

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

**AFRONTAMIENTO AL VIH, APOYO SOCIAL Y
ADHERENCIA COMO FACTORES MEDIADORES EN LA
CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON VIH EN
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, CON O SIN
DIAGNÓSTICOS MÚLTIPLES POR ABUSO DE DROGAS O
TRASTORNO MENTAL.**

Directora:

Patricia Insúa Cerretani

Carmen Vicioso Etxebarria

Septiembre 2017

“Las personas más bellas que hemos conocido son aquellas que han conocido la derrota,
conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida,
y han encontrado la manera de salir de las profundidades.

Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad, y una comprensión de la vida,
que los llena de compasión, humildad, y un profundo interés amoroso.

La gente bella no surge de la nada"

E. Kübler Ross

*A Iñigo por enseñarme el amor verdadero.
A Martín y Julene por seresenciales en mi vida*

Agradecimientos

A los que me enseñaron el camino:

Quiero expresar las gracias a mi aita y mi ama, por enseñarme a vivir, por su entrega a lo largo de toda mi vida. A mi hermana por mostrarme siempre el camino para crecer.

Mi más profundo agradecimiento a todas las personas que he conocido a lo largo de este proceso de la investigación, porque con todas he aprendido algo.

Sobre todo, agradezco a la Prof. Dra. Patricia Insúa, Dr. Daimel Castillo y a Prof. Dr. Ioseba Iraurgi por transmitirme su vocación por la clínica y por la investigación; no solamente en el proyecto que ahora presento, sino a lo largo de toda mi vida profesional. Para ellos toda mi admiración y respeto.

Me gustaría hacer una mención muy especial de gratitud y admiración al Dr. Daimel Castillo porque sin él no hubiese sido posible la finalización de este trabajo. Su saber y paciencia me han enseñado a perseverar y no decaer en el proceso, por las horas de sueño que le he robado. Por todo el ánimo que me ha dado y lo mucho que se ha implicado en ayudarme, le estaré agradecida toda mi vida.

Estoy muy agradecida a D. Iñigo Pombo, Director de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao y D^a Teresa Laespada, Directora de Empleo, Inclusión Social, Igualdad y Cooperación de la Diputación Foral de Bizkaia, así como a D. Emilio Sola, Director de Empleo y Servicios Sociales del Gobierno Vasco por la apuesta sostenida en las políticas sociales de inclusión y apoyo a proyectos de innovación.

Agradezco a La Prof. Dra Marimar Lledó, la Prof. Dra. Nagore Asla, a la Prf. Dra. Arrate Agirrezabal, al Prof. Dr. Xabier Arana, al Prof. Dr. Iñaki

Márquez y a Ana Pertika, técnica de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, por sus palabras de apoyo cuando me hallaba descorazonada, por creer en mí desde el principio y por sus buenos consejos.

Agradezco a mis supervisores Prof. Dr. José Guimón (†), D^a Maite Martínez de Velasco y a la Dra. Carmen Villanueva.

A D^a Udiarraga García Uribe, Dr. Juan Miguel Santamaría, Dra. Zuriñe Zubero, Dr. Jose Antonio Iribarren; D^a Marta Pastor, D. Asier Lekuona, D Miguel Angel Ruiz, y todas las personas que han facilitado la investigación y colaborado desde el primer momento desde sus equipos de Itxarobide, Hospital de Basurto, Hospital Donostia y Comisión Antisida de Bizkaia, Arava y Gipuzkoa.

A los que me acompañaron:

A mis compañeras y compañeros de la Asociación t4 Ana López Zúñiga, Álvaro Ortiz de Zárate, Marco Inbert, Asier Gurruchaga, Rocío Iglesias, Fernando Renedo, Igor Santose IratxeEtxebarria, por todas las facilidades que me han dado para compaginar mi trabajo clínico con la vida familiar y la investigación.

A D^a Gemma Calvet y a D^a Belen Bilbao, por mostrarme el poder transformador de las mujeres.

A la Dra. Marian Becerro, la Dra. Miriam Azpiri, D. Fernando Mediavilla, D^a Iratxe Erdozain, D^a Libe Mariscal y D^a Marian Marquez por su cariño en los primeros años de trabajo en Hazkunde.

A todas las personas con VIH que han participado en el estudio, por abrir su vida y testimonios, en el nivel emocional más profundo, por su generosidad y su valentía.

A los autores de los artículos que han inspirado este trabajo, tanto nacionales como internacionales; especialmente a María José Fuster, Eduardo Remor, Amalio Blanco.

A mis amigas y amigosde Bilbao, Lekeitio, Arrigorriaga y Londres, especialmente a mi amiga Bea(†).

Resumen

La infección por VIH constituye un paradigma del carácter multifactorial de la salud, con componentes biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí y convergen en un mejor o peor pronóstico en la calidad de la vida.

El objetivo general de la investigación consiste en analizar los factores que influyen la calidad de vida de personas con VIH en tratamiento antirretroviral que asisten a centros de atención psicosocial en Bizkaia. Se estudia el afrontamiento al VIH, la adherencia al tratamiento antirretroviral, apoyo social, ajuste social y la calidad de vida relacionada con la salud, en relación con el sexo, así como en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, la exclusión social o el consumo de drogas. Finalmente se pretende establecer qué variables median en la relación entre la calidad de vida relacionada y la exclusión social y la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias.

Metodología: Es un estudio descriptivo incidental. La muestra está compuesta por 68 personas con VIH en TARGA que acuden a centros de atención psicosocial del Territorio Histórico de Bizkaia: Para medir las variables de estudio, se administra una batería de cuestionarios durante los meses de abril a julio de 2014, previo consentimiento informado.

Resultados: La calidad de vida relacionada con la salud, la adherencia y el ajuste social son bajos en personas con VIH en tratamiento antirretroviral que asisten a centros de atención psicosocial en Bizkaia. El afrontamiento al VIH y el apoyo social son adecuados. Estos resultados son independientes del sexo o del consumo de drogas, y están influidos por la comorbilidad psiquiátrica y/ o por drogodependencias; así como por la exclusión social grave, o exclusión residencial.

Conclusiones: En las personas con VIH en tratamiento antirretroviral que acuden a los centros de atención psicosocial de Bizkaia, la calidad de vida relacionada con la salud está influenciada por la exclusión social, principalmente por la influencia mediadora del efecto del afrontamiento conductual. La calidad de vida está influida por factores psicosociales. Las intervenciones de apoyo psicosocial a personas con VIH deben promover la atención sociosanitaria, especialmente a las personas en exclusión social grave, sin hogar.

Abstract

HIV infection is a paradigm of multifactorial health concept; with biological, psychological and social components that affect the present and future quality of life.

The objective of this research is to analyse the factors affecting the quality of life of persons with HIV in antiretroviral treatment who attend psychosocial services in Bizkaia. Coping with HIV, adherence to antiretroviral treatment, social support, social adjustment and health related quality of life are described and compared with relation to sex, psychiatric or drug dependence comorbidity, social exclusion and drug consumption.

Methodology: The study is descriptive and incidental. The sample consists of 68 persons with HIV on HAART, who attend psychosocial services in the region of Bizkaia. In order to assess the study variables, a battery of questionnaires is administered during the period from april until july of 2014.

Results: Health related quality of life, adherence to antiretroviral treatment, and social adjustment are low in persons with HIV in antiretroviral treatment who attend psychosocial services in Bizkaia. Coping with HIV and perceived social support are appropriate.

These results are not influenced by sex or drug consumption. Psychiatric and drug dependence comorbidity and social exclusion affect these variables, especially for severe residential social exclusion.

Conclusions: In persons with HIV with on antiretroviral treatment, attending Psychosocial Services. Health related quality of life is influenced by social exclusion, mainly by the mediating effect of HIV active behavioral coping. The interventions based on the psychosocial support to persons with

HIV should promote health and social services, especially in the most severe social conditions, such as homeless persons with HIV.

Siglas y abreviaturas empleadas en este trabajo

Sigla/Abrv.	Significado
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARN	Ácido ribonucleic
AROPE	<i>At Risk of Poverty and/or Exclusion</i> (Personas en riesgo de pobreza y/o exclusión)
ARV	Antirretrovirales (referido al tratamiento)
CD4	Linfocitos CD4
CDC	Acrónimo del centro de control de enfermedades
CV o CVP	Carga viral oCarga viral plasmática
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
Dd	Drogodependencias
DE	Desviación estándar
DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
DT	Diagnóstico tardío
EEUU	Estados Unidos de America
FDA	Acrónimo de Federación americana para las drogas y alimentos
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IO	Infecciones oportunistas
IS	Intervención social
M	Media
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
NC	No contesta
NK	Células linfocitarias <i>Natural Killer</i>
NS	No sabe
Ns	No significativo
OEDT	Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OSANET	Portal de la Sanidad Vasca.
OVD	Observatorio Vasco de Drogodependencias
PC	Percentil
PCR	Acrónimo de reacción en cadena de la polimerasa.
PD	Puntuación directa
PE	Puntuación estandarizada
PIJ	Programa de Intercambio de Jeringuillas
PMM	Programa de Mantenimiento con Metadona
PNC	Pensión no contributiva
PWB	Bienestar psicológico (de sus siglas en inglés)
R	Rango
RLM	Regresión Lineal Múltiple
RGI	Renta de garantía de ingresos
RT	Reverso transcriptasa, o transcriptasa reversa
RVT	Reverso transcriptasa, o transcriptasa reversa
SAAS	<i>Social adaptation self evaluation scale</i> (Escala de Autoevaluación de adaptación social)
SD	Desviación típica (de sus siglas en inglés)
SEISIDA	Sociedad Española de Investigación sobre el SIDA
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNC	Sistema Nervioso Central
SWB	Bienestar subjetivo(de sus siglas en inglés)
TARGA ART	o Tratamiento Antirretroviral o sus siglas en inglés
TARGA	Terapia antirretroviral de gran alcance
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

Tto.	Tratamiento
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UDVP	Usuarios de drogas por vía parenteral
UPV/EHU	Universidad del País Vasco /Euskal Herriko Unibersitatea
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
X	Puntuación media, promedio.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	viii
Abstract	xi
Siglas y abreviaturas empleadas en este trabajo	xiii
Lista de tablas	xxii
Lista de diagramas	xxv
Lista de ecuaciones	xxv
Introducción.....	1
Capítulo 1. Infección por VIH/SIDA. Estado del arte	7
1.1.Clínica y tratamiento de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	8
1.1.1.Conceptos básicos asociados a la infección por VIH.....	8
1.1.2.Hitos en la Infección por el VIH	10
1.1.3.Clínica de la Infección por el VIH.....	14
1.1.4.Variaciones en la progresión del VIH.	16
1.1.5.Modos de transmisión del VIH	18
1.1.6.Tratamiento de la Infección por el VIH.....	21
1.2.Prevalencia de la infección por VIH. Evolución y situación actual.....	30
1.2.1.Evolución y situación actual de la infección por VIH.....	30
1.2.2. Envejecimiento y cronicidad	33
1.2.3.El diagnóstico tardío	34
1.2.4.La coinfección de VIH y otras infecciones víricas	36
1.2.5.Comorbilidad de la Infección por VIH y patología psiquiátrica	37
1.2.6.Comorbilidad por VIH y abuso de drogas	38
1.2.7.Polimorbilidad en personas con VIH: Sindemia	41

1.2.8.Exclusión social en personas con VIH	43
1.3.Situación actual de la infección por VIH en la CAPV	44
1.3.1.Evolución de la infección por VIH y SIDA en la CAPV	45
1.3.2.Acceso a tratamiento antirretroviral en la CAPV	46
1.3.3.Enfermedad mental, Drogodependencias y Exclusión social en personas con VIH en la CAPV	47
Capítulo 2 Modelo conceptual psicológico del bienestar.....	50
2.1.Bienestar psicológico y bienestar subjetivo.....	51
2.2.Bienestar psicológico, bienestar social y resiliencia	61
2.3.Correlatos psicosociales del bienestar psicológico y social	64
2.3.1.Bienestar psicosocial y factores sociodemográficos: edad y nivel socioeconómico	65
2.3.2.Bienestar psicológico y social en hombres y mujeres	66
2.3.3.Bienestar y comorbilidades múltiples.....	67
Capítulo 3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud y factores asociados.....	69
3.1.Definición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	69
3.2.Factores psicosociales y CVRS.....	78
3.2.1.Afrontamiento al VIH	78
3.2.2.Apoyo social percibido y Salud.....	86
3.2.3.Ajuste social	91
3.3. Factores Psicosociales y CVRS en personas con infección por VIH.....	93
3.3.1.Factores de protección en la CVRS en personas con VIH	98
3.3.2.Factores de riesgo para la CVRS en personas con VIH	108
Capítulo 4 Modelos de intervención para mejorar el bienestar en personas con VIH.....	127
4.1.Intervención Grupal para el fomento del afrontamiento y la autorrealización.....	128

4.2. Intervenciones basadas en el apoyo grupal.....	1301
4.3. Intervención cognitivo-conductual para la mejora de la Adherencia al tratamiento antirretroviral.....	133
4.4. La intervención social en procesos de exclusión.....	136
4.5. Intervenciones basadas en la reducción de riesgos y daños en personas usuarias de drogas.....	142
Capítulo 5 Objetivos e hipótesis de la investigación.....	151
Objetivo General.....	151
Objetivo primero.....	152
Objetivo segundo.....	153
Objetivo tercero.....	153
Objetivo cuarto.....	155
Objetivo quinto.....	156
Objetivo sexto.....	156
Capítulo 6 Metodología.....	157
6.1. Participantes.....	157
6.2. Diseño de la investigación.....	161
6.3. Instrumentos de la investigación.....	163
6.3.1. Cuestionario Sociodemográfico y Clínico (Anexo 1).....	164
6.3.2. Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Anexo 2).....	166
6.3.3. Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiviral (Anexo 3).....	169
6.3.4. Cuestionario de Afrontamiento (Anexo 4).....	172
6.3.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social. (Anexo 5).....	177
6.3.6. Escala Autoaplicada de Adaptación Social (Anexo 6).....	180
6.4. Procedimiento.....	184
6.5. Análisis estadístico.....	185
Capítulo 7 Resultados.....	193

7.1.Análisis descriptivos de las personas con VIH en TARGA en Centros de Atención Psicosocial en función del sexo	194
7.1.1.Características sociodemográficas.....	198
7.1.2.Características clínicas	200
7.1.3.Factores Psicosociales de riesgo para la salud	203
7.1.4.Factores psicosociales de protección para la salud y calidad de vida	205
7.1.5. CVRS en función de las características sociodemográficas	211
7.1.6. CVRS en función de Factores Psicosociales de riesgo	213
7.1.7.CVRS en función de Factores Psicosociales de protección para la salud.....	214
7.2.Análisis comparativos de los Factores Psicosociales de Protección para la la salud.....	219
7.2.1.Comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias.....	219
7.2.2.Exclusión social	225
7.2.3. Consumo de drogas	231
7.3.Análisis de Modelación y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial.....	232
7.3.1.Correlación entre factores de riesgo y factores de protección.	234
7.3.2.Interacción entre factores psicosociales de riesgo, factores psicosociales protectores y CVRS	237
Capítulo 8 Discusión.....	247
8.1.Características y distribución de las variables en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial.....	247
8.1.1.Variables sociodemográficas y de salud. Diferencias entre hombres y mujeres	248
8.1.2.Factores psicosociales de riesgo para la salud en hombres y mujeres.....	258

8.1.3. Factores psicosociales protectores para la salud en hombres y mujeres.....	262
8.2. CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial.....	271
8.2.1. Factores psicosociales de riesgo para la salud y CVRS	271
8.2.2. Factores psicosociales protectores para la salud y CVRS	275
8.3. Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial	281
8.3.1. Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, CVRS y factores protectores para la salud.....	282
8.4. Exclusión social en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial.....	292
8.4.1. Exclusión social, CVRS y factores protectores para la salud.....	293
8.5. Consumo de drogas en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial.....	303
8.5.1. Consumo de drogas, CVRS y factores protectores para la salud.....	304
8.6. Influencia de los Factores Psicosociales de riesgo y Factores Psicosociales de protección en la CVRS.....	312
Capítulo 9 Conclusiones	321
Limitaciones del estudio	3301
Propuesta de líneas futuras de investigación	332
Anexos.....	335
Referencias Bibliográficas	365

Lista de tablas

Tabla 1 Clasificación de las fases de progresión del VIH(Castro et al., 1993).	15
Tabla 2 Riesgo estimado de adquisición de VIH por acto sexual en función de la ruta de exposición (Peters et al., 2013).....	19
Tabla 3 Riesgo estimado de infección tras diferentes tipos de exposición parenteral frente a persona VIH positivo o con estado serológico desconocido (Panel de Expertos de GESIDA, 2016).	20
Tabla 4 Tipos de medicamentos empleados en la TARGA (INFOSIDA, 2017).....	25
Tabla 5 Combinaciones de medicamentos en un comprimido para disminuir el régimen de tomas y favorecer la adherencia (INFOSIDA, 2017)	27
Tabla 6 Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral (S. Moreno, 2006).....	29
Tabla 7 Distribución de pacientes en tratamiento por VIH en los hospitales de la CAPV (Gobierno Vasco, 2016).....	47
Tabla 8 Características de las personas que han sido admitidas a tratamiento según la droga que causa dicha admisión en la CAPV 2014 (Rodríguez-Sierra, 2016).....	48
Tabla 9 Dimensiones del constructo Calidad de vida relacionada con la salud	74
Tabla 10 Ejes, dimensiones y aspectos de la exclusión social (M. Laparra & B. Pérez, 2008; Miguel Laparra & Begoña Pérez, 2008)	119
Tabla 11 Distribución de personas con VIH y en tratamiento antirretroviral por centros participantes.....	160
Tabla 12 Categorización de variables sociodemográficas y clínicas.	165
Tabla 13 Evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida MOS SF 30 (Remor, 2003)	168
Tabla 14 Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral.	170

Tabla 15 Guía para la evaluación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento	175
Tabla 16 Guía para la evaluación del cuestionario MOS de Apoyo Social.....	179
Tabla 17 Guía para la evaluación de la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SAAS). ...	183
Tabla 18 Análisis descriptivo y prueba de normalidad para las variables continuas.	196
Tabla 19 Características sociodemográficas de las personas con VIH en TARGA en centros de atención psicosocial en función del sexo.....	198
Tabla 20 Características clínicas de las personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo.	202
Tabla 21 Factores psicosociales de riesgo para la salud en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo.....	204
Tabla 22 Factores psicosociales de protección para la salud en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo	207
Tabla 23 Estrategias de afrontamiento en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo	208
Tabla 24 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo.....	209
Tabla 25 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función de las características sociodemográficas	211
Tabla 26 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función de Factores psicosociales de riesgo	213
Tabla 27 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función de Factores psicosociales de protección para la salud.....	215
Tabla 28 CVRS y Estrategias de Afrontamiento en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial.....	217
Tabla 29 Factores psicosociales de protección para la salud en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias.....	220

Tabla 30 Diferencias en consumo de drogas en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias	223
Tabla 31 Diferencias en estrategias de afrontamiento en función del grado de comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias.....	223
Tabla 32 Distribución de las categorías de la exclusión social en función de la situación laboral y residencial en la muestra de estudio.....	226
Tabla 33 Factores psicosociales de protección para la salud en función del grado de exclusión.....	227
Tabla 34 Estrategias de afrontamiento medias en función del grado de exclusión	230
Tabla 35 Factores psicosociales protectores y CVRS en función del consumo de drogas (N=46).....	232
Tabla 36 Coeficientes de correlación de Spearman, Pearson y Kendall entre variables empleadas en este estudio CVRS	236
Tabla 37 Interacción entre factores psicosociales de riesgo, factores psicosociales protectores y CVRS	237
Tabla 38 Análisis de mediación afrontamiento emocional y exclusión social sobre la CVRS. .	240
Tabla 39 Análisis de mediación afrontamiento conductual y exclusión sobre la CVRS.	241

Lista de diagramas

Diagrama 1 Calidad de vida relacionada con la salud. Tomado de (Schwartzmann et al., 1999)	76
Diagrama 2 Distribución de los sujetos que participan en este estudio por centros de atención.	159
Diagrama 3 Orden y contenido en la discusión de los resultados.....	193
Diagrama 4 Técnicas de análisis relacionales entre las variables de estudio.	233
Diagrama 5 Representación del modelo de mediación afrontamiento emocional y exclusión social sobre la CVRS.	240
Diagrama 6 Representación del modelo de mediación afrontamiento conductual y exclusión social sobre la CVRS.	241

Lista de ecuaciones

Ecuación 1 Ecuación de regresión lineal múltiple entre CVRS, afrontamiento conductual y exclusión social.	238
Ecuación 2 Ecuación de regresión lineal múltiple entre CVRS, afrontamiento conductual y exclusión socia	

Introducción

Gracias a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (en adelante TARGA) la salud física y psicológica de muchas personas afectadas por VIH ha mejorado hasta índices insospechados hace unos años. Hoy día se puede convivir como con cualquier otra enfermedad crónica que exige autocuidados con niveles óptimos de autonomía. Sin embargo el estigma asociado al VIH sigue tan vigente como en los primeros años de su aparición.

A lo largo de la historia de la infección por VIH, la exclusión, la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y el consumo de drogas han estado asociados a la calidad de vida en personas con VIH en nuestro contexto; en una época de profundos cambios y transformación social y con un fuerte impacto del consumo de heroína en la Comunidad Autónoma del País Vasco a partir de los años setenta.

Por otro lado, en personas con VIH de larga evolución sin otras problemáticas añadidas, el bienestar psicológico o capacidad de afrontamiento positivo a la infección ha permitido superar la enfermedad. Hoy día hay muchas personas que llevan años con VIH, tienen buena calidad de vida, definida como un bienestar completo subjetivo y objetivo, social y psicológico con un balance positivo de las metas y la satisfacción con la vida.

La *calidad de vida* es uno de los constructos que más se ha estudiado como indicador de salud en los últimos tiempos, como reflejo del cambio del paradigma de un modelo médico de la salud a un modelo biopsicosocial; y nos interesa especialmente ya que abarca tanto la salud general percibida como la salud mental percibida.

En personas con VIH, la calidad de vida está relacionada con múltiples factores, entre los cuales interesa resaltar en este estudio los factores

psicológicos determinantes del bienestar. Los factores psicológicos en los años de irrupción del sida cobraron especial importancia. En un contexto marcado por los grandes avances en medicina, la sociedad se enfrentaba a un fenómeno desconocido, una infección letal y que atacaba a personas jóvenes de todo el mundo. Cuando no había una terapia eficaz contra el VIH, la capacidad de superación y resiliencia era la única vía para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. En las personas con larga supervivencia al sida, la calidad de vida estaba asociada a aspectos como el apoyo social, el funcionamiento físico, la salud psicológica percibida, las experiencias de discriminación y los mecanismos de afrontamiento.

El sida es la enfermedad que más ha aflorado los miedos profundos de la sociedad, en una época donde parecían conseguidas las libertades y los derechos humanos, surge la otra cara de la sociedad moderna; marcada por el miedo y el rechazo al otro, en quien teme verse reflejado. Tal era el rechazo social hacia las personas con VIH/sida que hoy día perdura en nuestra sociedad, a pesar de las evidencias científicas.

En Bizkaia, donde se realiza este estudio, la epidemia fue especialmente devastadora clínica y socialmente, por estar principalmente asociada a la epidemia de consumo intravenoso de heroína. En 1985 ingresó en el Hospital de Cruces el primer caso de sida, una chica con Sarcoma de Kaposi. En los siguientes años creció exponencialmente el número de personas ingresadas en hospitales con enfermedades graves y con muy corta esperanza de vida.

La respuesta social fue igualmente intensa. En 1986 se fundó la *Comisión Antisida de Bizkaia*. Durante los 10 años que van desde 1985 hasta 1995 se desarrollaron los programas de prevención y reducción de riesgos y daños. Asimismo se empezaron a desarrollar grupos de auto apoyo entre las personas afectadas (Becerro & Vicioso, 1993). Posteriormente se puso en marcha el

proyecto de autoapoyo en la Asociación de lucha contra el Sida y Autoapoyo t4, que comenzó en 1992 y se mantiene hasta la actualidad.

López Gaurirremalloa (1995) escribe “Casi tres mil enfermos, la mitad de ellos ya fallecidos, y otras nueve mil personas seropositivas componen el balance de la primera década de sida en el País Vasco”(López Gaurirremalloa, 1995). Todas las víctimas tienen nombre y apellidos, familiares, amigos y una historia dramática tras de sí, ligada en muchos casos al consumo de heroína. Según la autora, la entrada de la heroína en el País Vasco en los años setenta, la explosión de su consumo en los ochenta, y la aparición de los primeros casos de sida, dan lugar a las primeras repuestas de solidaridad y movimiento ciudadano, pero también a la discriminación social en todas sus expresiones. A partir del movimiento civil y comunitario se desarrolla la respuesta institucional, poniéndose en marcha en la CAPV el primer Plan Multisectorial de Prevención del VIH y SIDA(Gobierno Vasco, 1987). A finales de 1988 el Parlamento Vasco aprueba por unanimidad la Ley 15/1988 sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de drogodependencias(Gobierno Vasco, 1988). Desde el ámbito científico, ese mismo año se crea la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA y la Revista Interdisciplinaria del SIDA (SESIDA). Desde ese momento se desarrolla una amplia respuesta institucional, con programas y servicios desde el ámbito comunitario. La primera época del sida en nuestro contexto está marcada por la investigación farmacológica, y el desarrollo de los Programas de reducción de riesgos y daños, en especial el Programa de tratamiento con Metadona (PMM) y el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ).

En el campo de la Psicología y la Sociología es de destacar la contribución a la comprensión del impacto del VIH de autores como Ricardo Usieto(Paez & Usieto, 1991), Pilar Arranz (Directora del Hospital de La Paz de Madrid) y Ramón Bayés (Universidad de Barcelona) (Bayés, 1995). En la Comunidad

Autónoma del País Vasco, destacan las aportaciones del equipo de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU)(Basabe, Paicheler, & Páez, 1996). En este libro se analiza el fenómeno de las representaciones sociales de la sida y la estigmatización, y se ofrecen las bases científicas para el estudio de los factores psicosociales asociados a la calidad de vida en personas con VIH/Sida. En 1998 el Ararteko publica el estudio sobre el rechazo social a las personas seropositivas en la CAPV (I. García-Sánchez & Ararteko, 1998).

A partir de 1997, con el desarrollo de las combinaciones de tratamientos de gran actividad, denominados TARGA, así como los programas de reducción de riesgos y daños entre la población usuaria de drogas intravenosas, los casos de sida comenzaron a descender.

En estos 30 años de la era TARGA el avance de las personas con VIH medido por indicadores de salud es patente. Sin embargo, cada año aparecen personas con nuevas infecciones (150 personas en la CAPV aproximadamente de media) asociadas a la falta de medidas de protección en las relaciones sexuales. Por otro lado, la población de personas con VIH en tratamiento se ha estabilizado (aproximadamente 5.000 en la CAPV con una edad cada vez más avanzada). En cuanto a las personas con VIH y drogodependencias, la salud ha mejorado pero la exclusión social no se ha podido erradicar, en parte por la resistencia social a superar su miedo al sida. También por el menor empuje institucional de medidas de reducción de riesgos y daños inclusivas en el espacio social normalizado asociado a una menor alarma social.

Los problemas sociales relacionados con el VIH se dan con mayor crudeza en las personas consumidoras de drogas en activo, en personas sin hogar, en personas sin papeles, en personas en prisión y en personas que ejercen la prostitución. Estas situaciones generan un mayor aislamiento y alejamiento de los servicios de atención, por diferentes razones; entre ellas la condición de

ilegalidad de muchas personas. Las mujeres además, son un colectivo especialmente vulnerable en condiciones de aislamiento social.

La investigación en Psicología en la era post TARGA ha contribuido a dilucidar los factores que pueden predecir un mayor o menor bienestar subjetivo en personas con VIH. María José Fuster, Eduardo Remor, Rafael Ballester, Fernando Molero, y Arrate Aguirrezabal, entre otras personas, han estudiado el VIH en la actualidad desde la perspectiva psicosocial, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, la integración social y la integración laboral de las personas afectadas (Aguirrezabal, Fuster, & Valencia, 2009; Ballester, 2002; Fuster et al., 2014; Molero, Fuster, Jetten, & Moriano, 2011; Remor et al., 2012).

Los desafíos en la actualidad son múltiples, entre los que cabe destacar el envejecimiento de la población con VIH, las desigualdades en salud ligados a factores económicos, así como el estigma y el aislamiento social, que puede conllevar comorbilidad psiquiátrica o abuso de drogas (Logie & Gadalla, 2009).

La evidencia científica refleja que la calidad de vida está asociada al bienestar psicológico, y esta nueva concepción de la salud se aplica ya al campo de la discapacidad y la dependencia (Urzúa, 2010). (de Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008). La interinfluencia de los componentes físicos, psicológicos y sociales en la salud en la actualidad es un paradigma incuestionable, y como tal se refleja en las leyes y planes institucionales, así como en la cada vez mayor coordinación sociosanitaria. La atención sociosanitaria viene regulada en el ámbito estatal por la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (Gobierno de España, 2006), y en la Comunidad Autónoma del País Vasco por la Ley de Servicios Sociales (Gobierno Vasco, 2008a), que reconoce el derecho subjetivo al bienestar social..

En este trabajo se pretende analizar la calidad de vida, afrontamiento al VIH, adherencia al TARGA el apoyo social percibido a nivel emocional,

instrumental y afectivo, así como el ajuste social, en personas con comorbilidades múltiples, o en situación de exclusión social.

Se pretende establecer algunos parámetros para mejorar el bienestar psicológico de las personas con VIH en situación de exclusión social, a través del desarrollo en el futuro de programas basados en vínculos de apoyo social y afectivo y en el acompañamiento a lo largo de la vida, desde una perspectiva de derechos humanos, así como una apuesta por los programas de reducción de riesgos y daños psicosociales asociados al consumo de drogas.

Capítulo 1.

Infección por VIH/SIDA. Estado del arte

El virus de inmunodeficiencia humano (en adelante VIH), es un retrovirus que una vez instalado en la célula huésped se replica con facilidad y es difícil de erradicar. La investigación científica ha desarrollado en los últimos años una combinación de fármacos denominada TARGA que ha conseguido frenar su replicación así como disminuir los efectos secundarios en el organismo. También se ha desarrollado un sistema de apoyo y lucha contra la discriminación en la sociedad civil. Asimismo se ha frenado la epidemia del uso inyectado de drogas con medidas clínicas y sociales. Han pasado más de 30 años desde los inicios de la epidemia, y la situación actual está marcada por la necesidad de seguir avanzando en la atención sociosanitaria, la prevención y la perspectiva de derechos humanos y de género.

La infección por VIH constituye el paradigma del carácter multifactorial de la salud (Carcelain & Autran, 2013; Fortenberry, 2013; Forthal, Hope, & Alter, 2013; Parker, Stein, & Jelsma, 2014; Underwood & Winston, 2016). Tanto en sus antecedentes como en las consecuencias de ser portador del VIH confluyen múltiples factores biológicos psicológicos y sociales que interactúan entre sí y convergen con un mejor o peor pronóstico en la calidad de vida de las personas infectadas (Cardona-Arias & Higueta-Gutierrez, 2014; Casale, 2015; C. Kennedy, O'Reilly, Medley, & Sweat, 2007; Rausch & Stover, 2001).

