

ENVEJECIMIENTO PREMATURO EN PERSONAS MAYORES CON VIH EN SAN SALVADOR DE JUJUY: UN ESTUDIO MIXTO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Juan Carlos Márquez¹

RESUMEN

El estudio² analiza el proceso de envejecimiento en personas mayores con VIH residentes de San Salvador de Jujuy, explorando sus características sociodemográficas, percepciones, estado de salud, factores de riesgo y dimensiones psicosociales. Los resultados revelan un profundo desconocimiento sobre el “envejecimiento prematuro” (91,25%), escasa derivación a especialidades como geriatría y una atención centrada casi exclusivamente en el control viral. Se identifican contradicciones entre la percepción de buena salud y la presencia de factores de riesgo como el sedentarismo, el sobrepeso y la automedicación. Además, la pobreza (78,75%) y la fragilidad de las redes de apoyo agravan la vulnerabilidad de esta población. Se concluye que el modelo de atención vigente es insuficiente y requiere una transición hacia un enfoque integral, interdisciplinario y centrado en la persona.

¹ Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. Correo electrónico: jcmárquez@fhycs.unju.edu.ar . ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7557-0037>
Fecha de presentación de artículo: noviembre del 2025.

² El trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA a proyectos de Investigación 2022-2023, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.

Palabras clave: determinantes sociales, envejecimiento prematuro, salud pública, VIH.

ABSTRACT

This study examines the aging process among older adults living with HIV in Jujuy Province, Argentina, focusing on sociodemographic characteristics, perceptions, health status, risk factors, and psychosocial dimensions. Findings reveal a significant lack of awareness regarding “premature aging” (91.25%), limited referral to geriatrics, and a care model primarily focused on viral control. Contradictions emerge between perceived good health and the presence of risk factors such as sedentary lifestyle, overweight, and self-medication. Poverty (78.75%) and weak social support networks intensify vulnerability. The current care model proves insufficient, demanding a transition toward an integrated, interdisciplinary, person-centered approach.

Keywords: social determinants, premature aging, public health, HIV.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de las personas mayores con VIH representa uno de los nuevos temas en relación a la epidemia que nuestra sociedad tiene el desafío de enfrentar. Si bien, cada vez se conoce más sobre la “inmunosenescencia” y las múltiples comorbilidades a las que pueden estar expuestas, poco se ha estudiado sobre las representaciones sociales; cómo están actuando o se están pensando las personas adultas con VIH ante esta nueva etapa de vida.

En 1998, los Centros de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) publicaron por primera vez una revisión sobre la infección por el VIH en pacientes que se hallaban en la década de los 50 años, adoptándose a partir de entonces esta edad como punto de corte de las investigaciones realizadas en adultos mayores con el VIH. Desde entonces, diversos estudios han demostrado que la respuesta

inmunológica al tratamiento antirretroviral (TAR) es menor y más lenta en adultos a partir de los 50 años de edad, independientemente de que se alcance una respuesta virológica.

Al hablar de envejecimiento en personas con infección por VIH, es importante señalar que este colectivo está formado por personas muy dispares y, por ello, las necesidades e intervenciones que se deriven también serán diferentes. Por un lado, tenemos a las personas de largo recorrido, diagnosticadas en la etapa pre-TAR y que han devenido supervivientes de toda una generación. Este grupo de personas a menudo presenta múltiples co-morbilidades y un cansancio físico y emocional muy comprensible tras tantos años viviendo con el virus.

Diversos estudios señalan que un mayor número de patologías concomitantes supone una peor calidad de vida, no solo física, sino en áreas como el funcionamiento social y los niveles de estrés y depresión. Por otro lado, encontramos a personas que han recibido su diagnóstico en etapas avanzadas de la vida. Desafortunadamente, en muchas ocasiones el diagnóstico se produce en fases tardías de la infección debido a factores tales como el no incluir la evaluación del VIH de forma rutinaria en este grupo, o que el clínico no considere la infección por el VIH como posible explicación a síntomas presentes por no percibir a las personas mayores como un grupo vulnerable, entre otros.

Estos cambios se producen fundamentalmente como consecuencia de un estado de activación inmune e inflamación persistente que de forma gradual conduce al envejecimiento del sistema inmune de forma precoz, lo que se llama “inmunosenescencia”. Esta inmunosenescencia se manifiesta a través de la alta carga de comorbilidad relacionada con la edad y que aparece de forma temprana en las personas con VIH, hasta 10 o 15 años antes que en la población general.

La traducción clínica de esta inmunosenescencia es la aparición de comorbilidades relacionadas con la edad como diabetes, enfermedad cardiovascular, neoplasias, o deterioro cognitivo, además de deterioro funcional, fragilidad y síndromes geriátricos, todo ello apareciendo con una década de adelanto y el doble de prevalencia en el adulto mayor con el VIH respecto a la población general.

En el marco de este nuevo paradigma de infección / enfermedad crónica, evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se ha transformado en motivo de investigación de interés creciente. Entre los factores del contexto, las desigualdades sociales, y en concreto la situación socio-económica, están entre los predictores relevantes asociados a las comorbilidades, puesto que se asocian con peores resultados de salud y ello redundando en una peor calidad de vida relacionada con la salud.

En un estudio realizado con una muestra amplia de personas con VIH en Alemania, se halló que los participantes que tenían un estatus socio-económico más bajo, tenían más comorbilidades, un riesgo más alto de caídas y peor calidad de vida.

