

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH.

Oscar Andrés Urrego Palacio

Universidad de La Sabana.

## Resumen

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las enfermedades que mayor interés despierta actualmente a nivel mundial, no solo por el carácter letal que reviste, sino por la rapidez con que se está extendiendo. Así mismo, un tema inherente cuando se habla de VIH es el de Calidad de vida. Este término es un concepto multivariado, que incluye determinantes Físicos, Psicológicos, Sociales y Económicos, tiene a su vez un carácter objetivo y subjetivo a considerar por igual. Otero, H. (1998). Este documento pretende explorar cómo es la calidad de vida de personas que estén infectadas por el VIH a través de referencias teóricas específicas que incluyan estudios acerca de esta relación entre el virus y la calidad de vida.

Palabras clave: Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), calidad de vida.

## Abstract

The infection by the virus of the human immunodeficiency (VIH) is one of the diseases that greater wide-awake interest at the moment at world-wide level, not only by the lethal character that has, but by the rapidity whereupon one is extending. Also, an inherent subject when VIH speech is the one of Quality of life. This term is a multivaried concept, that it includes Physical determinants, Psychological, Social and Economic, it has an objective and subjective character as well to consider the same. Knoll, H. (1998). This document tries to explore how it is the quality of life of people who are infected by the VIH through specific theoretical references that include studies about this relation between the virus and the quality of life.

Key words: Virus of acquired immunodeficiency (VIH), quality of life

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH.

El término calidad de vida ha sido ampliamente utilizado en los últimos tiempos por los especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos y personal de salud, con independencia a la ideología o posición político-filosófica que se represente. La calidad de vida es un concepto muy abarcador, sobre todo en lo que tiene que ver con procesos de rehabilitación en el campo de salud. Su importancia es tan relevante porque de ella se derivan casi todos los objetivos que se esperan por parte del paciente en un plan estructurado de rehabilitación integral, y más cuando este padece de alguna enfermedad que, a través de su desarrollo, altere de manera significativa todas las esferas de la vida de este. Velaverde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002). Así mismo, la calidad de vida desde su génesis como concepto ha estado ligada al dualismo salud-enfermedad por lo que en este documento la revisión teórica hará referencia a una enfermedad específica que ha venido azotando en las dos últimas décadas a la humanidad y es el virus de inmunodeficiencia humana VIH.

Por lo consiguiente, el propósito real de este artículo, es el de explorar cómo es la calidad de vida de personas que estén infectadas por el VIH a través de referencias teóricas específicas que incluyan estudios acerca de esta relación entre el virus y la calidad de vida. La estructura y presentación de dicha exploración teórica parte de lo que es el virus de inmunodeficiencia humana, sus manifestaciones sintomáticas, formas de contagio, su diagnóstico y tratamiento; seguidamente se abordara acerca de la calidad de vida refiriendo conceptos que se han construido alrededor de ella, su relación con el concepto de salud-enfermedad y sus repercusiones en un proceso de rehabilitación en el campo de la salud. Finalmente se propondrán supuestos relacionales entre el VIH y la calidad de vida a través de conclusiones que permitan integrar la información

recapitulada y así sentar precedentes y herramientas referentes a la calidad de vida y el VIH en el campo de la salud.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las enfermedades que mayor interés despierta actualmente a nivel mundial, no solo por el carácter letal que reviste, sino por la rapidez con que se está extendiendo. Dentro la dinámica del desarrollo del VIH es necesario conocer algo de lo que sucede en su evolución natural.

Según Vargas, M. (2002) el origen del VIH se debe a un proceso que se llama zoonosis; este proceso es una enfermedad en los animales que se pasa al ser humano. El virus ya existía en chimpancés pero mutó y se convirtió en VIH. Según Ticona, E. (2005), un periodista francés hizo una publicación que se llama EL RÍO. Dicha publicación habla que hace más o menos 50 años estaban vacunando contra una enfermedad como la hepatitis en el río congo, la vacuna se daba en pequeñas dosis y necesitaba de un sustrato para reproducirse; se sirvieron del riñón del chimpancé y en ese sustrato para cultivar la vacuna. Vacunaron más o menos 1 millón de personas.

Las Naciones Unidas al final del año 2000 reportaron que el número de personas infectadas por el VIH, el agente causal del SIDA, estuvo cercano a los 40 millones y, de ellas más del 90% pertenecía a países en vía de desarrollo, esto generó una explosión de conocimientos relacionados con el VIH y su comportamiento (Cotran, Kumar y Collins, 2000), lo que llevaría a aislar en los pacientes con SIDA dos formas genéticamente distintas, pero relacionadas de VIH: el VIH-1 y el VIH-2. El primero de ellos, el VIH-1 es el tipo más frecuente asociado al SIDA en Estados Unidos, Europa, Canadá y África central, mientras que el segundo de ellos, el VIH-2, produce una enfermedad similar, principalmente en África occidental.

Aunque distintos, el VIH-1 y el VIH-2 poseen antígenos comunes; sin embargo, en la actualidad se dispone de pruebas específicas para el VIH-2, por lo que la sangre recogida para transfusiones, se somete sistemáticamente a análisis de detección de seropositividad para este virus (Cotran, Kumar y Collins, 2000).

De acuerdo con Quinn y Fauci (1998), la verdadera epidemia comenzó a surgir solamente cuando las condiciones demográficas y sociales tales como la migración masiva de las zonas rurales a las urbanas, la destrucción de las unidades familiares debido a la naturaleza migratoria de la búsqueda del empleo, la consecuente promiscuidad sexual, las frecuentes visitas a prostitutas y la contaminación de bancos de sangre.

Así, su introducción en los países desarrollados, como Estados Unidos ocurriría rápidamente después de la revolución de homosexuales que tuvo sus orígenes en las manifestaciones en el Stonewall Inn, bar de Nueva York frecuentado por homosexuales varones en el año de 1969. El entorno demográfico vinculado con las prácticas homosexuales de alto riesgo, que se concentró en ciudades como Nueva York, San Francisco y Los Ángeles durante los años setenta y comienzos de los ochenta, llevaron a que esta población de jóvenes, predominantemente adultos, se convirtiera en un blanco perfecto para una epidemia de una enfermedad que se transmite sexualmente. Patrones similares a estos comenzaron a presentarse en otros países desarrollados como: Canadá, Australia y los de Europa Occidental (Kramer, 1994).