En este capítulo trataremos los aspectos fundamentales y estado del arte relacionados con el VIH. Esto incluye los conceptos fundamentales asociados a la infección por VIH, diferenciación entre VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante sida), así como los principales

tratamientos, indicadores clínicos y de progresión de la infección. Asimismo analizaremos la epidemia por VIH en España y en la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante CAPV). Esto nos permitirá tener una idea de la situación epidemiológica actual, de la necesidad de este estudio y de los parámetros de adecuación a la población que estaremos estudiando. Otros aspectos, como la comorbilidad por patología psiquiátrica y/o consumo de drogas, también serán tratados, unidos a las características de exclusión social que se dan en el colectivo que estudiaremos.

1.1. CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

A continuación describiremos los principales aspectos y características relacionadas con el VIH: los conceptos fundamentales, así como la evolución y la situación actual de la infección a nivel mundial, en Europa y en la CAPV, entre otros aspectos.

1.1.1. CONCEPTOS BÁSICOS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR VIH

Retrovirus: Virus que contiene ARN como material genético y se replica utilizando una enzima llamada reversotranscriptasa (Saffran, 1996). Son capaces de insertar un segmento de ADN viral transcrito, en el ADN de una célula huésped y emplear la maquinaria metabólica de la célula para producir nuevos retrovirus con una alta capacidad infectiva. El VIH es un retrovirus, que contiene ARN como material genético y un alto poder infectivo (Saffran, 1996), y es el causante del sida.

Lentivirus: Dentro de los retrovirus hay distintos tipos, entre los que se encuentran los lentivirus. Son una familia de retrovirus que se caracteriza por

tener un periodo de incubación muy largo, así como estructuras genéticas similares y relacionadas entre sí (Saffran, 1996). Suelen infectar a humanos y a otros mamíferos (Gardner & Luciw, 1989; Haase, 1986). Se caracterizan por su capacidad de integrarse en el cromosoma y perdurar toda la vida, tener una alta tasa de mutación y presentar diferentes tiempos, dependiendo del organismo, para desarrollar la enfermedad. Una vez que un lentivirus infecta la célula, puede desembocar en enfermedad después de 10 años o más de la infección. El VIH es un lentivirus.

Carga viral: Es uno de los indicadores clínicos que se emplean para controlar y monitorizar la progresión del VIH (Alidjinou, Bocket, & Hober, 2015). La carga viral es otro indicador de presencia del virus en el organismo, y se refiere a la concentración del virus en plasma, suero, e incluso tejido, que se ha desarrollado gracias al avance en técnicas de laboratorio de alta precisión (Avila-Funes et al., 2016; Bouteloup et al., 2016; Geskus, 2002; Glencross & Scott, 2001; Leon et al., 2016; Montaner, Montessori, Harrigan, O'Shaughnessy, & Hogg, 1999; Sarfo et al., 2014; Yehia, Ketner, et al., 2015). Se mide en copias de virus/mL y su logaritmo de base 10 (Davenport, Ribeiro, Zhang, Wilson, & Perelson, 2007).

Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA): es el tratamiento empleado para tratar la infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana (Saffran, 1996). Suele ser una combinación de 3 o más fármacos antirretrovirales, que actúan en diversos puntos de control del ciclo de progresión del VIH (Antela et al., 2016; Antonello, Antonello, Zaltron, & Tovo, 2016; Crawford, Sanderson, & Thornton, 2014; Crowley & Stellenberg, 2014; Cummins et al., 2016; Deeks et al., 2016; Girometti, Nwokolo, McOwan, & Whitlock, 2016; Kasi, Block, & Ansell, 2016; Nozza et al., 2015; Saag et al., 2016; Squires et al., 2016). Esta combinación de fármacos controla la cantidad de virus en sangre y ayuda a mejorar el estado del sistema inmune.

Controladores de élite: Término que se aplica a aquellas personas que viven con el VIH y son capaces de mantener cargas virales indetectables o muy bajas sin necesidad de tomar medicación antirretroviral (Blankson, 2010b; Clerc, Colombo, Yerly, Telenti, & Cavassini, 2010). También suelen presentar niveles elevados de células de defensa CD4 a largo plazo.

Supervivientes de larga duración: Término que se emplea para definir a sujetos que llevan mucho tiempo vivos y sanos, después de haber sufrido alguna enfermedad (Buscher, Kallen, Suarez-Almazor, & Giordano, 2015; Crossley, 1997), entre ellas enfermedades oportunistas que aparecen por la infección del VIH.

Resistencia cruzada (asociada a la infección por el VIH): Ocurre como resultado de la exposición previa del virus a un medicamento similar al que se quiere utilizar. Suele darse en el caso de reinfecciones, o por haberse infectado de un VIH con alta resistencia (Clutter, Jordan, Bertagnolio, & Shafer, 2016). En este caso el virus es capaz de escapar al control farmacológico del medicamento en cuestión.

1.1.2.HITOS EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

En junio de 1981 el Centro de Control de Enfermedades(en adelante CDC) de Estados Unidos de América (en adelante EEUU) describe por primera vez el sida(Friedman-Kien et al., 1981). En agosto de 1983, en EEUU habían sido diagnosticadas casi 2000 personas, y la cifra se duplicaba cada seis meses. De ellas, el 38% habían fallecido. El 68% eran personas homo o bisexuales y el 16 % eran consumidoras de drogas inyectadas; mientras que el 8% reunían las dos condiciones(Jaffe, Bregman, & Selik, 1983). En 1985, la infección por VIH había sido identificada en todas las regiones a nivel mundial (HIV/AIDS).

&UNAIDS, 2005). En términos de mortalidad, la media de meses de supervivencia era de menos de 24 meses desde el diagnóstico. La infección se daba principalmente en África central, aunque los primeros casos diagnosticados se dieron en EEUU.

Los y las profesionales de la salud se enfrentaban a una enfermedad desconocida, caracterizada por la incurabilidad, la incertidumbre, la juventud de las personas infectadas, la estigmatización de determinados grupos de riesgo y el miedo de la sociedad en su conjunto (Nichols & Stuart, 1983).

Como ya hemos señalado, el VIH es un retrovirus descubierto en 1983, que se caracteriza por un genoma constituido por (ARN) (Preble & Sonnabend, 1983). Al entrar en la célula, el ARN viral se transforma en ácido desoxirribonucleico (ADN) a través de la enzima transcriptasa inversa y queda integrado en el ADN de la célula infectada (Abbink & Berkhout, 2008; De Clercq, 2007). Esto significa que solamente puede sobrevivir dentro de la célula infectada, de la que toma su ADN y maquinaria metabólica para replicarse y multiplicarse, al estar integrado en el genoma de la célula (Komano et al., 2005).

Hay dos tipos de virus de inmunodeficiencia humana, el VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más común (Dietrich, McEwan, Hosie, & Willett, 2011; Gifford, 2012; Gregson & Garnett, 2000; Herschhorn & Hizi, 2010; Hodges-Mameletzis, De Bree, & Rowland-Jones, 2011; Nicolas et al., 2015; Okomo et al., 2012; Sharp & Hahn, 2011; Sliva, 2015; Thomson, Perez-Alvarez, & Najera, 2002; Togun et al., 2011). Tiene la capacidad de mutar rápidamente, por lo que existe una gran variedad de subtipos, que además se distribuyen por zonas geográficas diferentes (Iribarren, Rivas Gonzalez, Amador Prous, & Velasco Arribas, 2008). El VIH-1 es el responsable de la epidemia en Occidente.

La característica más importante del VIH es el deterioro progresivo del sistema inmune (Danial et al., 2016; Gladysz, Szymczak, & Simon, 2002;

Mendez-Lagares et al., 2013; Rogowska-Szadkowska, 1996) y también origina una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales. Esto es debido al doble tropismo del VIH; por un lado, como todos los lentivirus infecta las células de la estirpe macrofágica y por otro, presenta un tropismo especial por los linfocitos CD4 (Chiodi & Fenyo, 1991; Dunfee et al., 2006; Gorry, Churchill, Crowe, Cunningham, & Gabuzda, 2005; Lindemann, Steffen, & Pohlmann, 2013). A diferencia de otros retrovirus, el VIH posee una gran variedad de genes y proteínas reguladoras, que van a condicionar la complejidad de la interacción del virus con la célula y la dificultad de neutralizarlo (Abdel-Hameed, Ji, & Shata, 2016; Cary, Fujinaga, & Peterlin, 2016; Saeidi et al., 2015).

El virus se pone en contacto con la célula actuando como una llave, para entrar dentro y poder replicarse utilizando las enzimas y maquinaria metabólica de la célula huésped para traducir su ARN en ADN (Abdel-Hameed et al., 2016). Las células afectadas son los linfocitos CD4, principalmente los linfocitos T4 e indirectamente los linfocitos T8 (Saeidi et al., 2015). La entrada del VIH en el organismo produce una respuesta inmunitaria. Transcurridas entre dos y tres semanas de la primoinfección aparecerán diferentes tipos de anticuerpos e inmunidad celular, que coinciden con la desaparición del antígeno p24 y el descenso de virus circulante y CD4 infectados (Bouteloup et al., 2016; Manzardo et al., 2015; Plana et al., 2011; Schupbach, 2002; Strathdee, O'Shaughnessy, Montaner, & Schechter, 1996).

Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunológico para combatir los virus o bacterias que se ponen en contacto con el organismo (Saffran, 1996). La infección por el VIH genera una respuesta inmune importante que a su vez acelera la propia destrucción de los linfocitos (Kirk & Goetz, 2009; O'Connell, Bailey, & Blankson, 2009). No obstante, esta respuesta no es capaz de eliminar completamente la replicación del virus (Demers, Reuter, & Betts, 2013).

Los mecanismos por los que el VIH es capaz de evadir la respuesta del sistema inmune son múltiples: variabilidad genética, latencia y reactivación, o la infección de reservorios (fundamentalmente las células del SNC, sistema reproductor y órganos linfoides)(Coiras, Lopez-Huertas, & Alcami, 2010; Liner, Ro, & Robertson, 2010; McGee, Smith, & Aweeka, 2006). Este último es el principal obstáculo para la supresión efectiva de la replicación viral debido a la baja biodisponibilidad de los fármacos y la escasa accesibilidad de los anticuerpos a estos reservorios(Barton & Palmer, 2016; Benhar, Shytaj, Stamler, & Savarino, 2016).

Además del efecto directo producido por el VIH, se dan variaciones individuales en la respuesta del organismo, debido a la propia respuesta inmunitaria de cada persona y a la mayor o menor presencia de determinadas proteínas que alteran las vías de transducción (Craveiro, Clerc, Sitbon, & Taylor, 2013; Jakobsen, Olganier, & Hiscott, 2015).

A partir de 1995 surge un hallazgo científico fundamental para monitorizar el desarrollo y progresión del VIH, que es la detección de la carga viral en el plasma sanguíneo(Mellors, 1998; Mellors et al., 1997).

La carga viral indica el nivel de replicación de virus, a mayor carga viral, mayor riesgo de disminución de células CD4 (Mellors et al., 1997). Se considera carga viral alta cuando su valor está por encima de 100.000 copias y se considera bajo por debajo de 10.000 copias (Mellors et al., 1997). La carga viral se denomina basal cuando alcanza un punto máximo y se mantiene o fluctúa más gradualmente, resultado del equilibrio entre la respuesta inmune (Linfocitos CD8 contra el VIH) y la disminución de células de defensas disponibles para ser atacadas (Linfocitos CD4). Esta carga viral basal se consigue en aproximadamente 6 meses, y puede variar entre individuos dependiendo de múltiples factores (Peters, Marston, Weidle, & Brooks, 2013).

El diagnóstico de infección por VIH debe confirmarse mediante los métodos estándar ELISA y *Western-blot*(D'Amelio et al., 2001). ELISA es el acrónimo en inglés de *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* y detecta la presencia de anticuerpos desarrollados por el organismo frente al VIH (Gurtler, 1996). El *Western-blot*, por su parte, es un ensayo que determina la presencia en plasma de proteínas propias del VIH (Alexander, 2016; Cuesta et al., 2012; Franco-Paredes, Tellez, & del Rio, 2006; Keshvari et al., 2014). En la actualidad también es posible detectar directamente la presencia de ARN viral en fluidos mediante técnicas de detección de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)(Sollis et al., 2014). Esta es una técnica directa y concluyente para confirmar la infección por el VIH (Sollis et al., 2014).

1.1.3. CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

La característica principal de la infección por VIH es una destrucción paulatina y persistente del sistema inmunitario, que produce una inmunodeficiencia en el organismo (Cooper & Lacey, 1988; Paranjape, 2005; Weiss, Clapham, McClure, & Marsh, 1989). El sida, caracterizado por la presencia de enfermedades infecciosas oportunistas, debido a la acción del VIH contra el sistema de defensas del organismo, impide que el sistema inmune actúe contra los agentes infecciosos externos (Blouin et al., 2016; Jakobsen, Olganier, & Hiscott, 2015).

Hasta el descubrimiento de técnicas que permitieron la determinación de la carga viral, la progresión del VIH se medía a través de diferentes indicadores clínicos (síntomatología y enfermedades oportunistas) e inmunológicos (niveles de CD4 en sangre), establecidos desde el Centro de Control de Enfermedades de EEUU, que marcaban la pauta en cuanto a diagnóstico o tratamiento (Castro et al., 1993). Esta clasificación se puede apreciar en la tabla 1:

Tabla 1 Clasificación de las fases de progresión del VIH(Castro et al., 1993).

Categoría Inmunológica	Categoría Clínica		
	A. Asintomática	B. Síntomas por déficit de defensas	C. Enfermedades Oportunistas
>500 CD4	A1	B1	C1
200<CD4<499	A2	B2	C2
<200CD4	A3	B3	C3

A medida que la infección por VIH avanza, el porcentaje de CD4 disminuye y el organismo está en riesgo de adquirir otras infecciones (Reyes-Teran & Alcocer-Varela, 1994). Dicho riesgo aumenta cuando el nivel de defensas o CD4, está por debajo de 200 (Castro et al., 1993; Tendero, 2001).

Otra clasificación de los estadios de la infección por VIH desarrollada por la OMS, hace hincapié en la sintomatología de cada fase para aquellos países de recursos limitados que no puedan acceder tan fácilmente a pruebas de laboratorio para detectar el nivel inmunológico(WHO, 2007).Una vez que el VIH penetra en el organismo, su evolución es independiente del modo de transmisión. La fase aguda o precoz de la infección tiene lugar entre las 3 primeras semanas posteriores a la transmisión (Kamimura & Oka, 2009; Koff, 2016), detectándose una alta carga viral en plasma, así como una rápida disminución de linfocitos CD4. Clínicamente se puede manifestar con sintomatología similar a una mononucleosis (principalmente fiebre, sudoración, etc.) y remite espontáneamente en el plazo de dos a tres semanas (Castro et al., 1993; Saffran, 1996; Zamora & Gatell, 2014).

En esta primera fase la persona puede no tener anticuerpos, ya que se da un periodo llamado *ventana*, que dura entre 1 y 3 meses hasta que se han producido los anticuerpos suficientes para ser detectados en las pruebas estándar ELISA y *Western-Blot*(Carcelain & Autran, 2013; Perreau, Levy, & Pantaleo,

2013). Esta fase se denomina clínicamente *fase aguda* o *categoría A* (Morris, 2002; Mudd & Watkins, 2011).

La segunda fase se denomina *fase intermedia* o *categoría B* y se aplica a las personas que tienen o han tenido sintomatología clínica no relacionada con las enfermedades oportunistas. La fase intermedia puede durar años y aunque el virus se está replicando, el organismo es capaz de reponer las células infectadas (Morris, 2002; Mudd & Watkins, 2011). La duración de este periodo depende de la cantidad de virus recibido en el momento de la infección y de la capacidad del sistema inmunitario para hacerle frente (Morris, 2002; Mudd & Watkins, 2011).

En la *fase avanzada* de la infección se da una marcada pérdida de linfocitos CD4, así como un aumento de la tasa de replicación viral, y por tanto un empeoramiento del estado de salud (J. Blanco et al., 2007; Morris, 2002; Mudd & Watkins, 2011).

En esta última fase se producen infecciones oportunistas que aparecen como consecuencia de la inmunosupresión avanzada (J. Blanco et al., 2007). Se llaman infecciones oportunistas porque se desarrollan debido al descenso de las defensas del organismo ante los virus y bacterias (Parker et al., 2014). Según el CDC existen 26 enfermedades infecciosas y neoplásicas denominadas oportunistas (Castro et al., 1993). Asimismo se produce deterioro cognitivo asociado a la inmunosupresión avanzada (Underwood & Winston, 2016).

1.1.4. VARIACIONES EN LA PROGRESIÓN DEL VIH

A partir de la detección de la carga viral, este indicador se ha convertido en un criterio muy importante de diagnóstico y pronóstico de la progresión de la infección por VIH (Doran, 1997; Geretti & Tsakiroglou, 2014). Las recomendaciones de los expertos estiman que la cifra de CD4 es útil para

conocer la historia natural de la enfermedad y decidir la instauración de la prevención de infecciones oportunistas, mientras que la carga viral predice mejor la eficacia clínica de la terapia antirretroviral (Bloch, Farris, Tilden, Gowers, & Cunningham, 2010; Geretti & Tsakiroglou, 2014).

Los hallazgos del equipo de Mellors respecto a la variación individual en la progresión de la infección supusieron un gran avance para el control y tratamiento del VIH (Mellors et al., 1997). El estudio de Mellors en las muestras iniciales de pacientes seguidos durante años demostró que el pronóstico de los pacientes dependía de forma independiente tanto de los niveles de CD4 como de la carga viral (Mellors et al., 1997). Otro paso más en el progreso del tratamiento fue descubrir que el fracaso de una pauta antiviral se debía al rebrote de la carga viral, por lo que hasta ahora la mejor forma de conseguir la eficacia de la terapia es mantener lo más baja posible (indetectable) dicha carga viral (Smith, Richman, & Little, 2005). Los niveles de carga viral y el número de células CD4, se ven afectados a su vez por los estados depresivos y ansiosos y han sido relacionados con la aparición de los síntomas y la progresión de la infección en personas con VIH (Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2014; Battegay et al., 2014; Brittain et al., 2017; Ironson et al., 2001).

Las características clínicas y virológicas en las primeras fases de la infección por VIH-1 son muy variables, pero investigaciones sugieren que de 4 a 6 meses después de la infección se establecen interacciones entre el organismo de cada paciente y el virus que pueden explicar las variaciones individuales en la progresión del VIH (Mellors et al., 1997). Algunas personas con VIH son capaces de controlar el virus durante mucho más de una década sin necesidad de tomar antirretrovirales. Son los llamados controladores de élite (Blankson, 2010a; Lobritz, Lassen, & Arts, 2011). Aproximadamente 1 de cada 300 personas con VIH es considerada un controlador de élite (Okulicz & Lambotte, 2011).

Los no progresores o supervivientes a largo plazo se caracterizan por tener niveles de defensas por encima de 350 durante más de 10 años y sin tomar TARGA (Blankson, 2010a; Khalili, Kaminski, Gordon, Cosentino, & Hu, 2015). Los investigadores empezaron a estudiar a los no progresores hace más de 20 años y han identificado varias posibles explicaciones para el hecho de que algunas personas tengan la capacidad de controlar el VIH de forma más eficaz que otras (Miedema, 1992; Peto, 1996; Roulston, Lin, Beauparlant, Wainberg, & Hiscott, 1995). Una es que el virus que tienen estas personas es más débil y, por tanto, menos capaz de infectar y matar células CD4 (Gavegnano & Schinazi, 2009; Sorg & Methali, 1997). Otra posible explicación es que las personas tienen células T CD4 resistentes frente a la infección por VIH (Gu, 2015; Marsden & Zack, 2013). Se han identificado personas que, en la superficie de estas células inmunológicas, carecen de un receptor que normalmente es empleado por el VIH para entrar y posteriormente infectar la célula (Simmons & Siliciano, 2004; Sorg & Methali, 1997). Los investigadores creen que probablemente existen también otras propiedades genéticas que permiten a las células inmunológicas de una persona señalar y suprimir el VIH de forma más eficaz. Bruce Walker y un grupo de colegas de la Escuela Médica de Harvard trabajan en analizar las características inmunológicas y genéticas de estas personas empleando información recogida por el proyecto genoma humano (Baker, Block, Rothchild, & Walker, 2009; Walker, 2007). Comparando esta información en una mayor cohorte de controladores, el grupo de investigadores espera ser capaz de identificar los genes específicos o las respuestas inmunológicas que permiten a algunas personas controlar su infección por VIH; y así conseguir pistas importantes para el diseño futuro de vacunas (Forthal et al., 2013; Okulicz & Lambotte, 2011).

1.1.5.MODOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

El virus de inmunodeficiencia humana se transmite por contacto directo de fluidos corporales (sangre, semen, fluidos genitales y leche materna) entre dos organismos. Por tanto, el VIH se puede transmitir por contacto sexual, por contacto con sangre infectada, muestras de sangre, tejidos humanos, o por transmisión vertical de madre a hijo (Peters et al., 2013).

Peters et al (2013) analizaron el grado de exposición al VIH por los diferentes modos de transmisión y establecen que, una vez erradicada la posibilidad de transfusión de sangre contaminada (cuyo nivel de eficacia es de 90%), el contacto sexual sin protección es la principal vía de transmisión (Peters et al., 2013). A pesar de la baja eficacia de la transmisión por el acto sexual, la interferencia de múltiples factores aumenta el riesgo: presencia de sangre por la menstruación, microtrauma de las mucosas, otras infecciones de transmisión sexual, el estadio de la infección y la carga viral. En la tabla 2 se exponen las probabilidades de adquisición de la infección por VIH en función de la ruta de exposición.

Tabla 2 Riesgo estimado de adquisición de VIH por acto sexual en función de la ruta de exposición (Peters et al., 2013).

Ruta de exposición	Probabilidad de adquisición de infección por el VIH por cada 100 exposiciones
Transfusión de sangre	0.90
Compartir jeringuillas en el uso inyectado de drogas	0.67
Pinchazo con aguja percutáneo	0.30
Contacto anal receptivo *	0.50
Contacto vaginal receptivo*	0.10
Contacto anal insertivo*	0.065
Contacto vaginal insertivo*	0.05
Contacto oral receptivo*	0.01
Contacto oral insertivo*	0.005
Transmisión vertical (de madre a hijo) sin lactancia	0.30
Lactancia durante 18 meses	0.15

Nota- *Estimación de riesgo de transmisión del VIH por exposición sexual asumiendo que no se utiliza preservativo.

Compartir material de inyección o no desinfectarlo convenientemente es otra de las formas más eficientes de transmisión del VIH (Malta et al., 2010; Vlahov, Robertson, & Strathdee, 2010). Este riesgo no se limita a la reutilización de jeringuillas, sino que comprende el uso compartido de filtros y otros materiales empleados comúnmente por los usuarios de drogas por vía parenteral (en adelante UDVP)(Davis & DiClemente, 2016; Kamarulzaman & Altice, 2015). También es extensible al uso de material empleado en la realización de tatuajes no esterilizado convenientemente (V. Martin, Cayla, Gonzalez, Herrero, & Vicente, 1997).

Al inicio de una inyección entran partículas de sangre al interior de la aguja y la jeringuilla. Si este material ha sido previamente utilizado por una persona VIH positiva, parte de su sangre infectada puede entrar en contacto con la sangre de la persona que hace el uso posterior (Panel de Expertos de GESIDA, 2016). El riesgo de transmisión es considerable (Tabla 3) independientemente que se emplee la vía intravenosa, intramuscular o subcutánea.

Tabla 3 Riesgo estimado de infección tras diferentes tipos de exposición parenteral frente a persona VIH positivo o con estado serológico desconocido (Panel de Expertos de GESIDA, 2016).

Riesgo considerable (0.8-3%)	Riesgo bajo (0.05-0.8%)	Riesgo Mínimo (0.01-0.05%)
-Compartir jeringuillas o agujas usadas.	-Uso de jeringuilla de origen desconocido.	-Compartir resto de material de inyección (recipiente, cuchara, algodón, filtro, etc.).
-Pinchazo profundo de jeringa con fuerte sangrado, de forma inmediata tras uso por fuente desconocida.	-Pinchazo superficial tras uso por caso fuente. -Contacto abundante con sangre del caso fuente con mucosas del sujeto afecto.	-Pinchazo accidental con poco sangrado con aguja de jeringa de procedencia desconocida.

Una única exposición al uso compartido de jeringuillas no tiene necesariamente por qué conducir a una nueva infección (Panel de Expertos de GESIDA, 2016). Sin embargo este riesgo aumenta de manera considerable cuando el compartir material se produce de forma continuada en el tiempo, como puede pasar en el caso de los UDVP. En este tipo de exposición a fluidos sanguíneos por vía inyectable el riesgo de infección varía en función de la carga viral de la persona infectada y de la cantidad de sangre inyectada (Panel de Expertos de GESIDA, 2016).

1.1.6. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

Desde el año 1997 se ha avanzado mucho en el tratamiento de combinación o TARGA (Dezube, 2000; Gogtay & Malhotra, 2013; L. Kumar et al., 2015; Letvin, 2006; Letvin & Walker, 2003; Moyle et al., 2008; Nkolola & Essex, 2006; Scully & Alter, 2016; Walker & Burton, 2008). La terapia combinada de gran actividad se inicia en 1996. A lo largo de los años posteriores ha habido una mejora importante en la calidad de vida de las personas en tratamiento y no solo en la mejora de su supervivencia (Canini, Reis, Pereira, Gir, & Pela, 2004; Mdege, Chindove, & Ali, 2013; Nozza et al., 2015; Nwabueze, Adogu, Ilika, Asuzu, & Adinma, 2011; Rackal et al., 2011), también se ha conseguido simplificar el tratamiento, disminuir los efectos secundarios y las resistencias (Thompson et al., 2012; Zamora & Gatell, 2014).

Las fuentes de referencia para guiar las decisiones en cuanto a tratamiento antirretroviral a nivel mundial se marcan por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2017), a nivel europeo se siguen las recomendaciones de la Sociedad Clínica Europea de SIDA (*The European AIDS Clinical Society*) (EACS, 2017). En el Estado Español se siguen las recomendaciones del Panel

de Expertos sobre tratamiento antirretroviral (GESIDA)(Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2017).

Según GESIDA, no existe ninguna duda sobre la necesidad de tratar a todos los pacientes con sintomatología relacionada con la infección por el VIH (eventos clínicos B o C de la clasificación del CDC de 1993, incluyendo la nefropatía por el VIH), puesto que el tratamiento se relaciona con una mejora de la supervivencia (Documento de consenso de GESIDA, 2015). En pacientes asintomáticos, las recomendaciones han ido modificándose en función de la evidencia disponible y de la mejora en la seguridad de los tratamientos (Documento de consenso de GESIDA, 2015). Desde enero de 2014, este documento de consenso ha venido recomendado la administración de TARGA a todos los pacientes con infección por VIH, con independencia del número de linfocitos CD4 (Santos, Valencia, & Panel de Expertos de GESIDA, 2014). Esta recomendación se sustenta en diferentes estudios observacionales y en algunos subanálisis de ensayos clínicos, por lo que la fuerza de recomendación varía según las circunstancias y se considera más baja en pacientes con recuentos de linfocitos CD4 superiores a 500/ μ L.

En resumen, el consenso mayor se da en el criterio de empezar el tratamiento cuando el nivel de CD4 es inferior a 500 células/ μ L, en todos los pacientes, independientemente del recuento de linfocitos CD4. En los y las pacientes asintomáticas con más de 500 CD4 500/ μ L y sin comorbilidades, debería también considerarse el inicio del tratamiento (Documento de consenso de GESIDA, 2015). En los pacientes asintomáticos que no reciben TARGA (rechazo por el paciente, controladores de élite) los CD4 deben medirse cada 3-6 meses (Documento de consenso de GESIDA, 2015). En las personas con tratamiento la carga viral se ha de determinar en la valoración inicial del paciente y antes del comienzo del TARGA. Una vez iniciado el TARGA los chequeos se producirán cada 3-6 meses, así como un adecuado estudio de resistencias

(Documento de consenso de GESIDA, 2015). Se ha observado que la carga viral plasmática (CVP) desciende rápidamente tras el inicio de un TARGA efectivo (Documento de consenso de GESIDA, 2015; Ledergerber et al., 1999). En pacientes con valores de carga viral muy elevadas (superiores a 100.000 copias/mL) se puede tardar más de 24 semanas en conseguir niveles inferiores a 50 copias/mL (Documento de consenso de GESIDA, 2015; Ledergerber et al., 1999). Por el contrario, hablamos de fracaso virológico si, en un paciente con adherencia estricta y óptima tolerabilidad al TARGA, se dan alguna de las dos situaciones siguientes:

- Carga Viral Plasmática detectable tras 24 semanas del inicio del TARGA y/o
- Si tras alcanzar la indetectabilidad, la CVP vuelve a ser >50 copias/ml en dos determinaciones consecutivas (separadas por 2-4 semanas).

El objetivo de supresión de la CVP es conseguir de forma permanente unas cifras inferiores a 50 copias/ml, lo que se asocia a la máxima recuperación inmunológica y previene la aparición de mutaciones de resistencia (Documento de consenso de GESIDA, 2015). Además, a nivel individual el TARGA está asociado con la reducción de la transmisión sexual del VIH de un individuo infectado a otro no infectado (Documento de consenso de GESIDA, 2015). A nivel de población general, la reducción de la carga viral en la comunidad de personas con VIH conlleva también una menor tasa de nuevas infecciones (Peters et al., 2013).

Sin embargo, el éxito del tratamiento exige un cumplimiento estricto de las pautas y dosis establecidas. El seguimiento correcto del tratamiento exige un cumplimiento de más de 90% para ser eficaz (Chaiyachati et al., 2014; Mboup, Musonda, Mhalu, & Essex, 2006; Psaros, Remmert, Bangsberg, Safren, & Smit, 2015). El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores que

dificultan la adherencia: más de un fármaco (Tablas 4 y 5), presencia de efectos adversos (Tabla 6) y tratamientos prolongados. Por todo ello, alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un auténtico desafío para el paciente y para el personal sanitario (L. Miller & Hays, 2000; Robbins, Spector, Mellins, & Remien, 2014; Sahay, Reddy, & Dhayarkar, 2011; Shuter, 2008; Stone, 2001). Nunca en la historia de la medicina se había partido de una situación tan grave y se había realizado semejante avance en tratamientos hacia regímenes terapéuticos más efectivos y más simplificados (Tabla 5). Gracias a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad la salud de las personas afectadas ha mejorado, los diagnósticos de SIDA han continuado descendiendo así como el número de fallecimientos (Documento de consenso de GESIDA, 2015; Santos et al., 2014).

Básicamente pueden diferenciarse cuatro grupos de medicamentos antirretrovirales, según su mecanismo de acción sobre el ciclo evolutivo del VIH (Documento de consenso de GESIDA, 2015; Sosnik & Augustine, 2016):

- *Inhibidores de la transcriptasa inversa*: La mayoría de los regímenes contienen al menos dos de estos medicamentos. Estos se subdividen en:
 - Los análogos de nucleósido/nucleótido.
 - Los no análogos de nucleósido.
- Inhibidores de la integrasa.
- Inhibidores de la proteasa.
- *Inhibidores de la entrada* que a su vez se subdividen en:
 - Los inhibidores de la fusión.
 - Los antagonistas de receptores CCR5.

Otro grupo de fármacos empleados para el tratamiento del VIH, son los intensificadores o potenciadores farmacocinéticos. Este grupo de fármacos no se considera estrictamente antirretrovirales sino medicamentos empleados para reforzar la eficacia de otros. Cuando ambos medicamentos se administran juntos, el potenciador bloquea la degradación del segundo en sangre, por lo que aumenta su concentración (Renjifo et al., 2015).