Además, existe evidencia en estudios longitudinales de que la calidad de vida era predictiva de mayor tasa de hospitalizaciones, mortalidad, y utilización de servicios de urgencias. Por tanto, no solamente los marcadores de salud física influyen en la calidad de vida, sino que, tener una mala calidad de vida puede influir en una peor evolución de la salud.

Entre los factores de comportamiento, la investigación ha hallado que el consumo de alcohol y drogas se asocia con peor calidad de vida. Es importante destacar la importancia que tiene el ejercicio físico, en el caso concreto de las personas mayores con VIH, puesto que se ha encontrado que predecía un aumento en la puntuación del índice de salud física en el tiempo de seguimiento del estudio. Los resultados de las investigaciones, nos invitan a intervenir en los aspectos

modificables, que son la mayoría, para mejorar la calidad de vida y salud de las personas con VIH de >50 años, para avanzar hacia un modelo de salud centrado en la persona y para la eficiencia del sistema de salud.

La infección por VIH tiene un efecto independiente en el proceso de envejecimiento y contribuye a aumentar la multimorbilidad, mediante dos maneras:

- **Aceleración:** desarrollo de comorbilidades asociadas a una edad más temprana comparado con seronegativos.
- **Acentuación:** incremento de comorbilidades asociadas a la edad en comparación con personas seronegativas de una edad.

Definición conceptual:

Para los fines de este estudio, se entiende el "envejecimiento prematuro" como el proceso por el cual las personas con VIH experimentan una acumulación de comorbilidades y un declive funcional a una edad cronológica menor que la población general, impulsado principalmente por los mecanismos de inflamación crónica e inmunoactivación persistentes, y modulado por factores psicosociales y económicos.

Objetivo General

Analizar el proceso de envejecimiento prematuro desde la perspectiva de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las personas mayores de ≥ 50 años con VIH en San Salvador de Jujuy.

Objetivos Específicos

- Analizar los conocimientos, actitudes, factores de riesgo y protectores asociados al envejecimiento prematuro.
- Caracterizar sociodemográfica y clínicamente a la población de personas mayores con VIH en San Salvador de Jujuy.

- Identificar contradicciones entre el discurso y las prácticas relacionadas con el envejecimiento y la salud.
- Evaluar los facilitadores y barreras en el acceso y seguimiento en las especialidades médicas recomendadas para el envejecimiento con VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción del ámbito de estudio:

San Salvador de Jujuy, capital de la provincia de Jujuy, es la localidad donde se atiende el 65% de las personas con VIH en los diferentes centros de atención médica del sistema de salud pública, entre ellos: Hospital San Roque, Hospital Pablo Soria, Centro de Especialidad Norte, Hospital Materno-Infantil y Centro de Especialidad Sur (Hospital C. Snopeck).

El sistema de salud público de Jujuy realiza la entrega de medicamento antirretroviral a un poco más de 1300 personas con VIH, de las cuales más de 800 la reciben en la ciudad de San Salvador de Jujuy; de los cuales casi 150 tienen 50 años o más.

Allí también tienen sus sedes las organizaciones, grupos o redes con trabajo en VIH, miembros del Frente Nacional por la Salud de las Personas con VIH y la Alianza Mundial contra el Estigma y la Discriminación asociada al VIH; entre ellas: Asociación Civil de Promoción de la Salud, Fundación Damas de Hierro, Fundación AHF, AMMAR, Red Argentina de jóvenes y adolescentes positivos, ICW, entre otras.

Tipo de estudio y diseño

El presente trabajo de investigación se encuadra dentro de un diseño de método mixto de tipo convergente paralelo, donde los datos cuantitativos y cualitativos se recolectaron de forma simultánea y se integraron durante la fase de análisis para una comprensión integral

del problema. El modelo de investigación es el empírico. Se eligió este modelo debido a que nos permite organizar los datos o hechos significativos recogidos en la tarea de campo. Dentro de él se seleccionó un tipo de diseño descriptivo prospectivo con un corte temporal transversal. Se optó por este diseño por dos razones: 1- porque se adecua y responde a la investigación de la problemática planteada y 2- por constituir una temática de investigación aún no trabajada en la región.

El universo estuvo constituido por todas las personas mayores > 50 años de edad con VIH o sida de San Salvador de Jujuy. La población muestra fueron 80 personas mayores > 50 años de edad con VIH o sida de San Salvador de Jujuy. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional.

RESULTADOS

En primer lugar, nos parece oportuno mencionar que la aplicación de los artículos 24 y 30 de la Ley Nacional 27675/22 de Respuesta integral al VIH, Hepatitis virales, otras I.T.S. y Tuberculosis – Jubilación especial y Pensión no contributiva - generó que haya movimiento de personas, instituciones y organizaciones en todo el país a fin de que sea realidad la respuesta social que era una deuda pendiente del estado para las personas con VIH.

Particularmente en Jujuy, a partir del rol protagónico que tuvieron las organizaciones, grupos y redes con trabajo en VIH, fue lo que nos permitió tener un contacto más asiduo con la población objetivo de la presente investigación y paralelamente lo que ocasionó que fluya un resurgimiento de los grupos de acompañamiento y de ayuda mutua.

