

Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH, con o sin comorbilidad por trastorno psiquiátrico o por drogodependencias

Vicioso Etxebarria C.¹; Imbert Escobar M.¹; López Zúñiga A.¹; Ortiz de Zárate A.¹; Santos Miguel I.¹

¹ Asociación T4 de Lucha contra el SIDA. Bilbao.

E-mail de contacto: carmen@asociaciont4.org

RESUMEN

Introducción

Las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) pueden tener mayor probabilidad de presentar comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o por drogodependencias que la población general, lo cual afecta a su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (en adelante CVRS). En personas con VIH al igual que en otras enfermedades crónicas, el impacto de la enfermedad está asociado a bajo apoyo social y morbilidad psiquiátrica. La presencia de comorbilidad psiquiátrica y/o drogodependencias es frecuente en personas con VIH y supone un factor de riesgo para la CVRS por el mayor peso de los factores psicosociales asociados, como pobre adherencia, bajo ajuste o bajo apoyo social.

Objetivos

Analizar la CVRS, el apoyo social y el ajuste social y su relación con la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias en personas con VIH en Tratamiento Antirretroviral (en adelante TAR) en el programa de atención integral psicosocial de la Asociación T4.

Material y Métodos

Se utiliza un diseño descriptivo para analizar la CVRS, el apoyo social y el ajuste social; en una muestra de 42 participantes que acuden a la Asociación T4 de Lucha contra el SIDA en Bilbao, en un periodo comprendido entre los meses de marzo a diciembre de 2013. Todos los participantes están en Tratamiento Antirretroviral durante al menos 6 meses y reciben apoyo psicológico. Se comparan las variables de estudio formando tres grupos: sujetos con TAR sin tratamiento psiquiátrico o por drogodependencias (G1; N: 18); personas con TAR con tratamiento psiquiátrico (G2; N: 15), y personas con TAR con comorbilidad por drogodependencias (G3; N:9).

Resultados

La muestra está compuesta por un 40.5% mujeres y un 59.5% hombres. Hay un elevado porcentaje de personas mayores de 40 años, sin empleo (76.2 %). Un 61.9% de los sujetos tienen coinfección por hepatitis víricas, el 57.1% de las personas tiene tratamiento por trastorno psiquiátrico y/o por drogodependencias. El 57.1% de ellos toma el TAR desde hace más de 5 años y la mayoría (90%) son adherentes al tratamiento. Se observa carga viral indetectable en el 81% de los sujetos. La CVRS media es de 63,3. El apoyo social medio es de 67.1. En cuanto al ajuste social, definido como el grado de integración social y familiar, la puntuación media es de 33.8. La CVRS, el apoyo social medio y el ajuste social están dentro de los rangos aceptables debido fundamentalmente al apoyo y seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Los indicadores sociales de vivienda y empleo, así como las puntuaciones en ajuste social son significativamente peores en personas con comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias. No se han hallado diferencias significativas en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en función de género, comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o por drogodependencias, apoyo social o ajuste social. No hay diferencias reseñables entre los grupos en función de la comorbilidad por trastorno psiquiátrico o por drogodependencias, aunque sí entre estos dos grupos en comparación con el grupo de personas con

VIH sin comorbilidad. El afecto positivo es significativamente más bajo en personas con tratamiento psiquiátrico.

Discusión y Conclusiones

La comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o por drogodependencias, no influye significativamente en la CVRS o en la progresión del VIH en condiciones de apoyo y seguimiento a la adherencia al TAR, aunque si está asociada a peores condiciones sociales, peor ajuste social y apoyo social percibido. Es necesario desarrollar programas de acompañamiento social, para favorecer la integración y el rol social activo de las mujeres y hombres que viven con VIH y presentan trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias.

Aunque no hay diferencias reseñables en el perfil de personas con comorbilidad por trastorno psiquiátrico y personas con trastornos por drogodependencias en las variables globales, sí se aprecia una peor percepción de afecto ligada al trastorno psiquiátrico. Futuros estudios pueden profundizar en la evaluación psicológica y social de las personas con VIH y adecuar la intervención desde los primeros años del diagnóstico para prevenir la cronicidad de estos problemas psicosociales asociados.

Quality of life related to health in people with HIV with or without comorbidities for psychiatric disorder or drug addiction

SUMMARY

Introduction

People living with Human Immunodeficiency Virus (HIV) present psychiatric or drug dependence comorbidity at a higher rate than the general population, affecting their Health Related Quality of Life (HRQoL). In HIV infection, as it happens with other chronic illnesses, the impact of the disease is can be evaluated in terms of HRQoL. People living with HIV are prone to have psychiatric morbidity and/or drug dependences. These two factors increase the risk for the HRQoL, due to the higher contribution of associated psychosocial factors, such as poor adherence or low social support and adjustment.

Objectives

To analyze the HRQoL, the social support and the social adjustment and its relation with drug dependence and/or psychiatric comorbidity in a sample of people living with HIV on Antiretroviral Therapy (ART), that are attended in the integral psychosocial support programs of T4 association.

Material and methods

A descriptive design is used to analyze the HRQoL, the social support and the social adjustment of 42 participants who have been attended in the T4 AIDS Association in Bilbao during March to December of 2013. All participants have been receiving ART for at least 6 months and also psychological support. The variables under study are compared in three groups: subjects having ART and no other psychiatric or drug dependence treatment (G1; N: 18), subjects having ART and psychiatric treatment (G2; N:15), and subjects having ART and drug dependence treatment (G3; N:9).