Actualmente se considera que el medio más eficaz para lograr una supresión duradera de la replicación del VIH es la instauración simultánea de combinaciones de antirretrovirales, con los que el paciente no haya sido tratado previamente y que no presenten resistencia cruzada con otros medicamentos antirretrovirales que ya haya recibido el paciente (Documento de consenso de GESIDA, 2015). Debido a su eficacia clínica y virológica, las combinaciones triples se consideran hoy como el tratamiento inicial estándar (Documento de consenso de GESIDA, 2015). La tabla 4 y la tabla 5 recogen los principales medicamentos empleados en el tratamiento del VIH, así como el mecanismo por el que actúan. También se incluyen sus nombres genéricos, comerciales y la fecha a partir de que se comenzaron a utilizar (INFOSIDA, 2017).

Tabla 4 Tipos de medicamentos empleados en la TARGA (INFOSIDA, 2017)

Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA			
Clase de medicamento	Nombre genérico (y siglas)	Marcacomercial	Autorizado por la FDA desde:
<i>Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN)</i>			
Esta clase de medicamentos bloquea la replicación viral en fases preintegrativas, cuando la RT del VIH sintetiza ADN complementario a partir del ARN viral para integrarse posteriormente en el genoma de la célula.	Abacavir(ABC)	Ziagen	17 /12/ 1998
	Didanosina (ddI, ddI, EC)	Videx	9 /10/ 1991
		Videx EC	31 /10/ 2000
	Emtricitabina (FTC)	Emtriva	2 /07/ 2003
	Lamivudina (3TC)	Epivir	17 /11/ 1995
	Estavudina (d4T)	Zerit	24 /06/ 1994
	Tenofovir (DF, TDF)	Viread	26 /10/ 2001
Zidovudina(AZT, ZDV)	Retrovir	19 /03/ 1987	
<i>Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN)</i>			
Esta clase de medicamentos actúa inhibiendo la enzima RT. Actúa por unión no competitiva en un lugar cercano al centro catalítico de la enzima.	Efavirenz (EFV)	Sustiva	17 /09/ 1998
	Etravirina (ETR)	Intelence	18 /01/ 2008
		Viramune	21 /06/ 1996
	Nevirapina (NVP)	Viramune XR	25 /03/ 2011
Rilpivirina (RPV)	Edurant	20 /05/ 2011	
<i>Inhibidores de la proteasa (IP)</i>			
Esta clase de medicamentos bloquea la proteasa del VIH. Se une reversiblemente al lugar activo de la enzima y la inhibe, impidiendo la escisión de los precursores proteicos, aborta la maduración y bloquea la infectividad de los nuevos viriones generados (impide o leadas sucesivas de infección).	Atazanavir (ATV)	Reyataz	20 /06/ 2003
	Darunavir (DRV)	Prezista	23 /06/ 2006
	Fosamprenavir (FOS-APV, FPV)	Lexiva	20 /10/ 2003
	Indinavir (IDV)	Crixivan	13 /03/ 1996
	Nelfinavir (NFV)	Viracept	14 /03/ 1997
	Ritonavir (RTV)	Norvir	01/03/ 1996

Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA			
Clase de medicamento	Nombre genérico (y siglas)	Marcacomercial	Autorizado por la FDA desde:
	Saquinavir (SQV)	Invirase	06 /12/ 1995
	Tipranavir (TPV)	Aptivus	22 /06/ 2005
<i>Inhibidores de la entrada. Inhibidores de la fusión</i>			
Esta clase de medicamentos impide que el VIH penetre los linfocitos CD4 del sistema inmunitario.	Enfuvirtida (T-20)	Fuzeon	13 /03/ 2003
<i>Inhibidores de la entrada. Antagonistas de receptores de CCR5</i>			
Esta clase de medicamentos bloquea las proteínas en los linfocitos CD4 que el VIH necesita para penetrarlos.	Maraviroc (MVC)	Selzentry	06 /08/ 2007
<i>Inhibidores de la integrasa</i>			
Esta clase de medicamentos bloquea la integrasa del VIH, que permite la integración del ADN viral en el genoma de la célula.	Dolutegravir (DTG)	Tivicay	13 /08/ 2013
	Elvitegravir (EVG)	Vitekta	24 /09/ 2014
	Raltegravir (RAL)	Isentress	12 /10/ 2007
<i>Intensificadores farmacocinéticos</i>			
Esta clase de medicamentos se usa en el tratamiento del VIH para incrementar la eficacia de un medicamento contra el VIH incluido en un régimen contra ese virus.	Cobicistat (COBI)	Tybost	24 /09/ 2014

Tabla 5 Combinaciones de medicamentos en un comprimido para disminuir el régimen de tomas y favorecer la adherencia (INFOSIDA, 2017)

Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA			
Clase de medicamento	Nombre genérico (y siglas)	Marcacomercial	Autorizado por la FDA desde:
<i>Combinación de medicamentos contra el VIH</i>			
	Abacavir y lamivudina (ABC / 3TC)	Epzicom	02 /08/ 2004
	Abacavir, dolutegravir y lamivudina(ABC / DTG / 3TC)	Triumeq	22 /08/ 2014
	Abacavir, lamivudina y zidovudina(ABC / 3TC / ZDV)	Trizivir	14 /11/ 2000
	Atazanavir y cobicistat (ATV / COBI)	Evotaz	29 /01/ 2015
	Darunavir y cobicistat(DRV / COBI)	Prezcobix	29 /01/ 2015
	Efavirenz, emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir(DF, EFV / FTC / TDF)	Atripla	12 /07/ 2006
Esta clase de combinaciones contiene dos o más medicamentos contra el VIH de una o más clases.	Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y fumarato de alafenamida de tenofovir(EVG / COBI / FTC / TAF)	Genvoya	05 /11/ 2015
	Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir(QUAD, EVG / COBI / FTC / TDF)	Stribild	27 /08/ 2012
	Emtricitabina / rilpivirina / alafenamida de tenofovir (FTC / RPV / TAF)	Odefsey	01 /03/ 2016
	Emtricitabina, rilpivirina y fumarato de disoproxilo de tenofovir(FTC / RPV / TDF)	Complera	10 /08/ 2011
	Emtricitabina y fumarato de alafenamida de tenofovir (FTC / TAF)	Descovy	04 /04/ 2016
	Emtricitabina y tenofovir (FTC / TDF)	Truvada	02 /08/ 2004
	Lamivudina y zidovudina (3TC / ZDV)	Combivir	27 /09/ 1997
	Lopinavir y ritonavir(LPV/r, LPV / RTV)	Kaletra	15 /09/ 2000

Los tratamientos antirretrovirales pueden tener efectos adversos, que influyen también en la calidad de vida. En la tabla 6 mencionamos los más relevantes a largo y corto plazo.

Además, los medicamentos antirretrovirales también pueden presentar interacciones medicamentosas. Las benzodiacepinas de vida media larga y la metadona, así como los antidepresivos tricíclicos pasan un proceso de biotransformación hepática, por los cuales pueden aumentar sus valores plasmáticos cuando se utilizan con inhibidores de la proteasa (Documento de consenso de GESIDA, 2015). También se dan interacciones con otros medicamentos, como los antiinflamatorios, o los anticonceptivos (Documento de consenso de GESIDA, 2015). En general, se debe cuidar las posibles interacciones de los fármacos por el riesgo de producir hepatotoxicidad y neurotoxicidad (Documento de consenso de GESIDA, 2015). Este tipo de interacciones, unido a los efectos adversos hace que en ocasiones el TARGA sea difícil de cumplir y que aparezcan conductas poco adherentes (S. Moreno, 2006) (Tabla 6).

Tabla 6 Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral (S. Moreno, 2006).

Aparición precoz	Aparición tardía
Intolerancia gastrointestinal	Toxicidad mitocondrial (neuropatías periféricas)
Reacción de hipersensibilidad, erupciones cutáneas, náuseas, diarrea, fiebre, cefalea	Alteraciones metabólicas, incremento del riesgo cardiovascular
Toxicidad neuropsiquiátrica, alteraciones del estado de ánimo	Lipodistrofia
Hepatitis	Insuficiencia renal

1.2.PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

Desde la aparición del VIH, y debido a la mejoría en el pronóstico, el modelo asistencial ha ido cambiando de manera sustancial. Inicialmente las infecciones oportunistas condicionaban los ingresos largos y con múltiples complicaciones. Posteriormente, se pasó a plantear ingresos domiciliarios y seguimiento en consultas externas(Davy et al., 2015; Deeks, Lewin, & Havlir, 2013; Farber & Marconi, 2014; Handford, Tynan, Rackal, & Glazier, 2006; Kearney, Moore, Donegan, & Lambert, 2010; Sadler, Bahwere, Guerrero, & Collins, 2006; Spadari, Fazio, Lauritano, & Zambellini Artini, 1997).Actualmente el pronóstico de las personas con VIH está condicionado a otras variables que deben ser consideradas: la adherencia o acceso al tratamiento antirretroviral, el diagnóstico tardío, la comorbilidad y/o la exclusión social (Campos-Outcalt, 2007; Davis & Zanjani, 2012; Killian & Levy, 2011; Oliveira, Benzaken, Saraceni, & Sabido, 2015).

1.2.1.EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA NIVEL MUNDIAL

En el África Subsahariana en su conjunto, con menos del 12% de la población mundial, se encuentran hoy en día nada menos que el 67.8% de los casos estimados de personas (adultos y niños) que viven con VIH/SIDA en todo el planeta (HIV/AIDS, 2010; Reniers & Watkins, 2010).Además, proporcionalmente, más de la mitad de los casos de VIH en África Subsahariana se dan en mujeres (Reniers & Watkins, 2010).

En todo fenómeno será necesario analizar la evolución histórica del mismo así como la situación actual y perspectivas de futuro. La situación de la

infección por VIH a nivel mundial con respecto a los años anteriores se resume en los siguientes puntos (UNAIDS, 2015):

- En 2015 se ha dado una disminución del 35% de nuevas infecciones. Es la primera vez que ocurre desde el año 2000.
- Disminución del número de fallecimientos por sida, desde el punto máximo de 2004. Entre 2005 y 2013, el número de muertes relacionadas con el sida descendió un 39% en el África subsahariana (región con mayores tasas de VIH/SIDA del mundo).
- Aumento del acceso al tratamiento: A partir del año 2001 se proclama el compromiso internacional de llegar en 2005 a que 3 de cada 5 personas con VIH reciban tratamiento antirretroviral. Entre 2001 y 2005, la población atendida en países de bajos ingresos se incrementó de 240.000 personas a aproximadamente 1.3 millones. La Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida de 2011, establece un nuevo objetivo: lograr para el año 2015 que 15 millones de personas puedan tener acceso al tratamiento antirretroviral. En 2012, casi diez millones de personas tenían acceso al tratamiento. Para lograr el acceso universal al tratamiento del VIH, se marca un importante hito cuando el aumento anual en el número de adultos que reciben tratamiento del VIH supera la cifra de nuevos adultos infectados. En 2011, las dos regiones que registraron la cobertura de tratamiento del VIH más baja fueron Europa oriental y Asia Central (24%) y Oriente Medio y África del Norte (15%). En 2013, el 37% de todas las personas que viven con el VIH en el mundo tenían acceso al TARGA. Sin embargo, en los niños que viven con el VIH solo un 24% tienen acceso al mismo. Tres de cada cuatro personas que reciben TARGA viven en África Subsahariana (UNAIDS, 2015).

Los objetivos de ONUSIDA a nivel mundial para 2030 incluyen que el 90% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas que sepan que tienen la infección tengan acceso al tratamiento y suprimir la carga viral del 90% de personas en tratamiento. También incluyen reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 75% y alcanzar la discriminación cero (UNAIDS, 2015).

EL VIH EN EL CONTEXTO EUROPEO

En Europa occidental, las nuevas infecciones presentan una tendencia a estabilizarse disminuyendo a mínimos la transmisión por vía intravenosa. El número de nuevos diagnósticos entre UDVP descendió en un 38% (de 11056 en 2006 a 6852 en 2015) (European Centre for Disease Prevention and Control, 2016). En Europa oriental, sin embargo, las nuevas infecciones han aumentado, y se dan principalmente por transmisión heterosexual. Es importante señalar que aunque la tasa de sida en Europa occidental disminuye progresivamente, en Europa del Este ha crecido en un 80% (European Centre for Disease Prevention and Control, 2016). Tanto es así, que si se consideran los 49 países que componen la región europea, en 2015 se registraron 14579 casos de sida, mientras que en la Unión Europea se produjeron 3754 casos, casi la cuarta parte (European Centre for Disease Prevention and Control, 2016).

En los países occidentales el número de casos de sida ha continuado disminuyendo en los últimos años, aunque esta tendencia descendente se ha ralentizado. Sin embargo, hay todavía un retraso grave en la detección del VIH en personas portadoras. Considerando los casos en los que se ha informado del recuento de CD4, se observa que un 47% del total tenían inmunosupresión derivada del VIH en el momento del diagnóstico. Cabe resaltar que el 68% de los casos de sida habían recibido el diagnóstico de VIH en los 90 días anteriores

(European Centre for Disease Prevention and Control, 2016). Esta situación nos hace reflexionar acerca de la importancia de seguir insistiendo en la detección de la infección de manera precoz, sensibilizando a la población y ofreciendo la posibilidad de realización de las pruebas rápidas de detección.

1.2.2. ENVEJECIMIENTO Y CRONICIDAD

En general, se observa una tendencia creciente del número y porcentaje de los y las pacientes mayores de 50 años y de la comorbilidad asociada a la edad, lo que indica un envejecimiento de los y las pacientes con VIH como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en este colectivo (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

La situación de las personas con VIH en TARGA en el Estado español se recoge en el Informe anual de la Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH, publicada por el Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. Participan 801 pacientes diagnosticados de VIH que se encontraban el día de la encuesta en régimen de hospitalización, consulta externa u hospital de día de 15 CCAA (La CAPV no participa) (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

Esta población hospitalaria fue de un 26% mujeres y 74% hombres. La media de edad de los y las pacientes encuestados fue de 45.9 años, sin hallarse diferencias significativas entre hombres (46.4 años) y mujeres (45.0 años). La proporción de pacientes con estudios secundarios/superiores crece desde el 42.5% en 2001 hasta el 53.0% en 2014 (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

En el periodo 2000-2014 el mecanismo de transmisión más frecuente entre los pacientes en TARGA fue el consumo de drogas por vía parenteral (48.5%).

Se produjeron variaciones significativas en el tiempo, destacando el progresivo descenso de pacientes que contrajeron la infección por el uso de drogas inyectadas, de 61.9% en 2000 a 36.8% en 2014 y el ascenso en la proporción de aquellos que se infectaron por vía heterosexual, de 20.0% en 2000 a 29.2% en 2014. La proporción de casos atribuidos a relaciones sexuales entre hombres también se incrementó desde el 14% en 2000 al 27% en 2014 (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a). La población restante (del 4% en 2000 al 7% en 2014) desconocía la vía de transmisión.

De los pacientes encuestados, 336 (42.7%) eran asintomáticos, 175 (22.3%) sintomáticos y 275 (35%) habían alcanzado el estadio de sida a lo largo de su evolución. El nivel promedio de células de defensa CD4 fue de 519 células/ μ L en 2014. La proporción de pacientes con viremias inferiores a 50 copias/mL aumentó significativamente, en 2014 se situaba en el 77.1% (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

1.2.3. EL DIAGNÓSTICO TARDÍO

El nivel de CD4 en el momento del diagnóstico de VIH se utiliza como indicador de diagnóstico tardío (Carnicer-Pont, Vives, & Casabona, 2011; Mounier-Jack, Nielsen, & Coker, 2008). Las nuevas guías de tratamiento recomiendan que éste debe iniciarse siempre que el nivel de linfocitos CD4 sea inferior a 350 células/ μ L. En la actualidad se utiliza el mismo criterio de un recuento inferior al valor de 350 células/ μ L para definir el diagnóstico tardío (Dvaranauskaite et al., 2009; May & Ingle, 2011). Asimismo, cuando la cifra de CD4 es inferior a 200 células/ μ L en el momento del diagnóstico de VIH, se considera que coincide con el diagnóstico de SIDA (Carnicer-Pont et al., 2011) y se habla entonces de enfermedad avanzada (Panel de Expertos de GESIDA, 2011).

Uno de los principales problemas asociados al diagnóstico tardío es que la persona infectada no conoce su condición, por ello es mayor la posibilidad de que mantenga prácticas de riesgo que influyan en una mayor transmisión de la infección (Carnicer-Pont et al., 2011).

A nivel estatal se estima que en torno al 30% de las personas infectadas con VIH no saben que lo son (Grupo EPI-VIH, 2012). Ya en el año 2009, el 30.4% de los nuevos diagnósticos de VIH presentaban una cifra de CD4 menor de 200 células/ μ L en el momento de detectarse la infección y el 19.8% tenía una cifra de CD4 entre 200 y 350 células/ μ L, lo que significa que el 50.2% de los nuevos diagnósticos de VIH eran susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados de infección por VIH (Grupo EPI-VIH, 2012). El 67% se habían realizado un test previo a aquél en que se diagnosticó la infección (Grupo EPI-VIH, 2012). Estas cifras de diagnóstico tardío no han variado, pues según el informe del Centro Nacional de Epidemiología en del año 2015 “Casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2014 presentaba diagnóstico tardío” (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b).

Según el Informe español sobre el diagnóstico tardío en el año 2014, por categorías de transmisión, se aprecia que este afecta de manera diferente a cada grupo de población. El diagnóstico tardío en los nuevos casos es más elevado en las personas usuarias de drogas (75%), seguido por casos de transmisión heterosexual en hombres heterosexuales (58.6%) y en mujeres (55.3%). Los hombres que tienen sexo con hombres (en adelante HSH), sin embargo, presentan un menor porcentaje de diagnóstico tardío, pues al percibirse como un colectivo vulnerable frente al VIH, acceden a realizarse la prueba de detección de anticuerpos con mayor frecuencia (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b).

El porcentaje de casos con enfermedades asociadas o SIDA fue del 27.7%. La mortalidad en pacientes con infección VIH se debe, en el momento actual, fundamentalmente a patologías no relacionadas con la infección, principalmente por Hepatitis C u otras complicaciones orgánicas (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

1.2.4.LA COINFECCIÓN DE VIH Y OTRAS INFECCIONES VÍRICAS

Las infecciones víricas pueden coexistir en un mismo organismo (Asnis & Migdal, 2005; Barber et al., 2014; Barreiro, Martin-Carbonero, & Garcia-Samaniego, 2008; A. C. Brent, 2006; Fultz, 1998; Hughes, Tseng, & Cooper, 2015; Huntington et al., 2010). La más frecuente es la coinfección por Hepatitis C (Hughes et al., 2015; Kalichman et al., 2015; Sacktor et al., 2016). La prevalencia de Hepatitis C en personas con VIH es de 30%, según cifras internacionales (Alfonso, Hurtado, Espacio, Santos, & Tomas, 1999; Piroth, 2009). El tratamiento de la hepatitis C consiste en la combinación de interferón pegilado con ribavirina, con el objetivo de asegurar la respuesta viral sostenida (Berenguer, Jorquera, Angel Serra, Sola, & Castellano, 2014; Coppola et al., 2015; Mallolas, Martinez-Rebollar, & Laguno, 2011; Martinez-Rebollar et al., 2011; Sherman, 2004; Winnock et al., 2013). La coinfección por VIH y Hepatitis C tiene implicaciones en la calidad de vida de las personas con VIH (Gaynes et al., 2015; May & Ingle, 2011; Rourke et al., 2011; Webel, Sattar, Schreiner, & Phillips, 2016). El tratamiento con interferón para la Hepatitis C produce disminución de los niveles de linfocitos CD4 (Koziel, 2006; Piroth et al., 2008; Vlahakis, 2006). En personas con mono infección por Hepatitis C la proporción de la respuesta viral sostenida es del 56% al 61% (Pineda et al., 2010); en personas con coinfección por VIH el porcentaje de éxitos del tratamiento disminuye en un 20% (Pineda et al., 2010).

En cuanto a la incidencia de coinfección en la CAPV, se estima que el 40% de las personas con VIH están infectados por Hepatitis C (2196 personas) en 2015. De ellas, 378 personas con VIH y con hepatitis C crónica habían iniciado tratamiento con los nuevos medicamentos, de los cuales han finalizado 266 personas (Gobierno Vasco, 2015). Los primeros datos muestran que la tasa de curación es del 90.8%, una cifra muy similar a la del conjunto de pacientes tratados por hepatitis C (91.3%) (Gobierno Vasco, 2015).

1.2.5. COMORBILIDAD DE LA INFECCIÓN POR VIH Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas con VIH oscila entre el 1% y el 24% (Arseniou et al., 2014; Breuer et al., 2014; De Hert et al., 2011; de Sousa Gurgel et al., 2013; Gaynes et al., 2015; Kamau, Kuria, Mathai, Atwoli, & Kangethe, 2012; Loeliger et al., 2016; Rodriguez-Penney et al., 2013; Uys, 2013; Zahari et al., 2010). Frecuentemente aparece también en estas personas diagnóstico de abuso de drogas (Compton, Thomas, Conway, & Colliver, 2005; Schulden, Lopez, & Compton, 2012; Schumacher, Fischer, & Qian, 2007; Skalski, Sikkema, Heckman, & Meade, 2013) y depresión (Breland, Mignogna, Kiefer, & Marsh, 2015; Krishnan et al., 2002; Morrison et al., 2002; Rezaei, Taramian, & Kafie, 2013; Satre, DeLorenze, Quesenberry, Tsai, & Weisner, 2013; Stoskopf, Kim, & Glover, 2001). Los factores asociados a la morbilidad psicológica y psiquiátrica en pacientes VIH positivos (Gallego & Gordillo, 2001) son:

- Historia psiquiátrica previa a la infección
- Características sociodemográficas: edad, inteligencia premórbida
- Categoría de transmisión

- Factores asociados a la infección VIH: diagnóstico VIH, diagnóstico SIDA, síntomas físicos concomitantes, discapacidad y alteraciones estéticas
- Factores psicosociales: Apoyo social y familiar, estilos de afrontamiento, acontecimientos vitales adversos.

Por otro lado, los trastornos mentales pueden suponer un mayor riesgo para la infección por el VIH, por la mayor vulnerabilidad social, la conducta sexual de riesgo o de consumo de riesgo de sustancias psicoactivas. También la enfermedad mental puede ser resultado de la invasión del sistema nervioso central (SNC) por el VIH (Walkup et al., 2008).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, hay unaprevalenciade enfermedad mental en personas que viven con VIH superior a la correspondiente a la población general, principalmente trastornos adaptativos y trastornos afectivos. Además de la influencia negativa que supone esta situación en la calidad de vida en personas con infección por VIH, también está asociada a un peor acceso al tratamiento antirretroviral así como a una peor adherencia terapéutica (WHO, 2008).

1.2.6.COMORBILIDAD POR VIH YABUSO DE DROGAS

La relación entre el VIH y el abuso de drogas se da principalmente por la posibilidad de transmisión por el consumo endovenoso entre personas que se inyectan drogas, y por la posibilidad de transmisión sexual con personas que se inyectan drogas (Battjes, Pickens, Haverkos, & Sloboda, 1994; Compton, Cottler, Ben-Abdallah, Cunningham-Williams, & Spitznagel, 2000; King, Kidorf, Stoller, & Brooner, 2000; Volkow et al., 2007).

Como hemos señalado previamente, la práctica de uso intravenoso de drogas ha descendido de forma significativa a lo largo de los años (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a). Entre los nuevos pacientes infectados por compartir material de inyección encuestados en 2014 (n=295), 69 (25.9%) recibieron tratamiento con metadona. En este grupo de pacientes entre 2001 y 2014 se observó una disminución significativa de la proporción que refirió mantener su hábito de consumo en el último mes (desde el 13.9% en 2001 hasta el 2.2% en 2014)(Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

En cuanto a la práctica de inyección de drogas entre las personas que inician tratamiento con metadona, también se observa una disminución importante. En Europa, entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez, la utilización de la vía parenteral se redujo del 28% en 2006 al 20% en 2013. En el Estado español el porcentaje de consumidores por vía parenteral está disminuyendo hasta tasas residuales. Si en 1996 suponía el 52.3%, en 2001 bajó al 26.6%, coincidiendo con la instauración de los tratamientos de sustitución con metadona y el descenso del consumo de heroína. En 2009 llegó al 8.4% y en 2014 supuso un 2.8%(OEDT, 2016). Entre los consumidores de heroína que solicitan tratamiento, el 23.6% consumen por vía intravenosa.

A pesar del descenso de UDVP, la proporción de personas que han contraído el VIH por uso intravenoso de drogas en Europa y en el Estado español sigue siendo relevante, como se aprecia en los siguientes datos:

- En Europa occidental en 2013 se notificaron 769 casos nuevos de SIDA atribuibles al consumo de drogas por vía parenteral.
- La mortalidad relacionada con la infección por el VIH es la causa indirecta mejor documentada de muerte entre los consumidores de drogas. La estimación más reciente indica que en 2010 murieron en

Europa cerca de 1700 personas por infección por el VIH/SIDA atribuible a la administración de drogas por vía parenteral, aunque la tendencia es descendente (European Centre for Disease Prevention and Control, 2016; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), 2015).

Con respecto al Estado español en la Encuesta Nacional de pacientes hospitalarios, se describe que de las 801 personas con VIH en tratamiento hospitalario, el 25.9% están en tratamiento con metadona. En el año 2001 la proporción de pacientes con VIH que tuvieran además tratamiento con metadona era del 51.5% (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

En el contexto actual muchas de las personas con problemas de adicciones son usuarias crónicas desde su juventud, es decir, ahora tienen más de 50 años, y tienen un historial largo de tratamientos y etapas de mayor o menor consumo. En este contexto, la situación de las personas con consumo de drogas y VIH es especialmente severa tanto desde el punto de vista de la salud como desde el punto de vista de la exclusión social. Los problemas de salud más comunes en esta población son: abscesos, artritis, cáncer, cirrosis, hipertensión, hepatitis C, problemas mentales, deterioro cognitivo, etc. (Iraurgi, 2003b). A pesar de que la adicción es una enfermedad crónica, las estrategias de reducción de riesgos y daños del consumo y de estabilización de su ambiente social pueden mejorar la calidad de la vida de los pacientes (van den Brink & van Ree, 2003). Las nuevas guías recomiendan la puesta en marcha de estrategias para incrementar las pruebas de VIH y con ello proporcionar tratamiento lo antes posible a las personas que se inyectan drogas (UDVP) así como medidas de prevención de la extensión de la infección a una mayor población (Gobierno Vasco, 2011).

En Estados Unidos, Bing y sus colegas realizaron un estudio utilizando los datos de otro estudio sobre coste y utilización de servicios en personas con VIH (Bing, Burnam, Longshore, & et al., 2001). Casi el 50% tenían algún trastorno mental, y casi el 40% usaban drogas. La proporción de este tipo de problemas es cinco veces mayor que la hallada en estudios en la población general (Bini et al., 2011; Hormes, Gerhardstein, & Griffin, 2012; Piggott et al., 2013).

1.2.7.POLIMORBILIDADEN PERSONAS CON VIH

La coocurrencia de la condición de tener infección por VIH, junto con abuso de sustancias y enfermedad mental representa un reto para los proveedores de asistencia sanitaria, políticos, investigadores, etc.(Singer & Clair, 2003), pues es un patrón de interacción entre dos o más aflicciones que se influyen entre sí sinérgicamente. Estas fuerzas contribuyen a aumentar la carga de enfermedad en una población en un momento y un espacio.

Los problemas de esta índole requieren de la coordinación de los sistemas de salud pública y comunitaria (Illangasekare, Burke, McDonnell, & Gielen, 2013; Meyer, Springer, & Altice, 2011; Walkup et al., 2008). El tratamiento de estos problemas incluye el reconocimiento de las desigualdades de salud, y su relación con condiciones sociales como la pobreza, el estrés, la violencia, y otras situaciones adversas que contribuyen a un peor pronóstico en todos los casos.

La polimorbilidad se define como la presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo en un periodo concreto (Schwartzmann, 2003; Volkow, 2007). Es el resultado de una serie de aspectos etiológicos, genéticos y ambientales (que se retroalimentan). Las personas con una evolución crónica de infección por VIH presentan un frágil equilibrio en cuanto a salud y autonomía, y pueden sufrir múltiples enfermedades (Buchacz et al., 2013; Chen,

Huang, Yeh, & Chien, 2015; Gaynes et al., 2015; Gostin, 2015; Jitmuang, Munjit, & Foongladda, 2015; Kalichman et al., 2015; Kamarulzaman & Altice, 2015; Montorio & Losada, 2004).

En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid se tomó una muestra de 837 pacientes, 208 personas de la red de Salud Mental, y 629 personas de la red de Atención a Drogodependencias (Arias et al., 2013). Se detectó que el 61.8% (n=517) de las participantes presentaban lo que se denominó *patología dual*. En cuanto a la incidencia del VIH, no había diferencias significativas entre pacientes duales (10%) y pacientes con trastorno por uso de sustancias (12.4%) pero sí con los y las pacientes VIH con trastorno mental no duales (0%) (Arias et al., 2013). En comparación con los y las pacientes con trastorno psiquiátrico y sin trastorno por abuso de drogas, las características de los y las pacientes duales eran significativamente peores, presentaban mayor porcentaje de consumo actual de alcohol y cannabis, y más conductas de riesgo. En resumen, presentaban una mayor severidad de sus problemas y mayor necesidad de atención. (Arias et al., 2013).

La presencia de trastorno psiquiátrico o abuso de drogas en las personas con infección por VIH puede influir en la utilización de servicios médicos y en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales (Adams, Zacharia, Masters, Coffey, & Catalan, 2016; Chu & Selwyn, 2011; Desai & Rosenheck, 2004; Knutsen & Waal, 1990; Norton et al., 2012; Ries et al., 2015; Sripada, Pfeiffer, Valenstein, & Bohnert, 2014). En estas personas, con el tiempo y de forma progresiva, su salud, su mundo relacional y sus recursos vitales, se deterioran hasta situaciones que pueden llegar a la exclusión social. Se llegan a instaurar fuertes carencias sanitarias, sociales y legales (Brooks et al., 2013; G. R. Brown & Rundell, 1990; Goeb, Coste, Bigot, & Ferrand, 2000; Khalsa, Kowalewski, Anglin, & Wang, 1992; McHugh et al., 2012). Todo ello se ve agravado porque la sociedad estigmatiza el uso de sustancias ilegales, lo que convierte a este

colectivo en una población oculta cuya dimensión real es difícilmente visible (Iraurgi, 2003a, 2003b).

1.2.8.EXCLUSIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON VIH

La distribución del VIH/SIDA en el mundo refleja las desigualdades estructurales en salud y permite concluir que las mayores víctimas del VIH/SIDA en el mundo son las mujeres y los niños (HIV/AIDS, 2010). Las posibilidades de verse afectado por el virus de la inmunodeficiencia humana o de desarrollar sida y el grado de estigmatización que ello conlleva, tienden a diferir, de manera cada vez más evidente, dependiendo del país de origen, del grupo social al que se pertenece, e incluso del sexo de las personas.

Una de las principales causas de la asociación entre exclusión y VIH es el estigma asociado al VIH (Chan & Tsai, 2016; Smit et al., 2012; Stein, 2003; Takacs, Kelly, T, Mocsonaki, & Amir Khanian, 2013; Ware, Wyatt, & Tugenberg, 2006). Desde el principio de la epidemia, la descripción de la infección del VIH/Sida y enfermedades asociadas ha estado cargada de significados negativos, con términos como *grupos de riesgo*, *la enfermedad de los gays* (Arbeit, Fisher, Macapagal, & Mustanski, 2016; Flowers, Knussen, Li, & McDaid, 2013; P. Murphy, Hevey, O'Dea, Ni Rathaille, & Mulcahy, 2016; Smit et al., 2012; Takacs et al., 2013). En la actualidad, el estigma asociado al VIH es uno de los principales retos sociales, por sus consecuencias a nivel individual y de la salud pública (C. Miller, Grover, Bunn, & Solomon, 2011). El proceso de estigmatización social asociado a la infección por VIH conlleva que algunos individuos sean objeto de discriminación y exclusión por ser seropositivos (Bos, Schaalma, & Pryor, 2008).

