a las recomendaciones médicas, lo que también se vuelve una rutina en su vida diaria; reconocen además que los exámenes son una guía para saber cómo se encuentran respecto al conteo de CD4 y la carga viral, siendo estos dos factores los que determinan el avance de la enfermedad y el impacto que la misma genera en la vida de las personas.

P5. *Los exámenes, para mí, son la mejor forma de estar controlado y ver cómo va uno con la infección. Significan un beneficio para mi salud. Cuando yo estaba muy mal, los CD4 me bajaron a 60, y gracias a Dios y al resultado de los exámenes que indicaron el problema, me precisaron el tratamiento y ya estoy mejor.*

P4. *El venir cada mes a realizarme los exámenes lo veo como un amor de Cristo hacia mí; además, de mi parte significa el respeto hacia el*

cuerpo, porque yo sé que tengo que ser responsable en cuanto que tengo que asistir a las citas y hacerme los exámenes, teniendo como beneficio la salud.

Teniendo en cuenta estos aportes, los entrevistados manifiestan claramente que reciben los cuidados necesarios en los exámenes de control, en la ingesta de los medicamentos antirretrovirales y en las citas médicas en las diferentes especialidades, entre las que está el acompañamiento psicológico.

No obstante, es de resaltar que dicho acompañamiento está orientado a la adherencia farmacológica, sin enfatizar el aspecto interno emocional de estos pacientes a partir de sus historias de vida, lo que permitiría atender la enfermedad de una forma integral, tal como se aprecia en el siguiente relato:

P8. No me siento acompañado por el sistema de salud. Estoy muy agradecido por el servicio que me brindan, pero siento que hace falta esta parte que usted está realizando. Entonces no me siento acompañado, sino que siento que estoy recibiendo una muy buena atención y que soy una factura más. Tengo que agradecer todo lo que me han brindado, pero me hace falta el apoyo, como más escucha, como que uno pueda contar quién es uno y qué le pasa fuera de este problema. Uno es algo más que el VIH.

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que si las personas con VIH se abandonan a emociones como la culpa, la ansiedad, la desesperanza o la vergüenza y no asumen una verdadera responsabilidad en su proceso de adherencia a la terapia antirretroviral, todo el proceso se trastorna, porque un medicamento o un examen de laboratorio, por sí solos, no aseguran el estado de salud integral, física y mental.

Como se ha venido exponiendo, la adherencia terapéutica lleva al concepto de calidad de vida relacionada con la salud, o CVRS. A continuación se hace la respectiva descripción de la misma según los hallazgos en las historias de vida de los entrevistados.

Calidad de vida relacionada con la salud

La CVRS es vista como una apuesta en la que convergen varios aspectos de tipo individual y psicoso-

cial, cuya importancia no alcanza en ocasiones a ser dimensionada en el proceso de la vida misma. Es por ello que en el presente estudio se tuvieron en cuenta ciertos factores fundamentales para comprenderla en el proceso de tratamiento del VIH.

De acuerdo a las narrativas de los entrevistados, la CVRS se ubica en tres factores fundamentales: el cuerpo, las dificultades económicas y las pérdidas laborales, y el sentido de vida.

A partir de tal postulado, en las narraciones de los participantes se puede observar que la enfermedad penetra en todo el cuerpo, y que dicho cuerpo enfermo es vivido como uno de los mayores miedos de las personas con VIH, lo que relatan de esta forma:

P6. El cuerpo significa todo; es el reflejo de lo que yo soy. Si mi cuerpo se deteriora, mi ser se deteriora también; psicológicamente creo que me voy deteriorando también, [lo que] tendría un impacto psicofisiológico y también psicosocial.

P2. Veá, socio. En esta enfermedad pasan un montón de cosas que le tocan a uno todo el cuerpo; le tocan la boca, le tocan los pies, le tocan el ano, todo le tocan a uno. Usted siente que tengo malestar aquí, que los granitos y tantas cosas que le salen a uno, [pero] uno las supera.

