

# Síntomas que reportan las personas mayores que viven con VIH

*Alejandra-Ximena Araya, Evelyn Scarlett Iriarte, Kareen Berger*

---

## Introducción

Se estima que en todo el mundo 3,6 millones de personas de mayores de 50 años de edad viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).<sup>1,2</sup> En Chile, al analizar por grupos de edad, se observa que las tasas más altas se encuentran entre los 29 y 49 años. Sin embargo, en Chile las tasas de nuevos casos de VIH en grupos sobre 50 años han aumentado en 30% entre los años 2014 y 2018.<sup>3</sup> Esta situación confirma el hecho de que las personas mayores viviendo con VIH (PMVVIH) están siendo un grupo con conductas de riesgo<sup>2</sup> para la transmisión del virus y, a su vez, un grupo que demandará mayor atención de salud en los próximos años.

El VIH se considera una enfermedad crónica en países donde existe disponibilidad de terapia antirretroviral (TARV).<sup>4</sup> Al igual que con otras enfermedades crónicas, los síntomas relacionados con el VIH son una de las principales preocupaciones de quienes padecen la enfermedad. Las PMVVIH experimentan una constelación de síntomas concurrentes a través de diferentes niveles de marcadores del VIH e independientemente de su estado de TARV.<sup>5</sup> La etiología de un síntoma relacionado con el VIH es

difícil de determinar porque los síntomas pueden surgir de la propia enfermedad, de los efectos secundarios de TARV, de infecciones oportunistas y/o producto de otras comorbilidades, las cuales son más comunes en este grupo etario producto del envejecimiento.

Los síntomas pueden influir en el bienestar psicosocial y resultados sanitarios de quienes los padecen. Por ejemplo, tener un alto número de síntomas relacionados con el VIH ha sido asociado con mala calidad de vida<sup>6,7</sup>, menor adherencia a la medicación<sup>8</sup>, depresión<sup>8</sup>, diagnóstico de etapas más avanzadas de la enfermedad<sup>6</sup>, conductas de riesgo sexual<sup>9</sup> e inestabilidad en la carga viral.<sup>10</sup> En Chile existe escasa evidencia científica sobre los síntomas asociados al VIH; los resultados de un estudio revelan que muchas personas que viven con VIH con recuentos altos de CD4 y cargas virales bajas o no detectables, no están libres de síntomas<sup>11</sup>. Asimismo, no existen estudios publicados que se focalicen en describir los síntomas asociados a la enfermedad en las personas mayores. El objetivo de este estudio es analizar los síntomas que reportan las PMVVIH, respecto a la frecuencia e intensidad de los mismos, con variables sociodemográficas y clínicas.

---

**Alejandra-Ximena Araya**, PhD, Enfermera-matrona, especialista en Enfermería del Adulto con mención en Gerontogeriatría. Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile  
Correo-e: [alejandra.araya.g@unab.cl](mailto:alejandra.araya.g@unab.cl)

**Evelyn Scarlett Iriarte**, Estudiante de doctorado, Universidad de Miami y Magíster en Enfermería, Enfermera; Profesor Asistente Clínico, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Correo-e: [esiriart@uc.cl](mailto:esiriart@uc.cl)

**Kareen Berger**, Doctor en Enfermería, Enfermera-Matrona. Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello  
Correo-e: [kberger@unab.cl](mailto:kberger@unab.cl)

## Material y método

Diseño y muestreo del estudio. Estudio transversal con una muestra de 46 PMVVIH de un centro clínico ambulatorio en Santiago de Chile. Los participantes elegibles eran personas mayores de 50 años que vivían con VIH, sin hospitalizaciones en los últimos 30 días, sin diagnóstico de demencia u otros trastornos mentales, si eran usuarios de TARV deben haberlo tomado durante al menos tres meses antes del enrolamiento para evitar reportes de síntomas relacionados con efectos secundarios al tratamiento.