Otro elemento que contribuye a la exclusión social en personas con VIH es la marginación social por desigualdades sociales y de acceso a los sistemas de bienestar (Aidala et al., 2016; Bauermeister et al., 2015; Chandwani & Gopal, 2010). Los procesos de exclusión social más estructurales, como la falta de trabajo o la falta de vivienda, pueden afectar a personas con VIH, especialmente si, además, tienen otros problemas asociados como enfermedad mental, discapacidad, o drogodependencias; o si tienen cargas familiares, como familiares enfermos o hijos menores a cargo.

La situación del sinhogarismo en Europa es analizada en una revisión sobre la enfermedad mental en 29 estudios que suman 5684 personas sin hogar. La drogodependencia por alcohol y otras drogas es la enfermedad más prevalente, con una estimación del 24.4% al 37.9% (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008). En el apartado 3.5 profundizaremos en la exclusión social como factor de riesgo en la calidad de vida en personas con infección por VIH.

1.3.SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA CAPV

Según el informe de nuevas infecciones en la CAPV, ese año se registraron 151 nuevos diagnósticos, cifra similar a la del año anterior y que sigue una tendencia estable desde el año 2010 (Gobierno Vasco, 2016). El mayor porcentaje de nuevos diagnósticos se produjo en la provincia de Bizkaia. El 78 % de los nuevos infectados eran hombres. Esto resulta en 118 hombres y 33 mujeres. La media de edad fue de 38.2 años. Es reseñable que en el año 2015 fue diagnosticada una única persona con edad comprendida entre 15 y 19 años (Gobierno Vasco, 2016). El 51% de las nuevas infecciones se consideraron diagnósticos tardíos, lo que está en concordancia con la tendencia nacional (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015a).

Respecto a las vías de transmisión más comunes, prevalece la transmisión sexual, que es mayor en hombres homo/bisexuales, seguida de personas heterosexuales (Gobierno Vasco, 2016). En el año 2015 se diagnosticaron 46 nuevos casos de sida, la mayor parte de ellos hombres (78.3%) y en Bizkaia (63% del total) con edades comprendidas entre los 40 y 49 años (Gobierno Vasco, 2016). De estos nuevos casos el 19.5% (n=9) eran UDVP. Las muertes por SIDA en el año 2015 ascendieron a 43 personas, observándose que se mantiene la tendencia que se muestra desde el 2010 (Gobierno Vasco, 2016).

Respecto al diagnóstico tardío, en Euskadi, en el año 2015, el 28.5% de los nuevos diagnósticos de VIH presentaban una cifra de CD4 menor de 200 células/ μ L en el momento de detectarse la infección y el 22.5% tenía una cifra de CD4 entre 200 y 350 células/ μ L, esto significa que el 51.3% de los nuevos diagnósticos de VIH eran susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados de infección por VIH (Gobierno Vasco, 2016).

1.3.1. EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH Y SIDA EN LA CAPV

La detección y registro de nuevas infecciones se comienza a realizar en el País Vasco y en el Estado español a partir de 1997. Así entre 1997 y 2014 la evolución de las nuevas infecciones en la CAPV ha fluctuado, y se han dado dos picos, uno en 1997, con 229 casos, que bajó a 136 en 1999. Posteriormente se dio otro máximo de 209 casos en 2009 (Rodríguez et al., 2004; Zulaika et al., 2004). En los últimos años se ha estabilizado en torno a los 150 casos/año (Gobierno Vasco, 2016).

A partir de 2002 y hasta el 2014 la evolución de las nuevas infecciones en Euskadi ha estado marcada por el mayor índice de transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres (51.7% en 2015), y la alta proporción de

diagnósticos tardíos (51% en 2015); así como la disminución de transmisión por uso compartido de jeringuillas, que supone el 6.0% en 2015 (Gobierno Vasco, 2016). La tasa de UDVP ha ido disminuyendo progresivamente de manera continua, desde un 33% en 2002 hasta un 7% en 2014 (Gobierno Vasco, 2016).

En cuanto a los casos de SIDA, la tendencia descendente ha sido más marcada. Desde 1984 hasta 2015 se han diagnosticado 5.891 casos de SIDA, registrándose la máxima incidencia en 1996, con 428 casos. Entre 1984 y 1996 se declararon en la CAPV más de la mitad del total declarados hasta la actualidad. Desde 2010 a 2014 se han mantenido por debajo de 50 los casos anuales (Gobierno Vasco, 2016).

En cuanto a la vía de transmisión, se observa la misma tendencia descendente en la proporción de personas con UDVP entre los pacientes con SIDA. Entre 1997 y 1999 la media de transmisión por UDVP en las personas con SIDA era del 60%. En 2015 fue de 19.5%, por debajo de la vía de transmisión heterosexual, que supone el 45.7% de los casos de SIDA (Gobierno Vasco, 2016).

1.3.2. ACCESO A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA CAPV

El acceso al TARGA es universal en la CAPV. Según el Informe anual del Plan de Prevención de SIDA 2015 de la CAPV, actualmente se encuentran en tratamiento antirretroviral 5490 personas, 170 más que en el año 2014 (Gobierno Vasco, 2016). Se estima que del total de personas en tratamiento, un 30% aproximadamente es no adherente (1411 personas aproximadamente) (Gobierno Vasco, 2016).

La población con VIH en tratamiento antiviral en Bizkaia, estimada a partir de la tasa de personas con VIH en tratamiento antirretroviral en la CAPV

en 2015, es de 3.195 (58.2%) (Gobierno Vasco, 2016). Los detalles se pueden apreciar en la tabla 7.

Tabla 7 Distribución de pacientes en tratamiento por VIH en los hospitales de la CAPV (Gobierno Vasco, 2016)

Hospital	Número de pacientes atendidos por VIH en la CAPV 2015	Porcentaje (%)
Bizkaia		
H.U. Basurto	1570	28.6
H. Cruces	941	17.1
H. Galdakao	544	9.9
H. Barakaldo Sestao	140	2.6
Total Bizkaia	3195	58.2
Gipuzkoa		
Otros	50	0.9
H.U. Donostia	1428	26
Total Gipuzkoa	1478	26.9
Araba		
H.U. Araba	817	14.9
Total Araba	817	14.9
Total CAPV	5490	100

En 2015 el gasto en tratamiento antirretroviral en los hospitales vascos alcanzó la cifra de 35.120.264 €, cifra similar a la del año anterior 34.956.405€ (Gobierno Vasco, 2016). El gasto total en fármacos antirretrovirales así como el número de pacientes en tratamiento antirretroviralha experimentado un crecimiento exponencial desde finales de los años 90 con la introducción de la triple terapia. Se constata, sin embargo, la disminución constante del gasto medio por paciente al año. La tasa de altas hospitalarias en pacientes VIH disminuye lentamente, aumentando la hospitalización ambulatoria(Gobierno Vasco, 2016).

1.3.3. ENFERMEDAD MENTAL, DROGODEPENDENCIAS Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON VIH EN LA CAPV

La asociación entre VIH y exclusión social en el contexto de la CAPV viene dada en gran parte por la incidencia histórica del consumo de drogas por vía parenteral en este colectivo. Este perfil se halla reflejado en el estudio sobre la situación de personas en situación de exclusión grave en la CAPV (SIIS, 2013).

Otro estudio realizado en octubre de 2012 sobre las personas en exclusión residencial en la CAPV, muestra que en Bizkaia existen 923 personas en situación de sinhogarismo (Rodríguez-Sierra, 2016). De ellas 185 personas pernoctan en calle (141 en Bilbao y el resto en otros municipios); 738 pernoctan en recursos sociales. Entre estos últimos, 129 son personas que están alojadas en residencias de larga estancia. En esta muestra representativa de las personas en situación de exclusión grave de Bizkaia, el 25.25% refieren enfermedad mental y un total de 111 personas (14.8% sobre 750 respuestas) refieren tener VIH y Hepatitis C.

Con respecto a las personas con drogodependencias, en el año 2014 fueron atendidas 2569 personas por drogodependencias en la CAPV según el informe de SEIT (Rodríguez-Sierra, 2016). La principal sustancia consumida fue el alcohol (42.9%) seguida del cannabis (18.4%), la cocaína (18%), heroína (8.7%) y anfetaminas (6.7%); 134 personas (5.2%) no refieren una sustancia principal. Los resultados detallados en función de la presencia o no de VIH y vías de consumo se aprecian en la tabla 8.

Tabla 8 Características de las personas que han sido admitidas a tratamiento según la droga que causa dicha admisión en la CAPV 2014 (Rodríguez-Sierra, 2016)

Categoría/ Porcentaje	Heroína	Anfetaminas	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras (hipnosedantes)	Total	%
Total de personas	224	173	463	472	1103	134	2569	100
VIH positivo	10.3	4	5.4	1.1	1.8	5.3	87	3.4
VIH negativo	50.4	53.8	50.5	36.9	34.9	52.2	1069	41.6
Desconocido	39.1	41	42.5	61.7	62.7	41.7	1395	54.4
Pendiente	0	1.2	1.5	0.4	0.5	0.7	18	0.7
Oral (1170)	0	2.9	0	2.5	100	37.3	1170	45.5
Fumada (656)	58.9	1.2	10.4	97	0	11.9	656	25.5
Vía Intranasal (633)	9.4	93.6	85.1	0	0	41.8	633	24.6
Parenteral (71)	23.7	0.6	2.4	0	0	4.5	71	2.8
Otra	2.7	0.6	0.2	0.2	0	1.5	11	0.4
Desconocida	5.4	1.2	1.9	0.2	0	3	28	1.1

El perfil social se caracteriza por una mayoría de hombres (80.1%), de los cuales el 54% no han finalizado estudios secundarios obligatorios (Rodríguez-Sierra, 2016). El 71.2% no está trabajando, y el 15% viven en alojamiento social, prisión, hostel o calle. En cuanto a la salud, el 4% de las personas admitidas a tratamiento tienen infección por VIH y el 54.4% desconoce su serostatus. En personas consumidoras de heroína este porcentaje asciende al 10.3%.

Tesis Doctoral

Capítulo 2.

Modelo conceptual psicológico del bienestar

En este apartado se realiza una aproximación teórica al bienestar psicológico en personas con infección por el VIH desde el punto de vista de la salud positiva. Concretamente se definen las principales contribuciones teóricas de la Psicología en torno al Bienestar: *el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico, el bienestar social, la autorrealización, y la resiliencia*. El objetivo es analizar el impacto de las situaciones adversas y la enfermedad desde la perspectiva de la teoría de la felicidad y el bienestar.

2.1. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y BIENESTAR SUBJETIVO

El marco conceptual para comprender el impacto de la infección por VIH en la calidad de vida de las personas afectadas desde la ciencia psicológica positiva, está determinado por el estudio del *bienestar* (Aspinwall & Staudinger, 2002; Seligman, 2003; Snyder & Lopez, 2009).

El concepto de *bienestar* se ha desarrollado en los últimos años como modelo que estudia la salud mental positiva; conceptualiza los componentes básicos del bienestar, la felicidad y los enfoques más positivos y optimistas de la salud mental, supera el foco más tradicional de la enfermedad o los estados negativos de la salud mental.

Ryff y Singer (2013) definen la salud en función de la tendencia a la autorrealización. Dedicaron su obra a un estudio de los componentes básicos del impulso universal hacia el desarrollo del máximo potencial de las competencias

y aspiraciones personales, entendiendo la salud física como la mayor o menor presencia de conductas de salud, creencias de salud y capacidad funcional. Estos autores han hallado que muchas personas son capaces de mantener niveles altos de bienestar a pesar de los retos y adversidades a los que se enfrentan a lo largo de la vida (Ryff, 2014; Ryff & Singer, 2013).

El bienestar psicológico subjetivo es una dimensión básica y general de la personalidad, por lo que se trata de un constructo individual, formado por componentes inseparables e interdependientes cuando sean evaluados de manera global o multidimensional. Está determinado por una multiplicidad de factores de carácter bio-psico- social, histórico y cultural (Vielma-Rangel & Alonso, 2010).

Ryan y Deci (2001) han propuesto una organización de los diferentes estudios sobre el bienestar en dos grandes tradiciones: la tradición que tiene como objeto el estudio de la felicidad *bienestar hedónico*, y la epistemología del desarrollo del potencial humano o *bienestar eudaimónico* (Ryan & Deci, 2001). Algunos autores han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo *bienestar subjetivo* (*Subjective Wellbeing, SWB*) como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo *bienestar psicológico* (*Psychological Wellbeing, PWB*) como representante de la tradición eudaimónica (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

El concepto de *bienestar subjetivo* se origina a finales de 1950. Ha sido definido sobre la base de tres elementos básicos: su carácter subjetivo, basado en la experiencia propia; su carácter global, que abarca todas las dimensiones de la vida y su carácter positivo referido a la satisfacción vital y la afectividad positiva en el momento presente (Cuadra & Florenzano, 2003; Gallagher, Lopez, & Preacher, 2009).

El *bienestar subjetivo* es la evaluación en términos de satisfacción y equilibrio entre los afectos positivos y negativos. La visión predominante dentro de los psicólogos hedónicos es que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva construida sobre la experiencia de placer frente al displacer (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000).

El *bienestar subjetivo* se define como una categoría de fenómenos psicológicos que incluye las respuestas emocionales de las personas, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida.

La segunda línea de la Psicología positiva o del bienestar se denomina eudaimónica (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1996; Seligman & Csikszentmihalyi, 2014).

Se refiere al *bienestar psicológico*, que se logra a través de la búsqueda del crecimiento personal, el desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida en el presente y en el futuro. Las cualidades eudaimónicas se conceptualizan como cualidades dinámicas, aprendidas, y en interacción constante con el contexto (Ed, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Recientemente se ha cuestionado la distinción entre los aspectos hedónicos y eudaimónicos del bienestar (Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008), integrando ambas dimensiones en el estudio de la salud mental positiva (Keyes, 2012, 2014, 2015; Keyes et al., 2002).

El *bienestar psicológico subjetivo* puede ser considerado como la experiencia en el momento presente de estar y sentirse bien con uno mismo, o bien como una disposición estable de la personalidad (Vielma-Rangel & Alonso, 2010). Estas dimensiones están interrelacionadas aunque son empíricamente independientes, y a su vez se asocian con factores de personalidad o con otras variables sociodemográficas o sociales. Keyes, Shmotkin, Ryff (2002)

hallaron que los niveles óptimos de bienestar (alto bienestar subjetivo y alto bienestar psicológico) se corresponden con mayor edad, mayor nivel educativo, y extraversión (Keyes et al., 2002).

Asimismo, el bienestar psicológico se relaciona con la disposición y motivación intrínseca que conduce a las personas a proponerse desafíos y superarlos, colocando a prueba sus habilidades personales en un momento dado de la vida, conocida como resiliencia (Ryff & Singer, 2003).

El bienestar psicológico es de carácter universal, fenomenológico, temporal y positivo y está asociado a la presencia de ciertos rasgos de la personalidad (Vielma-Rangel & Alonso, 2010).

Los componentes del bienestar psicológico positivo son (Zubieta, Fernández, & Sosa, 2012):

- Afectivo-emocional (Diener, Suh, & Oishi, 1997). Incluye tanto la vivencia de afectos positivos como las emociones negativas.
- Cognitivo-valorativo (Ryff, 1989). Se refiere a la valoración subjetiva de satisfacción con la vida de acuerdo a valores y metas personales y metas propuestas y tiene que ver con el autoconcepto (Ryff, 1989a; Veenhoven, 1994).
- Social, vincular o contextual de la personalidad (Cuadra & Florenzano, 2003). Resultado de la interacción con el contexto en que se desarrolla la vida de la persona (Ryff & Singer, 2000b).

En cuanto el concepto de *autorrealización* es similar al concepto de *bienestar psicológico*, pero hace más hincapié en la posibilidad de operativizarlo y poder evaluarlo. Para ello, Ryff y Keyes (1995) han analizado el constructo de

autorrealización a través del estudio de las aportaciones de la Psicología humanista (Ryff & Keyes, 1995).

La autorrealización fue mencionada por primera vez por Aristóteles, bajo el nombre de eudaimonia o la realización del verdadero potencial (Ryff & Keyes, 1995). En 1995 Keyes y Ryff describen por primera vez las seis dimensiones de la autorrealización (Ryff & Keyes, 1995): autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno, y propósitos en la vida.

Autoaceptación: Es la capacidad de integrar múltiples aspectos del yo, incluyendo cualidades y puntos débiles. Incluye la aceptación del pasado. Se considera baja autoaceptación la visión negativa de uno mismo respecto a sí mismo y su pasado.

Relaciones positivas con otras personas: Es la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas, es decir, relaciones estables socialmente significativas, vínculos psico-sociales, confianza en las amistades y capacidad de amar.

Desde este enfoque se considera que el aislamiento social, la soledad y la pérdida del apoyo de otras personas afectan negativamente la salud física y el tiempo de vida.

Crecimiento personal: Se entiende como la realización del potencial personal y fortalecimiento de las capacidades, dinamismo, apertura a la experiencia, sentimiento de crecimiento progresivo. En el lado contrario, la persona se siente estancada, sin sentido de proyección de futuro.

Propósito en la vida: Sentido de futuro, trascendencia. Planificación de metas en la vida y un sentido de dirección en las diferentes etapas de la vida. En

el lado opuesto, se observan ausencia de metas y objetivos y la no creencia de que su vida tenga sentido.

Dominio del entorno: Capacidad de adaptación y competencia en manejar el ambiente, capacidad de crear contextos y ambientes adecuadas a las necesidades personales. En el otro extremo, carencia de competencias para gestionar las oportunidades del entorno.

Autonomía: Independencia de criterio, pensamiento crítico, autonomía, locus de control interno de la individualidad en diferentes contextos sociales, basándose en las propias convicciones y en el mantenimiento de la independencia y autoridad personal en el transcurso del tiempo. La falta de autonomía conlleva una alta sensibilidad a la opinión de otras personas.

La autorrealización fue conceptualizada desde la Psicología humanista como la dinámica interna al organismo que lo conduce a realizar, satisfacer y mejorar sus potencialidades inherentes (Maslow, 1995). Maslow, a través de sus estudios describió 16 características que las personas autorrealizadas deben presentar: punto de vista realista ante la vida; aceptación de ellos mismos, de los demás y del mundo que les rodea; espontaneidad; preocupación por resolver los problemas más que pensar en ellos; necesidad de intimidad y un cierto grado de distanciamiento; independencia y capacidad para funcionar por su cuenta; visión no estereotipada de las personas, de las cosas y de las ideas; historia de experiencias cumbre profundamente espirituales; identificación con la raza humana; relaciones profundamente amorosas e íntimas con unas pocas personas; valores democráticos; habilidad de separar los medios de los fines; sentido del humor vivo y no cruel; creatividad; inconformismo; habilidad para alzarse por encima del ambiente más que ajustarse a él.

Siguiendo a Ryff y Singer (2013) podemos señalar que también la humanista tuvo una aportación importante con la terapia centrada en la personas

de Rogers (Ryff & Singer, 2013), conceptualizada como tendencia de actualización; definida por el autor como la tendencia innata de crecimiento orgánico, la fuerza que enfatiza el crecimiento del organismo (C. Rogers, 1962).

Rogers describe la tendencia a la actualización en siete cualidades o dimensiones: autoconciencia, sentido de la identidad, espontaneidad, apertura a la experiencia, confianza en su organismo, completud de su potencial y congruencia.

Otras teorías relevantes para la conceptualización del bienestar psicológico son: la teoría de los estadios del desarrollo de la personalidad a través del ciclo vital (Erikson, 1959), la teoría de la salud mental positiva (Jahoda, 1959), la teoría del deseo y búsqueda de significado (Frankl, 2000), teoría de la maduración (Allport, 1967), o la teoría de la felicidad (Csikszentmihalyi, 1997, 1999; Csikszentmihalyi & Davidson, 1997). Todas ellas contribuyen con su aportación teórica al constructo de autorrealización. El bienestar psicológico podría ser entendido como una virtud y, asimismo, como la búsqueda constante de la excelencia personal (Ryff, 1989a).

El *bienestar social* ha sido definido como “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998b), y está compuesto de las siguientes dimensiones:

1. *Integración Social* o evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. La integración social implica sentirse parte de la comunidad, a través de lazos de apoyo y colaboración con las redes comunitarias. Podemos asociarlo con la dimensión de relaciones sociales positivas.
2. *Aceptación Social*. Se refiere al grado de disfrute que se experimenta a partir de saberse y sentirse perteneciendo a un determinado grupo o

comunidad. Implica la aceptación de los aspectos positivos y negativos de la vida de uno mismo y de los demás. En conjunto, tanto la aceptación de uno mismo como de los demás, son indicadores de salud mental. La aceptación social indica que la persona tiene una actitud positiva hacia los otros en general aunque a veces la conducta sea compleja o incomprensible. Puede tener una relación con la autoaceptación.

3. *Contribución Social*. Se refiere al sentimiento que se tiene de ser un miembro importante en la sociedad; de tener algo positivo que ofrecer al mundo y que las actividades personales son valoradas (“Yo tengo algo de valor que aportar al mundo”), lo que facilita la motivación y propósito en la vida. Se percibe que la relación con el entorno social facilita el tener metas y propósitos en la vida.
4. *Actualización Social*. Se refiere a la confianza que los miembros de un grupo tienen en el potencial de crecimiento y desarrollo de una sociedad, así como de su capacidad para generar bienestar para sus miembros. Se asocia a percibir que el entorno permite el crecimiento personal.
5. *Coherencia Social*. Se refiere a la capacidad de entender la organización y funcionamiento del mundo social. Puede equipararse a la dimensión de dominio del entorno.

Además, el bienestar social aparece sólidamente relacionado con la satisfacción general con la vida, con la participación en actividades que tienen como marco la ayuda voluntaria y la colaboración generosa en la solución de problemas que nos afectan y atañen a todos, y la confianza en los otros (A. Blanco & Díaz, 2005). Las relaciones sociales pueden dotar a la vida de

optimismo y de confianza en el futuro y hacernos, de paso, socialmente más activos y solidarios (Keyes, 1998b).

Las relaciones positivas con otras personas y la autorrealización son aspectos que se retroalimentan. Bilbao, Techio y Páez (2007) y Basabe et al. (2009), observan también que las necesidades psicológicas y la interacción con las otras personas se manifiestan en todas las culturas, aunque la forma en que éstas se hacen es diferente. Hay evidencia de que los atributos del bienestar psicológico y social se asocian y varían en distintos contextos culturales (Basabe, Páez, Aierdi, & Jiménez-Aristizabal, 2009; Bilbao, Techio, & Páez, 2007; Zubieta & Páez-Rovira, 2002).

Por último, no se comprende el bienestar psicológico sin bienestar social (Ryff & Singer, 2000b). Los estudios psicosociales de la salud y el bienestar conciben a los procesos de salud/enfermedad dependiendo de las transacciones entre el individuo y su medio. Keyes (1998) describe las múltiples dimensiones del bienestar social, tales como la integración en la vida de la comunidad y la contribución a la sociedad, entre otras también es importante para el bienestar social la posibilidad de formar parte de la construcción social (Keyes, 1998b).

La teoría del bienestar social se ancla en el modelo ecológico. Bronfenbrenner (1976) establece cuatro niveles de influencia ambiental o contextual en la salud y en el comportamiento individual (Bronfenbrenner, 1976, 2009):

1. El Microsistema es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, o el trabajo.

El ambiente cercano del enfermo suele verse incrementado por entornos que llegan a convertirse en cotidianos como son: el hospital/la consulta, los enfermos con los que coincide en el ámbito hospitalario, las asociaciones a las que acuden en busca de ayuda, etc. Cada uno de los medios citados: familia, amigos, trabajo/escuela, hospital/consulta, asociaciones, otros pacientes; interaccionan e influyen en el sujeto directamente. Al asumir el rol de enfermo se produce lo que Bronfenbrenner denomina transición ecológica. Cuando una persona cambia su rol, se produce, casi de forma inmediata, un cambio en cómo se trata a esa persona, ella misma altera su forma de actuar e incluso lo que piensa y siente, sufre una transformación.

2. Mesosistema: Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es, por tanto, un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno. Es decir, vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto. Es necesario que la persona reciba en todo los contextos que percibe como “conocedores” de su enfermedad, la misma información.
3. Exosistema. Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno: lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.
4. Macrosistema. Toma en consideración la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico. Las políticas gubernamentales y autonómicas determinan qué áreas sanitarias se

establecen como prioritarias (tanto a nivel preventivo, asistencial y de investigación). En gran medida, la calidad de la atención médica y psicológica que reciba el enfermo estará en función de estas variables. También la clase social y estatus económico de una comunidad específica concretarán los recursos disponibles para el sujeto. Estas intervenciones pueden incluir iniciativas para generar cambios en la estructura o composición del entorno social, cambios en la conducta individual o las actitudes, o cambios en la calidad y frecuencia en la interacción entre la persona y uno o más miembros de su entorno social.

2.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO, BIENESTAR SOCIAL Y RESILIENCIA

La resiliencia es definida como los patrones de adaptación positiva en un contexto de riesgo y adversidad (Chong, Mak, Tam, Zhu, & Chung, 2017; Colasanti, Stahl, Farber, Del Rio, & Armstrong, 2017; Couto, Pinheiro, Poletto, Paludo, & Koller, 2006; Jiao et al., 2017; Masten & Cicchetti, 2012; Masten, Powell, & Luthar, 2003; Masten & Tellegen, 2012; Poletto & Koller, 2006; Rutter, 1999; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000a, 2000b; Yu, Chan, Zhang, & Stewart, 2016).

Tradicionalmente el término resiliencia se usa en el campo de la física y se refiere a la capacidad que tienen los cuerpos para volver a su forma original tras haber sufrido deformaciones por medio de una fuerza determinada.

El estudio de la resiliencia se inició en el ámbito de la infancia (Garmezy, 1991a, 1991b) y adolescencia (Luthar, Sawyer, & Brown, 2006; Masten et al., 2003).

Existe evidencia de que las personas tienen una enorme capacidad para sobreponerse a sucesos desafortunados (Ong, Bergeman, & Boker, 2009).

En situaciones de adversidad, las personas evalúan su situación en relación a su nivel de aspiraciones, y el bienestar se alcanza en la medida en que los individuos pueden percibir, estructurar y dar un significado a los proyectos personales (Pychyl & Little, 1998).

Según Iglesias (2006) la definición más utilizada de la resiliencia es la de Garmezy (1991), quien la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa ante un evento estresante (Garmezy, 1991a, 1991b; Iglesias, 2006). Se trata de un proceso dinámico que implica una interacción entre factores que actúan para modificar los efectos adversos de un evento. Se asemeja a los constructos competencia y afrontamiento, aunque la competencia y el afrontamiento habitualmente implican conductas manifiestas, observables, mientras que este es un concepto más amplio (Luthar et al., 2006).

En una revisión teórica sobre la investigación en resiliencia en adultos se concluye que existe una relación entre resiliencia y afrontamiento del estrés y de las adversidades en las enfermedades físicas. El resultado más interesante sostiene que las personas pueden ser resilientes a pesar de que vivan en ambientes de vulnerabilidad psicosocial (Fernandes de Araújo, Teva, & Paz-Bermúdez, 2014).

Por otra parte, se han encontrado pocos instrumentos cuantitativos para medir la resiliencia. Se han formulado algunas críticas respecto a los mismos, debido fundamentalmente a la naturaleza dinámica, contextual y multidimensional de este constructo psicológico (Masten & Obradović, 2006; Park, Peterson, & Sun, 2013; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012; Rutter, 2006). De ahí derivan otras críticas debido a la ausencia de una clara definición

del constructo y las dificultades de identificar las características de la resiliencia (Truffino, 2010).

La resiliencia en nuestro trabajose entiende como un proceso dinámico donde el ambiente y el individuo interactúan entre sí. Por tanto, es un concepto que se enmarca en el modelo ecológico(Zubieta & Páez-Rovira, 2002).

La resiliencia viene definida por 12 factores, que recogen la perspectiva histórica (Saavedra & Villalta, 2008) y la perspectiva relacional (Grotberg, 2006) y son:

- Factor 1: *Identidad*. Se refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable.
- Factor 2: *Autonomía*. Se refiere a juicios sobre el vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular al entorno sociocultural. Alude al sentimiento de competencia frente a los problemas, la buena imagen de sí mismo y la independencia al actuar.
- Factor 3: *Satisfacción*. Estado de satisfacción personal, sentimientos de logro y autovaloración desde el cual el sujeto aborda una situación problemática.
- Factor 4: *Pragmatismo*. Percepción de un sentido práctico de interpretar las acciones que realiza.
- Factor 5: *Vínculos*. Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y las redes sociales, con raíces en la historia personal.
- Factor 6: *Redes*. Vínculos afectivos que establece la persona con su entorno social cercano.
- Factor 7: *Modelos*. Juicios que refieren a personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas.

- Factor 8: *Metas*. Juicios que refieren al sentido de la acción para abordar una situación problemática.
- Factor 9: *Afectividad*. Reconocimiento y valoración positiva de la vida emocional los cuales favorecen la flexibilidad en los métodos, hábitos y preferencias, en la adaptación a situaciones nuevas con humor y empatía.
- Factor 10: *Autoeficacia*. Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.
- Factor 11: *Aprendizaje*. Juicios que valoran la situación problemática como oportunidad de aprendizaje.
- Factor 12: *Generatividad*. Se refiere a la capacidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

Como pensaban Ryff y Singer (2008), el estudio conjunto de la autorrealización y la resiliencia aportará mayor conocimiento, debido a las sinergias entre ambos campos del conocimiento (Ryff & Singer, 2008). Especialmente interesante es el estudio de los factores protectores que pueden estar asociados a que después de una situación traumática algunas personas obtengan mayores niveles de bienestar que otras sometidas al mismo nivel de sufrimiento o necesidad.

2.3.CORRELATOS PSICOSOCIALES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL

El estudio del bienestar psicológico y social ha contribuido a conocer los factores correlacionados con la calidad de vida.

2.3.1. BIENESTAR PSICOSOCIAL Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: EDAD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

El estatus socioeconómico, la edad y el sexo son características que pueden relacionarse con diferentes componentes de la autorrealización (Ryff & Singer, 2008). Según estos autores, a medida que avanza la edad, se observan cambios en las dimensiones de autorrealización, ya que se trata de dimensiones dinámicas, que evolucionan a lo largo del ciclo vital. No son comparables las dimensiones del bienestar en adolescentes o en personas mayores. A medida que aumenta la edad el propósito en la vida y el crecimiento personal disminuyen. Sin embargo, se observa una alta puntuación en la dimensión de relaciones positivas con otras personas y afecto positivo. La autoaceptación y las relaciones con los demás se mantienen en las mujeres y en hombres disminuyen. (E. Friedman & Ryff, 2012; Ryff et al., 2012).

El estatus socioeconómico, medido por nivel educativo, ingresos y estatus laboral aparece como factor determinante del bienestar psicológico. El nivel educativo tiene una fuerte asociación con el bienestar psicológico, especialmente en crecimiento personal y propósito en la vida, los componentes principales de la autorrealización. La falta de acceso o desigualdad de oportunidades es un obstáculo para el bienestar, aunque también se observa bienestar en aquellas personas con acontecimientos vitales estresantes, que se encuentran en un nivel socioeconómico bajo o en minorías étnicas, lo cual puede deberse a la capacidad individual de resiliencia (Ryff, Keyes, & Hughes, 2003; Ryff & Singer, 2003). Las expectativas que una persona tiene con respecto a su propia vida tiene una relación estrecha con la clase social, medida por indicadores objetivos; tales como empleo, ingresos, acceso a salud (Keyes, 1998b).