P7. Yo no me sentía el mismo; yo sentía como una debilidad, como un cansancio corporal. Ya no toleraba alimentos como la leche, los frijoles, las cosas grasosas, el repollo. El licor empezó a caerme súper mal; me daba como un malestar general en todo mi cuerpo.

Dificultades económicas y pérdidas laborales

En las entrevistas realizadas es posible comprobar dificultades económicas en los pacientes a partir del diagnóstico y, por consiguiente, un trastorno en su calidad de vida, lo que se muestra en la siguiente narrativa:

P1. Unas veces en mi familia me pueden colaborar, otras veces no, y ya lo que yo me pueda rebuscar. Yo gano muy poco y paso hambre todo el día. Me negaron la pensión. A veces aplico una inyección o hago una terapia y me dan \$10.000 o \$20.000, pero eso no me alcanza para vivir; para pagar donde vivo o para los pasajes para venir a las citas.

Las historias de vida de las personas entrevistadas expresan que antes de conocer su diagnóstico de VIH contaban con trabajos fijos y estables, y que a partir de saber su estado de salud su situación laboral cambió considerablemente. Algunos de los participantes atravesaban una compleja situación económica debido a que habían dejado de trabajar a causa de la enfermedad, lo que les producía una gran inseguridad en sí mismos y sentían que ya no eran útiles a la sociedad; sumado a lo anterior, sus necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y la seguridad social estaban afectadas.

P8. *Yo estudié muchísimo. Estudié administración, inglés, hice algo de contabilidad, fui auxiliar contable, trabajé en bancos. Mi vida económica era demasiado holgada. Mi familia tiene plata. Yo no, yo ya no. Ahora le pido a mis hermanos solo una oportunidad para trabajar y me la niegan. Ellos piensan que he perdido mis capacidades, lo cual no es así. Piensan que no soy útil.*

P6. *Yo tuve una vida muy activa en cuanto a estudio y trabajo. A mí me tocaba trabajar prácticamente por todo el país, me tocaba viajar mucho, y con relación a las demás personas era normal. Yo me sentía bien en cuanto a esa parte. Fui docente en varias partes del país, y cuando me diagnosticaron, no estaba afiliado a una EPS. En la actualidad vivo de la renta de algunas habitaciones y mis recursos económicos son muy limitados.*

P2. *Yo tenía dos talleres de mecánica. Me puse a vender mercancía, bisutería, pulseras, todas esas cosas de las mujeres. Eso se vende mucho. Yo las compraba en Colombia y las vendíamos por toda Venezuela. Nos iba super bien. Entonces tenía unas tiendas, tenía carro y casa.*

P5. *Yo trabaja en mecánica, con fibra de vidrio, en varias partes. Trabajé en varias empresas, pero cuando me di cuenta, tenía el VIH. Yo estaba afiliado a una EPS, y allí empezaron el tratamiento. Ya no tengo trabajo estable, y por ahí trabajo con el esposo de una tía.*

Es posible identificar en estos relatos los drásticos cambios en los ámbitos laboral y económico que afectan la calidad de vida de las personas con VIH, los que les generan en su día a día una ruptura económica y social, pues si bien pueden

trabajar en algunos casos, únicamente acceden a trabajos informales, inestables, que no les permite gozar de prestaciones sociales ni derechos como ciudadanos.

P1. *No cuento con recursos económicos suficientes para suplir mis necesidades básicas, teniendo deficiencias en la alimentación y la vivienda.*

Este último participante se hallaba al extremo de afirmar que en ocasiones no podía acudir a las citas y recibir los medicamentos por su precariedad económica para comprar los pasajes.