Results

The study sample is composed for 40.5% of women and 59.5% of men. Most of them are older than 40 years old (88.1%) and unemployed people (76.2%). The 61.9% of subjects are coinfecting with viral hepatitis, and the 59.5% of the sample is in psychiatric and/or drug dependence treatment. The 57.1% of the sample are on ART for more than 5 years and most of the subjects (90%) are adherent to treatment. The Viral Load is undetectable in 81% of the subjects. The medium HRQoL is 63.3 (min 25 - max 95). The medium social support is 67.1, which is above the cut point of 57. On the other hand the social adjustment (defined like the social and familiar integration) is 33.8, which are below the cut point defined on 35. The HRQoL, medium social support and social adjustment are in the acceptable rank mainly due to the support to adherence to ART.

Social variables such as housing and employment, as well as social support and social adjustment scores have been found to be significantly lower in presence of psychiatric and/or drug dependence comorbidity. There aren't significant differences for HRQoL with respect to gender, psychiatric and/or drug dependence comorbidity, social support or social adjustment.

There are not remarkable differences between groups according to comorbidity by psychiatric disorder or drug dependences, although it does between these two groups and the group of people without comorbidity. The positive affection is significantly lower in people with psychiatric treatment.

Discussion and Conclusion

Psychiatric and/or drug dependence comorbidity is not associated with lower HRQoL in this sample. It is though associated to lower perceived social support and worse social adjustment. Psychosocial interventions are needed to promote social integration and active social roles in men and women with HIV on ART and psychiatric and/or drug dependence comorbidity.

In global terms there are not significant differences between psychiatric disorders comorbidity group and drug dependence group, nevertheless a worse perception of affection related to psychiatric disorder is noticed. Future studies should be made in order to deeper on the psychological and social evaluation of HIV people and to adequate the interventions at the first stages of the diagnosis, in order to prevent the chronicity of the psychosocial problems associated.

1. Introducción

A partir de 1997 se inicia la era de la Terapia Antirretroviral (Gracias a esta revolucionaria combinación de fármacos los diagnósticos de VIH y SIDA así como el número de fallecimientos han ido disminuyendo progresivamente. El seguimiento correcto del tratamiento exige un cumplimiento de más de 90% para ser eficaz. Uno de los objetivos del tratamiento antirretroviral es reducir la carga viral hasta un punto en que sea indetectable (< 50 copias/ml) (Gatell B, Clotet D, Podzamczar JM, Miró J, Mallolas C, Fortuny L, et al. 2000).

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en el año 2013, aproximadamente 5244 personas recibían TAR, y el número de personas con enfermedad asociada al SIDA ha ido disminuyendo significativamente. Si entre 1994 y 1997, el número medio de casos de SIDA fue de 500, entre 2010 y 2013 la media fue de 45 casos. En cuanto a las nuevas infecciones por VIH, en los últimos años no han descendido y se mantienen más o menos estables. En el año 2013, se dieron 143 nuevos diagnósticos de VIH, 87.4% hombres y 16.6% mujeres. La edad media fue de 36.7 años. Es importante resaltar que el 52.1% de los diagnósticos son tardíos, es decir, se dan en personas con menos de 350 CD4. (Osanet, 2013).

Respecto al perfil de personas en tratamiento, Ruíz Pérez et al (2005) hallaron en un estudio en 320 pacientes con VIH, que la edad media era de 39.5 años y el 21.6% eran mujeres, la adherencia era del 81%. El progresivo aumento de la edad y la cada vez mayor presencia de mujeres de edad avanzada es una tendencia que se observa en los estudios con muestras hospitalarias de personas con VIH en tratamiento antirretroviral (Pereira M y Canavarró MC, 2011).

Otro aspecto que destaca en los estudios de las características de las personas con VIH de larga evolución es la mayor prevalencia de enfer-

medades mentales con respecto a la población general, principalmente trastornos adaptativos y trastornos afectivos. La probabilidad de comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias en personas con VIH se estima que puede ser del 20 al 60% (Organización Mundial de la Salud, 2008). Los pacientes con triple diagnóstico; que viven con VIH, con trastorno mental y trastorno por uso de sustancias suponen aproximadamente el 13% de todos los pacientes con VIH (Weaver MR, Conover CJ, Proescholdbell RJ, Arno PS, Ang A, Uldall KK, Ettner SL, 2009). Las mujeres con VIH/SIDA y comorbilidad psiquiátrica o por uso de drogas experimentan una mayor vulnerabilidad, particularmente aquellas que se ven expuestas a eventos traumáticos (Blank MB, Himeloch S, Walkup J, Eisenberg MM, 2004).

En un estudio con una muestra representativa de más de 4000 personas con VIH en EEUU se halló que la comorbilidad psiquiátrica está asociada a una menor autonomía funcional y peor percepción sobre la propia salud (Sherbourne AD, Hays RD, Fleishman JA, et al. 2000). Los indicadores psiquiátricos que más peso tenían en la CVRS eran los trastornos afectivos, incluso controlando las variables de CD4 y estadio de la infección por VIH. No había diferencias entre las personas con problemas psiquiátricos y las que presentaban abuso de drogas. Los autores concluyeron que siendo el VIH una enfermedad crónica y tratable, las condiciones psíquicas ligadas al VIH cobran una importancia mayor por su influencia en la CVRS y en el acceso a tratamientos.

Otro estudio más reciente (Gaynes BN, O'Donnell J, Nelson E, Heine E, et al. 2015) halló que de los 304 pacientes con trastornos afectivos y VIH, la comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos era del 82%, la adherencia era del 85%. La calidad de vida era inferior a la media, el nivel de desempleo era del 73%. La comorbilidad estaba asociada con mayor severidad de la progresión de la infección si bien no había dife-

rencias en adherencia. Si se hallaron diferencias significativas en la subescala de calidad de vida mental.