2.3.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL EN HOMBRES Y MUJERES

El estudio del bienestar psicológico y social ha llevado a algunas evidencias de su relación diferencial con la salud (A. Blanco & Díaz, 2005; Zubieta & Delfino, 2010).

Se ha comprobado que la autorrealización como tendencia o disposición general al desarrollo personal está asociada a determinadas variables que pueden moderar los efectos de los componentes específicos de la autorrealización. Ryff (1989) encontró que las mujeres mostraban mayores puntuaciones en la dimensión de relaciones positivas con otras personas que los hombres (Ryff, 1989a, 1989b).

Zubieta, Fernández y Sosa (2012) estudiaron el bienestar psicológico, el bienestar social y los valores en una muestra de 947 personas de diferentes ciudades de Argentina, y hallaron que las mujeres exhiben mayores puntuaciones en las sub-dimensiones de crecimiento y relaciones con otros, mientras que los hombres obtienen medias más elevadas en auto-aceptación y autonomía (Zubieta et al., 2012).

Una investigación realizada por Barrón y sus colaboradores (2002), que relacionaba afrontamiento y bienestar psicológico, tuvo como objetivo estudiar la incidencia de la edad, el género y el nivel de bienestar sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, así como la relación entre el constructo de bienestar y el de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema se relacionaban con un alto bienestar, mientras que el estilo improductivo se relacionaba con un bajo bienestar en hombres y mujeres. El estilo de relación positiva con los demás mantenía una relación positiva con el bienestar en los varones. Por su parte, en las mujeres, el bienestar se relacionaba con la estrategia de búsqueda de apoyo social (R. Barrón, Montoya,

Casullo, & Bernabéu, 2002)., como se ha observado en otros trabajos (Parsons, Frydenberg, & Poole, 1996).

Recientemente Asla y colaboradores (2014) hallaron que las mujeres con VIH tenían menor puntuación en relaciones positivas con otras personas y dominio del entorno con respecto a las mujeres sin VIH y los hombres con VIH (Asla, Aguirrezabal, López, López, & Broz, 2014).

2.3.3. BIENESTAR Y COMORBILIDADES MÚLTIPLES

La teoría del bienestar psicológico se basa en que la motivación a la superación como fuente de felicidad no está condicionada a la ausencia de dolor o sufrimiento. Los hechos traumáticos en condiciones óptimas, despliegan la capacidad de las personas dedicada a superar los desafíos (Csikszentmihalyi & Davidson, 1997). Sin embargo, a pesar de esta tendencia individual, las exigencias del entorno muchas veces superan las capacidades individuales de superación (Lazarus & Folkman, 1984). Las reacciones negativas a los hechos estresantes y traumáticos son más intensas cuando hay más hechos estresantes después del primero, cuando hay bajo apoyo social y se da una fuerte reacción emocional inicial; además de antecedentes psiquiátricos u otras limitaciones cognitivas (Páez, Bilbao, Javaloy, & Casullo, 2008).

Los hechos estresantes tienen un impacto más negativo cuando se concentran o aglomeran en el tiempo, cuando son inesperados e incontrolables, además de negativos. Las experiencias adversas en el comienzo de la vida, o bien las experiencias intensas, prolongadas en el tiempo y acumulativas producen un sentimiento de vacío e indefensión, que impide la activación de recursos para la adaptación (Ballester et al., 2016; Diener, Diener, & Diener, 1995; Diener & Fujita, 1995; Florenzano & Dussailant, 2011; Luborsky &

Luborsky, 2006; Magidson et al., 2013; McIntosh, Seay, Antoni, & Schneiderman, 2013; Nicholson, 1994; Santa Maria, Narendorf, Ha, & Bezette-Flores, 2015; Sikkema et al., 2013).

Friedman y Ryff (2012) examinaron la relación entre bienestar psicológico y enfermedades múltiples en personas de edad avanzada. Hallaron que el nivel de satisfacción general descendía en personas con múltiples enfermedades (E. Friedman & Ryff, 2012). En cuanto a las dimensiones específicas, el propósito en la vida y las relaciones positivas con otras personas, se observó no descendían. Se concluía que las relaciones sociales y los propósitos en la vida son factores que contribuyen al mayor bienestar también en personas con múltiples comorbilidades.

Otro estudio puso en evidencia que las personas con esquizofrenia y depresión puntuaban más bajo en las seis dimensiones de la escala de autorrealización, indicando una relación negativa entre comorbilidad y autorrealización (Ryff, 2014; Strauss, Sandt, Catalano, & Allen, 2012).

El bienestar psicológico se comprende como el despliegue de las competencias psicológicas potenciales hasta su máxima expresión. Estas competencias psicológicas individuales influyen en la superación de las situaciones estresantes o adversas, pero la visión del bienestar no puede ser individualista, sino que se enmarca en la perspectiva ecológica, ya que abarca la cultura y los valores donde la persona construye su visión del mundo y de sí misma (Páez et al., 2008; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Capítulo 3.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud y factores asociados

El constructo de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores asociados de afrontamiento, apoyo social, ajuste social, y adherencia son analizados en este capítulo como indicadores de bienestar en su conjunto, y de manera particular en presencia de comorbilidad psiquiátrica y/o pordrogo dependencias o exclusión social. La calidad de vida abarca el bienestar subjetivo y psicológico así como el bienestar social (Schalock & Verdugo, 2003, 2012).

A partir de esta premisa analizaremos la CVRS refiriendo aspectos definitorios, así como los factores de riesgo y de protección que contribuyen a la mejora de la calidad de vida, en concreto en personas con infección por VIH, en tratamiento antirretroviral, y en situación de exclusión social y otras condiciones de comorbilidad.

3.1. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud definió ya en 1948 la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (WHO, 1995). La definición procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York

del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada por los representantes de 61 estados; entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición de salud realizada por la OMS en términos positivos, pretende superar reduccionismos pasados basados en la definición de la salud en tanto ausencia de enfermedad (WHO, 1995).

Calidad de Vida: En 1995 se crea en la OMS un grupo de expertos denominado *The World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHO, 1995). En este grupo se define calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Acorde con la definición del constructo, los instrumentos para medirla deben hacer referencia a la percepción del individuo en relación con sus metas, abarcando todos los aspectos de su vida, y explorando la relación con el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive (WHO, 1995). Las medidas de la calidad de vida deben cumplir estos criterios establecidos:

- Indicadores objetivos y subjetivos: incluir aspectos objetivos como salud, bienestar material, vivienda, y los aspectos subjetivos de satisfacción, calidad percibida, etc.
- Indicadores Multidimensionales: revelar diversos aspectos de la vida del individuo.
- Incluir emociones positivas y negativas. La salud mental positiva no equivale a la ausencia de emociones negativas, sino que se mide por la afectividad positiva.
- Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), o en su caso el

momento de la enfermedad que se cursa son factores que afectan a la calidad de vida.

Principalmente y por ser un constructo que abarca elementos subjetivos, la evaluación de la Calidad de Vida debe incluir una definición precisa y operativa, con resultados comparables y medidas estandarizadas. En un esfuerzo por operativizar el concepto de la calidad de vida, la OMS (WHO, 1995) establece las dimensiones que definen el constructo. Estas dimensiones se mencionan a continuación:

- **Dimensión física:** Incluye el dolor y malestar, sensaciones físicas percibidas y experimentadas como desagradables por la personas, aunque no haya una causa física que lo explique. Incluye la energía y fatiga: refiriéndose al entusiasmo de una persona para realizar las actividades de la vida cotidiana, así como las actividades recreativas. También incluye el sueño y descanso.
- **Dimensión psicológica:** Incluye las sensaciones positivas experimentadas por la persona de equilibrio, paz, y esperanza en el futuro. Incluye las capacidades cognoscitivas de aprendizaje, memoria, y concentración, así como la capacidad de tomar decisiones. También se incluye la autoestima. Se refiere a los sentimientos positivos o negativos de la persona hacia sí misma. Asimismo se evalúa la autoimagen, o concepto que tiene la persona de su propia imagen. Por último, se evalúan los sentimientos negativos, como culpa, abatimiento, etc.
- **Área de independencia funcional:** En este apartado se tienen en cuenta aspectos como la movilidad e independencia de la persona para la realización de las tareas básicas de la vida diaria; o la capacidad de trabajo, definido como actividad principal que la persona realiza.

- Relaciones sociales: Incluye las relaciones interpersonales, el apoyo social percibido, así como la actividad sexual, definida como el grado en que la persona puede experimentar y expresar su deseo sexual.
- Medio: Incluye el contexto donde se desarrolla la persona. Principalmente evalúa el grado de seguridad física de las personas o sensación de libertad. Incluye también el medio doméstico, los recursos financieros, el acceso a los servicios de salud, así como las oportunidades para adquirir información y nuevas aptitudes. También recoge la posibilidad de participar en actividades recreativas, la participación social, las condiciones físicas del entorno.
- Espiritualidad: Las creencias personales profundas ayudan a afrontar las dificultades de la vida, infunden significado a las cuestiones espirituales y personales y, más en general, brindan a la persona una sensación de bienestar.

Con el objetivo de aplicar la medida de la calidad de vida en la investigación en el área de la salud se define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS):

Se puede definir 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 estos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010). También se comprende la CVRS como el desarrollo de recursos que potencien la autorrealización de la persona (Rubio, 2004).

De todas las definiciones de Calidad de vida relacionada con la salud; destaca la descrita por Rapp, Shumaker, Schmidt, y Naughtonen 1995, quienes a partir de una exhaustiva revisión de los instrumentos de medida de CVRS elaboran una definición que aúna las diferentes concepciones que existen al

respecto. 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. Se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para lograr un nivel global de funcionamiento social, físico y cognitivo, el cuidado personal y el bienestar emocional (Rapp, Shumaker, Schmidt, & Naughton, 1995). Esta capacidad permite al individuo realizar aquellas actividades que son importantes para él y que a su vez afectan a su estado general de bienestar. Los aspectos más destacables en la definición de calidad de vida son:

- La incorporación de los elementos subjetivos individuales en la salud, de tal modo que la salud no es equivalente a ausencia de enfermedad, sino también, y principalmente, está en función de la valoración subjetiva que esa persona realiza en un momento y contexto determinado de su salud. Hay personas que han pasado por enfermedades graves y que sin embargo tienen una percepción de haber encontrado sentido y aprendizaje en la experiencia (Páez et al., 2008). Esta valoración subjetiva dependerá de factores sociodemográficos, sociales y factores de personalidad. Los factores sociodemográficos se refieren a aspectos como la edad, estado civil, unidad familiar, o sexo. Los factores sociales se refieren a las condiciones de vida objetivas. Los factores de personalidad son subjetivos, e incluyen el sistema de creencias, los estilos de afrontamiento, la historia de aprendizaje, o las competencias personales. Este constructo añade valor a la información proporcionada por los criterios clínicos, ya que se puede evaluar el impacto psicosocial que estos tienen en la vida diaria del sujeto, la vivencia subjetiva de su salud, así como permite cuantificar los aspectos menos tangibles de la enfermedad. La medida de la CVRS tiene un particular interés en el escenario de las

enfermedades en las que se ha conseguido una supervivencia prolongada mediante intervenciones terapéuticas específicas (Siegrist, Fernández-López, & Hernández-Mejía, 2000).

- La visión integral biopsicosocial de la salud. La Calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que abarca el funcionamiento físico, los factores psicológicos y los aspectos sociales. (Badia & García, 2000; Badía & Podzameczer, 2000; Badia et al., 2000; Lizán-Tudela & Reig-Ferrer, 2002; Rodríguez-Marín, Pastor, & Lopez-Roig, 1993b). La definición incluye aspectos relacionados con el sistema de salud.

La CVRS, así definida, se ha utilizado para medir la evolución de las enfermedades crónicas, respondiendo al concepto integral de salud como uno de los factores del bienestar (Hammer, Eron, Reiss, & et al., 2008). En la enfermedad crónica, la evaluación subjetiva de la evolución o mejoría está fundamentada en el funcionamiento psicológico además del grado de funcionamiento físico, superando los conceptos de calidad de vida basados en el aspecto funcional (Vosvick et al., 2003). En la tabla 9 se definen las áreas que engloban el concepto de CVRS. Se han tomado de la definición realizada por Badia (2000), que recoge otras dimensiones como la espiritualidad o la satisfacción sexual (Badia & García, 2000; Badía & Podzameczer, 2000; Badia et al., 2000).

Tabla 9 Dimensiones del constructo Calidad de vida relacionada con la salud

AREA	DEFINICIÓN
Percepción de la salud	Percepción general del estado de salud teniendo en cuenta los valores personales
Dolor	Cantidad de dolor percibido
Funcionamiento físico	Modo en que la salud limita las actividades físicas
Transición de salud	Cambios en el estado de salud
Funcionamiento de rol	Modo en que la salud afecta la capacidad para trabajar, estudiar o realizar actividades de la casa
Energía/fatiga	Nivel de energía percibida
Funcionamiento social	Modo en que la salud limita las actividades sociales
Funcionamiento cognitivo	Capacidad para razonar, resolver problemas, memorizar, atender y estar concentrado/a
Salud Mental	Bienestar emocional y psicológico
Estrés por la salud	Preocupación por la propia salud
Funcionamiento sexual	Satisfacción sexual y capacidad sexual
Autoimagen	Sentimientos sobre la imagen y el cuerpo
Espiritualidad	Creencias religiosas y espirituales

Fuente: Elaboración propia, adaptada de (Badia & García, 2000; Badía & Podzamczer, 2000; Badia et al., 2000).

En resumen, Badia y sus colaboradores recogen los aspectos fundamentales del constructo de CVRS (Badia & García, 2000; Badía & Podzamczer, 2000; Badia et al., 2000):

- El funcionamiento físico: cuidado personal, actividad física y desempeño de roles.
- *Los síntomas físicos* relacionados con la enfermedad o el tratamiento.
- Los aspectos psicológicos: alteraciones emocionales o del funcionamiento cognitivo.

- Los aspectos sociales: interacción social, relación con familiares u otros.

Schwartzmann y col. (1999) proponen un modelo biopsicosocial de la calidad de vida relacionada con la salud (Schwartzmann et al., 1999) que incorpora el aspecto dinámico de la calidad de vida. La CVRS es un proceso cambiante que incluye interacciones continuas entre el o lapaciente y su medio ambiente: determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido). De las resultantes de esas intervenciones dependerá el bienestar físico, psíquico y social y la evaluación general que hace la persona.



Diagrama 1 Calidad de vida relacionada con la salud. Tomado de (Schwartzmann et al., 1999)

A partir de estas aportaciones teóricas, se ha desarrollado la calidad de vida paralelamente al desarrollo de la Psicología positiva; y se aplica no solamente como indicador de la evolución de la enfermedad sino también en el campo de la discapacidad y la dependencia (Leyns & De Maeseneer, 2013; Schalock & Verdugo, 2012).

Schalock y Verdugo han aplicado las dimensiones de la calidad de vida al ámbito de los servicios sociales y sociosanitarios, integrando los aspectos físicos, psicológicos y sociales del bienestar en un esquema con parámetros medibles y observables (Schalock & Verdugo, 2003):

Definen la calidad de vida como un estado deseado de bienestar en ocho áreas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social.

- *Bienestar emocional*: Se define por los elementos de satisfacción con uno mismo, autoconcepto positivo y ausencia de estrés.
- *Relaciones interpersonales*: Relacionarse con personas diferentes, tener amistades y buenas relaciones con la gente. Incluye interacciones con diferentes personas, disponer de redes sociales, tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos. También incluye la satisfacción con el apoyo, sentirse apoyado a nivel físico, emocional y económico.
- *Bienestar material*: Tener suficiente dinero como para comprar lo que se requiere o se quiere tener, disponer de una vivienda y de un puesto de trabajo adecuado. Incluye las variables como estatus económico, el empleo, la vivienda.
- *Desarrollo personal*: Posibilidad de aprender cosas diferentes, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se refiere también a la

competencia personal, disponer de conocimientos y habilidades para la vida autónoma.

- *Bienestar físico*: Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables.
- *Autodeterminación*: Poder decidir por uno mismo y tener oportunidad de escoger las cosas que uno quiere.
- *Inclusión social*: Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado y contar con el soporte de otras personas.

El mayor riesgo al acotar el término de CVRS es restringir el estudio de la calidad de vida al campo clínico sanitario, ya que en la práctica se está considerando de nuevo la enfermedad como el objeto de estudio. Así, se ha llegado a modelos de calidad de vida específicos para cada enfermedad (Urzúa, 2010). Para sortear este riesgo, se deben utilizar medidas múltiples cuantitativas y cualitativas que permitan desarrollar el concepto de CVRS hacia la salud positiva y el bienestar social. Las investigaciones provenientes de las ciencias sociales pueden aportar evaluaciones sobre la salud más ligadas al concepto de bienestar, que enriquecerán el análisis de la CVRS (Schwartzmann, 2003).

3.2. FACTORES PSICOSOCIALES Y CVRS

La creciente importancia del estudio de la salud positiva ha impulsado el estudio de los factores individuales protectores de la salud y el bienestar. Se analizan los conceptos de *afrentamiento*, *apoyo social* y *ajuste social* como factores relevantes en la CVRS y en el bienestar o satisfacción (Ryff & Singer, 2000a; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000b). Asimismo, se analiza la influencia de estas variables en las personas con VIH.

3.2.1. AFRONTAMIENTO ALVIH

Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) de respuesta ante el estrés, el afrontamiento se define como el conjunto de procesos cognitivos y conductuales cambiantes, que se desarrollan para manejar demandas externas o internas, valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1984). Según estos autores, la respuesta al suceso estresante estará modulada por la evaluación cognitiva, que puede ser de tres tipos: *la evaluación primaria* o valoración del nivel de amenaza del estímulo; *la evaluación secundaria* o evaluación de los recursos personales en base a la historia previa y a la experiencia; o *la evaluación terciaria* o ejecución misma de la estrategia seleccionada.

Según esta teoría, las formas de afrontamiento más adaptativas son aquellas que consiguen disminuir la respuesta fisiológica de estrés, minimizar las reacciones emociones negativas, reforzar la autoestima y mejorar el rendimiento y el ajuste social, aceptar la realidad y la percepción del mundo como controlable (Fernández et al., 2004).

El estímulo: El estímulo estresante puede ser externo o interno. Los propios pensamientos y creencias pueden actuar como elementos estresantes. La demanda externa o interna se considera amenazante en cuanto que rompe la situación de homeostasis del individuo con su entorno (Lazarus & Folkman, 1984). En este sentido, la aparición de una enfermedad rompe la situación de equilibrio de las personas con su entorno en el plano físico, psicológico y social. Las creencias sobre la salud también influyen de forma importante en el estilo de afrontamiento: la importancia subjetiva hacia la salud, la susceptibilidad percibida de poder adquirir una enfermedad, la percepción de los beneficios de adquirir una nueva conducta y las claves de las pautas a seguir, influyen en la asunción o no de conductas de auto cuidados (Lazarus & Folkman, 1984).

La evaluación: La *evaluación primaria* es la interpretación cognitiva del suceso, la valoración que el sujeto hace de la situación, es decir, si la situación es amenazante para su bienestar o supervivencia. La *evaluación secundaria* es la valoración que la persona hace de los recursos que posee, tanto personales y sociales como materiales e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. Si la situación se interpreta como una amenaza, la respuesta que se genera es de estrés. Es una respuesta anticipatoria de la amenaza, que se caracteriza principalmente por la percepción de incapacidad de control de la situación. La respuesta conductual o cognitiva tras la evaluación es denominada *evaluación terciaria*. Esta respuesta produce un efecto en la relación entre el individuo y el ambiente, que a su vez puede resultar en una reevaluación de la situación y una nueva respuesta cognitiva, conductual y emocional, hasta que la situación sea resuelta.

La respuesta: El proceso de afrontamiento del estrés varía en función de tres variables, que dan lugar a los diferentes estilos de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984):

- El foco de respuesta: la respuesta puede ir dirigida, o bien a la situación en sí, o bien a los recursos para afrontarla.
 - ✓ *Afrontamiento centrado en el problema:* Respuestas dirigidas al agente estresor. Se definen por la respuesta conductual o cognitiva dirigida a la eliminar o evitar del estresor
 - ✓ *Afrontamiento centrado en la emoción:* Respuestas dirigidas a modificarla emoción negativa producida por el agente estresor.

Una estrategia puede ser de uno u otro tipo dependiendo de la meta que se persiga. Por ejemplo, buscar apoyo social puede ser de tipo emocional si la meta

es recibir apoyo emocional, o puede ser de tipo instrumental si se busca información o consejo (Carver & Connor-Smith, 2010).

- La función de la respuesta: si se dirige al estímulo o se dirige a evitar la fuente de estrés.
 - ✓ *Afrontamiento activo o aproximativo*: Respuestas dirigidas a modificar el estresor eliminándolo o evadiéndolo. Puede incluir estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción; como por ejemplo regulación emocional, aceptación, búsqueda de apoyo emocional, o reestructuración cognitiva. Dentro del afrontamiento aproximativo, se distinguen también, según Carver y Connor-Smith (2010) dos tipos: el afrontamiento acomodativo, de adaptación al estresor, y el afrontamiento centrado en la búsqueda de significado positivo del suceso estresante, por ejemplo ante sucesos incontrolables (Carver & Connor-Smith, 2010).
 - ✓ *Afrontamiento evitativo*: Respuestas dirigidas a huir de las situaciones estresantes o de las emociones negativas. Incluye respuestas centradas en la emoción, como la negación, o el pensamiento desiderativo. El afrontamiento evitativo tiene como meta evitar la emoción negativa producida por el estresor, pero el estresor no se modifica, por lo que no es eficaz normalmente, y se le considera menos adaptativo (Carver & Connor-Smith, 2010).

La forma de la respuesta: Se divide en respuestas conductuales, emocionales o cognitivas. Las respuestas emocionales se agrupan en las estrategias de afrontamiento centradas en disminuir el estrés o malestar asociado al suceso estresante. Las respuestas cognitivas y conductuales se

agrupan en el tipo de estrategias centradas en el problema, orientadas a modificar el suceso en sí.

Folkman y Moskowitz (2004) analizan los tipos de afrontamiento centrado en el problema, combinando el foco de respuesta (centrado en el problema o centrado en los recursos); las formas de la respuesta (conductuales, cognitivas y emocionales) y la función de respuesta (aproximación o evitación)(Folkman & Moskowitz, 2004):

Aproximación cognitiva al problema: estrategias tales como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, el análisis lógico, la búsqueda de significado y/o la reevaluación positiva.

Aproximación conductual al problema: estrategias tales como la búsqueda de información, orientación, apoyo y la toma de medidas concretas para tratar directamente con una situación.

Evitación cognitiva del problema: estrategias que reflejan la negación y/o la aceptación resignada de la situación.

Evitación conductual del problema: no hacer nada para solucionar el problema, utilizar sólo estrategias de descarga emocional, o buscar recompensas alternativas a la situación.

Entre las diferentes clasificaciones, la más importante es la referida al carácter activo o aproximativo o el carácter evitativo de la respuesta. El afrontamiento activo se comprende como el conjunto de estrategias orientadas a la solución del problema o a la disminución del impacto emocional, tal y como se deduce de la teoría transaccional de estrés de Lazarus y Folkman de 1984 (Lazarus & Folkman, 1984). La frecuencia de utilización de las estrategias puede indicar un estilo de afrontamiento más estable.

La respuesta de estrés está modulada por diversos factores (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985), que se agrupan en:

- *Factores Antecedentes*: factores previos a la ocurrencia del suceso vital estresante: personalidad (*locus* de control, dureza), apoyo social, autoconfianza y estrategias de afrontamiento (optimismo-pesimismo, evitación, enfrentamiento).
- *Factores Consecuentes*: Factores que se derivan del suceso vital estresante y que son a su vez estresantes: estigma, pérdida de trabajo, medicación, etc.

El análisis de las estrategias de afrontamiento y su relación con la personalidad, muestra que el la extraversión, se relaciona con mecanismos de afrontamiento activo aproximativo. El neuroticismo esta asociado a mayor percepción de amenaza y mayor tendencia a percibir los recursos propios como insuficientes, así como mayor sensibilidad al estres interpersonal. La mentalización se asocia a menor estrés percibido, y la apertura a la experiencia se asocia con menor estrés interpersonal. Se ha hallado que los factores moderadores de esta relación entre algunos rasgos de personalidad y el afrontamiento activo, como la gravedad del suceso estresante o la acumulación de sucesos en breve lapso de tiempo (Carver & Connor-Smith, 2010). El afrontamiento es un proceso de reajuste continuo para adaptarse a las demandas que exceden los recursos de la persona de acuerdo a la percepción subjetiva de las mismas (Lazarus, 1993). Según este autor, las estrategias de afrontamiento más adecuadas dependerán de cada situación a la que la persona responde y de sus estilos de afrontamiento.

Temoshok (1993) señala en su teoría del afrontamiento que el significado de la vida es uno de los principales aspectos del estrés psicológico, y que dirige

las estrategias de afrontamiento que cada persona activa en una situación estresante (Temoshok, 1993).

Existe correlación entre la percepción de la salud y el afrontamiento adaptativo. En enfermedades como el asma, la diabetes y el cáncer, que requieren conductas de vigilancia y de autocuidado para un tratamiento adecuado, el afrontamiento activo resulta una estrategia eficaz (Folkman, 1997; Rodríguez-Marín et al., 1993b).

Por su parte, Moos y Shaffer (1984) consideran también la posibilidad de distinguir entre afrontamiento como disposición estable y afrontamiento contextual, más transitorio y basado en respuestas concretas ante estresores específicos (Moos & Schaefer, 1984). Según estos autores, las estrategias de afrontamiento están además influidas por los estresores y los recursos sociales. Ambos factores contextuales, junto con las disposiciones de personalidad, determinan la elección de una u otra estrategia de afrontamiento (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996; Moos & Schaefer, 1984, 1986).

Un metanálisis de 13 estudios encontró que el afrontamiento basado en resolver problemas se asociaba a mejor salud psicológica (Ibáñez et al., 2004). En situaciones donde no se puede cambiar la fuente de estrés, la búsqueda de soluciones es menos adaptativa que la aceptación realista.

El afrontamiento no solo se basa en estrategias cognitivas sino también en competencias interpersonales: confianza interpersonal, empatía, responsabilidad (Lyons, Mickelson, Sullivan, & Coyne, 1998; Mickelson, Lyons, Sullivan, & Coyne, 2001).

Sobre la base de los hallazgos de su investigación, Martz y Livneh (2007) concluyen que los aspectos comunes de consenso con respecto a la definición de afrontamiento son los siguientes (Livneh & Martz, 2007):

- *Las estrategias de afrontamiento* varían en el tiempo y en el ciclo vital de la vida de una persona y en las diferentes personas.
- *Las estrategias de afrontamiento* son más o menos efectivas dependiendo del tipo de estrés, la severidad y duración del mismo, o el contexto de la situación estresante.
- *La eficacia del afrontamiento* requiere una interacción positiva entre las características personales y del entorno y las estrategias adoptadas para manejar el suceso estresante.
- *La adaptación exitosa* requiere del interjuego de un repertorio de estrategias flexibles, y la combinación de estrategias basadas en la solución del problema en situaciones que se pueden cambiar, y estrategias basadas en la disminución del malestar en aquellas situaciones que no se pueden cambiar.
- *Las estrategias de afrontamiento* son un factor mediador entre los sucesos estresantes y los resultados psicosociales o de salud.

Compas et al, (2001) establecen un modelo comprensivo del afrontamiento definido como el conjunto de esfuerzos conscientes y volitivos de la persona dirigidos a regular la emoción, los pensamientos, la conducta, la fisiología y el ambiente en las situaciones estresantes y sus circunstancias (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Según este modelo, las respuestas de afrontamiento se dividen en función de si se dirigen a obtener control primario o secundario sobre el evento estresante. Las estrategias dirigidas a lograr el *control primario* están dirigidas a solucionar el problema, o al autocontrol de las emociones. Las estrategias de *control secundario* están dirigidas a adaptarse a la situación, a cambiar el modo de interpretar y reaccionar ante el evento. Incluyen estrategias cognitivas como el control de

pensamiento, o las respuestas voluntarias de evitación, distracción o minimización.

En cuanto a las respuestas involuntarias al hecho estresante, se encuentran la activación fisiológica, la rumiación, la compulsión, o la huida (Compas et al., 2001).

Actualmente, la teoría del afrontamiento ha sido integrada en el campo de estudio de la Psicología positiva. Los hallazgos de la investigación sobre estrategias de afrontamiento en diferentes poblaciones han llevado a concluir que la relación entre estrategias de afrontamiento está más asociada a los elementos contextuales que a los rasgos disposicionales de la personalidad (McNulty & Fincham, 2012). También se ha estudiado el valor predictor de los acontecimientos vitales positivos en el bienestar subjetivo (Muratori, Delino, & Zubieta, 2012).

3.2.2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SALUD

A mediados de los años 70 se publican importantes trabajos sobre los efectos protectores en la salud de los vínculos sociales primarios. Los principales autores que han contribuido científicamente en este campo del apoyo social son Cassel (1974), Cobb (1976) y Caplan (1976) (Caplan & Killilea, 1976; Cassel, 1974; Cobb, 1976). En su origen, Cassell (1974) lo delimitó a los grupos primarios, mientras que Caplan (1976) desarrolló una teoría explicativa de la asociación entre apoyo social y salud, en función de la validación, *feedback* y dominio sobre el ambiente que aporta a la persona que lo recibe (Caplan & Killilea, 1976; Cassel, 1974). Cobbs (1976) enfatizó la dimensión cognitiva y afectiva del apoyo social y se centró más en la percepción subjetiva

por parte del sujeto del nivel de apoyo social recibido y la satisfacción con el mismo (Cobb, 1976).

Caplan (1974) define el apoyo social como un sistema relacional que implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes. Desempeña un papel significativo en el mantenimiento de la integridad de la persona al promover dominio emocional, orientación cognitiva y consejo. Además, provee de ayuda y proporciona *feedback* o información acerca de la propia identidad y desempeño (Caplan, 1974).

Por su parte, House (1981) introdujo una concepción conductual orientada a la acción del apoyo social (House, 1981). Lo define como una transacción entre dos personas, en las que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información, o valoración. Shumaker y Brownell (1984) también enfatizan el sentido proactivo del apoyo social (Shumaker & Brownell, 1984). El apoyo social se entiende así como una acción de intercambio entre dos personas, proveedora y receptora, con el objetivo de incrementar el bienestar del receptor.

Se acepta la distinción entre la perspectiva estructural y la perspectiva cualitativa o funcional del apoyo social (Gracia, 1997; Keele-Card, Foxall, & Barron, 1993).

Desde la perspectiva estructural, Lin et al. (1979) definen el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes de apoyo social y amigos íntimos (N. Lin, Simeone, Ensel, & Kuo, 1979). En su definición, reflejan los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, los tres niveles están interconectados (N. Lin, Ensel, Simeone, & Kuo, 1979; Nan, Dayton, & Greenwald, 1978). Las dimensiones más estudiadas de las redes de apoyo social han sido el tamaño, la densidad, la homogeneidad y la reciprocidad, entre otras.

En la perspectiva funcional se enfatizan los aspectos cualitativos del apoyo social y las funciones que este cumple (Cobb, 1976).

El modelo presentado por Tardy (1985) establece 5 dimensiones implicadas en el constructo de apoyo social (Tardy, 1985):

- La *direccionalidad*, enfatizando que el apoyo se puede evaluar como provisión del mismo o como apoyo recibido.
- La *disposición del apoyo* ante una situación hipotética y/o ante una situación real.
- La *descripción y evaluación*, dimensión que especifica las acciones de apoyo y su adecuación en términos de satisfacción.
- El *contenido del apoyo social*, donde se diferencian 4 categorías: apoyo emocional, instrumental, informativo y valorativo.
- *Redes*, dimensión que se refiere a la fuente de donde proviene el apoyo: familia, amigos, vecinos, etc.