Calidad de vida

En la vía de lo que puede beneficiar, ciertos aspectos como la espiritualidad, el sentido común, el cuidado de sí mismos y de los demás, favorecen la construcción de lo que se define como *calidad de vida* en este estudio. Los participantes lo manifiestan del modo siguiente:

P2. *Yo, desde antes del diagnóstico, ya venía preparándome para lo espiritual; con esto me lo volvieron a confirmar, que tenía que ser todo lo espiritual. Una vez yo estaba sacando un espíritu y san Miguel me miró a los ojos y me dijo que me iba a poner una prueba muy dura: “Si pasas esa prueba, ya sigues a una vida mejor y más tranquila”. Yo creo que era esto.*

P7. *Estaba hartito. Entonces también recurrí mucho a lo espiritual. Lo espiritual fue lo mejor. No sé qué sería de mí si no creyera que hay un Dios que todo lo rige y que está mirando mis actos.*

Pero los cuidados que tenían los participantes consigo mismos también les hacía posible mejorar su calidad de vida y darle un sentido gracias a las prácticas que les permitían prevenir enfermedades oportunistas que podían alterar el rumbo adecuado del tratamiento.

P4. *Yo incluso uso mucho el tapabocas por si hay alguien con gripa, y cuando está haciendo invierno también me lo pongo. Si estoy en el centro o si veo a alguien aquí con gripa, me lo pongo. Así me cuido yo y cuido a los otros. Eso es tener conciencia.*

También lograban cambios en sus hábitos respecto a los cuidados de su salud.

P2: *Ya no voy hacer la vida mundana que tenía, que fumaba marihuana, que fumaba cigarri-*

llo, que tomaba licor. Sentí que tenía que cambiar todo lo malo. Ahora soy más tranquilo y espiritual y ya no siento tanto desasosiego.

La calidad de vida de los personas VIH positivas se ve afectada por dolores continuos en huesos y articulaciones, los que aprenden a sobrellevar con una buena actitud, como lo expresan P5 y P4:

P4. *A veces me duelen mucho los huesos y digo: “ay, Dios, ¿si iré a ser capaz?”, porque me duele mucho el cuerpo y le pregunto al médico y me dice que es debido a la enfermedad, pero desde que estoy más conectado con Dios lo he aprendido a manejar.*

P5. *Ya no práctico deporte por el dolor en las articulaciones. Yo montaba mucho en bicicleta, pero ya no me da. Las articulaciones me duelen por el VIH, pero he aprendido a hacer otras cosas que también me relajan.*

Dichos aportes muestran cómo un soporte espiritual se asocia al mejoramiento de la calidad de vida en general, lo que también se ve expresado en el siguiente fragmento:

P8. *Ya tengo paz interior. Yo pensaba que la espiritualidad era ir a misa, pero siento que ya tengo mayor espiritualidad, como una paz conmigo mismo. La situación ya no me estresa y desespera tanto. He aprendido a aceptarla y a aceptarme. Desafortunadamente, sigo con el fantasma de que quisiera tener la tranquilidad que tengo ahora pero con los beneficios de antes, como estar tranquilo y tener la parte económica de antes, la salud de antes. No sé, me volví más espiritual y más tranquilo. Eso fue un proceso impresionante durante estos cinco años, y todavía sigue.*

La adherencia y los agentes internos y externos

La adherencia al tratamiento es un tema de responsabilidad personal, fundamental en esta investigación porque determina una estabilidad personal a partir de la toma de los medicamentos antirretrovirales que posibilitan un adecuado nivel en la calidad de vida.

Ha habido un gran interés por parte de investigadores de todo el mundo en este tópico dado que es un factor esencial porque busca los mejores resultados en cuanto a la planificación de tratamientos más integrales para lograr cambios importantes en la salud de los pacientes; de hecho,

sin la adherencia no podrían obtenerse resultados que propicien la disminución del impacto de la enfermedad (OMS, 2004).