En cuanto a la interacción entre morbilidad psiquiátrica y riesgo social, Flores E, Borda M, Pérez MA (2006) hallaron que las puntuaciones en ansiedad y depresión eran peores en presencia de exclusión social tanto en personas con o sin VIH. La exclusión social puede aparecer asociada al VIH, influyendo en el acceso a los servicios de salud, en la adherencia al tratamiento antirretroviral y la CVRS.

Badia X y Podzamczar D (2000) definen la CVRS como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Lo importante en la definición de CVRS es la incorporación de los elementos subjetivos individuales; principalmente la valoración subjetiva que la persona realiza en un momento y contexto determinado. Alfonso Urzúa M (2010) define la CVRS como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

Sobre las dimensiones que componen la CVRS no existe un acuerdo en la literatura consultada, de ahí que surjan múltiples escalas con dimensiones diferentes de CVRS. Sin embargo sí hay consenso en la inclusión de dominios específicos a cada enfermedad en el caso de las evaluaciones de determinadas patologías, dada las particularidades de cada una de ellas. Además, conceptualmente, la subjetividad puede suponer una limitación (Testa M, 2000).

En el ámbito de la infección por el VIH, la importancia de la evaluación de la CVRS está ampliamente reconocida y se han desarrollado un gran número de instrumentos específicos con este fin. Entre los cuestionarios de CVRS que se han empleado para la evaluación de la calidad de vida en personas VIH+, se destaca la adaptación del Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Items (MOS-SF-30), debido a

sus buenos indicadores psicométricos (Wu 1991; Remor, 2002, Badia, 2000).

Este estudio pretende analizar las necesidades específicas biopsicosociales de las personas con comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias en una muestra de personas con VIH en TAR que acuden a un programa de atención integral psicosocial de la Asociación T4 de Bilbao.

2. Materiales y métodos

Diseño: Se trata de un estudio observacional de corte transversal, en el que se hace un análisis descriptivo de los datos. Se analiza una muestra de 42 personas con VIH con y sin comorbilidad psiquiátrica, que acuden al programa de apoyo psicológico de la Asociación T4 en Bilbao durante los meses de marzo a diciembre de 2013, derivadas de hospitales o centros sociosanitarios de atención a personas con VIH. Se invita a todas las personas que acuden a su cita semanal de apoyo psicológico a realizar la entrevista de 20 minutos; previamente se les invita a leer y firmar si están de acuerdo el consentimiento informado, donde se informa de la confidencialidad y protección de los datos. Los criterios de inclusión son: tener VIH y estar en TAR durante un período mínimo de 6 meses. Se solicita el consentimiento para la utilización de los datos en el desarrollo del estudio. Tanto los datos personales (edad, sexo, raza) como los datos de salud, se recogen empleando un procedimiento de codificación. La entrevista es realizada en todos los casos por parte de la misma investigadora, con una duración aproximada de 20 minutos.

La muestra está compuesta por personas con diferentes tipos de intervención dentro del programa de atención integral psicosocial de T4. De las 42 personas participantes, 17 (40.4%) asisten a psicoterapia, 13 (31%) reciben apoyo y orientación, 5 (11.9%) acuden a un centro de día y 7 (16.7%) acuden desde una unidad residencial sociosanitaria.

A partir de esta muestra de 42 personas usuarias del programa de apoyo psicológico se establecen tres grupos: sujetos con TAR sin tratamiento psiquiátrico o por drogodependencias (G1; N: 18); personas con TAR con tratamiento psiquiátrico (G2; N: 15), y personas con TAR con comorbilidad por drogodependencias (G3; N: 9).

Variables e Instrumentos de medida: Además de variables sociodemográficas se recogen datos relativos a la evolución del VIH: año de diagnóstico, año de inicio del TAR, nivel actual de CD4, porcentaje de carga viral, coinfección con hepatitis víricas, así como datos sobre tratamientos psiquiátricos y/o de drogodependencias, y nivel de adherencia al TAR. Se recogen datos sociales como tipo de alojamiento o fuente de ingresos.

La CVRS se mide a través del cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud MOS HIV (Wu AW, 1997; adaptado por Remor E, 2003). Mide 30 ítems recogidos en 11 subescalas: percepción general de salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, malestar respecto a la salud, función cognitiva, calidad de vida, salud transitoria.

El apoyo social percibido en relación con el VIH se mide a través del "Cuestionario MOS de Apoyo Social (adaptado de MOS-SS Medical Outcomes Study- Social Support Survey (Sherbourne CD, Stewart AL, 1991). Incluye subescalas de apoyo emocional, afecto positivo y apoyo instrumental. Se considera bajo apoyo social la puntuación inferior a 57 (Sherbourne CD, Stewart AL, 1991). Con respecto a las subescalas de Apoyo Social, se describen tres subescalas: apoyo emocional-informacional (Punto de corte 33); apoyo instrumental (punto de corte 12), y afecto positivo (punto de corte 7) (López FM, et al. 2000).

El Ajuste social se mide a través de la "Escala de Satisfacción con la Adaptación Social (SAAS)". Se toma como punto de corte el valor de puntuaciones in-

feriores a 25 (Bosc M , et al. 1997). Esta variable recoge el grado de satisfacción subjetiva de la persona en sus relaciones sociales, trabajo, ocio, participación, comunidad, motivaciones, aficiones, e interés por el entorno.