En cuanto a América Latina y el Caribe, se afirma que más de dos millones de personas viven con el VIH en la región, de las cuales el 10% se contagiaron en 2002. Asimismo, en ese año, al menos 100.000 personas murieron a causa del síndrome, cifra que ubica a la región entre las más golpeadas por la enfermedad, tras África y Asia. ONUSIDA. (2001).

Hablando un poco acerca del desarrollo del virus se tiene que para Estrada, J. H. y Gómez, L.A. (2000). el virus del VIH destruye las células de la defensa; dicha destrucción abarca cuatro etapas que este tiene para replicarse: fusión, que es la etapa en donde el virus se une a la célula; luego se da la transcripción en donde el virus ingresa su información genética o ARN y los convierte en DNA viral; seguidamente, se da la etapa de integración en donde este ADN viral se integra al ADN de la célula. Finalmente el VIH aprovecha el momento de la división de la célula para “crear” mensajeros de ARN viral cada uno de los cuales formarán nuevos virus con la ayuda de enzima proteasa que completa el proceso ayudando a crear virus maduros.

El VIH se transmite a través de la barrera mucocutánea, de donde se extiende a los ganglios linfáticos regionales. Luego ocurre una viremia masiva con los niveles plasmáticos máximos de ARN viral a las dos o cuatro semanas después de la transmisión con compromiso masivo del sistema linfático. La respuesta inmunitaria logra control parcial atribuido principalmente a las células T citotóxicas (CD 8) (Busch, Kleinman y Nemo, 2003). Según Farreras, R. (2000) las etapas de la enfermedad se podrían clasificar en: A1, B2 Y C3 o SIDA. La etapa A1 se caracteriza por ser asintomática o con lesiones leves; la etapa B2, se define porque aparecen signos o lesiones medias y en la etapa C3 o SIDA es la etapa en donde se pueden identificar las enfermedades oportunistas.

Según Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005) la sintomatología que se presenta se puede calificar en: signos mayores y signos menores. Dentro de los primeros se encuentran: pérdida del 10% del peso en poco tiempo sin que esta pérdida se deba a la realización de alguna dieta, presencia de diarrea por más de un mes y manifestación de fiebre constante o intermitente por más de un mes. Por otro lado, dentro de los signos menores se encuentran: tos por más de un mes, exceptuando los

casos de tuberculosis, presencia de ganglios en varias partes del cuerpo, exceptuando también los casos de tuberculosis, inflamación generalizada de la piel, denominada dermatitis pruriginosa, historial de herpes Zoster repetidas veces en los cinco años, presencia de candidiasis en la boca y la garganta y herpes simple diseminado que se repite varias veces.

Así mismo, Quinn, T. & Fauci, A. (1998) destacan aspectos importantes para tener en cuenta dentro del cuadro clínico del SIDA. El SIDA se presenta inicialmente como un fenómeno de seroconversión a las pocas semanas de haberse puesto en contacto con el virus. Esto sucede en forma casi asintomática, situación que permanece invariable durante varios años (de 2 a 7) cuando suelen aparecer las primeras manifestaciones: adenopatías, fatiga, pérdida de peso, fiebre y diarrea. Por otra parte, para Chandra, P.S., Desai, G., y Ranjan, S. (2005) la seroconversión o la enfermedad de inmunodeficiencia adida acontece acompañada de fiebre, un eritema discreto, cefalea y linfadenopatías casi imperceptibles, conformando, en algunas ocasiones, cuadros que semejan una meningitis o una encefalitis. Usualmente, “el paciente recobra su salud en unos días. A su vez, se desconoce con exactitud el porcentaje de los pacientes que se infectan con el VIH y desarrollan enfermedad aguda, puesto que este cambio sexológico se acompaña, en la mayoría de las veces, de una sintomatología muy pobre que se confunde fácilmente con un cuadro catarral” Según Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005).

Para Estrada, J. H. y Gómez, L.A. (2000) síntomas constitucionales como la fatiga, los sudores nocturnos y la fiebre preceden al desarrollo de las infecciones oportunistas y/o los tumores, hasta que aparece la neumonía intersical causada por el pneumocistis carinii, el sarcoma de Koaposi, las manifestaciones neurológicas, la disfagia o el linfoma.

Ya que la mayoría de la sintomatología se presenta en la etapa C3 o SIDA es importante hacer mención de las manifestaciones clínicas en dicha etapa. Según Estrada, J. H. y Gómez, L.A. (2000) el cuadro clínico del SIDA se caracteriza por la presencia de linfadenopatías, pérdida de peso, enfermedad de la cavidad oral, lesiones dermatológicas, el herpes simple y las infecciones oportunistas.

En cuanto a las linfopatías, Stone, D. R. y Gorbach, S. L. (2000). afirma que las primeras observaciones del SIDA señalan la existencia adenopatías periféricas, existiendo en la mayoría de las veces, una fase prodrómica constituida de síntomas generales: fiebre, pérdida de peso, diarrea y candidiasis oral. Según Vélez, H. A. y cols. (2005), las adenopatías se sitúan, como mínimo, en dos zonas ganglionares, exceptuando las ingles, con un tamaño superior a 1 cm y con más de tres meses de existencia.

En lo que respecta a la pérdida de peso, Vélez, H. A. y cols. (2005) dicen que esta es la manifestación corriente del SIDA en fase crónica y suele ser muy notoria en la mayoría de los pacientes. La causa no esta bien establecida, pero podría estar relacionada con la mala absorción Se considera como un signo de mal pronóstico.

Para Farreras, R. (2000). las enfermedades de la cavidad oral son problemas frecuentes en la fase crónica, especialmente la gingivitis, las ulceraciones, el sarco de Kaposi y los abscesos dentales. Sin embargo, las erociones y la leucoplaquía son los signos específicos de la enfermedad. Según Stone, D. R. y Gorbach, S. L. (2000) el sarco de Kaposi se presenta en el paladary suele estar acompañado por las ulceraciones y lesiones micóticas que persisten durante un mes.