Las funciones básicas del apoyo social como fuente de salud son: la provisión de apoyo emocional, material e informativo (A. Barrón, 1996; Gracia, 1997). El apoyo emocional se operativiza en términos de expresiones de afecto, cariño y empatía. El apoyo instrumental supone realizar acciones o proporcionar materiales o servicios que sirven para resolver problemas prácticos, como por ejemplo prestar dinero o ayudar en tareas de la casa; y el apoyo informativo se refiere a todas aquellas intervenciones que implican aconsejar, informar o guiar. Algunos autores identifican cada una de estas categorías o contenidos de apoyo con el ámbito en el que se producen: afectivo, cognitivo, y conductual. Así, el plano afectivo recogería la función expresiva o emocional (N. Lin, 1986a, 1986b), el cognitivo agruparía la informativa (Caplan, 1974; House, 1981), de

consejo o guía (Vaux & Athanassopoulou, 1987; Vaux, Riedel, & Stewart, 1987) y el conductual recogería lo material o instrumental (Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981; Sánchez-Vidal, 1988).

A lo largo de los años se han desarrollado tres líneas teóricas de investigación con respecto al apoyo social:

La primera línea concibe el apoyo social como fuente directa de la salud y bienestar, independientemente del nivel de estrés. La segunda línea defiende que el apoyo social actúa fundamentalmente sobre el suceso estresante, minimizando su impacto (Dunkel-Schetter, 1984). La tercera línea defiende la hipótesis del “efecto amortiguador” del apoyo social, sosteniendo que el apoyo social ejerce un efecto indirecto, ya que actúa esencialmente como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar. En presencia de apoyo social la relación entre estrés y salud es menor y en ausencia de apoyo social el impacto del estrés en la salud es mayor. El apoyo social modula la respuesta de estrés ante sucesos vitales estresantes. Las consecuencias beneficiosas que pueden aportar las redes de apoyo social como amortiguadores del estrés y como potenciadoras de la calidad de vida pueden disminuir el impacto del estrés en la salud (A. Barrón, 1996; Cobb, 1976).

Kaplan (1999) plantea que el apoyo social no debería ser siempre conceptualizado e investigado como un predictor de los resultados de la salud, ya que los cambios en el apoyo social pueden ser también una consecuencia de la enfermedad (R. Kaplan, Patterson, Kerner, & Grant, 1999). Esto es especialmente relevante en enfermedades estigmatizadas como el VIH. En la infección por VIH, una de las consecuencias más destacadas en los primeros estudios sobre el impacto del VIH en la calidad de vida de las personas era el rechazo social y el estigma asociado al VIH (Bayés, 1995).

Cutrona y Russell (1990) establecen que el tipo de apoyo social depende de la situación estresante. En situaciones incontrolables, el apoyo emocional será el más eficaz, mientras que ante situaciones controlables el apoyo que fomente la búsqueda de soluciones (material, informativo) es el más eficaz. Respecto de la duración del suceso estresante, cuánto más se prolongue, mayor importancia cobrará el apoyo emocional. Estos planteamientos no se contradicen con el hecho de que algunos aspectos del apoyo puedan ser útiles para casi todos los estresores (Cutrona & Russell, 1990).

La dimensión de apoyo familiar constituye uno de los elementos más relacionados con el bienestar psicológico (Emmons, 1986; Katz et al., 2015; Kuramoto, Wilcox, & Latkin, 2013; Palys & Little, 1983; Sun, Wu, Qu, Lu, & Wang, 2013). Sentirse apoyado por los demás, disponer de una red de apoyo y estar integrado en la comunidad más próxima son elementos que repercuten positivamente en la satisfacción vital (Brennan-Ing, Seidel, & Karpiak, 2017; Cederbaum, Rice, Craddock, Pimentel, & Beaver, 2017; Eustace, 2013; Onono et al., 2015; Poudel, Buchanan, Amiya, & Poudel-Tandukar, 2015). Está comprobado que la integración en los grupos sociales está asociada a un mayor bienestar (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Se incorporan al concepto de apoyo social, no solamente los grupos primarios familiares sino todos los grupos que conforman la vida en comunidad. Las personas con más vínculos sociales tienen mejor salud, porque tienen más fuentes de apoyo social en quien apoyarse en momentos de estrés (Cohen et al., 2000). Otra posible explicación es que el vínculo con la comunidad ofrece un sentido de coherencia a la propia existencia (A. Blanco & Díaz, 2005).

3.2.3. AJUSTE SOCIAL

El ajuste o adaptación al contexto se ha estudiado principalmente en relación con la salud mental, especialmente ligado a los procesos depresivos y en concreto, es uno de los elementos clave de la terapia interpersonal (A. Blanco & Díaz, 2005; Klerman & Weissman, 1994; Weissman & Klerman, 1985).

Según Weissman (1975), el ajuste social se define como la interacción entre el individuo y el entorno social. Los estilos de comportamiento en el entorno social, pueden ser definidos socialmente como apropiados, si se ajustan a las normas de ese grupo social (Weissman, 1975). La adaptación social está relacionada con la participación en la comunidad y con la integración en el grupo familiar. El funcionamiento social supone, junto a la sintomatología, un criterio clínico para evaluar la evolución de las personas con enfermedad mental. Los síntomas son un reflejo del estado físico y psíquico y el funcionamiento social es un reflejo de la interacción de la persona con otras personas, que a su vez depende del tipo de personalidad, expectativas familiares y culturales propias.

El marco teórico planteado por Weissman (1975) conceptualiza el papel de los factores contextuales en el origen, mantenimiento y remisión de la depresión, haciendo un importante aporte en el campo de la psiquiatría, ya que ofrece una evaluación de las personas con enfermedades mentales teniendo en cuenta la relación con el entorno social próximo.

En la construcción histórica del concepto de personalidad sana se ha tenido en cuenta el eje personal y el eje social, entendiendo que el bienestar personal individual está ligado a la satisfacción con la vida, mientras que el ajuste social se refiere a la aceptación social. Cardenal y Fierro (2001) han propuesto un modelo dimensional para el estudio de la salud y la psicopatología

con dos dimensiones: bienestar subjetivo personal y adaptación social (Cardenal & Fierro, 2001).

A partir del desarrollo de la perspectiva de la Salud positiva y de la Psicología comunitaria, se pone el énfasis en el papel de la comunidad como agente de salud y bienestar. No se trata de que el individuo tenga que adaptarse a la sociedad para ser considerado sano, sino que la comunidad debe facilitar las vías de interrelación para la integración social. Por lo tanto, el bajo ajuste social no se comprende como un síntoma individual sino como un problema social (Gracia & Herrero, 2006).

Una de las principales características que define el ajuste de una persona a su entorno es la percepción de sentimiento de “comunidad”. Este sentimiento de comunidad se alcanza a través de procesos participativos, en sistemas que permiten la expresión de las propias opiniones, principalmente en los sistemas de proximidad, como los grupos de amistades, los grupos familiares, o los grupos de autoayuda.

Concretamente, en nuestra comunidad se ha estudiado el papel de la integración y el bienestar de las personas inmigrantes (Aierdi, Basabe, Blanco, & Oleada, 2007; Díez Nicolás, 2005; Hidalgo & Jiménez, 2011; M. Moreno, Ríos, Canto, Martín, & Perles, 2010; Pozo, Hernández, & Alonso, 2004; Ríos & Moreno, 2010; Zlobina, Basabe, & Páez, 2004). También en el campo del sida es un factor relevante por la fuerte estigmatización social hacia la infección desde sus comienzos (Basabe et al., 1996) hasta la actualidad (Fuster et al., 2014).

El ajuste social se entiende en este trabajo como una expresión de la satisfacción o bienestar en la relación interpersonal y en la relación con la comunidad (Keyes, 1998a). Mide la satisfacción con las relaciones familiares, con las relaciones sociales, con la comunidad, así como la satisfacción con el

ocio y el trabajo. El funcionamiento social positivo engloba una amplia variedad de facetas, tales como: las relaciones sociales, las relaciones familiares, el empleo, la independencia, las actividades de ocio y tiempo libre, o incluso las tareas domésticas (Fonseca et al., 2008; Keyes, 1998b; Ryff, 2014). Podría definirse como el conjunto de capacidades y habilidades que presenta una determinada persona para desenvolverse de forma correcta en el ámbito social y personal (B. Kaplan, Cassel, & Gore, 1977).

Una adecuada competencia social indicaría un buen manejo del sujeto en cuestiones tales como la realización de *hobbies* y de actividades con el grupo de pares, adecuadas habilidades sociales de inicio y mantenimiento de conversaciones, o incluso la capacidad de autorregulación en las diferentes situaciones sociales (Pedrero et al., 2008).

3.3.FACTORES PSICOSOCIALES Y CVRS EN PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH

Hemos señalado que la infección por VIH se considera una enfermedad controlada y crónica. La adaptación a la enfermedad crónica, mucho más que la aguda, está determinada por las siguientes características (Lopez-Roig, Rodríguez-Marín, & Quilis, 1995):

- *Características relacionadas con la enfermedad*: duración, gravedad, forma de aparición (repentina o gradual), curso (posibles complicaciones, deterioro gradual de las funciones, dolor etc.), naturaleza y extensión de limitaciones, cambios visibles en la apariencia física (desfiguración, pérdida de algún miembro etc.).

- *Características del individuo*: sistema de creencias, percepción de control, experiencias previas (aprendizaje previo de recursos y habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes), carácter dependiente-independiente, autoestima, vulnerabilidad, etc.
- *El contexto general del sistema social* donde se produce la enfermedad del sujeto: disponibilidad de recursos estructurales y sociales, donde se incluye el apoyo social.

La infección por VIH y la CVRS. Las personas con VIH ven alteradas sustancialmente todas las áreas que se han definido en el constructo CVRS: afecta a la percepción subjetiva sobre la propia salud, percepción del funcionamiento físico, produce cambios de salud, afecta considerablemente al desempeño de un rol social activo, disminuye la energía, y puede influir en el rendimiento cognitivo, salud mental, funcionamiento sexual, imagen corporal, y vida espiritual (Badía & Podzamczar, 2000; Badía et al., 2000). También se incluye la dificultad de integración derivada de la discapacidad o de la estigmatización de algunas enfermedades crónicas, infecciosas o transmisibles (Sanjuán, Molero, Fuster, & Nouvilas, 2013).

Desde la aparición del VIH se impulsó entre los científicos el estudio de las variables psicológicas en personas con infección por este virus (Green & McCreaner, 1989; Nichols & Stuart, 1983), aunque entonces se conceptualizaban más como consecuencia negativa del impacto del VIH en la persona, que como variables predictoras de una mejor progresión. Así, se estudió profusamente la asociación entre VIH y estrés, depresión, suicidio, o trastornos psiquiátricos por efecto directo del VIH en el cerebro (Bayés, 1995; Gala et al., 1993; Pergami & Gala, 1994). Posteriormente, se ha desarrollado el estudio de los factores psicosociales protectores de la salud, y se ha impulsado como objetivo la mejora de la calidad de vida, y no solamente la disminución el

nivel de enfermedad y fallecimientos, como criterio de validación de los tratamientos (Remor, Rodríguez-Alzamora, & Carrobles, 2002).

Swindells y colaboradores (1999) encontraron que la calidad de vida estaba relacionada con variables demográficas como la edad, el sexo, la raza, el nivel educativo o el estado civil (Swindells, Mohr, Justic, & Berman, 1999). Los niveles más altos de calidad de vida tenían que ver con un mayor nivel de ingresos económicos y el empleo, entre otras variables. En esta misma línea, se halló que los pacientes seropositivos de mayor edad, con un menor nivel educativo y que consumían drogas por vía parenteral mostraban unos niveles más bajos de calidad de vida.

Remor (2012) realizó una revisión bibliográfica sobre el impacto de los determinantes psicosociales en la CVRS entre 1996 y 2009 (Remor et al., 2012). La revisión de estos trabajos ha permitido identificar que no hay un consenso sobre los determinantes psicosociales predictores principales de la CVRS en la población viviendo con el VIH. Las diferentes investigaciones han aportado información parcial y diversa. Las variables se presentan atendiendo al criterio de factor de protección para una buena CVRS y factores de riesgo para una CVRS deteriorada. Remor (2012) realiza una agrupación de los factores de riesgo y de protección (Remor et al., 2012):

- *Factores de protección:* Apoyo social, espiritualidad, afrontamiento activo centrado en el problema, ejercicio físico y autoestima.
- *Factores de riesgo:* dependencia económica de otros, desempleo y preocupaciones económicas; estrés y depresión, eventos vitales negativos.

Martín Suárez y colaboradores (2002) analizan la evolución de los pacientes tras la introducción de las nuevas estrategias de tratamiento

antirretroviral; y constatan un claro beneficio clínico global para los pacientes (Martín-Suárez et al., 2002). La mejoría de la situación física se acompaña paralelamente de una clara mejoría de su situación de salud mental, con un significativo descenso en el número de pacientes con trastornos más severos de depresión y ansiedad.

Sin embargo, el estigma asociado al VIH sigue siendo un desafío para mejorar la CVRS en personas con VIH. El estigma se considera una de las principales fuentes de estrés en personas con VIH (Sanjuán et al., 2013) y lleva al ocultamiento de la infección. Muchas personas deciden no revelar su condición de vivir con el VIH, por la carga negativa que este tiene, y por miedo al rechazo, especialmente en poblaciones vulnerables, que ya han sufrido otras condiciones estigmatizantes (Molero et al., 2011).

Lee y colaboradores (2002) obtuvieron evidencia de que la mayoría de las personas con VIH presentan una internalización del estigma asociado a su estatus como enfermo (R. S. Lee, Kochman, & Sikkema, 2002). Internalización que lleva a estar más preocupados por la posibilidad de infectar a otras personas y a experimentar mayor ansiedad, depresión y desesperanza. Además, hay que recordar que el estigma de padecer SIDA en muchas ocasiones viene a sumarse a otros estigmas previos como la orientación sexual (R. J. Brent, 2016; Coleman, Tate, Gaddist, & White, 2016; Cuca & Rose, 2016; Darlington & Hutson, 2017; Davtyan, Farmer, Brown, Sami, & Frederick, 2016; Ferlatte, Salway, Oliffe, & Trussler, 2017; Porter, Brennan-Ing, Burr, Dugan, & Karpiak, 2017; Proulx-Boucher et al., 2017; Sangaramoorthy, Jamison, & Dyer, 2017; Sweeney & Vanable, 2016; Varas, Neilands, Rodriguez, & Padilla, 2016; Yarhouse, 2003).

A pesar de los avances científicos y la disminución de la amenaza objetiva de transmisión del VIH en nuestro contexto social, el estigma social asociado,

sigue estando fuertemente asociado a la infección por VIH en la era del tratamiento antirretroviral de gran alcance (Parker & Aggleton, 2003). El impacto del estigma hoy en día es más perjudicial y difícil de afrontar que la enfermedad en sí. Se da en todas las culturas y países. Su efecto es especialmente grave en los países en desarrollo, ya que influye en que muchas personas no accedan al tratamiento antirretroviral (Gosling, 2008; Varas, Serrano, & Toro, 2005; Varas, Toro, & Serrano, 2005).

Las consecuencias del estigma generalizado hacia las personas con VIH son muy negativas también para la comunidad, por el impacto que tiene en la prevención, el miedo al rechazo que conlleva conductas evitativas, como la no realización de la prueba de detección de anticuerpos, o la evitación de prácticas de protección (Saki, Mohammadi, Mohammadi, & Mohraz, 2015).

En estos momentos, la infección por el VIH es una enfermedad crónica manejable y con una buena esperanza de vida, sin embargo, el estigma todavía existente puede interferir en la calidad de vida de las personas con VIH (Airhihenbuwa, Ford, & Iwelunmor, 2014; Molero et al., 2011; Moskowitz, Hult, Bussolari, & Acree, 2009a; Pachankis et al., 2015; Sanjuán et al., 2013; K. Wang, Rendina, & Pachankis, 2016).

Los anteriormente mencionados son los factores psicosociales de riesgo que de forma más contundente se han relacionado con la calidad de vida de manera directa (Herdman & Baró, 2000) y con la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH (Knobel, Polo, & Escobar, 2008; Rodríguez Fumaz, 2009).

3.3.1.FACTORES DE PROTECCIÓN EN LA CVRS EN PERSONAS CON VIH

Ulla y Remor (2002) señalan cómo tanto los aspectos comportamentales (estilos de vida) como los psicológicos (control del estrés y estrategias de afrontamiento) y sociales (apoyo social) pueden influir de manera importante en la progresión de la infección (Ulla & Remor, 2002).

El Afrontamiento al estrés en la infección por VIH

El estudio del afrontamiento al estrés en la infección por VIH comenzó en la era del sida, antes de que la infección por VIH tuviera un tratamiento eficaz y duradero (Lazarus, 1993; Leserman et al., 1999; Namir, Wolcott, Fawzy, & Alumbaugh, 1987; Temoshok, 1993). Folkman (1993) en una muestra de 425 hombres seropositivos al VIH analizaron la relación entre afrontamiento y percepción del estrés. El afrontamiento activo se asociaba con disminución del humor deprimido y el afrontamiento evitativo se asociaba con un aumento del estado depresivo (Folkman, Chesney, Pollack, & Coates, 1993). Otros estudios también han hallado una asociación positiva entre la calidad de vida y el afrontamiento activo de los problemas en personas con infección por VIH (Remor, 2009).

Por otro lado, se ha encontrado también que el afrontamiento evitativo está asociado con peor calidad de vida en personas con VIH (Schmitz & Crystal, 2000). También se han hallado relaciones entre el consumo de drogas y el afrontamiento evitativo, con mecanismos de distanciamiento y desconexión emocional, lo cual está asociado a un peor funcionamiento físico y social (Fleishman et al., 2000; Moneyham et al., 1998).

En personas con VIH/Sida la percepción de vivir libre de discriminación, la capacidad de amar y ser amado, así como la sensación de disfrutar de la

vida, son los indicadores principales de calidad de vida (Hunt & LaRosa, 1998; Schwartzmann, 2003). Ironson y Hayward (2008), revisando la evidencia científica del papel de los factores psicosociales en la progresión de la infección, concluyen que el optimismo, el afrontamiento activo y la espiritualidad son los factores más claramente asociados con un mejor pronóstico de la infección (Ironson & Hayward, 2008).

Carrobes, Remor y Rodríguez Alzamora (2003) han estudiado la capacidad predictiva del afrontamiento en el estrés emocional en personas con VIH. Encuentran una asociación negativa con el estrés emocional en las estrategias de afrontamiento activo conductual, específicamente la implicación activa positiva en la potenciación de los recursos personales y espíritu de lucha, y el apoyo percibido en el entorno afectivo. Por otro lado, se observa una asociación positiva con el estrés emocional en las estrategias de evitación por aislamiento, así como en la rumiación cognitiva, caracterizada por pensamientos negativos intrusivos.

El apoyo social en personas con VIH

En la era preTARGA ya se estudiaba el apoyo social como principal determinante de la salud en personas con infección por VIH (Bayés, 1995; Gracia, 1997). En primer lugar, se observó que la pérdida de la salud es también causa de pérdida de apoyo social. Kaplan, en un estudio longitudinal con una muestra de 397 varones VIH positivos, homo y heterosexuales, encontró que el tamaño de la red de apoyo social disminuye a medida que los sujetos van enfermando progresivamente (R. Kaplan et al., 1999). Además, los datos indican que el avance de la enfermedad precede más que antecede al descenso de la red de apoyo social y que, en realidad, el apoyo social instrumental mejora con el progreso de la infección.

Carrobles y Remor (2003) describen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Los resultados indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos (Carrobles, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003). Otros autores también han encontrado asociación entre apoyo social y bienestar en personas con infección por VIH (Antoni et al., 2000).

La necesidad de apoyo social está fuertemente asociada al bienestar en personas con infección por VIH, por la influencia de condiciones sociales de vulnerabilidad y por el estigma asociado al VIH (Remor et al., 2002).

La infección por VIH como enfermedad crónica es un proceso de curso impredecible, en la que el apoyo social juega un papel importante, especialmente en momentos de malestar o de crisis, que puede conllevar abandono de la medicación, o la práctica de relaciones sexuales de riesgo (Bing, Burnam, Longshore, Fleishman, et al., 2001; Turner et al., 2001).

En un estudio llevado a cabo en nuestro país, se encontró que los pacientes con infección por VIH percibían menor apoyo social que un grupo control de personas sanas y pacientes oncológicos en los ámbitos social, laboral, familiar, de amistades y general (Alarcón & Ballester, 2006).

El ajuste social en personas con VIH

El ajuste social puede influir en la CVRS en personas con VIH. Las posibles consecuencias sociales que conlleva declarar que se es portador del VIH o enfermo de SIDA pueden incluir el rechazo, la estigmatización tanto desde el entorno laboral y social como desde los ámbitos más próximos al

afectado como la familia, la pareja y los amigos, con el consiguiente aislamiento social (Catalan, Meadows, & Douzenis, 2000).

En personas con infección por VIH el estigma de la enfermedad dificulta la adaptación social. El ocultamiento de la condición de ser seropositivas, como mecanismo de defensa ante la discriminación y el estigma, conlleva una dificultad de activismo social y político, así como un alejamiento de vías de participación y liderazgo en la comunidad (Fuster et al., 2014). Las personas infectadas por el VIH tienen mayores dificultades para la integración laboral, situación fundamental para la adecuada integración social (Aguirrezabal et al., 2009).

Las personas con infección por VIH con historial de uso inyectado de drogas tienen más probabilidad de bajo ajuste social (Iraurgi, 2003a, 2003b), al igual que las personas con infección por VIH con enfermedad mental (Ballester, 2005).

La adherencia al tratamiento antirretroviral se considera un factor principal en la protección de la CVRS en personas con infección por VIH porque incide directamente en el éxito del tratamiento.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que las personas siguen las instrucciones médicas (Sabate, 2001). Pero es quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett la más completa, al definir la adherencia como la medida en que la conducta de las personas, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por su médico (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979). Por tanto, el incumplimiento se refiere al grado en que no se realizan estas indicaciones. Esta definición incluye la adherencia farmacológica, adherencia a los cambios de estilos de vida propuestos por el profesional o la falta de asistencia a citas concertadas de

control de la carga viral y control médico (Hays et al., 1994; R. Kaplan & Simon, 1990). Martín y Grau (2004) definen la adhesión terapéutica como la implicación activa y voluntaria de la persona en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo (Martín & Grau, 2004).

Ya en 1991, Meichenbaum y Turk proponían que la adherencia está determinada por variables personales; como las creencias, personalidad, trastornos psiquiátricos, discapacidad, expectativas, situación social y apoyo social y familiar, además de las variables relacionadas con la enfermedad y las variables relacionadas con el tratamiento (Meichenbaum & Turk, 1991). En 1999 se estableció una clara relación entre grado de cumplimiento y efectividad del tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH (R. Kaplan et al., 1999). El 81% de los pacientes con cumplimiento superior al 95% conseguían viremias indetectables, el 64% con cumplimiento del 90-95%, el 25% con cumplimiento del 70-80% y sólo el 6% de los que cumplían menos del 70%.

Las personas con diagnóstico precoz pueden iniciar el tratamiento antirretroviral y alcanzar el objetivo de carga viral indetectable, lo que les permite no solamente mejorar su salud, sino también disminuir la posibilidad de transmisión. Las ventajas del tratamiento antirretroviral son múltiples (Documento de consenso de GESIDA, 2015):

- Reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a la infección por VIH.
- Recuperación y preservación de la función inmunológica.
- Evitar el efecto nocivo de la replicación del VIH sobre posibles comorbilidades.
- Prevención de la transmisión del VIH.

Como hemos señalado anteriormente, la meta del TARGA es maximizar la supresión de la carga viral individual y comunitaria, ya que a nivel individual la CV indetectable está asociada a una mejoría de la salud y reducción en la tasa de transmisión. A nivel comunitario disminuye la tasa de nuevas infecciones, la tasa de ingresos hospitalarios, la probabilidad de enfermar y se mantiene el número de personas con infección por VIH asintomáticas (Cohen et al., 2011). Por tanto, se puede afirmar que la adherencia al TARGA es clave para la supervivencia y la cronificación de la infección y depende de aspectos psicológicos emocionales (depresión, ansiedad, optimismo, afrontamiento), y funcionales-cognoscitivos (memoria, atención y alerta).

DiMatteo (2004) estudió la adherencia al tratamiento y su relación con variables psicosociales, y concluyó que existen dos determinantes fundamentales del no cumplimiento. Uno de ellos es la creencia de la persona con respecto a la eficacia del tratamiento. Otro determinante es la creencia de la persona con respecto a la propia capacidad de conseguir el cumplimiento estricto del mismo, bien porque cree que el tratamiento es excesivamente difícil de seguir, o porque carece de apoyo para poder cumplirlo. Una implicación de lo anterior es que la persona interviene de una forma activa en el tratamiento. La conducta adherente se instaura y mantiene como resultado de la creencia que tiene la persona en su capacidad para adoptar un comportamiento y conseguir el resultado deseado. La salud mental, el apoyo social y las actitudes hacia el tratamiento son las variables que más peso tienen para explicar la adherencia (DiMatteo, 2004a, 2004b). DiMatteo (2004) define la adherencia terapéutica como un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

Diversos estudios han permitido identificar varios factores asociados con mala adherencia (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2004), entre los cuales destacan los siguientes:

- Factores Psicosociales:
 - *Condiciones de vida*: El disponer de domicilio fijo y soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia.
 - *Características psicosociales*: El hecho de tener mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés y menor disponibilidad de apoyo social implica una menor adherencia por parte de los pacientes.
 - *Percepción de la enfermedad*: El conocido mal pronóstico que presenta la enfermedad en ausencia de tratamiento puede ser de ayuda para comprender la necesidad del mismo, aunque dicho tratamiento sea complejo y presente efectos adversos.
 - *Relación con el equipo asistencial*: La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente en la adherencia.

- Factores relacionados con la enfermedad:
 - *Régimen terapéutico*: En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.
 - *La interferencia con los hábitos*: Puede interferir en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, lo cual motiva que algunos de ellos

dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.

Se estima que una media de un 40% de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos, lo que supone dos de cada cinco pacientes. La falta de cobertura de las necesidades básicas está asociada a una peor salud, y en el caso del VIH, a una pobre adherencia(Documento de consenso de GESIDA, 2015).

La adherencia a los regímenes de tratamiento está sujeta a la influencia de factores que cambian con el paso del tiempo. Las intervenciones clínicas deben ser flexibles para acomodarse a las necesidades dinámicas en función del ciclo vital, y a lo largo de las diferentes etapas de la infección. En este sentido, Ballester et al. (2000) han encontrado que un 53% de los pacientes con infección por VIH dejan de tomar en ocasiones los fármacos prescritos, el 14% sigue realizando las mismas prácticas de riesgo que les llevó a la infección y el 10% no cumple con el régimen de visitas médicas(Ballester, Reinoso, García, & Campos, 2000). La investigación muestra que incluso una leve falta de adhesión reduce de forma importante los beneficios del tratamiento a través del incremento de la carga viral, la mutación del VIH y su resistencia a los fármacos (Chesney, 2003; Documento de consenso de GESIDA, 2015; Power et al., 2003).

La gravedad de los problemas ocasionados por la falta de adhesión al tratamiento en personas con infección por VIH ha hecho que se investiguen los posibles factores relacionados y su efecto modulador sobre la adhesión. Algunos factores no han mostrado ser excesivamente relevantes, como es el caso de la edad, el sexo o la raza (Ferguson et al., 2002). Entre los factores que se han visto relacionados con la adhesión se encuentran el nivel educativo, el grado de información respecto a la enfermedad, las creencias culturales del paciente, la

valoración de la gravedad de la enfermedad, la percepción acerca de la eficacia del tratamiento, la complejidad del tratamiento, la vulnerabilidad percibida, la intolerancia a los efectos secundarios, la creencia acerca de la toxicidad de los fármacos, la relación con el facultativo, la inestabilidad en las vidas de los pacientes (p.ej., no tener un hogar), el ánimo depresivo, la ansiedad, los problemas psicopatológicos en general, la calidad de vida, la falta de apoyo social, el sentido de coherencia, el consumo excesivo de alcohol, la historia de consumo de drogas o el deterioro cognitivo (Ballester, 2002; Gordillo, del Amo, Soriano, & González-Lahoz, 1999). Es de destacar el papel que probablemente ejerce en la adherencia la influencia de la familia, la pareja o los amigos; considerándose muy conveniente que el plan de tratamiento comprenda compromisos o alianzas con estos grupos, ya que existen mayores posibilidades de cumplimiento del tratamiento (Documento de consenso de GESIDA, 2015; Marco, Knobel, & Guelar, 2000).

Por todo ello, hay que tener en cuenta las variables sociales, como el grado de exclusión social, ya que a iguales condiciones de salud, las personas que se encuentran en situación de exclusión, tienen peores condiciones básicas de vida y peor calidad de vida, y sobre todo, carecen de apoyo social para supervisar la toma de la medicación. A nivel mundial, la principal dificultad es el acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2004).

Piña y Sánchez Sosa (2007) desarrollan un modelo psicológico para la adherencia. Se propone un modelo biopsicosocial, en el cual se explica la adherencia como resultado de cuatro fases que interactúan entre sí (Piña & Sánchez-Sosa, 2007).

La primera fase: se refiere a los factores personales previos a la infección:

a) Creencias relacionadas con la enfermedad. Se puede percibir la enfermedad como peligro en potencia porque las consecuencias son nocivas e independientes de la respuesta del sujeto (incertidumbre).

b) Motivos o creencias sobre los propios recursos personales, que predisponen a la persona a actuar de determinada manera.

c) Las competencias conductuales, adquiridas a lo largo de la vida, que permiten a una persona actuar adecuadamente porque dispone de los recursos necesarios para hacerlo.

La segunda fase, comienza con el diagnóstico de la infección, que puede ir acompañada de otras afecciones o dolencias. Supone el comienzo del tratamiento y la activación de los recursos de adaptación al mismo.

La tercera fase alude a las conductas de adherencia así como emociones asociadas al proceso de adaptación a la nueva situación, como ira, depresión, ansiedad, etc.

La cuarta fase se refiere a la funcionalidad biológica: en la medida que las conductas de enfermedad y las variables disposicionales no interfieran, la funcionalidad biológica se corresponderá con la conducta de adherencia.

En resumen, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, donde se incluyen factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos (Ballester, 2005).

Para el caso del VIH, la adherencia óptima o cumplimiento de más de 95% de las tomas está asociada con una disminución de la carga viral y aumento de los linfocitos CD4 (Anigilaje et al., 2014; Kagee & Nel, 2012; Kiyuwa-

Muyingo et al., 2013; Luma et al., 2016; Mannheimer et al., 2002; Maqutu & Zewotir, 2011; Marrone, Mellgren, Eriksson, & Svedhem, 2016; Nachega et al., 2007; Rigueira, 2001; Wood, Hogg, Yip, Harrigan, & Montaner, 2004). Los instrumentos para medir la adherencia pueden ser autorregistros, recuentos de fármaco en sangre, recuento de medicación dispensada, así como distintos tipos de sistemas electrónicos (Documento de consenso de GESIDA, 2015).