Análisis estadístico: Las variables sociodemográficas, de salud y psicosociales se analizan a través de estadísticos descriptivos: frecuencias, medias y desviaciones típicas. Para el contraste de hipótesis se utilizan los estadísticos de comparación de medias: entre variables categóricas independientes en más de dos grupos. También se utilizan las tablas de contingencia para establecer la dirección en que se producen las diferencias. Se analizan además, los residuos tipificados para el análisis de datos. Se utiliza el programa estadístico SPSS 17.0 (SPSS17.0, 2008)

3. Resultados

De las 42 personas participantes, todas residentes en Vizcaya y con infección por el VIH, el 57.1% de la muestra tienen tratamiento por trastorno psiquiátrico y/o por drogodependencias, aunque todos están en programas de apoyo psicosocial.

Las personas pertenecientes al grupo 1 (Tto VIH) reciben psicoterapia y apoyo. El grupo 2 (Tto VIH+Tto Psiq) asisten a psicoterapia y unidad residencial sociosanitaria, el grupo 3 (Tto VIH+Tto drogodependencias) asisten a psicoterapia, unidad residencial sociosanitaria, y centro de día.

Un 61.9% de los sujetos tienen coinfección por hepatitis víricas. En cuanto al género, 17 de ellos (40.5%) son mujeres y 25 (59.5%) son hombres. El 59.5% tienen 50 años o más y un 54.8% manifiestan que la vía de transmisión del VIH fue la intravenosa. El 64.3% son personas solteras, el 90,5% tienen estudios primarios o secundarios. Comparando estas variables en los grupos, en función de la presencia de comorbilidad por trastorno psiquiátrico o por drogo-

dependencias, no se han hallado diferencias significativas entre los grupos en cuanto a edad, sexo, procedencia, estado civil o estudios. Solamente se han hallado diferencias significativas en cuanto a la vía de transmisión, siendo la vía intravenosa más frecuente en personas con comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias (Tabla I).

Como podemos apreciar en la Tabla II se da un alto porcentaje de diagnósticos de larga duración; el 59.5% tiene el diagnóstico de VIH desde hace 15 años o más. El 73.8% tienen recuento de CD4 entre 351 cel/mm³ y 1200 cel/mm³. La carga viral es indetectable en el 81.0% de las personas entrevistadas. El 57.1% toman el TAR desde hace más de 5 años.

En cuanto a la adherencia, la mayoría de las personas encuestadas muestran alto cumplimiento (90%). El 71.43% son autónomos en la toma del tratamiento. El 23.8% tienen supervisión en el tratamiento.

En cuanto a los indicadores de inclusión social: situación laboral, la situación de alojamiento y el número de personas a cargo (Tabla III), el 76.2% de las personas participantes no tienen trabajo, el 31% viven en alojamiento social, el 64.3% no tienen hijos/as. Se han hallado diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la situación de vivienda y la situación laboral. Las personas con VIH y comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias, tienen más probabilidad de no trabajar y no tener vi-

TABLA I: INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS GENERAL Y EN FUNCIÓN DE LA COMORBILIDAD

Variable	Categoría	Fr./%	G.1. Solo VIH N=18	G.2 Tto. Psiq. N=15	G.3.Tto. Drog. N=9
Género (N=42)	Mujer	17(40.5%)	7 (38.9%)	5 (33.3%)	5 (55.6%)
	Hombre	25 (59.5%)	11 (61.1%)	10 (66.7%)	4 (44.4%)
Edad (N=42)	<50 años	25 (59.5)	10 (55.6%)	9 (60.0%)	6 (66.7%)
	50 o Más	17 (40.5%)	8 (44.4%)	6 (40.0%)	3 (33.3%)
Estado civil (N=42)	Soltero/a	27 (64.3%)	11 (61.1%)	11 (73.3%)	5 (55.6%)
	Casado/a	5 (11.9%)	3 (16.7%)	2 (13.3%)	0 (0.0%)
	Separado/a	9 (21.4%)	4 (22.2%)	2 (13.3%)	3 (33.3%)
	Viudo/a	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100%)
Estudios (N=42)	Primarios	12 (28.6%)	3 (16.7%)	6 (40.0%)	3 (33.3%)
	Secundarios	26 (61.9%)	13(72.2%)	8 (53.3%)	5 (55.6%)
	Universitarios	4 (9.5%)	2 (13.3%)	1(6.7%)	1 (11.1%)
Vía de transmisión (N=42)	Sexual	17 (40.5%)	12 (66.7%) RC* 1.7	2 (13.3%) RC* -1.7	3 (33.3%) RC*,3
	Intravenosa	23 (54.8%)	6 (33.3%) RC*-1.2	12 (80%) RC*1.3	5 (55.6%) RC*,0
	NS/NC	2	0 (0.0%) RC*-.9	1 (6.7%) RC*.3	1 (11.1%) RC*,9

** p < 0.05

*R.C.: Residuos Tipificados

N: Número de casos.

NS: No sabe

R.C: Residuos Tipificados

NC: No contesta

TABLA II: INDICADORES DE EVOLUCIÓN DE VIH GENERAL Y COMPROBACIÓN EN FUNCIÓN DE LA COMORBILIDAD POR TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DROGODEPENDENCIAS