Dentro de las lesiones dermatológicas, se pueden observar dos grandes manifestaciones. Para Farreras, R. (2000), de una parte, se encuentran las manifestaciones ligadas a las infecciones virales y micóticas; por el otro lado se

encuentran las manifestaciones tumorales centralizadas en la enfermedad de Kaposi. Es así como se dice que frecuentemente, las primeras manifestaciones clínicas dermatológicas en el SIDA son las erupciones, como es el caso de la dermatitis seborreica y el xerodema.

Por otra parte, Vélez, H. A. y cols. (2005) plantea que el herpes simple se muestra como un problema delicado para aquellos que padecen de SIDA. Semejante al VIH, el virus del herpes es un virus que puede transmitirse sexualmente; por ello, muchos de los infectados por VIH sufren de herpes. Dado que la inmunodeficiencia causada por el VIH es cada vez más severa, así mismo, con la evolución del sida se destacan más casos de herpes simple con mayor severidad.

Finalmente según Clavel, F. Y Hance, A. J. (2004) las infecciones oportunistas constituyen la principal amenaza en el curso de la enfermedad de estos pacientes. En todos los grupos de riesgo, este tipo de complicaciones representa la causa principal de morbilidad y mortalidad. La sintomatología de las infecciones oportunistas, afirma Ticona, E. (2005), correlacionada con las numerosas complicaciones infecciosas del SIDA es también variada: esta depende eventualmente de la localización del microorganismo. Prácticamente todos los tejidos del cuerpo pueden ser el centro de una infección, pero ciertos órganos se constituyen en los blancos preferidos. Para Vélez, A. & cols (2005) las infecciones oportunistas son: las manifestaciones psiconeurológicas dentro de las cuales se incluyen la leucoencefalopatía multifocal progresiva, meningitis aséptica, Toxoplasmosis del SNC, linfoma del SNC, miopatía relacionada con el VIH, complejo demencial del SIDA y la psicosis aguda; el citomegalovirus, la tuberculosis, pneumocystis carinii y la toxoplasmosis.

Luego de haber conocido algo de lo relacionado con las manifestaciones sintomatológicas del VIH y el SIDA, es pertinente proceder a referenciar los factores de riesgo y las formas de transmisión.

La primera forma de transmisión a la cual se hace referencia es la sexual. Según Ticona, E. (2005) las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexual u homosexual, pueden transmitir el virus de VIH. Los contactos oro-genitales pueden transmitir el virus si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas. En este sentido algunos puntos para tener en cuenta podrían ser: que todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión, las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal, el riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente y que el riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario mujer-hombre.

Por otro lado se encuentra la transmisión sanguínea. En este sentido Figueroa, J. P. (2003) afirma que la transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas. Es por esto que se dice que toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de dar sangre u órganos Vargas, M. (2002).

Existe también la llamada transmisión vertical la cual hace referencia a la de madre a hijo. Alrededor de un cuarto a un tercio de las mujeres embarazadas infectadas con el virus del VIH/SIDA lo transmiten a sus bebés. (Shafter, 1999). Hay estudios que expresan una disminución en la transmisión vertical del VIH/SIDA mediante el suministro de antirretrovirales como el AZT alternado con el tratamiento de la madre y

del bebe. El parto de realizarse por medio de cesárea y la leche materna debe ser sustituida. (Shafter, 1999).

Al revisar las formas de transmisión y los factores de riesgo se procede a revisar la forma de diagnosticar la enfermedad. El diagnóstico se puede obtener a través de los exámenes de carga viral y el recuento de los linfocitos CD4. Según la Asociación Colombiana de Infectología (2002) el recuento de los linfocitos CD4 indican el estado de defensas del organismo y la carga viral indica cuántas copias del virus hay en la sangre. Esta detección se puede lograr a través de pruebas específicas. Según Mosquera, J., Mateus, J. C. (2003) existen la prueba de ELISA y la prueba Westem-Blot la cual es una prueba confirmatoria. Estas son pruebas presuntivas; cuando la prueba da positiva, ésta se debe repetir por duplicado. Si por lo menos una es positiva, se debe realizar una prueba confirmatoria que es la prueba Westem-Blot. “La prueba de ELISA para VIH es una prueba de laboratorio presuntiva que permite detectar las defensas específicas que el cuerpo produce contra el VIH llamadas anticuerpos” Mosquera, J., Mateus, J. C. (2003). Por otro lado la prueba confirmatoria de Westem-Blot, es una prueba de laboratorio más compleja y específica que la de ELISA, porque detecta los anticuerpos individuales contra todas las proteínas que componen el VIH. Esta prueba se debe realizar para confirmar dos pruebas de ELISA.

Por otra parte, el tratamiento luego de la infección por VIH esta basado en medicación antirretroviral. López, P., Alfonso, J. (2003). afirman que los medicamentos antirretrovirales bloquean los diversos pasos de la replicación del virus, como resultado no dejan que siga replicándose y destruyendo las defensas. Así mismo López, P., Alfonso, J. (2003) agregan que la cantidad de virus disminuye en el organismo y las defensas empiezan a aumentar, restableciéndose el equilibrio del sistema de defensa y mejorando la calidad de vida. La terapia no logra destruir por completo el virus en el

organismo por lo que se requiere tomarla de por vida para mantener controlado el virus. También es necesario seguir utilizando condón en las relaciones sexuales para evitar la transmisión del virus a otras personas Mosquera, J., Mateus, J. C. (2003).

El tratamiento en VIH es el parámetro que dicta el curso de una calidad de vida en los pacientes. La adherencia a las terapias antirretrovirales tiene un fuerte impacto en la respuesta del virus y en la emergencia de cepas resistentes. Por eso es necesario un abordaje multidisciplinario que involucre al paciente, a los profesionales de la salud, a la familia y a la red de apoyo en general para optimizar la adherencia a los tratamientos Vicent, I. y cols (2000). Esta adherencia al tratamiento es sumamente importante si se quieren lograr avances significativos no solo a nivel fisiológico sino también psicológico.