Todos los procedimientos de estudio fueron aprobados por el Comité de Ética del servicio de salud correspondiente. Las PMVIH fueron informadas sobre el estudio por su proveedor de salud durante sus citas médicas de rutina. Las personas que estaban interesadas en participar fueron remitidas al investigador principal para verificar los criterios de elegibilidad y obtener el consentimiento informado. Después se les aplicó en cuestionario para medir las variables en estudio y sus registros médicos fueron revisados para obtener información sobre las condiciones clínicas.

Medición de variables. (i) *Socio-demográfico*: Los datos recogidos fueron: edad, sexo (mujer / hombre), orientación sexual (hombres que tienen sexo con hombres/ bisexuales y heterosexuales), estado civil (soltero, conviviente, casado, separado, viudo), tener hijos (sí / no), número de hijos, nivel de educación (enseñanza básica, media, técnico y universitario), estado empleo (tiempo completo, media jornada, desempleado, jubilado), sistema de salud (privado/público).

(ii) *Condiciones clínicas*: Los datos clínicos incluyeron el número de síntomas relacionado con VIH, intensidad de los síntomas relacionados con VIH (leve, moderado, severo), años viviendo con VIH, la edad en el diagnóstico de VIH, estar en tratamiento con TARV (sí/no), el tiempo de infección por el VIH (años), último recuento de CD4, carga viral indetectable (<80 copias/ml), tener comorbilidades (sí/no), número de comorbilidades.

(iii) *Síntomas relacionados al VIH*: Se utilizó la Lista de Verificación de Signos y Síntomas Revisados para Personas con Enfermedad por VIH (SSC-HIVrev) para evaluar los síntomas relacionados con el VIH.<sup>12</sup> El SSC-HIVrev fue originalmente creado en inglés. Por lo tanto, se desarrolló una versión en español de esta escala para el estudio siguiendo el método de traducción/retrotraducción.<sup>13</sup> En primer lugar, tres proveedores chilenos de atención del VIH evaluaron la validez del contenido de la versión en español de SSC-HIVrev para la claridad y coherencia de los artículos y luego se probó con 10 chilenos con estado VIH desconocido. El SSC-HIVrev tiene tres partes. Solo se incluyeron parte

1 y 2 en el análisis; dado que la mayoría de las personas con VIH en Chile eran de sexo masculino y los datos ginecológicos de la parte 3 tendrían una aplicabilidad limitada. La parte 1 consta de 45 ítems respecto a los síntomas relacionados con el VIH que se agrupan en 11 factores. La parte 2 consiste en 19 síntomas relacionados con el VIH que no se agrupan en un solo factor. Los participantes evaluaron 64 ítems sobre síntomas relacionados con el VIH para evaluar la intensidad de los síntomas, y se les pidió que informaran la intensidad usando una escala de 0 (no presente) a 3 (grave). Los rangos posibles son 0-64 para el número de síntomas y 0-192 para la intensidad del síntoma. La consistencia interna SSC-HIVrev para este estudio fue de 0,92.

*Análisis estadístico*. Se utilizaron estadísticas descriptivas para evaluar el estado de los síntomas del VIH, la situación sociodemográfica y la condición clínica. Se calcularon las medias y las desviaciones estándar para las variables continuas y los porcentajes para las variables categóricas. La correlación entre las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes respecto a la frecuencia de síntomas se realizó con chi-cuadrado y tablas de contingencia. Se consideró significativo un valor  $p \leq 0,05$ . Se utilizaron para el análisis de datos IBMSPSS para Windows Versión 25.0.