Variable	Categoría	Fr./%	G.1. Solo VIH N=18	G.2 Tto. Psiq. N=15	G.3.Tto. Drog. N=9
Coinfección Hepatitis C (N=42)	Si	26 (61.9%)	9 (50%)	10 (66.6%)	7 (77.7%)
	NO	16 (38.1%)	9(50%)	5 (33.3%)	2(22.3%)
Antigüedad del diagnostico (N=42)	<10 años	12 (28.6%)	6 (33.3%)	2 (13.3%)	4 (44.4%)
	10 o Más	30 (71.4%)	12 (66.7%)	13(86.7%)	5 (55.6%)
Nivel de CD4 (N=42)	0-350	5 (11.9%)	4 (22.2%)	1(6.7%)	0
	Más de 350	31 (73.8%)	13 (72.2%)	12 (80%)	6 (66.7%)
	NS	6 (14.3%)	1(5.6%)	2 (13.3 %)	3 (33.3%)
Recuento de carga viral (N=42)	Indetec.	34 (81.0%)	14 (77.8%)	13 (86.7%)	7 (77.8%)
	10.000-100.000	5 (11.9%)	3 (16.7%)	1 (6.7%)	1 (11.1%)
	NS/NC	3 (7.1%)	1 (5.5%)	1 (6.6%)	1 (11.1%)
Tiempo en tratamiento (N=42)	< 5 años	18 (42.9%)	8 (44.4%)	6 (40%)	4 (44.4%)
	5 o Más	24 (57.1%)	10 (55.6%)	9 (60%)	5 (55.6%)
Olvidos medicación (N=42)	Nunca/Alguna vez	38 (90.5%)	16 (94.1%)	12 (80%)	8 (88.9%)
	Si	3 (9.2%)	1 (5.9%)	3 (20%)	1 (11.1%)
	NS	1 (2.4%)			
Tto. supervisado ** (N=42)	No	30 (71.4%)	17(100%) R.C.* 3.3	8(53.3%) R.C.*-2.2	5(55.6%) R.C.* -1.4
	Superv.	10 (23.8%)	0. RC.* -3.1	6(60%) R.C.*1.8	4(40%) R.C.*1 .6
	Observado	1 (2.4%)	0 R.C.* -0.9	1(100%) R.C.* 1.2.	0 R.C.* -0.5
	NS/NC	1 (2.4%)			

** p < 0.05

*R.C.: Residuos Tipificados

N: Número de casos.

NS: No sabe

R.C: Residuos Tipificados

NC: No contesta

vienda propia o en alquiler que las personas con VIH sin comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias.

La CVRS refleja una puntuación media de 63.3. Las medias más bajas se dan en la subescala de energía (Figura 1). No hay diferencias significativas en

las puntuaciones en CVRS en los grupos de estudio. Sin embargo, es interesante señalar que hay una clara tendencia a mayor puntuación en todas las escalas de la CVRS, en el grupo que no tiene comorbilidad con respecto a los otros dos grupos. El grupo de tratamiento por drogodependencias puntúa por debajo

TABLA III: INDICADORES SOCIALES Y COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DE LA COMORBILIDAD POR TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DROGODEPENDENCIAS

Variable	Categoría	Fr./%	G.1. Solo VIH N=18	G.2 Tto. Psiq. N=15	G.3.Tto. Drog. N=9
Situación laboral (N=42)**	Trabajo	10 (23,8%)	9 (50%) R.C.*-1.2	1 (6.7%) R.C.* 0.9	0 R.C.*0.4
	Pensión	13 (31,0%)	3(16.6%) R.C.* 3.5	7(46.6%) R.C.* -1.9	3(33.3%) R.C.* -1.9
	RGI	16 (38.1%)	5 (27.8%) R.C.* -1.7	7(46.6%) R.C.*	1.6 4(44.4%) R.C.* 0.2
	Sin ingresos	3 (7,1%)	1(5,6%) R.C.* -,3	0 R.C.* -1.3	2(22,2%) R.C.* 2.00
Alojamiento (N=42)**	Albergue	2 (4.7%)	0 R.C.* -1.3	2 (13.3%) R.C.* 1.9	0 R.C.* -,8
	Aloj. Social	11 (26.2%)	1 (5.6%) R.C.* -2.6	5(33.3%) R.C.* .8	5 (55.6%) R.C.* 2.3
	Familia	5 (11.9%)	4 (22.2%) R.C.* 1.8	0 R.C.* -1.8	1 (11.1%) R.C.*.0
	Alquiler	11 (26.2%)	5 (27.8%) R.C.* ,2	5 (33.3%) R.C.* ,8	1(11.1%) R.C.*-1.2
	Vivienda propia	13 (30.9%)	8 (44.4%) R.C.* 1.6	3 (20%) R.C.* - 1.1	2(22.2%) R.C.* -,6
Relaciones familiares (N=42)	Con hijos menores	5 (11.9%)	1 (5.6%) RC*-,8	1 (6.7%) RC*-,6	3 (33.3%)RC*1.9
	Con hijos mayores	10 (23.8%)	8 (44.4%) RC*1.8	1 (6.7%) RC:-1.4	1(11.1%) RC* -,8
	Sin hijos	27 (64.3%)	9 (50.0%) RC:-,8	13 (86.7%) RC*:1.1	5 (55.6%) RC*-,3

** p < .01

*R.C.: Residuos Tipificados

N: Número de casos.

NS: No sabe

R.C: Residuos Tipificados

NC: No contesta

de los otros grupos en CVRS general, estrés por salud y en función social. El grupo de tratamiento psiquiátrico puntúa más bajo que los otros grupos en función emocional.

El apoyo social medio es de 67.1, por encima del punto de corte de 57. Las subescalas también están dentro de la normalidad. El apoyo instrumental es de 13.5 (>12), apoyo emocional 43.0 (>33) y el afecto positivo de 11 (> 7).

No se hallan diferencias significativas en apoyo social global en los grupos en función de la comorbilidad. Sin embargo en personas con comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, se observa que las puntuaciones medias son más bajas en la subescala de apoyo emocional. En la subescala de apoyo instrumental, las puntuaciones medias son mayores en presencia de comorbilidad como se puede apreciar en la figura 2.