De las 150 personas mayores con VIH que son asistidas y reciben su tratamiento en el sistema de salud público de Jujuy, ochenta (80) cumplieron con los criterios de inclusión y accedieron a participar dando su consentimiento.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE LA INFECCIÓN

La muestra del estudio estuvo compuesta por 80 personas mayores de 50 años con diagnóstico de VIH, distribuidas en 63 varones cis (78,75 %) y 17 mujeres cis (21,25 %). Las edades extremas oscilaron entre 54 y 62 años en las mujeres, y entre 50 y 66 años en los varones, con una media general de 55 años.

Tabla N.º1:
Distribución por sexo y edad.

Variable	N.º de personas	%	Rango de edad (años)	Media (años)
Varones cis	63	78,75	50 – 66	55
Mujeres cis	17	21,25	54 – 62	50
Total	80	100	—	—

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la situación socioeconómica, se observa que el 78,75 % de la muestra pertenece a estratos bajos (bajo-bajo y medio-bajo), lo que refleja una importante vulnerabilidad social y económica en este grupo poblacional.

Tabla N.º 2:
Situación ocupacional y tipo de ingreso.

Condición laboral / ingreso	Nº de personas	%
Jubilación (amas de casa)	14	17,5
Jubilación (trabajo formal)	9	11,25

Condición laboral / ingreso	N° de personas	%
Pensión no contributiva	32	40
Trabajo por cuenta propia	17	21,25
Otras actividades	8	10
Total	80	100

Fuente: Elaboración propia.

Dentro del grupo que percibe pensiones, solo 9 personas informaron recibir la pensión no contributiva específica prevista por la Ley 27.675, mientras que otros 10 expedientes se encuentran en trámite. Este dato evidencia un bajo nivel de acceso a derechos sociales específicos, lo que podría estar relacionado con falta de información, dificultades administrativas o inequidades territoriales en la aplicación de la ley.

En relación con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el 28,75 % de la población presenta más de 20 años de diagnóstico, el 41,25 % entre 10 y 20 años, el 22,5 % entre 5 y 10 años, y el 7,5 % menos de 5 años.

Tabla N.º 3:

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Años desde el diagnóstico	N.º de personas	%
Más de 20 años	23	28,75
10 a 20 años	33	41,25
5 a 10 años	18	22,5
Hasta 5 años	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Elaboración propia.

Esta distribución coincide con diversos informes nacionales e internacionales que describen la emergencia de una nueva cohorte de personas mayores que viven con VIH, quienes, gracias a los avances terapéuticos, han alcanzado edades más avanzadas, configurando un grupo con necesidades específicas en términos de atención integral, adherencia terapéutica y acompañamiento psicosocial.

En cuanto a la situación afectiva, el 47,5 % manifestó encontrarse actualmente en pareja, mientras que el 52,5 % indicó no tener pareja estable, aunque refirió encuentros ocasionales.

En este estudio no se profundizó en las prácticas sexuales ni en el uso de métodos de protección, aunque este aspecto se considera relevante para futuros abordajes, dada su implicancia en la prevención combinada y en la salud afectivo-sexual de las personas mayores que viven con VIH.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

El análisis conjunto de las variables sugiere una asociación entre el nivel socioeconómico, el tiempo de diagnóstico y el acceso a derechos sociales. Se observa que las personas con mayor antigüedad en el diagnóstico tienden a concentrarse en los estratos socioeconómicos más bajos, lo que podría deberse a trayectorias laborales interrumpidas o a la persistencia de estigmas que limitaron su inclusión social durante los años posteriores al diagnóstico.

Asimismo, la baja proporción de beneficiarios de la pensión no contributiva específica refleja la brecha existente entre la legislación vigente (Ley 27.675) y su efectiva implementación en contextos locales, lo que repercute directamente en la calidad de vida de esta población.

Por otro lado, se advierte que la ausencia de pareja estable es más frecuente entre quienes llevan más de una década con el diagnóstico,

lo cual podría vincularse con experiencias de discriminación, aislamiento afectivo o con la priorización del autocuidado sobre las relaciones íntimas. Este hallazgo coincide con estudios que señalan la necesidad de abordajes integrales que incluyan dimensiones emocionales y sociales, además del seguimiento biomédico.

En síntesis, los datos permiten reconocer un perfil sociodemográfico atravesado por vulnerabilidades múltiples, donde las condiciones socioeconómicas y la trayectoria del diagnóstico se entrelazan con factores de acceso, derechos y vínculos afectivos, delineando un escenario complejo que demanda políticas públicas sostenidas y una perspectiva integral del envejecimiento con VIH.

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Respecto de la terminología “envejecimiento prematuro”, el 91,25 % de las personas participantes manifestó nunca haber escuchado el término ni haber recibido información al respecto, mientras que solo el 8,75 % indicó haberlo escuchado, aunque de manera muy superficial y sin conocer sus implicancias específicas.

Tabla N.º 4:
Conocimiento sobre la noción de “envejecimiento prematuro”

Nivel de conocimiento / exposición	N.º de personas	%
Nunca escuchó el término	73	91,25
Lo escuchó, pero con poca información	7	8,75
Lo conoce y comprende su significado	0	0
Total	80	100

Fuente: Elaboración propia.

No se reportó que ninguna persona haya sido recomendada por su médico especializado en infectología para ver a un especialista en

geriatría o gerontología, lo que indica la ausencia de una interacción entre los equipos de salud especializados en VIH y los servicios para el envejecimiento.

Esto es relevante dado que, según lo establecido por la Ley 27.675, el Estado debería fomentar un tratamiento de salud holístico para las personas que viven con VIH, incluidas aquellas relacionadas con el envejecimiento.