3.3.2. FACTORES DE RIESGO PARA LA CVRS EN PERSONAS CON VIH

Las personas con infección por VIH tienen una mayor probabilidad de historial de sucesos estresantes o adversos a lo largo del ciclo vital, acumulados también en un determinado contexto geográfico e histórico, que se denomina efecto sindémico (Singer & Clair, 2003). Se entiende por enfermedad sindémica la conjunción de dos o más epidemias interactuando sinérgicamente, que contribuye a una mayor dificultad de adaptación en la población afectada (Singer & Clair, 2003). La acumulación de sucesos traumáticos es más frecuente en mujeres que en hombres, por ser más probablemente víctimas de abusos sexuales o de violencia, aunque también puede darse en hombres que tienen sexo con hombres (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015).

Se ha demostrado que los trastornos mentales crónicos o de personalidad y por drogodependencias conllevan un mayor riesgo de abandonos, asociados a momentos de crisis, falta de autocuidados en general, o por falta de compromiso. Tal y como se afirma en el informe de GESIDA de recomendaciones para una adherencia óptima al TARGA, uno de los factores principales asociados a la no adherencia es la adicción activa a drogas y/o alcohol, depresión, falta de confianza en la posibilidad de cumplimentar tratamiento, ansiedad, dolor, no encontrar cambios en el estado de

salud,etc(Documento de consenso de GESIDA, 2015; Kekwaletswe & Morojele, 2014; Knobel et al., 2000).

Comorbilidad psiquiátrica y CVRS en personas con infección por VIH

Las personas con VIH presentan una mayor frecuencia de morbilidad psiquiátrica que la población general (Arseniou et al., 2014; C. Jia, Mehlum, & Qin, 2012; Loeliger et al., 2016; Low et al., 2012; Luckhurst, 1991; Monroe, Chander, & Moore, 2011; Schulden et al., 2012; Watkins & Treisman, 2012; Yang, Chen, Kuo, & Wang, 2003).Según la cuarta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)-TR, las entidades psiquiátricas observadas con más frecuencia en pacientes con infección por VIH son los trastornos afectivos; depresión y trastorno bipolar (que suponen el 50%), los trastornos de la personalidad y los trastornos mixtos del estado del ánimo (Alino & De Flores, 2004).

La comorbilidad psiquiátrica puede ser previa a la infección o puede desencadenarse posteriormente a la infección por VIH.

Morbilidad psíquica previa a la infección por VIH

La morbilidad psiquiátricaprevia a la infección por VIH puede estar asociada a mayor exposición a conductas sexuales de riesgo o consumo de drogas.

La presencia de morbilidad psiquiátrica se ha encontrado asociada a una disminución de la calidad de vida en numerosos estudios(Arseniou et al., 2014; Gaynes et al., 2015; Jin et al., 2012; C. Y. Lin, Chang, Wang, & Lee, 2016; McDaniel, Fowlie, Summerville, Farber, & Cohen-Cole, 1995; Rodriguez-

Penney et al., 2013; Tsasis, 2000; Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002a, 2002b; Vosvick et al., 2003; Yang et al., 2003).

Las investigaciones realizadas en el área del VIH/SIDA muestran que la calidad de vida es más deficitaria en los pacientes con VIH/SIDA que en pacientes con otras enfermedades crónicas por el impacto de un mayor malestar emocional (Martín-Suárez et al., 2002).

Además del malestar emocional, las personas con VIH y comorbilidad psíquica tienen también peor funcionamiento físico, y la CVRS en presencia de comorbilidad psiquiátrica está modulada por la presencia del apoyo social (Ruiz et al., 2005).

Las personas con VIH en tratamiento antirretroviral con patologías múltiples no solamente suman los procesos de enfermedad, sino que la interacción entre los diferentes procesos genera un mayor deterioro y más grave repercusión en la calidad de vida (Pernas et al., 2001).

Además, en personas con comorbilidad psiquiátrica, se puede observar un mayor afrontamiento evitativo frente al malestar emocional intenso. El afrontamiento evitativo puede llevar a un menor acceso a los servicios y puede conllevar abandonos en el tratamiento de la infección por VIH y en los autocuidados de la salud en general. La actitud negadora puede conllevar el diagnóstico tardío y la transmisión del VIH en parejas sexuales ocasionales o estables.

La combinación de la acumulación de sucesos vitales estresantes, síntomas depresivos, falta de apoyo social y afrontamiento negativo durante un periodo de tiempo sostenido puede predecir una mayor progresión de la infección por VIH (Leserman et al., 2000).

La Morbilidad psíquica con el diagnóstico de infección porVIH como factor desencadenante

En personas con enfermedad psiquiátrica, el malestar psicológico y el sufrimiento emocional son inherentes al diagnóstico, ya que supone enfrentarse a un suceso vital estresante, y afecta directamente a la identidad y el autoconcepto. El proceso emocional de adaptación al diagnóstico es similar a otros sucesos vitales y de duelo, y pasa por varias fases. A partir del shock inicial se pasa por la fase de la negación, ira, depresión, pacto y aceptación. Aunque no se desarrolla linealmente, mejora cuando la persona afronta la situación y construye una nueva identidad (Nichols & Stuart, 1983).

Por otro lado, las repercusiones psicosociales del estigma de la enfermedad, como la culpa, vergüenza y el miedo, generan consecuencias en el individuo inclusive más dolorosas que la propia enfermedad como ya se ha discutido anteriormente. La infección por el VIH tanto en el momento del diagnóstico como en el proceso de cronicación se asocia con malestar psicológico(Ballester, 2005; Bayés, Comellas, Lorente, & Viladrich, 1998; Levesque et al., 2016; Perez-Matute et al., 2013; Shacham, Estlund, Tanner, & Presti, 2017; Shacham, Rosenburg, Onen, Donovan, & Overton, 2015; Youngs & Hooper, 2015). La situación actual de la investigación señala que existe una alta probabilidad de problemas emocionales y de salud mental asociada a la infección por VIH, que influye en la adherencia y la CVRS (Catalan et al., 2000).

Los denominados factores iatrogénicos o efectos secundarios ocasionados por las terapias antirretrovirales y/o los tratamientos específicos para las infecciones oportunistas también pueden influir en el estado mental de estas personas. Así, hay fármacos antirretrovirales que pueden producir, ansiedad,

depresión, estado de confusión, inquietud, manía y otros estados psicológicos en las personas con infección por VIH(Alarcón & Ballester, 2006).

Además el VIH es un virus neurotrópico, lo que significa que puede afectar al sistema nervioso central y provocar cuadros neurológicos en aproximadamente el 30% de los pacientes destacando entre otras complicaciones las encefalopatías y demencias (Ganau, Prisco, Pescador, & Ganau, 2012; Krut et al., 2016; Letendre, 2011).

En el ámbito de la infección por VIH, una serie de estudios demuestran la gran importancia de la interacción de variables psicológicas, endocrinas e inmunitarias en el pronóstico y la evolución de la enfermedad. Sugieren que determinados factores psicológicos pueden potencialmente afectar al curso de la infección, tanto respecto a la aparición de problemas físicos y/o emocionales como a la respuesta inmunitaria o a la propia supervivencia(Alfahad & Nath, 2013; Dean & Berger, 2012; Gorantla, Poluektova, & Gendelman, 2012; Kemeny, 2003; Lum et al., 2011; Major, Clerc, Rochat, Cavassini, & Bula, 2011; T. Rogers, 2011; Shie, Chen, Chen, & Ho, 2011; Wibbeler, Reichelt, Husstedt, & Evers, 2012).

Distintos estudios han señalado que la expresión emocional influye en la supervivencia a largo plazo de las personas con infección por VIH(Evans et al., 2002; O'Cleirigh et al., 2003). El estrés vital actúa como factor independiente sobre el riesgo de neoplasias cervicales en mujeres con VIH (D. Pereira et al., 2003); e incluso se ha observado que las creencias religiosas y espirituales de los individuos pueden tener una influencia indirecta sobre la función inmune(Antoni, 2003). En este sentido, es conocido el magnífico trabajo de Kiecolt- Glaser y Glaser (1992) en el que realizan una revisión de la literatura científica sobre la modulación de la función inmune a través de tratamientos psicológicos (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992). En este artículo, los autores

recogen evidencias de la eficacia de intervenciones consistentes en incrementar estrategias como la relajación, hipnosis, ejercicio físico, autorrevelación, búsqueda de apoyo social, autoeficacia y también de programas multicomponentes ante el VIH como el de (Antoni et al., 1991). Robinson, Mathews y Witek-Janusek (2003) han informado de los efectos inmunitarios de un programa estructurado de ocho sesiones en el que se entrenaba a los enfermos a enfrentarse a los estresores que impone la enfermedad y a otros estresores vitales (Robinson, Mathews, & Witek-Janusek, 2003). Tras el programa, se observaba una mejora global de la salud y una mayor actividad de las células de defensa Natural Killers (NK) en los pacientes.

Como hemos señalado, la comorbilidad psiquiátrica en personas con infección VIH supone un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento (Coppola et al., 2015; Feelemyer, Des Jarlais, Arasteh, & Uuskula, 2015; Foster, Morris, Ryder, Wray, & McNulty, 2011; Gaynes et al., 2015; Kagee, 2012; Lucas, 2011; Nachega, Hsu, Uthman, Spinewine, & Pham, 2012; Nurutdinova et al., 2012; Peltzer et al., 2012; Reif et al., 2012; Samuel, Winston, & Peters, 2015; Williams et al., 2014; Wojcik, Piekarska, & Jablonowska, 2016). Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, aunque con poca evidencia (Gonzalez et al., 2004).

Las personas con comorbilidad psiquiátrica pueden tener peor adherencia por la asociación entre el estrés y el malestar emocional con afrontamiento de tipo evitativo, o por la pérdida de autonomía funcional, falta de apoyo social o deterioro cognitivo (Ammassari et al., 2004; M. French, Moore, Vernace-Inserra, & Hawker, 2005; Glass et al., 2006).

Comorbilidad por drogodependencias y CVRS en personas con infección por VIH

Distintos autores conceptualizan la calidad de vida relacionada con la salud en sujetos drogodependientes, añadiendo a las categorías de la calidad de vida relacionada con la salud, la dependencia física y psicológica (Rojas, Pérez, González-Sáiz, Ballesta, & Bilbao, 2008). La población consumidora de drogas presenta un peor funcionamiento emocional que la población no consumidora, con síntomas frecuentes de depresión, ansiedad y agresividad, así como deterioro del funcionamiento cognitivo (Stuifbergen, Seraphine, & Roberts, 2000). En el funcionamiento social, las personas drogodependientes presentan un proceso de deterioro que desemboca en alteraciones del rol familiar y social de las personas, lo cual influye sobre la CVRS. Stuifbergen, Seraphine y Roberts (2000) estudian la relación entre la CVRS y las expectativas con respecto a la drogadicción, diferenciando tres tipos de expectativas: a) *de resultado teórico*, que hace referencia a en qué medida el paciente cree que la enfermedad que padece es curable, o al menos controlable; b) *de resultado autorreferencial*, que se relaciona con la confianza en que la posibilidad de curarse se aplicará a su caso particular; y, c) *de autoeficacia*, que señala en qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud. En el caso de la población consumidora de drogas, el fracaso en los intentos de abandonar las drogas influye de manera severa sobre las expectativas que éstos tienen, y a su vez sobre su CVRS. En este sentido, los drogodependientes experimentan sentimientos de culpa, frustración y desesperanza que se relacionan negativamente con la CVRS.

Stoskopf et al (2001) estudia la relación entre el consumo de drogas y la adherencia al tratamiento. No encuentran asociación entre la adherencia e historial de uso de drogas en el pasado, aunque se observa una tendencia a que las personas consumidoras que tienen mayor confianza en su médico

presentan mejor adherencia (Stoskopf et al., 2001). Algunos autores sostienen que en personas consumidoras, la capacidad para relacionarse de manera eficiente con personas significativas de su entorno inmediato, está relacionado con el ajuste psicológico así como la práctica consistente de las conductas de adherencia (Ramírez, 2012).

Los problemas de adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH son tan frecuentes y tan complejos que ninguna combinación de variables sociodemográficas y psicológicas ha sido capaz de predecir en un alto grado qué pacientes no van a seguir las prescripciones médicas. Por otro lado, el número de correlatos de la adhesión a los tratamientos antirretrovirales propuesto por diferentes autores hasta el momento es muy alto. En la revisión de la literatura sobre el tema realizada por Fogarty et al. (2002) se identificaron más de 200 variables distintas (Fogarty et al., 2002). Seguramente, tal como señalan Remien et al. (2003), se debería considerar la adhesión como un fenómeno dinámico que cambia en el tiempo, y acompaña el cambio de creencias, actitudes, emociones y eventos vitales cotidianos o trascendentes en la vida del paciente (Remien et al., 2003). Lo que parece claro es que estamos hablando de un problema cuya solución es de vital importancia dada la existencia de tratamientos de gran eficacia que pueden ayudar a incrementar no sólo la esperanza de vida del paciente, sino también su calidad de vida.

En estudios realizados con personas con historial de consumo intravenoso de drogas, variables como la edad, el consumo de alcohol y otras drogas, o la presencia de eventos vitales negativos se asocian con una menor adherencia (Gordillo et al., 1999).

Evan Wood (2003) halló que las personas usuarias de drogas por vía parenteral tenían mucha menor tasa de supresión del VIH en plasma y estas diferencias se debían a la baja adherencia (Wood, Hogg, et al., 2003; Wood,

Tyndall, et al., 2003). Las estrategias dirigidas a mejorar la adherencia tienen una importancia mayor entre personas consumidoras de drogas: algunas de estas estrategias incluyen el tratamiento directamente observado, acceso a programas comunitarios, y acceso a tratamientos para la adicción. El apoyo emocional y el entrenamiento en autoeficacia pueden ser también intervenciones eficaces para mejorar la adherencia en las personas consumidoras de drogas (Ballester, 2005).

Otro elemento que influye en la adherencia en personas consumidoras de drogas es el menor acceso a los servicios comunitarios y sanitarios (Celentano et al., 1998; Strathdee et al., 1998). Una hipótesis es que las personas consumidoras pueden tener menor capacidad de adherencia y la segunda hipótesis es que los profesionales puedan tener menor probabilidad de proponer el tratamiento a personas consumidoras, por su baja adherencia, ya que una mala adherencia puede conducir a la formación de cepas más resistentes. Los profesionales con menor experiencia en el tratamiento del VIH tenían 5 veces menor probabilidad de prescribir la terapia antiviral a personas consumidoras de drogas en activo (Strathdee et al., 1998).

Por otro lado, los consumidores que no participaban en programas de tratamiento de drogodependencias tenían mayor probabilidad de no tomar el tratamiento antiviral, probablemente por la menor motivación al cuidado de su salud (Strathdee et al., 1998). El acceso a tratamiento también se asociaba con la edad. Los consumidores más jóvenes tenían menor probabilidad de encontrarse en tratamiento antiviral (Strathdee et al., 1998). El género también mostraba diferencias significativas, siendo las mujeres las que menor acceso tenían al tratamiento, a pesar de que tenían en comparación a los hombres, mayores tasas de ingresos y de consultas a urgencias. Varios estudios han descrito que las mujeres usuarias tienen menor probabilidad que los hombres de utilizar servicios hospitalarios (Hellinger, 1993; O'Reilly, Kennedy, Fonner, & Sweat, 2013;

Peragallo, Gonzalez-Guarda, McCabe, & Cianelli, 2012; Yehia, Stewart, et al., 2015; Yoder, Nsabagasani, Eckert, Moran, & Ye, 2015; Zunner et al., 2015).

La falta de adhesión y la aparición de resistencias ante un fármaco, puede tener a medio plazo efectos sobre la salud pública en general (Panel de expertos de GESIDA, 2007). La gravedad de los problemas de adhesión al tratamiento en los pacientes con infección por VIH ha hecho que se investiguen los posibles factores relacionados con ellos y su efecto modulador sobre la adhesión (Ballester et al., 2000).

En personas con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias resulta especialmente relevante que se pueda lograr una mayor adherencia a través de programas de intervención dirigidos a mejorar el estado emocional de las personas (Ballester, 2005). (Chander et al., 2008; Riera et al., 2002).

Los Programas de tratamiento con metadona tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas drogodependientes desde la perspectiva de la reducción de daños. La efectividad de estos programas está bien documentada, y se ha observado una mejoría en términos de contacto con los servicios de salud, así como todos los indicadores de salud y calidad de vida de las personas consumidoras, el aumento de integración social y la reducción de riesgos de transmisión del VIH (Marsch, 1998; Rhodes & Hedrich, 2010c).

El informe del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2015) indica que el número decreciente de usuarios/as de drogas por vía parenteral se asocia a un mayor acceso a los Programas de reducción de riesgos y daños (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), 2015). En este informe se concluye que es necesario abogar por la adopción de medidas sanitarias para atender las necesidades psicosociales de las personas con adicciones. En concreto, requieren de acompañamiento para

mantener contacto con los servicios sanitarios y sociales, así como apoyo a la adherencia al TARGA.

Los riesgos y daños que acompañan al consumo de drogas se han estudiado más desde la perspectiva de la persona que desde la perspectiva del sistema social (Laespada & Iraurgi, 2009). La situación de prohibicionismo, la discriminación social de las personas consumidoras, así como la mayor vulnerabilidad a la marginación social y la criminalidad son elementos que influyen en la prestación de los servicios (Arana, Montañés, & Urios, 2012; Markez & Póo, 2000; Muñagorri, 2009).

La exclusión social y la CVRS en personas con infección por VIH

La exclusión social está ligada a la estructura social y política desigual. Muchos autores señalan como la principal causa de la exclusión al sistema social que excluye a través del reparto desigual de la riqueza, de las oportunidades y derechos sociales (Karsz, 2004; Lewis et al., 2015; Subirats, 2004; Subirats, Gomà, & Brugué, 2005). Para abordar la exclusión social desde una perspectiva integral y estructural, la política debe potenciar el empleo accesible y de calidad que garantice ingresos suficientes para la estabilidad familiar; por su parte, la intervención de los agentes sociales debe propiciar redes fuertes de interacción y solidaridad que estimulen sentimientos de seguridad en la población (Subirats, 2004).

Desde esta dimensión se trasciende el concepto de pobreza ligado a la falta de recursos materiales, para dar énfasis a los derechos sociales de la ciudadanía. Prueba de ello es la Ley 18/2008 de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que declara por primera vez el derecho subjetivo a la atención en el sistema de servicios sociales (Gobierno Vasco,

2008c). El bienestar social ya no se concibe desde políticas caritativas sino desde la responsabilidad de la sociedad de asegurar los servicios sociales como un derecho subjetivo (Gobierno Vasco, 2008c).

Laparra (2012) define el concepto de exclusión social ligado al concepto de ciudadanía: derechos civiles, políticos y sociales, que se declaran en 1949 en Inglaterra (Laparra, Pérez, & Lasheras, 2012).

El informe Foessa elabora un sistema de indicadores que pretende recoger el carácter multicausal de la exclusión social, para poder dimensionar estas situaciones más allá de los fenómenos de pobreza o privación material (Fundación FOESSA, 2014). El modelo multicausal de la exclusión tiene en cuenta los tres ejes de la exclusión social (Tabla 10):

- Económico: La participación en la producción y en el consumo.
- Político: La ciudadanía política y la ciudadanía social.
- Social: Ausencia de lazos sociales.

El eje social relacional de la exclusión social incluye tanto el aislamiento social como la conflictividad social (Fundación FOESSA, 2014).

Tabla 10 Ejes, dimensiones y aspectos de la exclusión social (M. Laparra & B. Pérez, 2008; Miguel Laparra & Begoña Pérez, 2008)

Ejes	Dimensiones	Aspectos
Económico	Participación en la producción	Exclusión en la relación salarial normalizada
	Participación en el consumo	Pobreza económica
Político	Ciudadanía política	Acceso efectivo a derechos políticos
	Ciudadanía social	Acceso limitado a los sistemas de protección social: salud, educación, vivienda.
Social	Ausencia de lazos sociales	Aislamiento social, pérdida de apoyo social
	Relaciones sociales perversas	Integración en redes sociales desviadas, conflictividad social

La Ley 12/2008 para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social de la Comunidad Autónoma del País Vasco define exclusión como la imposibilidad o la incapacidad de ejercer los derechos sociales, fundamentalmente el derecho al trabajo, pero también el derecho a la educación, a la formación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna y a la protección social. Se considera en situación de exclusión toda persona que carece de los recursos personales, sociales o económicos suficientes para ejercitar estos derechos sociales (Gobierno Vasco, 2008b).

En el decreto de valoración de la exclusión social del Gobierno Vasco (Gobierno Vasco, 2013) se define la situación de exclusión social en términos de déficits en las condiciones de vida y en las competencias relacionales. Estos déficits persisten en el tiempo, y al acumularse provocan la existencia de una situación de exclusión social definida por la falta de recursos personales y recursos materiales.

Los recursos personales se definen como las competencias y habilidades sociales, los dinamismos vitales, los vinculados a la salud-dependencia-discapacidad, la formación, la información para el acceso a los recursos de protección social, y las habilidades para el acceso y mantenimiento de empleo. Se identifican a continuación los ámbitos vitales y dimensiones del modelo de diagnóstico social que se han incorporado como plantilla del instrumento técnico de valoración de la exclusión social (Gobierno Vasco, 2013):

- *Ámbito vital*: Situación jurídico-administrativa, situación económica, situación laboral y ocupacional, situación residencial.
- *Ámbito Convivencial*: Situación de alojamiento y de vivienda, disponibilidad de relaciones y vínculos afectivos y recepción de apoyo social para la convivencia personal, familiar, de redes primarias y secundarias.
- *Ámbito personal*: Competencias y habilidades sociales, cognitivas, educación, formación, información, capacitación, dinamismos vitales. Disponibilidad al cambio y utilización de los sistemas de protección.
- *Ámbito sanitario*: Situación de la salud: salud física, salud mental, drogodependencias, adicciones, situación de discapacidad e incapacidad laboral, situación de la autonomía funcional para la vida cotidiana.
- *Ámbito social*: Aceptación social y convivencia cotidiana comunitaria, situación de la relación con el medio social y normativo, disponibilidad de relaciones sociales y ejercicio de la participación.
- *Los recursos relacionales*: vinculados a la provisión de apoyo social para la vida cotidiana y al desarrollo de la vida social.

Los recursos materiales de alojamiento y económicos, son claves para la valoración del grado de gravedad de la exclusión social. En el extremo más grave de la exclusión se encuentran las personas sin hogar. El sinhogarismo se ha convertido en un problema propia de las sociedades más desarrolladas (Cabrera, 2000). Se relaciona con los procesos multifactoriales de la exclusión social (Aidala et al., 2016; Dejman et al., 2015; Keuroghlian, Shtasel, & Bassuk, 2014; McNeil, Guirguis-Younger, Dilley, Turnbull, & Hwang, 2013). Es un fenómeno que a partir de los años ochenta del siglo XX se convierte en una realidad urbana. La crisis económica de los años ochenta, el paro estructural, la fragilización de los vínculos sociales y de las formas tradicionales de solidaridad y valores de cohesión social, fueron los detonantes del sinhogarismo en su etiología actual. Los estudios sobre personas sin hogar en España identifican dos causas principales de la situación de sinhogarismo: los factores socioeconómicos (como las altas tasas de desempleo, la ausencia de vivienda y los procesos migratorios); así como los factores de vulnerabilidad personal (como la existencia de sucesos estresantes encadenados, repetición de acontecimientos críticos o enfermedades mentales) (Singer 2003).

La exclusión social por falta de recursos materiales se recoge en los siguientes indicadores:

- *Indicadores de pobreza.* (Ayala, 2009; Ayala & Sastre, 2002; Cantó, del Río, & Gradín, 2001; Fundación FOESSA, 2014; García-Serrano, Malo, & Rodríguez-Cabrero, 2001). En Europa el 23.1% de la población está en riesgo de pobreza y exclusión social; en España el 28.2% (Gómez-Serrano et al., 2014).
- *Indicadores de privación.* Introduce las dimensiones del gasto y el acceso a bienes y servicios (Ayala, Martínez, & Sastre, 2007). En España el porcentaje de personas en integración precaria es de 40.6%,

en exclusión moderada es de 14.2% y en exclusión severa es de 10.9% (Gómez-Serrano et al., 2014).

- *Indicadores de acceso a la vivienda.* Este factor ha sido identificado como un factor común a las situaciones de exclusión y, por ende, el acceso a ella, como una de las mejores defensas para evitar la caída hacia la exclusión (Aidala et al., 2016; Keuroghlian et al., 2014; Kober & Paxton, 2002).

Laparra y colaboradores (2007) defienden que la característica más importante de la exclusión social es que los problemas están relacionados, mutuamente reforzados. La exclusión se define como un proceso dinámico que incluye diferentes trayectorias que van desde la vulnerabilidad a la exclusión más absoluta (Laparra et al., 2007). Apartir del análisis en profundidad de las características de grupos específicos de población excluida, concluye que es necesario priorizar la atención a los fenómenos de exclusión y la pobreza severa con problemas de salud, básicamente por una cuestión de derechos humanos, ya que estas situaciones implican un atentado directo a la dignidad de las personas (Laparra et al., 2007). Además por un criterio de interés colectivo general, ya que la expansión de estas situaciones puede poner en cuestión la convivencia y la seguridad del conjunto de la sociedad, en suma, la sostenibilidad social (Fundación FOESSA, 2014).

La exclusión más severa se da en personas sin hogar, enfermos mentales o drogodependientes sin apoyo familiar, por el efecto acumulativo de todos los indicadores de exclusión: falta de ingresos económicos, la privación en el acceso a bienes y servicios, los graves problemas de salud, la imposibilidad de acceso al empleo, la ausencia o el conflicto en el ámbito de los lazos y relaciones sociales y personales, además de la dificultad de acceso a los sistemas de protección social (sanidad, educación, vivienda y garantía de ingresos).

Las personas en situación de abuso de drogas y VIH son las que más pueden sufrir las situaciones de exclusión y estigmatización, con graves riesgos para la salud individual y colectiva por falta de acceso a los servicios y aumento de las conductas de riesgo.

La asociación entre sinhogarismo y VIH es significativa (D. P. Kennedy, Tucker, Green, Golinelli, & Ewing, 2012; Leaver, Bargh, Dunn, & Hwang, 2007; Marshall et al., 2016; Milloy, Marshall, Montaner, & Wood, 2012; Robertson et al., 2004; Roy et al., 2017; K. Siegel, Lekas, Ramjohn, Schrimshaw, & VanDevanter, 2014; Tucker, Wenzel, Kennedy, Golinelli, & Ewing, 2013). Se ha hallado que la probabilidad de tener VIH en personas sin hogar es nueve veces mayor que en la población general (Culhane, Gollub, Kuhn, & Shpaner, 2001), que la accesibilidad a los servicios de salud es menor (Aidala, Lee, Abramson, Messeri, & Siegler, 2007) y las personas en tratamiento antirretroviral tienen menor adherencia (Baum et al., 2009).

Rourke et al (2012) han realizado exhaustivo estudio sobre las condiciones de vivienda y su relación con la calidad de vida. El estudio ha comprobado la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y las variables materiales (adecuación del espacio, luz, calor, etc.) así como subjetivas (satisfacción subjetiva) y contextuales (vecindario, proximidad de servicios, etc.) (Rourke et al., 2012).

Las personas con VIH en situación de exclusión, o que consumen drogas o sufren trastornos psiquiátricos, pueden padecer enfermedades asociadas al VIH, a su vez pueden tener carga viral alta, lo que hace más probable la transmisión sexual o por vía intravenosa (Documento de consenso de GESIDA, 2015). Otro factor de riesgo para mantener la adherencia y la calidad de vida son las alteraciones emocionales, la falta de motivación, o la evitación de afrontar los cuidados de la salud como mecanismo de negación.

Un estudio de revisión de los programas de alojamiento a personas con VIH en situación de sinhogarismo demostró que las personas que accedían a programas de vivienda mejoraban los indicadores de progresión del VIH (Hawk & Davis, 2012; Leaver et al., 2007).

Capítulo 4.

Modelos de intervención para mejorar el bienestar en personas con VIH

Las intervenciones que a continuación se describen tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. Tienen su principal efecto terapéutico en la mejora de la función emocional y social, aunque también pueden reforzar aspectos de la salud física como son el tratamiento, la alimentación, el ejercicio físico, etc. (Remor, 2009). Las personas en situación de sinhogarismo tienen mayor desarraigo o dificultades para cumplir los requisitos de acceso a programas de mayor exigencia, como son el de poseer un empadronamiento, o una residencia estable.

También es fundamental la atención psicológica a personas con el VIH, para elaborar los duelos, recuperar la autoestima y el autoconcepto (Loutfy et al., 2013). En presencia de múltiples comorbilidades, historial de abuso de drogas, o exclusión social, la atención debe ser restitutiva. Con personas con tal estigma, no se trata de ahondar en los déficits y los conflictos, sino en fortalecer las competencias, restituir la dignidad y la autoestima, y elaborar un proyecto de vida con la ayuda de un equipo profesional psicoeducativo o terapéutico. En la red de atención a personas con VIH en situación de exclusión social en Bizkaia, se interviene desde la perspectiva humanista; que fundamentalmente consiste en aceptar incondicionalmente a la otra persona, desde la escucha activa, la empatía, la ayuda y acompañamiento en la construcción de un proyecto personal y de una nueva identidad. Se garantiza la confidencialidad para crear un clima terapéutico. El enfoque de la intervención es biopsicosocial, comunitario, humanista, personalizado, continuado e integral, y se realiza desde la

perspectiva de la reducción de riesgos y daños. Aunque el objetivo último es mejorar la autonomía y la calidad de vida, es necesario garantizar la estructura vital para que estas personas puedan revertir la situación de exclusión y mantener un tratamiento que en la actualidad, ha de seguirse para toda la vida.

4.1. INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL FOMENTO DEL AFRONTAMIENTO Y LA AUTORREALIZACIÓN

Las intervenciones psicológicas en las personas con VIH toman como base el modelo de afrontamiento de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984). Dicha propuesta se fundamenta en el hecho de que las intervenciones psicológicas basadas en el manejo de estrategias de afrontamiento, han demostrado tener beneficios en la salud mental y física de las personas infectadas con el VIH (Kelly & Kalichman, 2002). Siempre hay una primera fase de información y orientación, que es crítica en la evaluación de la situación afectiva, así como aspectos relacionados con el ajuste al VIH (Antoni, 2003; Taylor et al., 1992).

Harding, Liu, Catalan y Sherr (2011) realizan una revisión exhaustiva sobre los estudios con intervenciones para la mejora del afrontamiento en personas con infección por VIH (Clucas et al., 2011; Harding, Liu, Catalan, & Sherr, 2011). La mayoría de las intervenciones se dirigen a mejorar la salud mental, reducir síntomas como ansiedad y estrés. De todos los estudios revisados, 17 (60%) demostraron cambios significativos en las estrategias de afrontamiento en las personas que recibían la intervención. Los principales resultados referían una disminución de la negación, así como estrategias de evitación, aumento de la reestructuración cognitiva, mayor autoeficacia percibida, afrontamiento activo y búsqueda de apoyo (Harding et al., 2011).

Favar y Ruini (2003) describen una intervención basada en la teoría del bienestar psicológico. La intervención se basa en la importancia de reforzar los aspectos positivos de la salud mental tras una crisis emocional aguda. Consiste en una intervención breve, de 8 sesiones. La fase inicial se basa en la autoobservación de situaciones de bienestar en una escala de 0 a 100 durante la semana. La relación entre los participantes y el/la terapeuta se basa en el compromiso con la tarea y la asistencia. Las sesiones intermedias consisten en la identificación de situaciones o pensamientos que obstaculizan la percepción del bienestar una vez este es identificado. Por último, en las sesiones finales se discuten las alternativas a los pensamientos negativos automáticos identificados (Fava & Ruini, 2003).