Enfatizando un poco en el tratamiento antirretroviral, argumenta que los medicamentos que contiene esta terapia se combinan porque cada uno tiene la misión de bloquear un lugar diferente en el proceso de la replicación del virus, esta estrategia mantiene al virus “acorralado” y no le deja escapatoria; cada pastilla que se toma el paciente es un arma diferente. Para Clavel, F. Y Hance, A. J. (2004). todos los medicamentos pueden producir efectos indeseables que generalmente pasan con el tiempo a medida que el organismo se acostumbra a la terapia o quizás requieran de un manejo específico.

Dentro de los medicamentos que comprenden la terapia antirretroviral existen 25 (incluyendo las combinaciones) de los cuales hay 22 aprobados. En Colombia solo hay 19 disponibles, de los cuales 16 son usados y 3 prácticamente están retirados del mercado. Dentro de los 16 que están disponibles en el país se encuentran: inhibidores de la transcriptasa hay nueve: AZT, 3TC, Videx EC (DDI), Zerit (D4T), Ziagen, Efavirenz, Neviparina, Combivivir (Unión de AZT+3TC), Trizivir (Unión de AZT+3TC+Ziagen);

como inhibidores de la proteasa hay siete: Nelfinavir, Kaletra, Norvir, Agenerase, Fortovase, Indinavir y Reyataz. López, P., Alfonso, J. (2003).

Cuando un paciente con VIH/SIDA se enfrenta al tratamiento farmacológico, el mayor problema que presenta es la cantidad de pastillas que debe tomar. Según (Soto, L, E, (2000) esta es una de las razones por la que algunos enfermos dejan el régimen y provocan que el virus que contrajeron se haga resistente a los efectos de esos antirretrovirales en su organismo. Según ONUSIDA. (2005) el acceso al tratamiento del VIH ha aumentado considerablemente en los dos últimos años. En la actualidad, en los países de ingresos bajos y medianos más de un millón de personas están viviendo más tiempo y llevan una vida de más calidad porque siguen el tratamiento antirretrovírico, y se estima que este año se evitaron entre 250 000 y 350 000 defunciones gracias al mayor acceso al tratamiento del VIH..Al abordar el mayor impacto potencial de integrar la prevención y el tratamiento, el informe de 2005 pone de relieve que una respuesta integral al VIH y al SIDA requiere la aceleración simultánea de los esfuerzos de tratamiento y prevención con el objetivo fundamental del acceso universal a la prevención, tratamiento y atención.

De las anteriores referencias, se puede abstraer el término “calidad de vida” cuando se hace referencia al tratamiento antirretroviral. Pero antes de continuar con la revisión de la calidad de vida en las personas que se encuentran infectadas por VIH es importante indagar acerca de la calidad de vida como concepto.

La calidad de vida tiene una historia reciente. En la década de los 60 del siglo pasado pasó del ámbito de la economía al de las ciencias humanas. Su importancia fundamental dentro de la medicina radica en que surge como un intento de dotar de contenido a lo que llaman respeto a la dignidad de los seres humanos. Botell, M. L. (2002).

Partiendo del término “calidad” se tiene que según Botell, M. L. (2002) este término se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. De ahí que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes sea uno de los objetivos principales de la atención médica, y a su vez, del desarrollo técnico relacionado con su atención

Para Martin, I., Cano, R., Pérez De Ayala, P. (2002). el concepto de calidad de vida encierra el reconocimiento de que los logros materiales alcanzados por la especie humana en la actualidad, se han obtenido a expensas de elementos como el descanso físico y mental reparador y creativo; de la recreación, actividad lúdica y comunicativa de la vida familiar integradora y educativa; y de otros componentes que confortan el espíritu y le dan sentido a la vida. Este autor especifica la existencia de indicadores psicológicos a indicadores sociales. Entre los psicológicos señala la vida individual o biografía y las reacciones frente a diferentes experiencias. En cuanto a los indicadores sociales alude a algunos como condiciones objetivas de vida, seguridad social, nivel de desempleo, etc. A su vez García, M. D., Font, A. (2004). dice que la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

A su vez para Otero, H. (1998) la Calidad de Vida es un concepto multivariado, que incluye determinantes Físicos, Psicológicos, Sociales y Económicos, tiene a su vez

un carácter objetivo y subjetivo a considerar por igual. Aunque es una categoría esencialmente subjetiva, pues se trata siempre de la Calidad de una Vida en particular, por su complejidad y los requisitos exigidos a su evaluación, es recomendable precisar los parámetros que va a incluir dentro del estudio de la Calidad de Vida. Surge pues una interrogante acerca de cómo se podría llegar a evaluar este concepto algo abstracto.

En este sentido, para Botell, M. L. (2002) el concepto calidad de vida es relativo, y por tanto, difícil de definir, ya que inciden varios aspectos: la forma de experimentarlo, el propio ambiente que rodea a la persona en un momento determinado, etc. Se hace evidente que el concepto puede ser utilizado desde diferentes perspectivas y significados; es decir, tiene una interpretación polisémica, con una gran riqueza en la variabilidad de interpretaciones. Para este autor, resulta evidente la estrecha relación que existe entre la cultura, el concepto de salud que se tenga y la calidad de vida. De hecho, el modo de comprender la vida humana difiere según una cultura de otra, y de esa misma manera, ocurre con la noción de calidad de vida. El ser humano interpreta su estado anímico desde un determinado universo de símbolos, representaciones y creencias que hay que enmarcarlos en contextos y tiempos determinados, por lo que desde esta perspectiva no se puede generalizar el concepto de calidad de vida, ya que este va a responder al significado cultural de cada individuo.

Para Carpio, C. (2000), luego del seminario internacional de calidad de vida celebrado en Lima, se tiene, en primera instancia, una muestra de los aspectos contenidos a la hora de realizar una evaluación de la calidad de vida. Dentro de estos factores a evaluar se tienen en cuenta los siguientes: Percepción subjetiva de los síntomas, Valoración subjetiva de limitación, Autoimagen corporal (apariencia), Estados Emocionales; Satisfacción social a través de las relaciones; Preocupación por el futuro (de los hijos, propio, económicas); Incentivos, Motivaciones, Ilusión, Esperanza;

Capacidad para el placer y la recreación; Movilidad y desplazamiento; Relaciones de pareja y sexuales; Relaciones con hijos y familiares; Apetito; Sueño – Descanso; Temor o miedo; Preocupaciones económicas; Red de Apoyo Social; Información sobre la enfermedad y el tratamiento; Estilos de Afrontamiento; Funcionamiento físico; Capacidad de trabajo; Cumplimiento o adhesión al tratamiento; Capacidad para el ejercicio físico; Depresión y ansiedad; Ausencia de dolor; Ausencia de sufrimiento moral; Autonomía en los actos cotidianos: Alimentación; Sueño; Defecación; Comunicación y trabajo.