El envejecimiento y la vejez son períodos para los cuales se debería dar prioridad en la planificación de la salud y en la vida de las personas que viven con VIH, ya que los medicamentos antirretrovirales altamente potentes ayudan a vivir más tiempo, pero han traído nuevos desafíos en relación con los problemas físicos, mentales y sociales.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Los hallazgos demuestran un déficit marcado en el conocimiento sobre el envejecimiento con VIH y cómo influye en la percepción del riesgo y en la búsqueda de atención preventiva. La falta de comprensión de lo que significa "envejecimiento prematuro" indica que no hay espacios educativos o de asesoramiento dentro del sistema de salud donde se pueda discutir la interacción entre el VIH, los tratamientos a largo plazo y los cambios fisiológicos relacionados con la edad.

Esta falta de conocimiento no solo priva a las personas mayores que viven con VIH de autonomía y empoderamiento, sino que también compromete el monitoreo temprano de comorbilidades relacionadas con la edad, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas o osteoarticulares y trastornos neuropsicológicos.

La ausencia de derivación a servicios de geriatría o gerontología sugiere, además, que el sistema de salud aún no ha adoptado un enfoque de curso de vida completo. Los modelos biomédicos del cuidado del virus permanecen, sin una articulación efectiva con las estrategias de atención médica basadas en la comunidad, el

envejecimiento positivo y los derechos humanos que fomenta la Ley 27.675.

En este sentido, el envejecimiento de las personas que viven con VIH se configura como un proceso invisible doble: por un lado, debido al estigma persistente asociado con el diagnóstico y, por otro, en el sentido de que la referencia específica a la vejez dentro de esta población sigue siendo escasa. Esta invisibilidad subraya la necesidad de educar a los profesionales de la salud, mejorar el intercambio de información dentro del cuidado de la salud, y desarrollar programas de apoyo interdisciplinario que tengan en cuenta las diferentes trayectorias de vida y experiencias de envejecimiento entre individuos con VIH.

Finalmente, se establece un fuerte vínculo con el objetivo general del estudio, que es comprender las condiciones de salud y las necesidades de las personas mayores con VIH: la falta de información y derivación impide la entrega de atención integral, contribuyendo a hacer del envejecimiento una dimensión prioritaria invisible de vivir con VIH en edades avanzadas.

ESTADO DE SALUD Y PRÁCTICAS ASISTENCIALES

Con respecto a la variable de salud general experimentada, cincuenta y nueve participantes (76.25 %), que son indetectables, informan haber tenido al menos una prueba de carga viral y conteo de CD4 en el último año. El 23.75 % no recuerda su resultado, pero informa tratamiento continuo y seguimiento médico. Este resultado apoya el enfoque continuo en la adherencia al TAR, uno de los mayores éxitos en abordar el VIH en esta población. Además, se enfatiza la difusión del concepto I=I (Indetectable = Intransmisible) al lenguaje común como evidencia de que la educación y el cuidado médico continuo han tenido éxito.

En cuanto a la presencia de otras enfermedades crónicas, el 41.25 % (n=33) afirmó tener otro diagnóstico, además de la infección por VIH,

siendo los más frecuentes: hipertensión, diabetes y sobrepeso. Un 13.75 % (11) admitió tener dos diagnósticos concomitantes y el 45 % restante no está al tanto de otros diagnósticos. Esto está en línea con el envejecimiento de la población con VIH, donde las comorbilidades metabólicas y cardiovasculares ganan más importancia clínica. Sin embargo, al mismo tiempo, numerosos encuestados también sufrieron otras enfermedades o condiciones médicas en los últimos tres años, las cuales fueron curadas o mejoraron.

Con respecto a la salud autopercebida, 57 (71.25 %) se siente en buen estado de salud, 14 (17.5 %) califica su salud como regular y 9 (11.25 %) como mala. Pero el 86.25 % (69) ha sentido dolor corporal moderado en el último mes, el 8.75 % (7) dolor severo y solo cuatro (5 %) dicen no haber experimentado dolor en absoluto. Entre aquellos que informaron dolor moderado, el 78.26 % (54) utilizaron automedicación o plantas medicinales y solo quienes experimentaron dolor severo buscaron atención médica. Esta práctica indica una normalización de las quejas físicas y probables barreras o desconfianza en el sistema de salud. También está enmarcada en el cuidado cultural, donde se buscan primero remedios domésticos o "naturales" en el manejo del dolor antes de buscar ayuda del sistema de salud formal.

Con respecto al apoyo emocional, ahora solo el 35 % informa que ha recibido atención de salud mental en algún momento de su vida, pero no en los últimos dos años. Sin embargo, el 91.25 % considera "muy importante" la evaluación psicológico-psiquiátrico-neurológica, especialmente por razones de depresión y soledad. Esta brecha entre la necesidad percibida y la utilización de servicios de salud mental señala barreras estructurales continuas, estigmas y brechas institucionales que limitan la disponibilidad de apoyos psicosociales.

La información del índice de estigma y discriminación demuestra que el rechazo se experimenta o teme con mayor frecuencia en entornos familiares y de pareja. Aunque no se pueden determinar causas

directas, este hallazgo podría asociarse con la alta tasa de declaración de tener una pareja inestable, lo que indica que el estigma afecta la vida afectiva y social.