## Resultados

*Características sociodemográficas*: En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. La edad promedio de la muestra fue  $60 \pm 6,4$  años con un rango de 50 y 76. De la muestra total, el 82,6% eran de sexo masculino y el resto femenino; de éstos, la mayoría se identificaron como hombres que tienen sexo con hombres o bisexuales (43,5%). De la muestra total, el 65,2% informó tener hijos con un promedio de  $3 \pm 1,2$  hijos. El nivel educacional era predominantemente universitario (43,5%), contando con un empleo en su mayoría a tiempo completo (58,7%). En cuanto al sistema de salud, la mayoría pertenecía al sistema público de atención (63%). Las PMVIH reportaron tener redes de apoyo con las cuales podían contar en caso de emergencia (95,7%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (n=46)**

	M (SD)	% (n)
<b>Características sociodemográficas</b>		
Edad al momento de la entrevista	57,8 (6,4)	
Masculino		82,6 (38)
Orientación sexual: homosexuales/ bisexuales		47,6 (20)
Estado civil		
Soltero		39,1 (18)
Conviviente		4,3 (2)
Casado		39,1 (18)
Separado		13,0 (6)
Viudo		4,3 (2)
Tiene hijos		65,2 (30)
Número de hijos	2,7 (1,2)	
Nivel de educación		
Enseñanza básica		6,5 (3)
Enseñanza media		32,6 (15)
Enseñanza nivel técnico		15,2 (7)
Estudios universitarios		43,5 (20)
Estado empleo		
Tiempo completo		58,7 (27)
Media jornada o parcial		10,9 (5)
Desempleado		2,2 (1)
Jubilado		17,4 (8)
Sistema de salud actual		
Público (FONASA)		63,0 (29)
Privado (ISAPRE)		37,0 (17)
<b>Características clínicas</b>		
Número de síntomas relacionados con VIH	12,4 (8,3)	
Intensidad de los síntomas relacionados con VIH		
– Leve	30,4 (14)	
– Moderado	32,6 (15)	
– Severos	37,0 (17)	
Años viviendo con VIH	5,0 (5,1)	
Edad al momento del diagnóstico	53,0 (8,4)	
Etapa VIH al momento del diagnóstico según		37,8 (17)

CDC (no SIDA)		
Tratamiento con TARV		87,0 (40)
Años viviendo con TARV	4,8 (4,8)	
CD4 $\geq$ 350 cell/mm <sup>3</sup>		64,4 (29)
Carga viral indetectable ( $\leq$ 80 copias/mL)		84,4 (38)
Tener comorbilidad		41,3 (19)
Número de comorbilidades	1,6 (0,7)	

Elaboración propia

*Características clínicas de la muestra:* El tiempo medio que vivían con VIH desde el diagnóstico fue de 5 años, siendo la edad del diagnóstico a los 53 $\pm$ 8,4 años. La mayoría de los participantes recibían TARV (87%), tenían recuentos de CD4 superiores a 350 células/mm<sup>3</sup> (63%) y cargas virales indetectables (84,4%). Lamivudina/Zidovudina y Efavirenz fueron los tipos de TARV más frecuentemente consumidos. El 41,3% de la muestra tenía comorbilidades, siendo la diabetes mellitus tipo 2 (10,9%) y la hipertensión arterial (10,9%) las enfermedades más frecuentemente notificadas.

*Características de la frecuencia de los síntomas relacionados con el VIH:* En la tabla 2 se presentan los 15 síntomas más frecuentes con sus respectivas intensidades. Las PMVIH informaron una frecuencia promedio de 12,4 $\pm$ 8,3 síntomas diferentes relacionados con el VIH. Los síntomas mayormente reportados fueron: Miedos y preocupaciones (56,5%), depresión (56,5%), pérdida de memoria (50%) y dolor muscular (50%). Por otro lado, aquellos síntomas que no fueron reportados por ninguna PMVIH fueron: descarga de pezón, dolor de pechos y dolor o nódulos en los genitales (0%).