En este mismo orden, Lynn J. (1997) afirma que algunos factores de calidad de vida entre los enfermos oncológicos a tener en cuenta serían: Funcionamiento físico; Funcionamiento emocional o psicológico; Síntomas asociados con la enfermedad y el tratamiento; Funcionamiento social (incluyendo o no el económico); Índice general de percepción de la Calidad de Vida por el paciente. “La calidad de vida de una persona con VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad crónica pasa por mejorar la calidad de vida social de esta, de modo que ella fortalezca sus capacidades para moldear el orden social y pueda apropiarse de su futuro” Martin, I., Cano, R., Pérez De Ayala, P. (2002).

Dentro del proceso evaluativo algunos estudios se han arriesgado a sugerir alternativas de medición para la calidad de vida. Según Lorente, E., Ibáñez, M. I., Moro, M. y Ruipérez, M. A (2002) habla de la evaluación en pacientes con Cáncer, haciendo énfasis en que deben ser: Simples, cortos, fáciles de recordar y registrar; que comprendan un número adecuado de parámetros (Su contenido debe ser compatible con la idea de Calidad de Vida, cuantificables, aplicables al mayor número posible de situaciones y estar validados); aceptables para medidores y pacientes; sensibles a cambios en el estado del sujeto (Discriminativos entre grupos de personas con distinta Calidad de Vida y consistentes con otras medidas del estado del paciente).

Así mismo, Velaverde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002) dicen que estos instrumentos de evaluación y calificación deben comprender cuatro grandes áreas: El estado del desempeño ocupacional; grado de ansiedad, depresión y temores; el estado de la interacción social, capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones satisfactorias; y, el estado físico (que cambia de acuerdo con los síntomas). Apunta que si se modifica alguno de estos factores, se producen alteraciones de la Calidad de Vida General.

En un estudio realizado por Bulacio y cols. (2004) proponen a través de un trabajo investigativo, la validación y el análisis de las propiedades psicométricas del Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp). Este fue administrado a una muestra de 300 sujetos adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -Argentina. Los resultados muestran que éste es un instrumento válido, confiable, sencillo, de rápida administración y evaluación. Existen a su vez otros instrumentos estandarizados como encuentran el índice de Karnofsky (Performance Status), el Sickness Impact Profile de Begmer, el Quality of Life Tool de Spitzer y la Tasa de Herr, Lanhan, Rosell. Otero, H. (1998).

Como se puede ver, la calidad de vida es casi una herramienta indispensable a la hora de trabajar con poblaciones que padezcan de enfermedades o que simplemente estén expuestas a condiciones que alteran su diario funcionar y vivir. En el campo de la salud es de sumo interés indagar el concepto de calidad de vida no solo a un nivel general sino profundizarlo dentro del constructo salud-enfermedad. En este sentido, González, L. E. (2004) afirma que las valoraciones acerca del proceso salud-enfermedad han variado sustancialmente, debido a la importancia que se le conceden a los factores sociales en este proceso. Es obvio que enfermedades como el infarto, el alcoholismo, los accidentes y otros, están más relacionados con las condiciones de vida de los

individuos que con factores genéticos y fisiológicos. “La calidad de vida relacionada con la salud, define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo; es igualmente un concepto subjetivo que comprende principalmente los siguientes aspectos; estado físico, rol social, estado emocional cognitivo y sentimiento general de bienestar”. Martin, I., Cano, R., Pérez De Ayala, P. (2002)

El concepto de calidad de vida para al ámbito de la medicina se considera cuando la enfermedad y las intervenciones del médico influyen tanto en la cantidad (supervivencia) como en la calidad del paciente. Según García, M. D., Font, A. (2004). la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA se puede definir como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto propio de cada individuo, que se encuentra influido por el entorno en el que vive en el que influyen factores como la sociedad y la cultura.

Es entonces ineludible que la influencia socio-cultural marca parámetros específicos en la construcción del concepto de calidad de vida. En este sentido, y tratando de ligar lo ya mencionado acerca del VIH, luego de conocer un diagnóstico de infección por VIH, y posteriormente con las manifestaciones sintomáticas propias del desarrollo de la enfermedad, la persona elabora un juicio de acerca de su situación a corto, mediano y largo plazo. Por lo consiguiente, tanto su medio así como la percepción del mismo van a tomar rumbos diferentes con respecto a lo que pensara en el pasado.

Según Herrera, P. M. (2000) El modo de vida o actividad vital del hombre viene determinado por 2 elementos o subsistemas que son: el subsistema de los factores determinantes o cuantitativos, que se estudian a través de las categorías Condiciones de Vida y Nivel de Vida y que se relaciona con la satisfacción de las necesidades

materiales, comprendiendo elementos tales como el empleo los ingresos económicos, condiciones de vivienda y trabajo, educación, recreación, alimentación, saneamiento ambiental, etcétera. A su vez el subsistema de los factores funcionales o dinámicos, comprende los tipos de actividad vital que pueden darse a partir de las condiciones de vida, su jerarquización y motivación, lo cual se estudia mediante la categoría Estilo de Vida, que expresa el grado de libertad social del sujeto y sus valores espirituales y culturales. El Modo de Vida presupone un modo de obrar, dado por el conjunto de actividades vitales que realizan el sujeto; y un modo de pensar, expresado en la escala de normas y valores que rigen su conducta. Pero es importante ligar esta información con los procesos psicológicos que entrarían a jugar parte en el proceso de búsqueda de la calidad de vida sobre todo en personas que padecen de algún tipo de enfermedad más específicamente el virus del VIH. Según Herek, G. (2002) la depresión, el estrés psicológico, las perturbaciones emocionales, la falta de estrategias de aceptación a la seropositividad son factores predictivos de no adherencia. Los factores cognitivo, psicológico, sociales, ambientales que determinan el bienestar psicosocial y la calidad de vida tienen un impacto en la adherencia García, M. D., Font, A. (2004).. Esto requiere que se desarrollen intervenciones focalizando estas variables para mejorarla y obtener los objetivos terapéuticos deseados.