En consecuencia, la adherencia al tratamiento antirretroviral en la infección por VIH es un aspecto esencial para la conservación de la salud. Los pacientes deben modificar sus hábitos, prácticas y estilos de vida y buscar un acompañamiento profesional que atienda sus dudas y conflictos ante el tratamiento. Sin embargo, de acuerdo a Le Brenton (2002), en la cultura occidental se tiene la concepción de que las personas buscan ayuda únicamente cuando enferman, por lo que son pobres los planes de prevención; no hay conciencia de los procesos de promoción, ni tampoco claridad respecto a cambios actitudinales continuos que perduren lo que el tratamiento médico.

Al respecto, Hay (1990) comenta que en muchas ocasiones las personas con VIH se conforman con ir a una farmacia por un medicamento para “ponerse bien”, a manera de lograr un atenuante que no implica un tratamiento como tal.

El tratamiento involucra la calidad de vida. A este respecto, los resultados del presente estudio son explícitos, lo que se muestra en la literatura consultada sobre los factores que componen la dimensión de calidad de vida de las personas con VIH.

Así, Arrivillaga (2010), Arrivillaga y Salcedo (2012) y Galindo, Gómez, Mueses, Tello y Varela (2013) evidencian la relación entre la posición socioeconómica y la adherencia al tratamiento en estudios que muestran las dificultades de la población con escasos recursos económicos para acceder a los sistemas de salud al no disponer de los medios para mantener el proceso de tratamiento, o algo tan puntual como conservar un horario estable para la ingesta del medicamento a causa de la inestabilidad o la informalidad laborales, lo que afecta contundentemente la adherencia.

Todos los entrevistados coincidían en que su vida había cambiado no solo en el aspecto médico, sino también en lo emocional y económico, situación ya evidenciada en otros estudios realizados por Lopera (2010), Tavera (2010) y Cardona et al. (2011), quienes concluyen que los bajos ingresos económicos son un factor de riesgo significativo de una mala calidad de vida en las personas con VIH.

Otro factor definitivo en la adherencia al tratamiento tiene que ver con el manejo del diagnóstico: dependiendo del tiempo con el que una persona seropositiva tenga viviendo con el virus, hay ciertas variables psicológicas que se tornan más relevantes en distintos momentos del continuo de interacción (Fierros, Piña, Sánchez e Ybarra, 2011); es decir, entre más sea el tiempo que una persona lleva viviendo con el VIH, atravesará más estadios psicológicos; así, al momento del diagnóstico, mecanismos como la negación de la enfermedad se convierten en un factor negativo para la adherencia al tratamiento retroviral, al igual que, tiempo después, la aceptación y la asimilación de la enfermedad hacen posible esa adherencia. En efecto, los resultados muestran que al momento del diagnóstico la frustración de la persona diagnosticada es un impedimento para iniciar el tratamiento, y que solo es posible vencer dicha frustración cuando la persona infectada comprende la importancia del autocuidado (Fierros et al, 2011).

El cuerpo y las emociones

Como lo resaltan los resultados, para las personas con VIH las emociones y el cuerpo desempeñan un importante rol. Fassin (2003) plantea que al asumir su nueva condición, el cuerpo cobra un sentido emocional. El cuerpo es un medio para obtener el reconocimiento social, lo que a lo largo de la historia se ha negado; sin embargo, tiene un papel fundamental en la representación emocional que la persona hace a través de él, como por ejemplo en su malestar físico.

Otro aspecto importante a tener en cuenta al hablar del cuerpo es el postulado por Conger (1991), quien señala que este significa un disfraz que expresa de forma incuestionable lo que la conciencia se esfuerza en ocultar a los demás, engañándolos (enfados, ansiedades, angustias, depresiones y necesidades). De acuerdo a ello, es evidente el temor de las personas con VIH a que su cuerpo enferme porque su deterioro devela ante los otros la enfermedad y lo que la misma implica.

Por eso es importante cuidar el cuerpo con hábitos de autocuidado que se vuelvan rutinarios y beneficien la calidad de vida. Los participantes expresan lo anterior cuando afirman que incluso

tomar los medicamentos se convierte en un hábito más de sus estilos de vida.