*Características de la intensidad de los síntomas relacionados con el VIH:* Para las PMVIH con intensidad de síntomas leves la mayor prevalencia es la pérdida de memoria (32,6%), adormecimiento/ hormigueo de brazos (32,6%), adormecimiento/ hormigueo de pies o dedos de los pies (32,6%) y adormecimiento/ hormigueo de dedos de la mano (32,6%). Respecto a síntomas de intensidad moderada destacan la depresión (28,3%), miedos y preocupaciones (28,3%),

**Tabla 2. Frecuencia e intensidad de síntomas relacionados con el VIH en personas mayores (n=46)**

Síntomas relacionados con el VIH	Frecuencia del síntoma (%)	Intensidad del síntoma (%)		
		Leve	Moderado	Severo
Miedos y preocupaciones	56,5	23,9	21,7	10,9
Depresión	56,5	26,1	28,3	2,2
Pérdida de memoria	50,0	32,6	15,2	2,2
Dolor muscular	50,0	30,4	19,6	0,0
Gases y/o hinchazón	47,8	26,1	13,0	8,7
Delgadez brazos y piernas	47,8	23,9	19,6	4,3
Presencia venas prominentes en piernas	45,7	17,4	17,4	10,9
Ansiedad	45,7	21,7	19,6	4,3
Aumento grasa abdominal	43,5	26,1	10,9	6,5
Dolor articular	43,5	28,3	15,2	0,0
Falta de respiración al realizar actividades	43,5	26,1	0,0	0,0
Debilidad general	41,3	19,6	15,2	6,5
Boca seca	41,3	19,6	15,2	6,5
Sed	41,3	19,6	15,2	6,5
Insomnio	41,3	19,6	17,4	4,3

Elaboración Propia

ansiedad (19,6%), dolor muscular (19,6%) y delgadez de brazos y piernas (19,6%). En cuanto a los síntomas con mayor severidad referidos por las PMVIH se encuentran los miedos y preocupaciones (10,9%), la presencia de venas prominentes en extremidades inferiores (10,9%) y la presencia de gases y/o hinchazón (8,7%).

*Correlación entre frecuencia e intensidad de los síntomas con variables sociodemográficas y clínicas.* La mayor cantidad de años viviendo con VIH y el tener educación universitaria completa se correlaciona positivamente con la frecuencia de síntomas asociados al VIH, es decir, a mayor cantidad de años viviendo con VIH, mayor la notificación de un alto número de síntomas relacionados con el VIH. Contrariamente a lo que se esperaba, no se encontró correlación entre los reportes de un alto número de síntomas relacionados con el VIH y las siguientes características sociodemográficas: edad, ser hombre, ser homo o bisexual, tener empleo, tener comorbilidades, vivir con su cónyuge / pareja, tener hijos, o el número de amigos cercanos y/o parientes. Tampoco fueron significativas las

siguientes características clínicas: estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la toma de TARV, el recuento de CD4 y la carga viral. En el análisis de regresión múltiple, los años viviendo con VIH y habiendo completado la universidad permanecieron significativamente relacionados con el número de síntomas relacionados con el VIH, representando el 5,7% de la varianza en el número de síntomas relacionados con el VIH,  $F(2, 203) = 6,1, p = 0,003$ .

## Discusión

El perfil de las PMVIH corresponde a personas de 60 años, de sexo masculino, homosexuales y/o bisexuales, de nivel educacional universitario y empleados jornada completa. Además, las PMVIH manifiestan contar con redes de apoyo. Respecto al perfil clínico, la mayoría de las personas mayores recibe TARV, presentan comorbilidades y fueron diagnosticados a edad temprana.