Para García, M. D., Font, A. (2004). las variables que intervienen en la adherencia al tratamiento son: emocionales, sociales y comportamentales. Cada una de estas variables contienen características específicas que de alguna manera repercuten en la calidad de los pacientes. Según Martin, I., Cano, R., Pérez De Ayala, P. (2002), dentro del nivel emocional se encuentran las siguientes características: autoestima, conflictos de prioridades de vida frente a las limitaciones de los tratamientos, tipos de adaptación a la seropositividad y estados emocionales. Por otra parte, el nivel cognitivo

se caracteriza por: grado de conocimiento de la infección. De los tratamientos y de los efectos secundarios, percepción de la eficacia de los tratamientos y la percepción de los efectos secundarios. El nivel social incluye: tipo de apoyo que aporta el entorno (ámbito familiar, amistades, ámbito socio-profesional, ámbito médico), cantidad de personas del entorno informadas sobre la infección VIH y sobre los tratamientos, tipos de intervención con el entorno relacionados a la infección VIH y a los tratamientos, integración de la persona a una red de apoyo, situación social (vivienda, empleo, recursos) y los tipos de acceso a los servicios de salud como también de protección social. En cuanto al nivel comportamental, las principales características giran en torno al aprendizaje, control de los efectos secundarios, prácticas nutricionales y las prácticas adquiridas en cuanto a la salud.

Según Badia, G., García, P. (2000) el impacto del VIH/SIDA cambia dependiendo de factores, como la situación socioeconómica, sexo y orientación sexual. También demuestran que el VIH/SIDA tiene un impacto negativo para la mayoría de las personas, acentuado esto, por el miedo al rechazo en diferentes situaciones como lo son el trabajo, la educación y la sociedad en general. Las personas infectadas, se sienten menos que el común de la gente y temen hablar acerca de su situación por miedo a que las hagan a un lado y eviten su compañía. El alejamiento y la evitación, pueden llegar a ser factores de mantenimiento de sentimientos de tristeza, ansiedad y frustración González, L. E. (2004).

La calidad de vida no es solo el conjunto de herramientas que se encuentran a disposición del paciente, es un constructo entre la persona, el equipo médico profesional, la red de apoyo y la sociedad en general. Es aquí donde se hace relevante hablar acerca de los beneficios que las personas infectadas por el virus tienen por

derecho, y los cuales, son de vital importancia en la propensión de calidad de vida en este tipo de población.

Según Varas, N., Toro J. A. (2003), desde el marco conceptual de la bioética, los derechos humanos se basan en tres principios fundamentales que son: Autonomía, posibilidad que debe tener la persona de tomar sus propias decisiones en materia de salud. Beneficiencia/no-maleficencia, toda intervención en salud deberá propender hacia el bienestar del paciente y no perjudicarlo. Y Justicia, que se relaciona con la igualdad de oportunidades ante tratamientos médicos y sistemas de salud. Este último punto es de suma importancia ya que plantea el derecho a tener un seguimiento terapéutico integral.

En este orden de ideas, las personas infectadas por el virus gozan de derechos específicos dada su situación lo cual en definitiva hace parte de su calidad de vida sobre todo en lo que respecta a convivencia social y en comunidad. Por ejemplo el decreto 1543 ratifica el derecho a la confidencialidad, igualdad y no discriminación de las personas con VIH y SIDA entre otros, con base en criterios éticos y jurídicos. Sin embargo en el país, las EPS se han ceñido a la ley en lo que les resulta conveniente, como lo es el condicionamiento de la atención y entrega de medicamentos, en el caso de servicios de alto costo, a periodos mínimos de cotización (100 semanas) aún en circunstancias de gran necesidad para la salud individual olvidando los textos que les obliga a no exigir algunos requisitos para acceder al sistema, como los copagos y cuotas moderadas a quienes no tienen capacidad de pago, desconociendo el que en ningún caso esos Pagos deben convertir en barrera de acceso para los más pobres. De alguna forma, este tipo de situación en el campo de la salud pública, afecta el proceso de intervención y cohíbe de manera injusta al beneficiario que en este caso es la persona con VIH. La búsqueda de la calidad de vida de una persona esta impregnada de muchos elementos y

matices que van desde lo legal hasta lo puramente personal del individuo en su percepción acerca de su calidad de vida.

## DISCUSIÓN

Para encontrar sentido claro a lo referenciado acerca del VIH y lo postulado acerca del concepto de calidad de vida, es importante sacar conclusiones que aporten en el campo de la salud y el ejercicio de la psicología sobre todo en el área clínica.

Son innegables las repercusiones psicológicas que trae consigo el dictamen de un diagnóstico como el de la infección del VIH y más porque la rotulación social que conlleva a discriminación y miedo hace que las personas tomen decisiones que muchas veces se alejan de lo que realmente sería funcional dentro del proceso terapéutico.

La calidad de vida es toda una amalgama de intenciones dictaminadas por el paciente, el equipo médico que lo atiende, la red de apoyo del paciente y la sociedad macro que acoge a dicho paciente. En este sentido, el paciente es un ente activo en el proceso ya que de su percepción acerca de la enfermedad y de sí mismo dependerá en gran medida el éxito del tratamiento en general. La persona con VIH, es una persona susceptible de sentir ansiedad, rabia y hasta depresión lo cual está dentro de lo esperado más sin embargo es preciso que dirija de manera funcional dichas manifestaciones emotivas.