FIGURA 1. PRUEBA NO PARAMÉTRICA DE KURSAL WALIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS DE LA CVRS

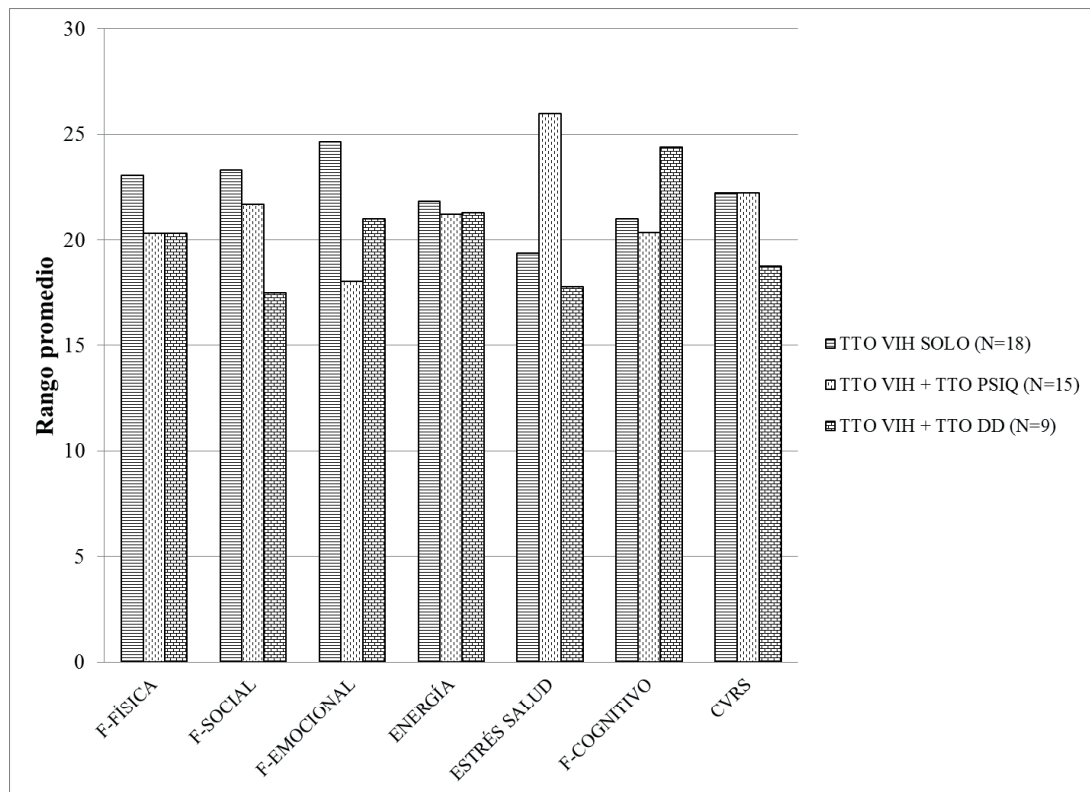
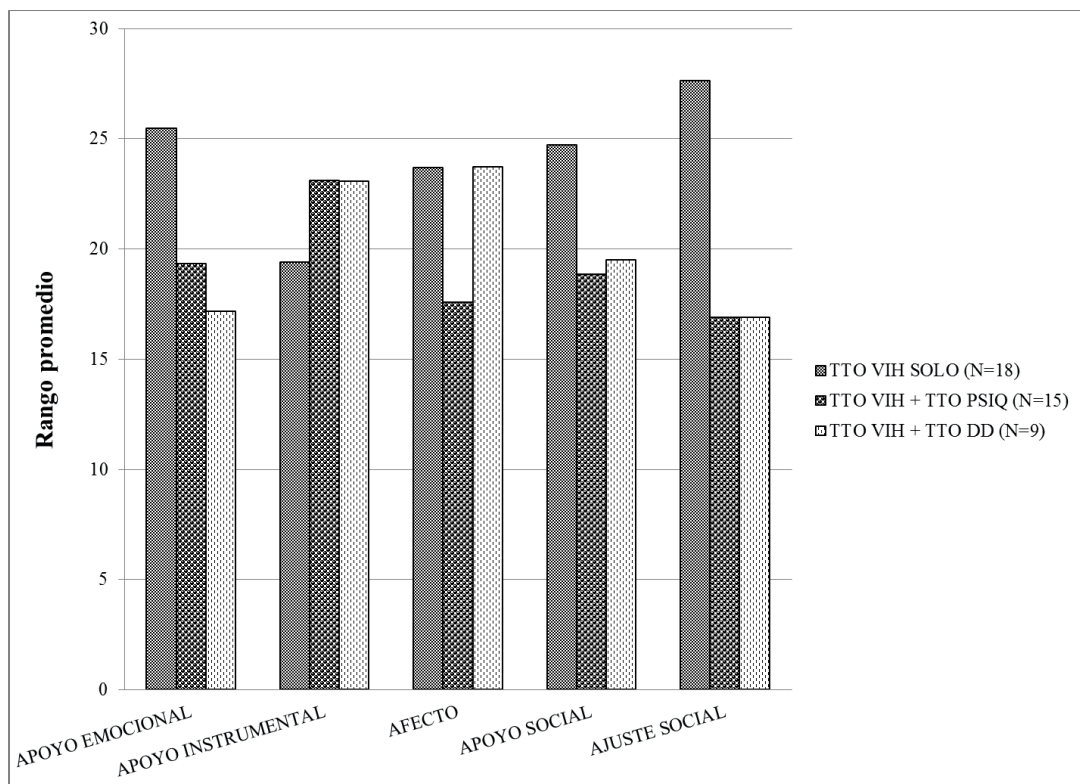


FIGURA 2. PRUEBA NO PARAMÉTRICA DE KURSAL WALIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS DEL APOYO SOCIAL



El afecto positivo, que significa la proximidad de personas queridas y vínculos afectivos, es mayor en el grupo de tratamiento por drogodependencias y el grupo sin comorbilidad, en comparación con el grupo en tratamiento psiquiátrico.