La frecuencia y la intensidad son componentes clave en los síntomas relacionados con el VIH. Tener un alto número de síntomas relacionados

con el VIH se ha asociado con una mala calidad de vida <sup>6,7</sup>, menor adherencia a la medicación <sup>8,14</sup>, diagnóstico de SIDA <sup>6</sup>, conductas de riesgo sexual <sup>9</sup> e inestabilidad en la carga viral. <sup>10</sup> Sin embargo, otros investigadores no han encontrado asociación entre el número de síntomas relacionados con el VIH y los recuentos de CD4 <sup>5</sup> o carga viral. <sup>15</sup> Por lo tanto, hay hallazgos mixtos relacionados con bio-marcadores de VIH y la frecuencia e intensidad de los síntomas. Por otra parte, se ha asociado una mayor prevalencia de fragilidad entre PMVIH y un mayor déficit en áreas de funcionamiento ejecutivo y memoria <sup>16-18</sup>, repercutiendo así en el nivel de funcionalidad de la persona, principalmente en las actividades instrumentales de la vida diaria. <sup>19</sup>

Con respecto al *número de síntomas relacionados con el VIH*, estos pueden variar según raza/etnia <sup>20-22</sup>. Se ha reportado que un bajo número de estos síntomas pueden causar problemas de importancia en pacientes en TARV. <sup>23</sup> Los miedos, preocupaciones y depresión fueron los síntomas más frecuentes de esta muestra. Llama la atención que ambos síntomas son del área psicológica y no están directamente relacionadas con la condición de VIH o como efecto secundario a la TARV. La fatiga en PMVIH puede resultar de los eventos estresantes asociados a la enfermedad y está ligada a la ansiedad y depresión que acompañan a estos sucesos. <sup>20</sup> Esto concuerda con hallazgos previos, que señalan que la experiencia de los síntomas va de acuerdo con el modo de vida de la persona y su experiencia previa al diagnóstico. <sup>24</sup>

Este estudio mostró como la mayor cantidad de años viviendo con VIH y el tener educación universitaria completa se correlaciona positivamente con la frecuencia de síntomas asociados al VIH. Esto coincide con lo reportado por un estudio realizado en Brasil donde quienes solo tenían estudios de escuela secundaria, no pudieron hacer referencia clara a los signos de vivir con esta enfermedad. <sup>25</sup> Sin embargo, otros estudios han evidenciado una relación positiva entre la intensidad de la fatiga y un mayor deterioro de la funcionalidad con menores años de escolaridad. <sup>20</sup>

El vivir con VIH en edades avanzadas implica la aceleración y acentuación de los efectos negativos

del envejecimiento, lo cual generalmente se acompaña de una serie de comorbilidades. <sup>24,26</sup> Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y la alteración del metabolismo en las personas mayores, además de la polifarmacia, los expone a la toxicidad de los fármacos y a las interacciones entre drogas. <sup>27,28</sup> Esto limita la identificación de los síntomas experimentados por las PMVIH, lo cual repercute en la dificultad de diferenciar la etiología de estos. Por ejemplo, comorbilidades específicas, como la depresión, aumentan significativamente la gravedad de la fatiga, impactando en la socialización y el funcionamiento de las personas que la experimentan. <sup>21</sup>

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran que los participantes constituyen un grupo selecto comparado con otras PMVIH que pueden recibir menos atención y control médico. Asimismo, a diferencia de otros países, este grupo aparte de recibir cuidados de alta calidad, reciben tratamiento gratuito con TARV. Futuras estudios debieran focalizarse en identificar los síntomas relacionados con el VIH que a menudo no ocurren aisladamente, sino que en grupo o patrón <sup>25</sup> y la de estudios longitudinales estudios dirigidos a caracterizar a poblaciones de mujeres mayores con el fin de establecer elementos diferenciadores según sexo. Sumado a lo previo, se sugiere considerar una valoración integral como parte de los controles de rutina respecto a los síntomas asociados al VIH en personas mayores. El uso de instrumentos de auto-reporte de síntomas puede ayudar al personal de salud a orientar sus cuidados dirigidos a estas personas. Una mejor gestión de los síntomas puede generar un impacto en la percepción de la calidad de vida de las personas que viven con la infección por el VIH.