En la pretensión de calidad de vida, es innegable la ayuda psicológica. Para Martín, I., Cano, R., Pérez De Ayala, P. (2002). con un paciente infectado por VIH es importante tener en cuenta estas cuatro circunstancias para empezar a gestar dicha ayuda: Si las reacciones emocionales de la persona le impiden buscar tratamiento, cooperar en el mismo o interfieren con éste; si el comportamiento del paciente le provoca mayor malestar que la propia enfermedad o incrementa innecesariamente los síntomas que se desarrollan en el curso de la enfermedad; si sus reacciones emocionales perturban actividades que sin ellas serían posibles, tales como llevar a cabo un trabajo profesional, leer o mantener contactos sociales, y conducen al individuo a prescindir de

muchas de sus fuentes habituales de gratificación; y si sus reacciones emocionales se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales.

En cuanto al equipo médico, este debe poseer todas las herramientas necesarias para poder brindar el servicio eficaz y eficiente, sin negar el contacto personal y de apoyo, ya que éste es un ente activo en la generación de calidad de vida en el paciente.

Velaverde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002) comparten algunos aspectos básicos que todo profesional de la salud implicado en el manejo de VIH. Estos aspectos son: mantener una actitud respetuosa y no crítica ni enjuiciadora, proporcionar un trato cálido, comprensivo y reflexivo, no privar al paciente del contacto físico, proporcionar garantías de anonimato y confidencialidad, escuchar y recibir las emociones del paciente, aceptar la ira del paciente, permitir la negación y la desesperanza, y escuchar si el paciente habla de su muerte. La persona enferma es y debe ser sujeto activo de cualquier decisión médica, y por eso debe estar al tanto de todo el proceso de su enfermedad y participar en la toma de decisiones para dar su consentimiento, después de haber sido correcta y suficientemente informado.

## CONCLUSIONES

Es innegable que en la actualidad hay un interés creciente en las tareas de tipo preventivo, abandonando la actitud de estar centrado en el paciente para volcarse más a la comunidad. Esto hace que el trabajo del psicólogo clínico rebase el contexto de la atención secundaria para priorizar el nivel de atención primaria, con el objetivo de elevar el nivel de salud de la comunidad, prevenir las enfermedades, y crear un nivel más alto de satisfacción en la población, así como también un desarrollo óptimo de la personalidad. Para encaminar los esfuerzos hacia este propósito común, el psicólogo debe tener en cuenta que las repercusiones de problemáticas que se manifiestan de manera tan contundente y masiva como el virus del VIH van más allá de lo netamente terapéutico para convertirse en un trabajo casi antropológico que requiere de un actuar investigativo y proactivo para con el contexto o cultura que en este caso es una la misma ya que lo que se busca priorizar es la vida del ser humano, y no solo la vida como tal sino la forma en que esta se construya acogiendo de manera atenta y especial a las personas que ya tengan el virus.

A través de la reconstrucción teórica se comprobó que el impacto del VIH/SIDA es distinto dependiendo de factores como la situación socioeconómica, sexo y orientación sexual. En general la revisión demuestra que el VIH/SIDA tiene un impacto negativo para la mayoría de las personas que lo padecen especialmente por el miedo a la discriminación y por una discriminación real en varios ámbitos como trabajo y educación. Las personas sienten que no pueden hablar abiertamente sobre su diagnóstico porque pueden ser estigmatizadas. Se puede evidenciar también que la conciencia de riesgo de contraer el VIH y la cantidad de información que tiene la persona antes de recibir el diagnóstico son importantes en la reacción inicial frente al resultado VIH positivo.

Por otro lado, la red de apoyo (familiar o amigos) del paciente, también son fundamentales en la propensión de calidad de vida. Son ellos quienes actúan como acompañantes y “cuidadores” por lo cual es fundamental que ellos también tengan contacto directo con el tratamiento integral. Solamente en algunos casos, hombres homosexuales han sido rechazados por sus familias, aunque más por la orientación sexual que por el VIH/SIDA. También es positivo para los pacientes el tener contacto con otras personas viviendo con VIH/SIDA, el poder compartir experiencias y el apoyo de organizaciones.

Dentro de lo que concierne a la calidad de vida en pacientes con VIH, es muy importante también el logro de modos de vida saludables. La realización de actividades cognitivas para que la población incremente sus conocimientos sobre aquellos factores que favorecen o perjudican su salud. Esto se realiza fundamentalmente mediante la educación para la salud.

Como se ha visto, el concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros, como por ejemplo, bienestar, felicidad, etc. Resulta evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc), y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí mismo. La calidad de vida, por tanto, pertenece al ámbito de la subjetividad, pero tiene mucho que ver con el mapa de la objetividad que envuelva a la persona. La revisión teórica ha demostrado que hay una diversidad de experiencias frente al VIH/SIDA. Es necesario tomar en cuenta estas diferentes vivencias de las diversas personas viviendo con VIH/SIDA para poder apoyar procesos de mejoramiento de su calidad de vida en el país de una forma más coherente y efectiva.

Finalmente se debe concluir que dentro del complejo y/o modelo bio-psico-social-cultural y espiritual, la calidad de vida debe propender y abarcar estos mismo

factores presentes y latentes dentro de la dinámica humana; un trabajo que no depende únicamente del psicólogo, el médico o de la familia sino un trabajo, más que interdisciplinario, multifactorial ya que en la vida, no solo de pacientes infectados por el VIH sino en cualquier ser humano, la vida incluye diversidad de factores que direccionan de manera directa o indirecta los constructos significativos de la realidad y de cada circunstancia. El que hacer de los profesionales de la salud, como todo que hacer profesional, es un compromiso social que empieza desde el momento en que se contacta con el beneficiario y se extiende a través de los logros que emergen del trabajo en equipo; y es la calidad de vida de los beneficiarios un espacio en el cual dicho compromiso se puede hacer evidente.