Para controles preventivos específicos, el 100 % (n=17) de las mujeres cis se han hecho una mamografía en algún momento, pero solo el 47.05% en el último año. Además, solo el 7.5 % (6) del grupo de 80 pacientes fue médicamente indicado para un cribado de osteoporosis, y el examen colorrectal se realizó en el 16.25 % (13). Finalmente, toda la información proporcionada a estos 80 pacientes está documentada en una base de datos central del hospital, independientemente de la condición médica futura del paciente o cualquier cambio en su plan de atención. Estos porcentajes indican una baja participación en estudios preventivos según su edad, y esto se intensifica por la falta de información oportuna que debería darse por el equipo de salud.

Un participante sugirió: "Que se realicen diferentes estudios y análisis está claro, pero lo que ocurre regularmente después es que no nos dicen para qué lo hacemos o por qué lo necesitan; así que permanecemos en la oscuridad sobre nuestra propia realidad". Esta observación generaliza un problema estructural, que es la brecha en la comunicación médico-paciente y sus implicaciones directas para la comprensión/apropiación del cuidado.

Tabla N.º 5:
Estado de salud y prácticas asistenciales de las personas mayores con VIH (n=80).

Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Observaciones / Comentarios
Personas indetectables	59	76,25	Control virológico adecuado, refuerza adherencia al tratamiento.

Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Observaciones / Comentarios
Desconocen resultado reciente de carga viral/CD4	19	23,75	Mantienen tratamiento, pero falta de seguimiento informado.
Con al menos un diagnóstico adicional al VIH	33	41,25	Predominan hipertensión, diabetes y sobrepeso.
Con dos diagnósticos adicionales	11	13,75	Comorbilidades múltiples en proceso de envejecimiento.
Desconocen otros diagnósticos	36	45	Indica déficit de comunicación médico-paciente.
Percepción de buena salud	57	71,25	Predomina percepción positiva a pesar de comorbilidades.
Dolor corporal moderado último mes	69	86,25	Dolor persistente normalizado en la vida cotidiana.
Dolor agudo último mes	7	8,75	Asociado a búsqueda activa de atención médica.
Sin dolor corporal	4	5	Minoría con percepción de bienestar físico pleno.
Automedicación o plantas medicinales	54	78,26	Estrategia de autocuidado y práctica cultural frecuente.
Recibieron atención psicológica alguna vez	28	35	Ninguno en los últimos 2 años.

Indicador	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Observaciones / Comentarios
Consideran importante la atención psicológica/psiquiátrica	73	91,25	Alta valoración del cuidado mental, baja implementación.
Sienten o temen rechazo en familia o pareja	—	—	Vinculado al aislamiento afectivo y social.
Mujeres cis con mamografía realizada	17	100	Solo 8 (47,05%) en el último año.
Prueba de osteoporosis solicitada	6	7,5	Indicador bajo de evaluación geriátrica preventiva.
Examen colorrectal realizado	13	16,25	Baja adherencia a controles preventivos según edad.

Fuente: Elaboración propia.

Los hallazgos de este ítem mantienen estrecha correlación con los puntos anteriores. En primer lugar, se relacionan con el perfil sociodemográfico descrito, donde la vulnerabilidad económica se traduce en la mayor dificultad para acceder a servicios especializados o mantener controles periódicos. Asimismo, la falta de conocimiento sobre el envejecimiento prematuro encuentra su expresión práctica en la baja frecuencia de derivaciones a geriatría, estudios preventivos o atención psicológica, lo que pone de relieve una fragmentación asistencial que impide una atención integral del envejecimiento con VIH.

Estos resultados se vinculan directamente con los objetivos específicos del estudio, al identificar brechas en la atención sanitaria, la autopercepción de salud y el acceso a servicios de apoyo psicológico y preventivo. En conjunto, los tres primeros ítems reflejan una tensión

entre el avance biomédico (control virológico y adherencia al tratamiento) y los déficits persistentes en la atención integral y el acompañamiento psicosocial de las personas mayores que viven con VIH.

1. Factores de riesgo y protectores

Variable funcional y biológica:

El análisis de los factores de riesgo y de protección revela un perfil preocupante en términos del estilo de vida y las condiciones biológicas asociadas al envejecimiento con VIH. Al momento de participar, un 42.5 % de los adolescentes admitió fumar tabaco al menos una vez por semana y un 82.5 % informó consumir alcohol con la misma frecuencia, mientras que entre los adultos (98 %) fumaron tabaco semanalmente hasta la fecha. En comparación, un 97% afirmó involucrarse solo en cigarrillos regulares (tabaco, según esos participantes, era producto que contiene nicotina), así como ser bebedores empedernidos, respectivamente.

También hay un alto número de individuos (83.75 %) que afirman que no practican ejercicio físico de forma regular, siendo un 42.5 % considerado como el indicador más alto de sedentarismo.

Con respecto a la historia familiar, un 96.25 % informó hipertensión en sus parientes inmediatos, un 60 % diabetes y un 16.25 % alguna forma de cáncer. Ninguno de los sujetos admitió el uso de narcóticos.

Estos hallazgos sugieren que los riesgos metabólicos, conductuales y genéticos asociados con una infección crónica como el VIH, contribuyen a la susceptibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y comorbilidades endocrinas.

Una de las personas dijo:

"Creo que, aunque en el primer nivel de atención indagamos sobre sus prácticas e incluso les damos recursos para cesar el

consumo, más tarde, si no volvemos a preguntar, no sé si han aumentado o disminuido todos esos meses".