## Referencias

1. UNUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 09]. Available from: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). El envejecimiento y VIH. [Internet]. Santiago, Chile; 2012 [cited 2017 Mar 30]. Available from: <http://www.unaids.org/sites/default/files/>

- media\_asset/20131101\_JC2563\_hiv-and-aging\_es\_0.pdf
3. Goldstein E. Evolución de VIH/SIDA en Chile y países seleccionados de América Latina [PDF file]. Santiago, Chile; 2019 [cited 2019 Dec 09]. Available from: [https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27105/2/BCN\\_VIHSIDA\\_\\_en\\_Chile\\_y\\_America\\_Latina\\_EG\\_final.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27105/2/BCN_VIHSIDA__en_Chile_y_America_Latina_EG_final.pdf)
  4. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *Lancet*. 2013;382(9903): 1525–1533. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61809-7
  5. Namisango E, Powell RA, Atuhairi L, Katabira ET, Mwangi-Powell F, Harding R. Is symptom burden associated with treatment status and disease stage among adult HIV outpatients in East Africa? *J Palliat Med*. 2014;17(3):304–12. doi: 10.1089/jpm.2013.0291.
  6. Herrmann S, McKinnon E, Hyland NB, Lalanne C, Mallal S, Nolan D et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:56. doi: 10.1186/1477-7525-11-56.
  7. Olson B, Vincent W, Meyer JP1, Kershaw T, Sikkema KJ, Heckman TG, Hansen NB. Depressive symptoms, physical symptoms, and health-related quality of life among older adults with HIV. *Qual Life Res*. 2019;28(12):3313–3322. doi: 10.1007/s11136-019-02271-0.
  8. Yoo-Jeong M, Waldrop-Valverde D, McCoy K, Ownby RL. A Structural Equation Model of HIV-related Symptoms, Depressive Symptoms, and Medication Adherence. *J HIV AIDS*. 2016;2(3). doi: 10.16966/2380-5536.123.
  9. Harding R, Simms V, Penfold S, Downing J, Namisango E, Powell RA et al. Quality of life and wellbeing among HIV outpatients in East Africa: A multicentre observational study. *BMC Infect Dis*. 2014;14(613). doi: 10.1186/s12879-014-0613-1
  10. Lampe FC, Harding R, Smith CJ, Phillips AN, Johnson M, Sherr L. Physical and psychological symptoms and risk of virologic rebound among patients with virologic suppression on antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;54(1):500–505. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181ce6afe
  11. Araya AX, Norr K, Levy J, Pérez C, Parke C, Kim M. HIV-related symptoms and patient clusters among Chileans living with HIV. *AIDS Care*. 2013;25(4):488–495. doi: 10.1080/09540121.2012.714457
  12. Holzemer WL, Hudson A, Kirksey KM, Hamilton MJ, Bakken S. The revised Sign and Symptom Check-List for HIV (SSC-HIVrev). *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2001;12(5):60–70. PMID: 11565239
  13. Guthrie D, Lowe BA. Translations problems in international marketing research. *Journal of Language for Intenational Business*. 1992;1(52):1–14. Series No 07-131.
  14. Harding R, Lampe FC, Norwood S, Date HL, Clucas C, Fisher M et al. Symptoms are highly prevalent among HIV outpatients and associated with poor adherence and unprotected sexual intercourse. *Sex Transm Infect*. 2010;86(7):520–524. doi: 10.1136/sti.2009.038505.
  15. Barroso J, Hammill BG, Leserman J, Salahuddin N, Harmon JL, Pence BW. Physiological and psychosocial factors that predict HIV-related fatigue. *AIDS Behav*. 2010;14(6):1415–27. doi: 10.1007/s10461-010-9691-2.
  16. Thurn M, Gustafson DR. Faces of Frailty in Aging with HIV Infection. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2017;14(1):31–37. doi: 10.1007/s11904-017-0348-x
  17. Pathai S, Gilbert C, Weiss HA, Cook C, Wood R, Bekker LG et al. Frailty in HIV-infected adults in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(1):43–51. doi: 10.1097/QAI.0b013e318273b631
  18. Woods SP, Hoebel C, Pirogovsky E, Rooney A, Cameron MV, Grant I et al. The HIV Neurobehavioral Research Program Group. Visuospatial Temporal Order Memory Deficits in Older Adults with HIV Infection. *Cogn Behav Neurol*. 2013;26(4):171–180. doi: 10.1097/WNN.000000000000013
  19. Fazeli PL, Doyle K, Scott JC, Iudicello JE, Casaletto KB, Weber E et al. The HIV Neurobehavioral Research Program (HNRP) Group. Shallow Encoding and Forgetting Are Associated with Dependence in Instrumental Activities of Daily Living Among Older Adults Living with HIV Infection. *Arch Clin Neuropsychol*. 2014;29(3):278–288. doi: 10.1093/arclin/acu009
  20. Barroso J, Leserman J, Harmon JL, Hammill B, Pence BW. Fatigue in HIV-Infected People: A Three-Year Observational Study. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(1):69–79. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.006
  21. Barroso J, Harmon JL, Leserman Madison J, Pence BW. Intensity, Chronicity, Circumstances, and Consequences of HIV-Related Fatigue: A