## Referencias

- Asociación Colombiana de Infectología (2002). *Consenso VIH/SIDA Colombia*. Bogotá: Sussmann.
- Botell, M. L. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr.*
- Bulacio, J. M., Vieyra, M, C., Daneri, C. Benatuil, D. y Mongiello, E. (2004).
- Busch, M., Kleinman, S. y Nemo, G. (2003). Current and emerging infectious risks of blood transfusions. *JAMA*. 289 :959.
- Carpio, C. (2000). Calidad de vida / VII seminario internacional de calidad de vida. *Seminario Internacional de Calidad de Vida Lima 2000*. Lima, Perú.
- Chandra, P.S., Desai, G., y Ranjan, S. (2005). HIV & psychiatric disorders. *Indian Journal of Medical Research*. New Delhi (121). 451, 17.
- Clavel, F. Y Hance, A. J. (2004). HIV drug resistance. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 350, pp. 1023-1035.
- Cotran, Kumar y Collins. (2000). *Patología estructural y funcional*. México: Mc Graw Hill.
- Diaz, N., Toro, J. A. (2003). Políticas públicas relacionadas con el VIH/SIDA: tensión entre las necesidades individuales y colectivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35, pp.195-206.
- Estrada, J. H. y Gómez, L.A. (2000). Fisiopatología de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Factores Inmunológicos. 40-43. Universidad Nacional. Bogotá.
- Farreras, R. (2000). *Síndrome de Inmunodeficiencia humana*. Medicina Interna. Madrid: Ed. Hartcourt.

- Fernández, J., Hernández, R. (1993). Calidad de vida, algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin*. Vol.101, pp. 576-578.
- Figuerola, J. P. (2004). HIV/AIDS in the Caribbean. The need for a more effective public health response. *West Indian medical journal*. Vol. 52, pp. 156-158.
- García, M. D., Font, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicol. Salud*. Vol. 14, pp. 5-11.
- González, L. E. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana Estomatol*. Vol 43.
- Grmek, M. (1992). *Historia del Sida*. Siglo XXI editores.
- Herek, G. (2002). Thinking about AIDS and stigma, a psychologist 's perspective. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*. Vol. 30, pp. 4-12
- Herrera, P. M. (2000). La categoría actividad. Un enfoque relacionado con la atención primaria. *Revista Cubana Medicina General Integral* Vol. 16.
- Kramer, L. (1994). *Reportes desde el holocausto: La historia de los activistas del SIDA*. Londres: Casell.
- López, P., Alfonso, J. (2003). Intervención psicológica en el área de la infección por el VIH: obstáculos y retos para los psicólogos de la salud. *Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud*. Vol 21, pp. 23-27.
- Lorente, E., Ibáñez, M. I., Moro, M. y Ruipérez, M. A (2002). Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud*. Vol. 2, pp. 45-50.
- Lynn J. (1997). Elección entre tratamiento curativo y paliativo en los pacientes con cáncer. *JANO*. Vol.33, pp. 45-50.

- Martin, I., Cano, R., Pérez De Ayala, P. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Ad Med Interna*. Vol 19, pp. 396-404.
- Miller, D. (1988) Counselling. *ABC of AIDS*. (37-40). Londres: British Medical Journal.
- Mosquera, J., Mateus, J. C. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia médica*. Vol. 34, pp. 206-212.
- Nott, K.H., Vedhara, K. y Spickett, G.P. (1995) Psychology, immunology and HIV. *Psychoneuroendocrinolog*. Vol. 20, pp. 451-474.
- ONUSIDA. (2001). *Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA*. Bogotá: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de la Familia y de la Comunidad. (2004). Taller Nacional de capacitación en Consejería en Promoción de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH/SIDA para jóvenes y adolescentes. *Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud*. 356 p.
- Otero, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de Psicología*. Vol. II N° 1.
- Pastor, A. C., Ruíz, E. A., Vargas, J. A., Jaimes, J. E. (1999). Análisis de factores biopsicosociales de pacientes portadores de VIH atendidos en la Clínica Reina Sofía y la Fundación Eudes. *Revista Escuela Colombiana de Medicina*. Vol. 4, pp. 33-51.
- Perry, S. (1990). Organic mental disorders caused by IHV: update on early diagnosis and treatment. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147, pp. 696-710.
- Quinn, T. & Fauci, A. (1998). *La epidemia del SIDA: Aspectos demográficos, populares y biológicos; y la evolución del virus*. EE.UU.: American Press.
- Quintero, D. G., González, V. (1995). *La calidad de vida en el ámbito socioeconómico y su relación con la salud en la tercera edad*. La Habana: CITED.

- Reig, A., Barges, P. (1995). La calidad de vida en la atención sanitaria. *Tratado de epidemiología clínica*. Barcelona: CIMA.
- Shafter, E. A. (1999). *Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial*. The Lancet London, Vol. 353, No. 9155, Pág. 773-780.
- Soriano, V., Gutiérrez, M., González-Lahoz, J. (1993). Retrovirus: pruebas diagnósticas y su interpretación. Generalidades e infección por el VIH-1. *Medicina clínica*, (6), 219-226.
- Soto, L, E, (2000). *Conferencia Internacional sobre SIDA*. Investigador Titular del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.
- Stone, D. R. y Gorbach, S. L. (2000). *Atlas of infectious diseases*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Ticona, E. (2005). Conocimientos actuales y retos en la infección VIH y el SIDA. *Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud*. Vol. 44, pp.159-161.
- Vargas, M. (2002). *Virología médica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vargas, L. S., Saenz, R., Buena, F. R. & cols (2002). Cuentas nacionales en VIH/SIDA Colombia 2002. Colombia: Ministerio de Salud de Colombia.
- Ed. Hartcourt.
- Velandia, M. (1999). Alternativa vital: Manual de consejería pre y post prueba en VIH y en SIDA. Bogotá: Fundación apoyémonos.
- Velaverde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002). “Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida”. *Salud pública de México*. Vol. 44, pp. 448-460.

- Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005). *Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.
- Vera, L. M., Lopez, N. Ariza, N. D., Diaz, L. M., Florez, Y., Franco, S. G., Isaza, S., Marciales, D. P., Ortiz, N., Rueda, J., Torres, L. J. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colombia Médica*. Vol. 35.
- Vicent, I., D'Hérouville, D., Moulin, P., Bugler, C., Fraval, J., Mallet, D., Salamagne, M., Vildé, J., Jodelete, D., Leport, C. (2000). Modalities of paliative care in hospitalizad patines wiht advanced AIDS. *AIDS CARE*. Vol. 12, pp. 211-219.
- Wolf, T.M., Balson P.M., Morse E.V., Simon, P.M., Gaumer, R.H., Dralle, P.W. y Williams, M.H. (1991) Relationship of coping style to affective State and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 52, pp. 171-173.