Esta declaración revela una falla estructural en el seguimiento de la salud: no existe un enfoque a largo plazo en la monitorización de hábitos modificables y sus influencias para la salud futura. A pesar del carácter preventivo al diagnóstico, las acciones educativas y de apoyo disminuyen su intensidad a lo largo del tiempo, repitiendo los vacíos de atención integral y autocuidado.

Variable nutricional:

En el ámbito de la nutrición, un 82.5 % informó haber ganado y perdido peso durante el último año. La mayoría dice que su dieta está expresamente condicionada por el presupuesto del hogar, lo que impide la adherencia consistente a una dieta variada. Solo el 16.25 % fue parcialmente adherente y el 52.5 % tenía un diagnóstico de sobrepeso.

El 86.25 % admite no haber recibido cuidados dietéticos especializados, una profunda divergencia entre cuánto sabemos sobre nosotros mismos (por ejemplo, tener conocimiento sobre la obesidad) y lo que se puede hacer o intervenir al respecto. Entre líneas emerge una disyunción entre conocimiento y práctica, que es igualmente atribuible a aspectos individuales (hábitos, motivación) como a estructurales (pobreza, inaccesibilidad a servicios especializados).

No obstante, algunos grupos comunitarios y programas de asistencia alimentaria han podido ayudar a mitigar el impacto de la inseguridad alimentaria entregando bolsas llenas de comestibles — productos que no siempre atienden las necesidades nutricionales particulares de las personas con VIH (ver "The noshpit," agosto/septiembre 2015). Este aspecto resalta la importancia de evaluar la composición y adecuación nutricional de los programas de asistencia alimentaria en personas mayores.

En conjunto, esta sección se suma al sentimiento previo y apoya la idea de que las personas mayores con VIH tendrán un control biomédico adecuado, pero no un apoyo sostenido en torno a los determinantes conductuales y sociales de la salud, lo que erosiona la oportunidad de un envejecimiento saludable y activo.

Tabla N.º 6:
Factores de riesgo y protectores en personas mayores con VIH (n=80).

Indicador / Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Interpretación / Observaciones
Consumo de tabaco semanal	34	42,5	Riesgo cardiovascular persistente.
Consumo de alcohol semanal	66	82,5	Alta prevalencia de consumo recreativo y social.
No realiza actividad física	67	83,75	Sedentarismo predominante; riesgo metabólico.
Antecedentes familiares de hipertensión	77	96,25	Riesgo hereditario elevado.
Antecedentes familiares de diabetes	48	60	Asociación con sobrepeso y dieta inadecuada.
Antecedentes familiares de cáncer	13	16,25	Riesgo moderado, pero significativo en adultos mayores.
Variación de peso en el último año	66	82,5	Indicador de inestabilidad nutricional.
Sigue parcialmente recomendaciones alimentarias	13	16,25	Brecha entre conocimiento y práctica alimentaria.

Indicador / Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Interpretación / Observaciones
Diagnóstico de sobrepeso	42	52,5	Predominio de sobrepeso en la muestra total.
Sin atención nutricional especializada	69	86,25	Falta de acompañamiento profesional sostenido.
Recepción de bolsones alimentarios	—	—	Ayuda asistencial no acorde a necesidades nutricionales.

Fuente: Elaboración propia.

2. Dimensiones psicosociales y de redes de apoyo

Variable social:

Retomando los datos del nivel socioeconómico, se observa que el 78,75 % de la población estudiada se encuentra en situación de pobreza o indigencia, lo que condiciona de manera directa sus oportunidades de acceso a recursos sanitarios, educativos y de participación social. Si bien no se cuenta con información detallada de ingresos, este indicador general permite comprender el contexto de vulnerabilidad estructural en el que se desarrolla la vida cotidiana de la mayoría de las personas encuestadas.

En relación con el acompañamiento familiar, el 28,75 % (23 personas) asegura contar con apoyo estable por parte de su entorno más cercano, mientras que el 23,75 % (19) manifiesta recibir acompañamiento ocasional de un/a familiar o amigo/a. El restante 47,5 % declara no tener redes de apoyo y resolver sus necesidades de forma personal. Este dato revela un importante nivel de soledad estructural y carga de autocuidado, particularmente preocupante en un grupo que envejece con una enfermedad crónica y requiere soporte emocional, social y práctico.

Respecto de la participación en grupos, organizaciones o redes de personas con VIH, el 63,75 % reconoce haber participado o solicitado

acompañamiento durante el último año. Al indagar sobre los motivos, la mayoría refiere que lo hizo a partir del conocimiento de los derechos, prohibiciones y acciones emanadas de la Ley 27.675 de Respuesta Integral al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Este hallazgo pone de relieve el papel central que desempeñan las políticas públicas con enfoque de derechos humanos en la reconstrucción de redes sociales y la reactivación del sentido de pertenencia comunitaria.

En este sentido, puede afirmarse que la Ley 27.675 no solo garantizó el acceso equitativo a servicios sanitarios, sino que también amplió el horizonte de ciudadanía, promoviendo el derecho al estudio, al trabajo, a la participación activa en la evaluación de los servicios y a ocupar roles protagónicos en la construcción de políticas públicas. Estas dimensiones favorecen un proceso de empoderamiento individual y colectivo, que contrarresta parcialmente las condiciones de vulnerabilidad previamente mencionadas.