En este sentido, Perls (1975) denomina “hábitos cooperadores” a los orientados a mantener en equilibrio al organismo, y apunta que si estos hábitos se llegan a romper debido a factores externos (como el incumplimiento en la entrega de la medicación por la empresa promotora de salud o por un descuido personal por factores internos del paciente), se exagera la incertidumbre y la ansiedad porque dichos hábitos ya son una parte de su vida, lo que estanca el proceso y genera impulsos autodestructivos.

Entonces, como dice Maturana (1997), es clara la necesidad de establecer ese “emocionar” en el sistema de salud, de modo que se brinden servicios más sensibles que reconozcan a los usuarios en su condición particular.

Lo anterior pone de manifiesto lo hallado por Bayarre et al. (2010) respecto a la inconformidad de los usuarios frente al sistema de salud y al modelo de atención, los que no siempre son sensibles y evidencian dificultades para comprender al paciente desde una perspectiva humana.

Es menester reconocer la integralidad de la CVRS, que, como la conciben Gore et al. (2003), abarca cinco dominios básicos: el funcionamiento físico (energía/fatiga), el funcionamiento social, el funcionamiento del rol, la salud en general y el dolor; además, manifiestan que mantener un nivel de bienestar en estos dominios es una habilidad, la cual se convierte en algo esencial para conservar una buena calidad de vida, y que podría extenderse a personas que viven con enfermedades crónicas, como el VIH/sida.

Sentido de vida

Para finalizar, según Frankl (1991), otro factor que complementa y adquiere un significado especial para la calidad de vida es el “sentido de la existencia”. Para esta postura teórica el sentido de existencia no se inventa sino que se descubre y construye, y para las personas con VIH puede adquirir importancia si se comienza a significarlas como seres humanos cambiantes, con una concepción de sí mismos y del mundo que las rodea.

Frankl (1991) plantea que se necesita un cambio radical en la actitud hacia la vida. Así, para estas personas tal podría ser su nueva condición, puesto que es evidente que exige una resignificación de su “estar en la vida”, lo que pueden asumir positivamente al atender lo que les beneficia, o negativamente en lo que les es perjudicial.

En esta vía, Lopera (2010) afirma que la religión o el soporte espiritual se asocian al mejoramiento de las condiciones físicas y psicológicas al disminuir los niveles de estrés.

Para reforzar este aspecto, Tavera (2010 (cf. Bosworth, 2006) señala la espiritualidad como un factor mediador de los efectos psicosociales del VIH, en tanto que es una manera trascendental de encontrar y afrontar el sentido de la vida en esta enfermedad, lo que la presente investigación demuestra.

Así las cosas, la adherencia estaría determinada por factores psicoemocionales, espirituales, familiares y socioeconómicos, así como por la información y el apoyo de los sistemas de salud, que además de fortalecer la relación médico-paciente, permiten crear una mayor confianza, lo que se verá reflejado en la calidad de vida de los pacientes (González et al., 2012).

Este recorrido hace evidente que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental al tratar el VIH /sida mediante el uso adecuado de los

antirretrovirales, pero también el manejo integral de la persona en los planes del servicio de salud. Se identificó que el sistema de salud vigente aún presta una atención en los servicios de urgencia, aunque la atención integral todavía es muy incipiente. Los pacientes todavía tienen una concepción de su CVRS en relación con el medicamento antirretroviral, lo que impide que se reconozca la importancia de los factores emocionales, la calidad de vida como una apuesta integral y la resolución de conflictos afectivos y familiares para la estabilidad del tratamiento.

La CVRS adquiere un significado especial en las personas VIH positivas porque en el proceso adquieren un nuevo sentido de vida, lo que les hace posible resignificar su cuerpo y sus relaciones con el mundo.