En cuanto al ajuste social, la puntuación media de 33.8, definido como el grado de integración social y familiar, está dentro de los parámetros de adaptación (25-32). El porcentaje de personas en desadaptación social (<25) es de 11.9% y el porcentaje de personas con ajuste social (25-55) es de 88.1%. Las personas con desadaptación social están en el grupo de comorbilidad por trastorno psiquiátrico (2) y drogodependencias (Figura 2).

4. Discusion y conclusiones

La muestra es pequeña y solo representativa de la población VIH positiva que acude a una asociación de autoayuda. Es una muestra que refleja la cronicidad del VIH, ligada a otros problemas de salud, como la coinfección por hepatitis C o la comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias. Representa asimismo el aspecto social del VIH, con una mayor proporción de personas de mayor edad, soltería y falta de redes sociales. La prevalencia de mujeres en la muestra es alta comparada con la prevalencia en la población general (20-30%), y supera el 50% en el grupo de tratamiento por drogodependencias.

La principal característica que resalta en las variables descriptivas del estudio, es la alta tasa de personas con comorbilidad psiquiátrica que han contraído el virus de VIH por vía intravenosa. Es un dato que refleja la fuerte interacción entre consumo de drogas y comorbilidad psiquiátrica, ya que el 80% de las personas participantes en el estudio que tienen un tratamiento psiquiátrico, han consumido drogas por vía intravenosa en el pasado.

La mayoría de personas encuestadas (más del 80%) presentan carga viral indetectable, así como ni-

veles de CD4 superiores a 350 cel/mm³. Las personas con VIH con y sin comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias disponen de una red de recursos comunitarios y residenciales de apoyo al tratamiento, así como centros de día y de apoyo psicológico. Esta red hace posible que la salud mejore. Sin embargo las personas con VIH con comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias que acceden a esta red de apoyo tienen mayor dificultad para su integración en la sociedad con una vida autónoma y normalizada.

En esta muestra, la adherencia del 90% es similar a las halladas en otros estudios (Ruíz Pérez I, et al. 2005). Se explica en parte porque el 28.6% de las personas de este estudio no son autónomos en su tratamiento y pertenecen a los grupos de comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias. De ahí la importancia que tiene para la calidad de vida de estas personas la posibilidad de contar con una red de apoyo, que garantiza el mantenimiento de niveles de salud adecuados. A su vez garantiza que el VIH evolucione como una enfermedad crónica, con parámetros similares a los del resto de la sociedad y evitando la aparición de enfermedades oportunistas asociadas al VIH.

A pesar de las condiciones sociales de riesgo, se observa una CVRS media de 63.3, que se mantiene similar en los tres grupos. Al analizar las subescalas física, social y emocional de la CVRS, se da una mayor puntuación en todas las subescalas en el grupo sin comorbilidad, lo cual nos lleva a concluir una mayor diferenciación en CVRS en los grupos de estudio en subescalas específicas. Como cabía esperar, el grupo de tratamiento por drogodependencias puntúa por debajo de los otros grupos en función social y el grupo de tratamiento psiquiátrico puntúa más bajo en función emocional. Sin embargo es interesante que la función física sea similar entre los tres grupos, lo mismo sucede para la función cognitiva.

Se hace necesario que los programas psicosociales dirigidos a personas con VIH, establezcan medidas de acompañamiento terapéutico para atender las necesidades específicas de las personas con VIH y comorbilidad por trastorno psiquiátrico y/o drogodependencias.

Como cabía esperar, las personas con comorbilidad, que tienen más probabilidad de requerir tratamiento supervisado, ayudas sociales, recursos de día y residenciales, presentan valores más altos de apoyo instrumental.

La calidad de vida debe ser contemplada con una perspectiva social. Remor (2002) halló diferencias en la calidad de vida en función del apoyo social, siendo la CVRS media en personas con bajo apoyo social de 56.5 y en el grupo de alto apoyo social de 68.6. En nuestro estudio la CVRS es de 60.1 en el grupo de personas con bajo apoyo social y de 64.5 en personas con alto apoyo social, que muestra una diferencia de 4.4 puntos, inferior a la diferencia de 12.1 hallada por Remor.

Por tanto, tras una visión integral, las necesidades emocionales y las necesidades sociales se pueden manifestar más en personas con polimorbilidad, haciéndose necesario intensificar las intervenciones psicosociales en estas personas para que la mejoría clínica del VIH vaya acompañada de una mejor situación anímica y un mejor funcionamiento social.

Llama la atención el bajo nivel de afecto percibido en las personas con tratamiento psiquiátrico en comparación con los otros dos grupos. Esto puede ser indicativo de una mayor necesidad de reforzar los vínculos afectivos naturales, como complemento al apoyo psicosocial profesionalizado.

El ajuste social o grado de adaptación social es bajo en los tres grupos. La representación de vivir con VIH sigue siendo negativa, estigmatizante, y las personas con pocos recursos se ven doblemente estigmatizadas, y más aún si tienen una enfermedad mental. Sin embargo, incluso en los casos de mayor riesgo

social (comorbilidad, sin ingresos, sin familia, sin vivienda) se ha logrado el acceso a los servicios y la adaptación de las respuestas sociosanitarias a los diferentes perfiles para lograr la mejora de la calidad de vida en estas personas. Los recursos comunitarios en coordinación con los recursos especializados ofrecen una contención sanitaria y social, y reflejan una mayor protección ante posibles riesgos de transmisión o ante la probabilidad de abandonar el tratamiento o de llegar a situaciones de marginación social.