Sin embargo, persisten brechas importantes. Casi la mitad de la población carece de apoyo afectivo o familiar cercano, y si bien las redes sociales organizadas han crecido, su alcance aún es limitado. En este punto, la intervención del Estado y de las organizaciones comunitarias debe orientarse hacia el fortalecimiento de las redes de contención y acompañamiento intergeneracional, clave para sostener la adherencia al tratamiento, la salud emocional y la inclusión social.

En conjunto, esta sección evidencia que las redes de apoyo social cumplen una función protectora decisiva frente a los determinantes estructurales de la salud. La existencia de grupos de pares, organizaciones comunitarias y políticas públicas con enfoque de derechos contribuye al fortalecimiento de la resiliencia social y sanitaria de las personas mayores con VIH.

Tabla N.º 7:
Dimensiones Psicosociales y Redes de Apoyo en Personas Mayores con VIH (n=80).

Indicador / Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Interpretación / Observaciones
Población en situación de pobreza o indigencia	63	78,75	Condiciona acceso a recursos básicos y salud integral.
Cuenta con acompañamiento familiar estable	23	28,75	Red de apoyo directa presente.
Acompañamiento ocasional (familiar o amigo/a)	19	23,75	Red parcial o intermitente.
Sin redes de apoyo	38	47,5	Soledad estructural; alto riesgo psicosocial.
Participa en grupos u organizaciones sobre VIH	51	63,75	Vinculación comunitaria activa.
Motivo principal de participación: conocimiento de derechos (Ley 27.675)	—	—	Empoderamiento ciudadano y revalorización del rol social.
Derechos más reconocidos: estudio, trabajo, participación en políticas públicas	—	—	Reforzamiento de identidad y pertenencia social.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Este estudio revela una profunda desconexión entre la evidencia clínica del envejecimiento prematuro y la percepción y manejo del mismo por parte de los adultos mayores con VIH en la provincia de

Jujuy, fenómeno agravado por determinantes sociales críticos como la pobreza, la falta de redes de apoyo y la fragmentación del sistema de salud. Los resultados permiten comprender que, más allá de los logros terapéuticos alcanzados con la supresión viral, persisten desafíos significativos en torno a la calidad de vida, la educación sanitaria y el acceso equitativo a servicios especializados.

El hallazgo de que el 91,25 % de los participantes desconoce el término “envejecimiento prematuro” y que ninguno haya sido derivado a servicios de geriatría resulta alarmante. Esta ausencia de conocimiento refleja una falla estructural en la educación sanitaria y en la práctica clínica, donde los equipos de infectología no incorporan aún el counselling sobre envejecimiento como componente rutinario del seguimiento crónico del VIH. La falta de información específica limita la capacidad de las personas mayores para anticipar los efectos del envejecimiento acelerado y participar activamente en la prevención de comorbilidades. Esta brecha evidencia la necesidad de integrar el componente educativo y de autocuidado en las estrategias de atención, priorizando la alfabetización sanitaria como pilar del modelo de respuesta integral.

Los resultados también muestran contradicciones marcadas entre el discurso y las prácticas de autocuidado. Aunque la mayoría reconoce la importancia del cuidado psicológico (91,25 %), su utilización efectiva es baja (35 %), lo que sugiere la coexistencia de barreras culturales, económicas y simbólicas. De igual modo, el reconocimiento del sobrepeso como problema (52,5 %) contrasta con los altos niveles de sedentarismo (83,75 %) y la persistencia de hábitos alimentarios inadecuados. La automedicación ante el dolor moderado (78,26 %), en lugar de la consulta profesional, revela una normalización del malestar físico y posibles obstáculos en el acceso a la atención médica. Esta disociación entre la autopercepción de “buena salud” (71,25 %) y la presencia de síntomas o factores de riesgo

expone una dimensión subjetiva del cuidado que invisibiliza el deterioro progresivo y dificulta la intervención oportuna.

En cuanto a las barreras en la atención, la vulnerabilidad socioeconómica (78,75 % en pobreza), la falta de acompañamiento (47,5 % sin red de apoyo) y los hábitos de riesgo conforman un entramado que restringe el acceso a especialidades como geriatría, neurología, psicología y nutrición. La expresión de un participante —“no nos explican qué nos están haciendo”— sintetiza una barrera comunicacional persistente, donde la falta de información clara y comprensible reduce la confianza y genera una participación pasiva en los procesos de cuidado. A ello se suma el escaso acceso a evaluaciones preventivas, como la densitometría ósea (7,5 %), lo que confirma la ausencia de un enfoque proactivo de salud acorde al riesgo aumentado de envejecimiento acelerado en esta población.

La pobreza aparece, por tanto, como un determinante transversal que atraviesa y agrava todas las demás dimensiones analizadas. Lejos de ser un factor aislado, actúa como un multiplicador de vulnerabilidades: impacta en la alimentación, incrementa el estrés psicosocial, limita el acceso a actividades de recreación y autocuidado, y profundiza el aislamiento. En este contexto, la vulnerabilidad socioeconómica opera como catalizador del envejecimiento prematuro, configurando un círculo vicioso donde la precariedad económica deteriora la salud y, a su vez, la mala salud perpetúa la pobreza.