- Longitudinal Study. *Clin Nurs Res.* 2014;23(5):514–528. doi: 10.1177/1054773813492998
22. Alarcón, Ana M. et al. Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Rev Chilena Infectol.* 2018;35(3):276-282. doi: 10.4067/s0716-10182018000300276
23. Lampe FC, Harding R, Smith CJ, Phillips AN, Johnson M, Sherr L. Physical and psychological symptoms and risk of virologic rebound among patients with virologic suppression on antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;54(5):500-505. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181ce6afe
24. Bastidas Erazo AM, Canaval GE. Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio. *Av enferm.* 2018;36(3):338–46. doi: 10.15446/av.enferm.v36n3.71588
25. Andrade Moraes DC de, Oliveira RC de, Arruda do Prado AV, Cabral JDR, Corrêa CA, Barbosa de Albuquerque MM. O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. *Eglobal.* 2017;17(1):96. doi: 10.6018/eglobal.17.1.274001
26. Cahill S, Valadez R. Growing older with HIV/AIDS: new public health challenges. *Am J Public Health.* 2013;103(3):7-15. doi: 10.2105/AJPH.2012.301161
27. Hima Bindu Gujjarlamudi. Polytherapy and drug interactions in elderly. *J Midlife Health.* 2016;7(3):105–107. doi: 10.4103/0976-7800.191021
28. Schrack JA, Althoff KN, Jacobson LP, Erlandson KM, Jamieson B d., Koletar SL et al. Accelerated Longitudinal Gait Speed Decline in HIV-Infected Older Men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;70(4):370–6. doi: 10.1097/QAI.0000000000000731
29. Gustafson DR, Shi Q, Thurn M, Holman SA, Minkoff H, Cohen M et al. Frailty and constellations of factors in aging hiv-infected and uninfected women - the women's interagency hiv study. *J Frailty Aging.* 2016;5(1):43–8. doi: 10.14283/jfa.2016.79
30. Mpondo BCT. HIV Infection in the Elderly: Arising Challenges. *J Aging Res.* 2016;2016:2404857. doi: 10.1155/2016/2404857
31. Asher I, Guri KM, Elbirt D, Bezalel SR, Maldarelli F, Mor O et al. Characteristics and Outcome of Patients Diagnosed With HIV at Older Age. *Medicine.* 2016;95(1):1-8. doi: 10.1097/MD.0000000000002327

**Recibido:** 29 de enero de 2021.

**Aceptado:** 31 de agosto de 2021.

**Conflicto de intereses:** ninguno.



# Medicina Social

Salud Para Todos