En conclusión, la población con VIH en tratamiento antirretroviral que se analiza en este estudio requiere seguimiento de la adherencia, y acompañamiento social y terapéutico para mantener el vínculo con los múltiples servicios sociales y sanitarios que sostienen la calidad de vida en estas personas.

El reto en la actualidad es la inclusión social, la normalización del VIH, para que esta población oculta de personas marginadas, con múltiples patologías, puedan recuperar su rol social y mejorar así la calidad de vida que abarca la integración social, la autonomía y la participación social. En 2015 Oberje E, Dima AL, Van Hulzen AG, Prins JM, De Bruin M hallaron que el bienestar mental y ambiental son los principales predictores del bienestar subjetivo. Concluyen que además de valorar la salud física y los indicadores clínicos de las personas con VIH, debe haber una valoración sistemática de los aspectos sociales, para poder derivar a los servicios correspondientes.

Estos resultados no pueden generalizarse a toda la población, porque todas las personas participantes acuden a un programa de apoyo psicológico por derivación de su médico o por voluntad propia; por lo que se trata de una población adscrita a la red sociosanitaria.

5. Agradecimientos

C. Vicioso agradece al Dr. Daimel Castillo-González (Asociación T4 de lucha contra el SIDA, Bilbao) sus

revisiones, comentarios y aportaciones para la confección de este manuscrito. Los autores agradecen al Área de Acción Social, Área de Empleo, Igualdad e Inclusión Social de la Diputación Foral de Bizkaia; al Departamento de Salud y Políticas Sociales del Gobierno Vasco; y al Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao por su apoyo a los proyectos de intervención así como a la gestión del conocimiento de la Asociación T4 de lucha contra el SIDA. Asimismo nuestro agradecimiento a todas las personas que viven con VIH que han colaborado en este estudio de forma voluntaria.

6. Bibliografía

- Alfonso Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales Rev Med Chile. 2010; 138: 358-65.
- Badia X, Podzamczar D, García M, López-Lavid C, Consiglio E. A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV-infected patients. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. Medical Outcomes Study HIV Health Survey. AIDS. 1999 ;10(13):1727-35.
- Badia X , Podzamczar D. Calidad de vida asociada a la salud y VIH. En: Validación de cuestionarios de CVRS en pacientes VIH tratados con HAART. Barcelona, 2000: p.67-82.
- Blank MB, Himelhoch S, Walkup J, Eisenberg MM. Treatment considerations for HIV-infected individuals with severe mental illness. AIDS Care. 2004; 16 (Suppl 1): 22-42.
- Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-Evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol. 1997; 7 (Suppl 1); 57-73.
- Flores E, Borda M, Pérez MA. SIDA y Exclusión social. Alteraciones emocionales. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2006; 11(1):37-4.
- Gatell B, Clotet D, Podzamczar JM, Miró J, Mallolas C, Fortuny L , et al. Guía práctica del VIH/SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento. 9ª ed, Barcelona: Masson,2009.
- Gaynes BN, O'Donnell J, Nelson E, Heine E, Zinski A, Edwards M, et al. Psychiatric Comorbidity in depressed HIV infected individuals: common and clinically consequential. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37:277-82.
- López FM, Cuenca M, Viciano D, Rodríguez MI, Martín EM, Acosta M, et al. Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. Semergen. 2000; 26: 387-92.
- Oberje E. Dima AL, Van Hulzen AG, Prins JM, De Bruin M. Looking beyond health related quality of life: predictors of subjective well-being among people living with HIV in the Netherlands. Aids Behav. 2014. Doi: 10.1007/s10461-014-0880-2
- OMS. Organización Mundial de la Salud. VIH y salud mental. Informe Ejecutivo. 2008:1-5. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf (Consulta julio 2013)
- Servicio de Salud del Gobierno Vasco. Osanet. Disponible en: www.osakidetza.euskadi.net/ (Consulta junio 2013)
- Pereira M, Canavarró MC. Gender and age differences in Quality of Life and the impact of Psychopathological Symptoms among HIV Infected Patients AIDS Behav.2011; 15: 1857-69.
- Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. At Primaria. 2002; 30: 143-8
- Remor E. Determinantes psicosociales de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas viviendo con el VIH y Sida. II encuentros FIPSE sobre Investigación Social en VIH_SIDA. San Sebastián: Universidad del País Vasco,2009.
- Revilla Ahumada L de la , Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I .Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina Familiar (And).2005; 6(1):10-8. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf> (Consulta junio 2014).
- Ruiz Pérez I, Rodríguez Baro MA, Lopez Ruz A, del Arco Jimenez M, Causse Prados J, Pasquau Liaño P, et al. Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. Psycothema. 2005: 17 (2):245-9.
- Sherbourne CD, Hays RD, Fleishman JA, Vitiello B, Magruder KM, Bing EG, et al. Impact of psychiatric conditions on the health related Quality of Life in persons with HIV Infection. Am J Psychiatry. 2000; 157(2): 248-4 .
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med. 1991; 32:705-14.
- SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc..
- Testa M. Interpretation of quality of life outcomes: issues that affect magnitude and meaning. Med Care. 2000; 38 (2): 166-74.
- Weaver MR, Conover CJ, Proescholdbell RJ, Arno PS, Ang A, Uldall KK, et al. Cost-effectiveness analysis of integrated care for people with HIV, Chronic mental illness

and substance abuse disorders. J Ment Health Policy Econ. 2009 ; 12(1):33-46.

Wu AW, Revicki DA, Jacobson D, Malitz FE. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes study HIV Health Survey (MOS-HIV). Qual Life Res. 1997; 6(6): 481-93.

Wu AW, Rubin HR, Mathews WC, Ware JE Jr, Brysk LT, Hardy WD, et al. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. Med Care. 1991;29(8):786-98.