Frente a este escenario, el modelo actual de atención fragmentada se muestra insuficiente. La complejidad del envejecimiento con VIH exige un viraje hacia un modelo multidisciplinario y proactivo, basado en la anticipación de comorbilidades y la integración de diversas disciplinas —infectología, geriatría, psicología, nutrición, trabajo social y educación para la salud— en torno a la persona y no solo al control virológico. Este enfoque debe promover la corresponsabilidad entre el sistema sanitario, la comunidad y las propias personas

mayores con VIH, consolidando un modelo de atención centrado en la integralidad, la equidad y el ejercicio pleno de derechos.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió visibilizar un conjunto de tensiones estructurales, clínicas y sociales que atraviesan el proceso de envejecimiento de las personas mayores con VIH en Jujuy. Los hallazgos revelan que, pese a los avances biomédicos y la eficacia terapéutica que posibilitan la indetectabilidad sostenida, persisten vacíos significativos en la comprensión, abordaje y acompañamiento del envejecimiento prematuro. La ausencia casi total de información sobre este proceso, sumada a la falta de derivación a servicios especializados en geriatría o gerontología, evidencia un déficit en la educación sanitaria tanto de las personas afectadas como de los equipos de salud.

El desconocimiento del concepto de “envejecimiento prematuro” no es un simple indicador de falta de información, sino una manifestación de una práctica sanitaria que continúa centrada en el control viral, sin una mirada integral sobre la salud y la calidad de vida. Este vacío limita la autonomía de las personas y su capacidad para tomar decisiones informadas respecto de su cuidado, perpetuando una relación asimétrica con el sistema de salud.

Asimismo, las contradicciones entre el discurso y las prácticas — como la valoración del cuidado psicológico sin su uso efectivo, o la conciencia del sobrepeso sin la adopción de hábitos saludables— muestran la necesidad de reforzar estrategias de acompañamiento y seguimiento continuo. La automedicación y la baja consulta médica ante síntomas moderados son comportamientos que revelan tanto la naturalización del malestar como la existencia de obstáculos en el acceso a servicios oportunos y empáticos.

El contexto socioeconómico se consolida como el principal determinante de la salud y del envejecimiento prematuro. La alta

proporción de personas en situación de pobreza e indigencia, la fragilidad de las redes de apoyo y las limitaciones en la alimentación y la recreación, configuran un entorno adverso que acelera el deterioro físico y emocional. Estas condiciones, lejos de ser ajenas al sistema sanitario, deben ser consideradas como variables centrales en la planificación de políticas públicas y programas de salud con enfoque de derechos.

Frente a este panorama, se impone la necesidad de una transformación del modelo de atención. La atención integral del envejecimiento con VIH no puede limitarse a la dimensión clínica, sino que debe integrar perspectivas interdisciplinarias que contemplen la salud mental, la nutrición, la movilidad, las redes sociales y el bienestar subjetivo. La articulación entre los servicios de infectología, geriatría, psicología, trabajo social y educación para la salud es indispensable para garantizar un acompañamiento sostenido y centrado en la persona.

Este estudio también reafirma la urgencia de incorporar el eje de envejecimiento en las estrategias provinciales y municipales de respuesta al VIH, en concordancia con la Ley 27.675, que plantea la participación activa de las personas con VIH en el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas. Promover el empoderamiento de las personas mayores con VIH, fortalecer su alfabetización sanitaria y garantizar su acceso equitativo a servicios especializados son pasos esenciales hacia una respuesta verdaderamente integral.

Finalmente, el envejecimiento de las personas con VIH interpela no solo al sistema de salud, sino a la sociedad en su conjunto. Supone reconocer nuevos desafíos éticos y políticos en torno a la vejez, la autonomía y los derechos humanos. Acompañar estos procesos desde un enfoque comunitario, inclusivo y participativo no solo permitirá mejorar la calidad de vida de las personas mayores con VIH, sino también avanzar hacia un modelo de salud pública más justo, humano y sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, D. & Hernando, V. (2020). El envejecimiento de las personas con el VIH: Nuevos retos que necesitan nuevas respuestas desde CoRIS. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*, 8(20), 45-62.

Babil, M. (2018). *Envejecimiento y VIH*. Universidad Abierta Interamericana.

Batzan, F., Galán Cabello, C., López, M., & Rodríguez, P. (2018). *Envejecimiento y VIH*. Editorial Comunidad en Madrid.

Cabrera Alonso, S. & Dalchiele, Z. (2018). Calidad de Vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica de Uruguay*, 34(1), 7-19.

De Francesco, D., Wit, F. W., Bürkle, A., Oehlke, S., Kootstra, N. A., Winston, A., Franceschi, C., Garagnani, P., Sabin, C. A., & Reiss, P. (2019). Do people living with HIV experience greater age advancement than their HIV-negative counterparts? *AIDS*, 33(2), 259-268.

Fumaz, C. R., Ayestaran, A., Perez-Alvarez, N., Muñoz-Moreno, J. A., Moltó, J., Ferrer, M. J., & Clotet, B. (2015). Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. *AIDS Care*, 27(11), 1396-1403. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1114989>

Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. CEPAL.

Ley Nacional de Respuesta integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis N° 27.675. (2022). Argentina.

Lozano de León Naranjo, F. (2014). Envejecimiento prematuro y comorbilidades relacionadas con la edad en los pacientes con infección por VIH. *Monográfico*, 1(3), 18-32.

Ministerio de Salud Argentina. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (2021). *Boletín N° 38 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina*.

Oliveri, M. L. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

Panel de expertos del Grupo de estudio de SIDA (GeSIDA) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). (2022). *Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre atención primaria y hospitalaria*. https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/09/Documento_AP.pdf

Plan Nacional sobre el Sida, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, & Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas y Comorbilidades. (2021). *Documento de consenso sobre envejecimiento en las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización 2021)*.