La comprensión de las emociones en un nivel psicosocial ayuda a entender los procesos de exclusión social que las personas con VIH aún sufren, lo cual las convierte en sujetos vulnerables. Sigue habiendo dificultades en el contexto social para la aceptación de la enfermedad, lo cual no ayuda a minimizar el impacto psicológico que el virus genera; por ello, las personas tienden a ocultar su diagnóstico, de manera que su salud tiende a deteriorarse porque tampoco asumen abiertamente el tratamiento.

REFERENCIAS

- Almanza A., A.M. y Flores P., F. (2012). Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 22(2) 173-184.
- Arrivillaga, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4) 350-356.
- Arrivillaga, M. y Salcedo, J.P. (2012). Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/sida: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensamiento Psicológico*, 10(2) 49-64.
- Arrivillaga, M. y Tovar, L. (2011). VIH/sida y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 112-123. Recuperado de http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol10_n_21/estudios_3.pdf.
- Barraza, T., Correa, C., Correa M., Orozco M., Uribe M., T., Villa C., M. y Zapata A., M. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Eleuthera*, 6, 101-126. Recuperado de http://vip.ucaldas.edu.co/eleuthera/downloads/eleuthera6_8.pdf.
- Barreto, J. y Puyana, Y. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. *Reflexiones Metodológicas*, 10, 186-196. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196/15051>.
- Bayarre, H., Gamba, J.M. y Hernández, D. (2010) Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Bosworth, H.T. (2006). The importance of spirituality. Religion and health-related quality of life among individuals with HIV/AIDS. *Internal Medicine*, 21(suppl. 5), S3-S46.

- Cardona, A. e Higuaita, F. (2014) Impacto del VIH/sida sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española Salud Pública*, 88(1), 87-101.
- Cardona, J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/sida. *Salud Pública*, 12(5) 765-776. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>.
- Cardona, J., Duque, M., Leal, O., López, J. y Peláez, L. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Revista Biomédica*, 31(4), 532-544. Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/articulo/view/422>.
- Conger, J. (1991). El cuerpo como sombra. En J. Abrams y C. Zweig (Eds.): *Encuentro con la sombra* (pp. 151-157). Barcelona: Kairós.
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. D.C: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (2005a). *Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*. Bogotá. D.C: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (2005b). *Ley 972. Protección enfermedades catastróficas, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/sida*. Bogotá. D.C: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1098. por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Bogotá. D.C: Autor.
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 49-78.
- Fierros, L.E. Piña, J.A., Sánchez, J.A. e Ybarra, J.L. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia Psicológica*, 29(2), 149-157.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de Salud (2002). *Los jóvenes y el VIH/sida: Una oportunidad en un momento crucial*. Nueva York: UNICEF, ONUSIDA, OMS.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Herder.
- Galindo, J., Gómez, O., Mueses, H., Tello, I. y Varela, M. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/sida. *Salud Uninorte*, 29(1), 83-95. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3169>.
- Gore, C., Koopman, C., Krumboltz, J., Spiegel, D., Thoresen, C. y Vosvick, M. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44(1) 51-58.
- Hay, L. (1990). *El SIDA: cómo abordarlo de manera positiva*. Buenos Aires: Urano.
- Laín, E. (1964). *La relación médico-paciente: historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente, S.A.
- Le Brenton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lopera, M. (2010). *Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultado de los procesos micro y macrosociales del contexto*. Tesis inédita de grado doctoral. Bogotá: Universidad Nacional. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2716/1/597597.2010.pdf>.
- Lucca, N. y Berrios, R. (2003). *Investigación cualitativa, fundamentos, diseños y estrategias* (2ª ed.). Cataño (Puerto Rico): Ediciones S.M.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: J.C. Saéz.
- Ministerio de Salud y Protección Social (1997). *Decreto Número 1543 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2003). *Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013b). *Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/sida*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.
- Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión: los comienzos de la terapia gestaltista*. México: Fondo de Cultura. Económica.
- Romero G., A.G., Martín A., L., González V., B. y Romero G., A.T. (2012). Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(12), 3-17.
- Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3) 1-7.