Sheldon, Kasser, Smith y Share (2002) evaluaron una intervención grupal para mejorar la autorrealización (Sheldon, Kasser, Smith, & Share, 2002). Se halló que aquellos participantes que ya mostraban niveles altos de integración de la personalidad fueron aquellos que más se beneficiaron del programa. De este modo, gracias al programa de intervención, estos participantes llegaron a estar todavía más autónomos, con mayores niveles de integración de la personalidad y también incrementaron sus niveles de bienestar psicosocial y de vitalidad.

Miquelon y Vallerand (2006) estudiaron la relación entre la naturaleza autónoma o controlada de los objetivos personales, la autorrealización y el afecto positivo con los síntomas físicos. Los autores hallaron que el buscar o el seguir objetivos autónomos estaba positivamente asociado tanto con la felicidad o el afecto positivo como con la realización, mientras que la búsqueda de objetivos controlados estaba negativamente asociada a la autorrealización y no mostró relación con el afecto positivo. A su vez, únicamente la autorrealización se asoció a una menor experiencia de síntomas físicos. Los autores razonan este resultado sobre la base de que mayores niveles de autorrealización promueven

un organismo más activado, y por lo tanto un mejor estado de salud y menor número de síntomas físicos(Miquelon & Vallerand, 2006).

Reis, Sheldon, Gable, Roscoe y Ryan(2000) realizaron una intervención grupal basada en la necesidad de relación/conexión con los demás.En su estudio, la autonomía a modo de rasgo estable se relaciona con una mayor experiencia de afecto positivo, independientemente de si es muy o poco autónomo en sus acciones diaria(Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000).

En nuestro contexto en Bizkaia, se llevó a cabo un estudio piloto para evaluar la intervención grupal para el fomento de la autorrealización en personas con VIH,que acuden a Centros de atención psicosocial de la Asociación T4 de lucha contra el Sida y autoapoyo. Se interviene en el entrenamiento de competencias en las dimensiones de autoaceptación, propósitos en la vida, relación positiva con los demás, crecimiento personal, dominio del entorno y autonomía(Asociación t4 de lucha contra el Sida y Autoapoyo, 2011). La intervención consta de 12 sesiones grupales, dirigidas a personas con VIH. Se tiene como objetivo desarrollar la resistencia psicológica, fortaleza mental y recursos personales a través de la intervención psicoeducativa.Se basa en las dimensiones de autoaceptación, propósitos en la vida, relación positiva con los demás, crecimiento personal, dominio del entorno y autonomía. En la evaluación del proyecto piloto se observó que las dimensiones de autoaceptación, crecimiento personal y relaciones positivas con otras personas mejoraban significativamente tras la intervención; por lo que se establece un nivel avanzado con 8 sesiones de profundización, para aquellas personas que deseanseguir avanzando en el trabajo grupal en estas tres dimensiones(Asociación t4 de lucha contra el Sida y Autoapoyo, 2011).

4.2.INTERVENCIONES BASADAS EN EL APOYO GRUPAL

Los grupos de apoyo son muy eficaces para aprender a vivir con el VIH a través de la expresión emocional en un entorno seguro y en la identificación con otras personas con VIH, así como para obtener información, apoyo y aceptación (Beckett & Rutan, 1990). Los primeros grupos de apoyo surgen en New York a través de la *Gay Mental Health Association*, organización creada por personas homosexuales para hacer frente colectivamente al fuerte impacto del VIH en ese momento (Nichols & Stuart, 1985). La intervención grupal psicosocial resalta el valor de la apertura, la revelación, el compartir una experiencia común y el aprendizaje de habilidades interpersonales, tales como la empatía, también puede facilitar el aumento y el mantenimiento de las redes de apoyo social (Lutgendorf et al., 1998).

R.Bonet (1994) establece una tipología de los grupos de personas con VIH realizados en Cataluña entre 1990 y 1993 (Bonet, Ferrer, & Vilajoana, 1994). Se utilizan técnicas específicas de intervención según el marco teórico referencial:

- *Grupo estratégico*: pretende resolver dificultades individuales a través del trabajo en conjunto, el análisis y la puesta en marcha de estrategias propuestas grupalmente. El proceso favorece el *insight* a través del apoyo grupal.
- *Grupo Psicoeducativo*: pretende la promoción de la salud a través de un soporte psicosocial. Favorece la concienciación y el cambio de actitudes hacia la salud. La duración no es limitada y está preestablecida.
- *Grupo de soporte emocional*: se basa en la interacción dentro del grupo, a partir de la situación similar de partida de sus miembros. Las normas de funcionamiento crean el contexto de soporte emocional, y

también la figura del facilitador, que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas de funcionamiento, entrevistar a los nuevos miembros, y coordinar las reuniones e identificar las dinámicas grupales. Se trata de favorecer la adaptación emocional al VIH.

- *Grupo de entrenamiento en técnicas de autocontrol cognitivo*: Se basa en la información como medio de afrontamiento de la enfermedad, y en la psiconeuroinmunología. Parte de la premisa que a través de la visualización y el entrenamiento autógeno se puede mejorar la salud.

Los diferentes tipos de grupos deben tener unas características básicas comunes para que sean de ayuda mutua. Sánchez Vidal (1995) describe los grupos de autoapoyo, con las siguientes características (Sánchez-Vidal, 1995):

- Reciprocidad y mutualidad de la ayuda: quien da y quien recibe ayuda tienen el mismo problema, son roles intercambiables entre sí.
- El objetivo de los grupos de ayuda mutua es compartir.
- El propósito de los grupos de ayuda mutua es educativo. La adquisición y mantenimiento de conductas, pensamientos de afrontamiento y adaptación, es la meta final del grupo.
- La responsabilidad del proceso es individual y del grupo. Tiene que haber compromiso individual para el cambio. Las decisiones en el grupo se toman por consenso y el grupo debe facilitar la responsabilidad individual y el crecimiento personal.
- Anonimato y confidencialidad como principio y norma básica del grupo.

En el contexto de las experiencias de autoapoyo en Bilbao, la intervención grupal en personas con VIH se viene realizando desde 1993 en la Asociación T4

de lucha contra el Sida y Autoapoyo, en colaboración con el Ayuntamiento de Bilbao (Asociación t4 de lucha contra el Sida y Autoapoyo, 2015). Las personas que acuden al grupo de apoyo tienen un compromiso de asistencia y confidencialidad. La relación entre iguales se ofrece en un ambiente seguro para el encuentro, el compromiso y el apoyo emocional.

4.3. INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

El entrenamiento cognitivo-conductual disminuye la negación, y puede facilitar que las personas mejoren sus esfuerzos en mantener la medicación (Schneiderman, Antoni, Saab, & Ironson, 2001).

La calidad de vida mejora con el tratamiento, siempre y cuando se den unas condiciones previas: accesibilidad al tratamiento, adherencia óptima y compatibilidad con el tratamiento. Ballester (2005) realiza una revisión sobre intervenciones en personas con infección por VIH. Concluye que las principales intervenciones incluyen: entrenamiento en relajación, entrenamiento conductual para el cambio de hábitos de salud, así como otras habilidades para el manejo del estrés y reestructuración cognitiva. La duración de estas intervenciones de una o dos horas de duración, varía entre 6 y 10 semanas. Estas intervenciones serán eficaces si promueven cambios en las conductas sexuales, el uso de sustancias, el ejercicio físico, los hábitos saludables de sueño, y la adherencia médica, así como en parámetros biológicos que se han identificado en los estudios psiconeuroinmunológicos (Carga viral, CD4) (Ballester, 2005).

La revisión bibliográfica de las intervenciones realizadas para mejorar la adherencia incluyen: consejo, estrategias cognitivas, estrategias conductuales y

apoyo emocional, en formato individual, grupal y telemático (Adams et al., 2016; Choi, 2013; Lewis, 2014). No hay muchos estudios que permitan decidir con rigor metodológico sobre el tipo de intervención más efectiva o sobre el tipo de perfil de personas no adherentes (Martín-Sánchez et al., 2002). Los autores afirman que incluso en circunstancias muy difíciles, como es el caso de personas sin hogar, es factible conseguir una buena adherencia al TARGA si se ofrecen servicios e incentivos adecuados a las necesidades de las personas. Asimismo, es necesario evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones y monitorizar la adherencia a largo plazo. La mejora de la adherencia al tratamiento consiste no sólo en mejorar las condiciones en las que vive la persona con VIH y que limitan su capacidad para cumplir el tratamiento sino, también en superar las barreras institucionales que imposibilitan este tratamiento. El sistema sanitario debe adaptarse para alcanzar las necesidades que demandan los pacientes marginados, acercar las consultas a los centros urbanos y buscar el apoyo de terceras personas próximas (Martín-Sánchez et al., 2002). Kalichman (2008) propone la necesidad de promover la adherencia en personas con VIH, a través de técnicas psicoeducativas para reducir el consumo de sustancias, la depresión o aumentar el apoyo social, pues estos factores están asociados a la no adherencia al tratamiento y al sexo no seguro (Kalichman, 2008).

Ladero (2005), en un estudio con personas drogodependientes, propone que la intervención para mejorar la adherencia en este colectivo de personas con VIH y tratamiento por drogodependencias, debería incluir las siguientes medidas (Carroble, Orejudo, & Ladero, 2005):

- Facilitar estrategias conductuales de adecuación al tratamiento, (información, planificación, monitoreo).
- Promover actitudes positivas hacia el tratamiento, emociones positivas, y aceptación de la condición de vivir con VIH.

- Proporcionar apoyo social informal.

La mayoría de los estudios señalan que el tratamiento psicosocial mejora el pronóstico de los pacientes al mejorar la retención en los programas terapéuticos, aumentar los períodos de abstinencia, disminuir el consumo global y mejorar la comorbilidad (Carroble et al., 2005).

Kalichman (2008) sugiere que las personas con VIH en tratamiento representan un colectivo idóneo para recibir apoyo para la adherencia (Kalichman, 2008). Se puede intervenir reduciendo los factores de riesgo que contribuyen a una peor adherencia: consumo de drogas, falta de apoyo social, falta de habilidades sociales, y además se pueden proporcionar cuidados sanitarios de la salud y de la calidad de vida.

Propone una intervención integrada que combina la prestación de servicios de atención y servicios preventivos, incluyendo la adherencia al tratamiento y los programas de fomento de la notificación a las parejas. En concreto, la intervención está dirigida a aspectos como: el consumo de sustancias, la depresión o el apoyo social, pues estos factores están asociados a la no adherencia al tratamiento y el sexo no seguro. Los participantes son personas con infección por el VIH, consumo de drogas, depresión y aislamiento social (Kalichman, 2008). La autora apuesta por un modelo integrado que tiene un doble objetivo. Por un lado pretende mejorar la adhesión terapéutica al tratamiento por el VIH y por otro lado promueve la reducción del riesgo de transmisión del VIH en personas que viven con él.

El modelo desarrollado por Kalichman se basa en la teoría cognitiva social de Bandura (Bandura, Azzi, & Polydoro, 2009; Bandura & Rivière, 1982) y trata de construir habilidades para prevenir factores que tienen que ver tanto con la realización de conductas de riesgo como con la menor adherencia. Kalichman (2008) concluye que el uso de estrategias de recuerdo para tomar la medicación

y la autoeficacia, aparecen como estrategias altamente adaptativas en el caso del tratamiento antirretroviral.

Las personas que participan en nuestro estudio, asisten a programas de atención psicosocial para personas con VIH. En estos programas se ofrece consejo y asesoramiento sobre actualización de tratamientos. Además se ofrece acompañamiento, ya que suelen tener una fuerte carga de citas médicas, psiquiátricas y sociales (Asociación t4 de lucha contra el Sida y Autoapoyo, 2015).

4.4.LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN PROCESOS DE EXCLUSIÓN

Tal y como describen Sánchez-Vidal y Morales-Díaz (2002) la intervención social (IS) se puede definir como una acción intencionada para cambiar una situación que según criterios de necesidad, riesgo de conflicto o daño (Sánchez-Vidal & Morales-Díaz, 2002). Definen cinco funciones, complementarias y no excluyentes, de la intervención social:

- *Prestación de servicios a las personas*: servicios de salud, educación o servicios sociales.
- *Desarrollo de recursos humanos y capacidades* dirigidas al desarrollo comunitario: escuelas para ser mejores padres, mejora de las relaciones sociales, fomento de redes de apoyo y participación en asociaciones locales, organización comunitaria, programas de salud y de desarrollo de un barrio, etc.
- *Prevención de los problemas psicosociales* en sus variantes prevención primaria, secundaria (atención global y reorganización de servicios) y terciaria (rehabilitación y resocialización).

- *Reconstrucción social*: creando instituciones «artificiales» (hogares para personas maltratadas, familias de acogida, comunidades terapéuticas, grupos de ayuda mutua) que compensen la pérdida de cohesión y función social de grupos primarios (familias, iguales, comunidades) en sociedades marcadamente despersonalizadas.
- *Cambio social en sentido «fuerte»*: transformación de la estructura y funcionamiento de una comunidad o sociedad con frecuencia redistribuyendo el poder y los recursos sociales disponibles.

El acompañamiento social es la prestación principal de los servicios sociales (Fantova, 2015). Se pretende promover tanto el proceso de personalización como el de socialización. Equilibra la intervención individual a través de un plan de atención individualizado con el trabajo grupal, a través del apoyo social y la autoayuda. Mantiene conexiones significativas entre todas las necesidades de la vida cotidiana a través del trabajo en redes. Tiene como referente al individuo y a la familia, o al entorno de procedencia de la persona como sujeto social en el que las necesidades encuentran su sentido más significativo para la integración.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, las personas con VIH en tratamiento antirretroviral que no tienen posibilidad de tener su propia vivienda, por motivos económicos o por situación de discapacidad o dependencia y falta de apoyo familiar, pueden acceder a los alojamientos sociales residenciales previstos en la Ley de Servicios Sociales para personas en situación de grave exclusión social (Gobierno Vasco, 2008a). Para acceder a este tipo de recursos las personas beneficiarias deben cumplir los requisitos de residencia en el territorio histórico correspondiente (Bizkaia, Gipuzkoa o Araba). La ley prevé que el acceso a un recurso residencial responde a necesidades de exclusión residencial grave, definida en sus cuatro categorías– “sin techo, sin vivienda,

vivienda insegura, vivienda inadecuada” (SIIS, 2015). Las personas con VIH que están en situación de exclusión social grave, tienen acceso a recursos residenciales sociosanitarios donde se pueden beneficiar de atención sanitaria, educativa y psicológica, además de poder acceder a programas de reducción de daños (Gobierno Vasco, 2015). La Ley 12/2008 del 5 de diciembre de Servicios Sociales, define el Sistema Vasco de Servicios Sociales como una red articulada de atención de responsabilidad pública, integrada por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y privada concertada, cuya finalidad es favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos. Desarrolla una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional. Se ha optado por establecer un sistema de respuesta a las necesidades en función de la naturaleza y características de estas últimas, en lugar de estructurarlo atendiendo a los diferentes colectivos.

De este modo, se garantiza el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo como un derecho universal y subjetivo, a todas las personas que cumplan los requisitos, generales y específicos, de acceso a cada servicio o prestación económica establecidos. Se establece la diferenciación entre los servicios de competencia municipal y los servicios de competencia foral.

- Servicios y prestaciones, o ayudas económicas para la inclusión social de competencia municipal:
 - Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación.
 - Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial.
 - Servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los servicios sociales.
 - Servicios de atención diurna.

- Servicios de acogida nocturna.
- Servicios de alojamiento:
 - Piso de acogida.
 - Vivienda tutelada para personas en riesgo de exclusión.
- Servicios y prestaciones, o ayudas económicas para la inclusión social de competencia foral:
 - Servicio de valoración y diagnóstico de la exclusión.
 - Servicios o centros de día.
 - Centros de acogida.
 - Centros residenciales.
 - Servicio de coordinación a urgencias sociales.

La atención psicosocial integral a personas con VIH en situación de exclusión social recae en los Servicios de intervención socioeducativa o psicosocial, así como Centros de día y Centros residenciales en caso de que se cumplan los requisitos de exclusión social.

Servicio de intervención socioeducativa o psicosocial. Este consiste en un conjunto de prestaciones relacionales de apoyo socioeducativo y/o psicosocial – de carácter individual, familiar y/o grupal– que pueden desarrollarse tanto en el domicilio familiar (educación doméstica, intervención familiar básica), como en el entorno comunitario (educación de calle, intermediación sociocultural). Tiene como objetivos que las personas usuarias adquieran y desarrollen capacidades personales, familiares o grupales, que favorezcan su desenvolvimiento

autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitario.

Servicios o centros de día. Los servicios de atención diurna ofrecen a personas en situación de exclusión social, un lugar en el que pasar el día y un servicio orientado a la incorporación social, de carácter flexible y polivalente. Mediante un acompañamiento individualizado en el itinerario de incorporación se llevan a cabo, desde un enfoque integral, intervenciones de carácter ocupacional, terapéuticas y de inclusión sociolaboral. El objetivo es dotar a la persona del máximo grado de autonomía y favorecer su inclusión social. Es un servicio de media y alta intensidad de apoyo y de baja, media o alta exigencia, requiriéndose, en todo caso, a las personas usuarias el compromiso de realizar las acciones que se definan en su programación individual.

Centros residenciales. En estos Centros, desde un entorno residencial, de carácter transitorio, se ofrece una intervención socio-educativa y la prestación de acompañamiento social para facilitar la inclusión social. Está dirigido a personas con graves deterioros de carácter personal, social y relacional y que se encuentran en situación de exclusión. Para desarrollar estas funciones, los Centros cuentan con el apoyo de un equipo multidisciplinar de profesionales, con los perfiles idóneos para prestar una atención orientada al bienestar físico, psicológico y social. Tienen como objetivo mantener la autonomía personal de las personas usuarias. Los centros residenciales de atención a personas con VIH y exclusión social se incorporan a la red de servicios sociales especializados de cada territorio histórico (Bizkaia, Gipuzkoa, Araba).

Hay dos tipos de servicios residenciales en función de la intensidad del apoyo que ofertan y la duración de la estancia:

- Centros residenciales para personas con una situación cronicada y un deterioro personal.

- Centros residenciales para la inclusión social, de media o larga estancia, que ofrecen un apoyo orientado a mejorar las capacidades y habilidades personales y relacionales de las personas usuarias con vistas a su reinserción y su acceso progresivo a un modo de vida normalizado. Pueden ser viviendas con apoyo para la inclusión social, dirigidas a posibilitar la vida en el contexto comunitario a personas que presentan carencias psicosociales y que requieren un apoyo psicosocial de intensidad media. También pueden tener la modalidad de Centros residenciales para la inclusión social, dirigidos a facilitar la inclusión social de personas que presentan carencias psicosociales graves y/o a facilitar la transición a una vivienda estable a personas que carecen de hogar y que requieren apoyo psicosocial de alta intensidad.

En el Territorio Histórico de Bizkaia, los programas de atención a las personas con VIH en situación de exclusión social grave, son impulsados por la Diputación Foral de Bizkaia, y conveniados con la Asociación t4 de lucha contra el SIDA y Autoapoyo, y la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia. Son *recursos sociosanitarios*, dirigidos a personas con VIH en situación de exclusión social. La actividad y el apoyo giran en torno a la persona, que se convierte en el centro de la intervención. La atención puede ser residencial o diurna; con una duración definida o indefinida, con diferentes grados de intensidad en cada persona y en función del momento en que se halle en su proceso personal. Se basan en la filosofía de *reducción de riesgos y daños*. Las personas que consumen drogas pueden acceder al recurso cumpliendo un plan individual de reducción de riesgos y daños, que incluye la participación en programas asistenciales específicos, de intercambio de jeringuillas o de consumo higiénico supervisado. Además se potencian medidas de participación en la comunidad a través del acceso a los recursos comunitarios con el compromiso de no consumir drogas en la residencia o en el entorno próximo a la misma. Son servicios de responsabilidad

pública, y el proceso está tutorizado por personal técnico del área de Inclusión Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Esta figura de *profesional de referencia* tiene como fin asegurar la coordinación de todas las intervenciones (Gobierno Vasco, 2008a).

4.5. INTERVENCIONES BASADAS EN LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN PERSONAS USUARIAS DE DROGAS

Las personas con VIH en tratamiento antirretroviral con consumo de drogas que no responden a tratamiento basados en la abstinencia, pueden acceder a modelos complementarios de tratamiento basados en la filosofía de reducción de riesgos y daños (Marlatt, 1996). Marlatt (1996) define la reducción de riesgos y daños como el conjunto de políticas y programas que tienen como objetivo primordial reducir las consecuencias adversas para la salud, la situación social y económica del uso de sustancias psicotrópicas tanto en las personas usuarias, como en sus familias y en las comunidades en las que viven (Marlatt, 1996). Esta filosofía de intervención en drogodependencias surge en los años 1990 a raíz de la alta incidencia del VIH entre personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP), y como respuesta al fracaso de un modelo médico, centrado en la abstinencia como única meta posible para las personas usuarias de drogas (Insúa & Grijalvo, 2000, 2001). La adopción del modelo de reducción de riesgos y daños supuso un cambio en los objetivos de los programas de tratamiento y en la filosofía subyacente. Así, se acepta el consumo de drogas como una conducta consustancial al ser humano. Se acepta que los riesgos dependen de distintos factores, y que uno fundamental es el patrón de consumo. Se entiende que los daños son multidimensionales y se plantea la abstinencia como opción, no como condición (Insúa & Grijalvo, 2000, 2001; Insúa, Lledó, & Grijalvo, 2001).

Riesgo es un término utilizado para describir la probabilidad que tiene una práctica concreta de consumo de alcohol u otras drogas de causar consecuencias o efectos no deseados y hace hincapié en el comportamiento del sujeto. Daño es un término complementario utilizado para describir si una consecuencia concreta es vista como negativa o indeseable para la salud. Los riesgos se asumen como conductas y pueden ser modificados (disminuidos o aumentados) en función de los hábitos de consumo y de los hábitos de vida de las personas usuarias de drogas (Insúa & Grijalvo, 2000; Insúa & Moncada, 2002; Markez & Póo, 2000).

Desde el modelo de reducción de riesgos y daños se considera que las personas que consumen drogas tienen una diversidad de circunstancias personales y sociales, que requieren una aproximación individualizada, jerárquica y pragmática, apostando por lo posible en detrimento de lo ideal. Estos programas dan respuesta a personas que no tienen la motivación suficiente o la capacidad en un momento determinado para lograr mantener la abstinencia de las sustancias de abuso que consumen. Se puede alcanzar el cambio a través de objetivos plausibles, que tengan en cuenta el momento del cambio del sujeto (Insúa et al., 2001; Insúa & Ubillos, 1999; Prochaska, 2013; Tatarsky, 2003).

El principal avance de este modelo es el protagonismo y la responsabilidad de las personas consumidoras y de la comunidad por la salud. Se entiende que el consumo de drogas puede utilizarse como automedicación, como defensa frente a emociones negativas, o traumas (Insúa & Moncada, 2001). A medida que se establece el vínculo de ayuda, la integración de los aspectos escindidos puede mejorar el nivel de angustia y favorece el cambio a estilos de vida más saludables (Insúa & Moncada, 2001, 2002; Tatarsky, 2003).

En general los programas de reducción de riesgos y daños tienen en común un enfoque comunitario, multidisciplinar, basado en la competencia social y personal y los objetivos de cambio y de progreso son comportamentales y sociales. Esto significa que las personas consumidoras deben realizar cambios en la conducta de consumir, así como progresar hacia una mayor relación con el sistema. Este a su vez, debe hacer cambios en sus valores y funcionamiento, en aras de permitir el vínculo entre los consumidores y el sistema en todas sus vertientes: sanitario, social, judicial, o policial, que en definitiva ayuda a que las personas consumidoras tengan una mayor integración social y una mejor calidad de vida (Insúa, 1996; Insúa & Grijalvo, 2000; Insúa et al., 2001; Insúa & Moncada, 2001, 2002; Muñagorri, 2008).

A continuación se describen los programas de reducción de riesgos y daños que han sido evaluados y reconocidos por el Centro de Monitorización Europeo de Drogas y Adicciones (Rhodes & Hedrich, 2010c):

Programas asistenciales de tratamiento de la adicción

- De mantenimiento con agonistas opiáceos (WHO.,2009). Hay evidencia que demuestra que, si bien la metadona funciona muy bien para la mayoría de pacientes, algunos de ellos no responden a este tratamiento, abandonándolo o continuando con el consumo de otros opioides en la calle. En las últimas décadas se ha concluido que la farmacoterapia debería consistir en la mayor cantidad posible de alternativas terapéuticas con evidencia clínica que permitan brindar los tratamientos más adecuados según los perfiles y necesidades individuales.
- Programa de tratamiento con heroína. La utilización de la diacetilmorfina (heroína) en el tratamiento de la dependencia de opioides se ha probado en algunos países con resultados positivos para la reducción del daño relacionado con el consumo de opioides ilegales. El balance

global resulta positivo y destacan mejoras en cuanto a salud física y psíquica, así como en relación con la integración socio-profesional. La heroína intravenosa se utiliza en tratamientos para eliminar el consumo ilegal intravenoso de opioides y sólo en el caso de que haya fracasado en otros tratamientos con otros agonistas. La heroína inhalada se utiliza cuando la vía intravenosa no sea considerada adecuada y/o cuando hayan fracasado otros tratamientos. La heroína oral se utiliza para la estabilización de pacientes dependientes de heroína que hayan fracasado en el programa de mantenimiento con metadona oral.

Programas de intervención sociosanitaria

- Programas de intercambio de jeringuillas. Actualmente el intercambio de jeringuillas ha pasado a incorporarse junto con otras prestaciones sanitarias en servicios de tratamientos de drogodependencias o de reducción de riesgos y daños. Pueden ser centros de consultas externas, centros de baja exigencia, salas de consumo supervisado, así como otros servicios sanitarios o sociales. En general se accede a jeringuillas estériles (bien en establecimientos oficiales de farmacia, o centros comunitarios) con diferentes posibilidades de provisión: dispensación gratuita, venta, intercambio, a cambio de las usadas. Los programas de intercambio proporcionan también otros materiales para prevenir el riesgo de infección, como materiales para el uso inhalado, como pipas o papel de aluminio. Se utilizan también técnicas de motivación y acompañamiento, o técnicas conductuales de manejo de contingencias para reforzar el hacerse la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH. Se está dando mucha importancia en todos los centros de baja exigencia a la prevención del VIH y la Hepatitis C, y el acceso al tratamiento (WHO, 2009).

- Salas de consumo supervisado. Las Salas de Consumo son recursos de atención sanitaria profesionalmente supervisadas, donde las personas usuarias de drogas pueden consumir en condiciones seguras e higiénicas. Se consideran un servicio altamente especializado y dentro de los servicios existentes para personas consumidoras. En Europa hay 72 salas de consumo localizadas en 39 ciudades en 4 países: Suiza, Holanda, Alemania y España. Los estudios para evaluar la eficacia de las Salas de Consumo desprenden resultados positivos respecto al alcance de la población diana y de la provisión de un entorno higiénico y saludable para el consumo de drogas. Asimismo las salas de consumo supervisado permiten una intervención rápida ante los primeros signos de una sobredosis (Hedrich, Kerr, & Dubois-Arber, 2010).

Con respecto a la reducción de riesgos y daños en mujeres con infección por VIH y que consumen drogas, se requiere un mayor apoyo social fundamentalmente emocional y afectivo. Los programas de baja exigencia aceptan a las personas usuarias de drogas y promueven la responsabilidad en la negociación de los objetivos a cubrir, en un ambiente seguro. Las mujeres que acuden a los programas de reducción de riesgos y daños tienen una fuente de apoyo social que actúa como compensación del estigma social existente en el ámbito más formal, y serviría como elemento reparador para las mujeres con VIH con historial de estigmatización social (Insúa & Ubillos, 1999; SAMHSA, 2014).

Las mujeres consumidoras sufren a veces el rechazo incluso entre los propios usuarios de drogas (Romo, 2005; Romo & Gil, 2006; Urbano & Aróstegi, 2004).

La historia de abuso de drogas en las mujeres está ligada a sucesos traumáticos que marcan su desarrollo personal y social posterior, por lo que las intervenciones deben proporcionar seguridad para restablecer un vínculo que

pueda llegar a ser terapéutico (Calsyn, Peavy, et al., 2013; Des Jarlais, McCarty, Vega, & Bramson, 2013; Gollub et al., 2013; A. Kumar, 2016; Pan et al., 2016; Rotheram-Borus et al., 2016; Wilson, Sikkema, & Ranby, 2014). Herman (2004), señala la importancia de establecer seguridad y crear una alianza terapéutica (Herman, 2004; Insúa & Ubillos, 1999).

Otros autores también han destacado la relevancia de la enfermedad mental por acumulación de sucesos traumáticos y violencia en mujeres con consumo de drogas, y sugieren centrar la intervención en reducción de riesgos en las parejas. Tanto la prevención como la intervención deben ir dirigidas al contexto de las relaciones de riesgo, que en mujeres consumidoras de drogas es principalmente, la pareja sexual (Afzali, Shahhosseini, & Hamzeshardeshi, 2015; Calsyn, Hatch-Maillette, et al., 2013; Coffman & Kugler, 2012; Gollub et al., 2013; E. Martin et al., 2016; Masters et al., 2015; Neupane & Mishra, 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016; Zhang et al., 2015).

La prevención y la intervención en los riesgos y daños asociados al consumo, supone una esperanza para las mujeres que abusan de las drogas, a través de la implicación de todos los componentes que inciden en el fenómeno de las prácticas de riesgo desde una mirada sistémica y de género que permite entender el consumo como un elemento identitario que puede ser modificado (Claus et al., 2007; Insúa, 1996; Insúa & Grijalvo, 2000; Insúa & Ubillos, 1999; Romo & Gil, 2006).

En la Asociación de Lucha contra el Sida y Autoapoyo se ha desarrollado un programa de acompañamiento terapéutico comunitario, para promover la adherencia y la calidad de vida dirigido a mujeres con VIH y comorbilidad psiquiátrica y/ por drogodependencias (Asociación t4 de lucha contra el Sida y Autoapoyo, 2015).

El acompañamiento terapéutico es una modalidad del acompañamiento comunitario desarrollada desde el psicoanálisis (Fontana, 1971).

Kuras de Mauer y colaboradores (2011) presentan una teoría del psiquismo básicamente social (Kuras De Mauer & Resnizky, 2011). Sus postulados son:

- Los procesos psíquicos son la expresión de una relación dialéctica entre lo interno y lo externo.
- Se establecen los criterios para la formulación de un criterio de adaptación activa, planteando que la mutua modificación sujeto-contexto en una relación dialéctica, será el parámetro de evaluación de la calidad del comportamiento.
- Se enfatiza la estructura vincular, que daría cuenta de la relación del sujeto con el mundo, relación que tiene dos dimensiones: la intersubjetiva y la intrasubjetiva.
- Se formulan técnicas terapéuticas grupales activas, que permite el aprendizaje de la realidad a través de compartir experiencias.

Promueve un vínculo terapéutico basado en la autonomía y la participación de la persona usuaria en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, en el ámbito de la prevención, la asistencia o la reinserción(Saiz-Galdós & Chévez, 2009)

El acompañamiento terapéutico se lleva a cabo desde el marco teórico de la intervención social, que abarca los siguientes modelos especialmente representativos:

Modelo de Competencia: El estrés o el riesgo se incrementan cuando se reducen las habilidades de afrontamiento, el apoyo o los factores protectores.

Por esta relación entre persona y entorno, es necesario tener en cuenta los factores de riesgo y de protección para que la comunidad/persona/grupo desarrolle su bienestar o calidad de vida (Gracia & Herrero, 2006).

Modelo de Bienestar: Como ya se ha explicado en anteriores capítulos, el bienestar psicológico enfatiza el funcionamiento positivo más allá de la experiencia subjetiva y en función de criterios más estables. La visión del bienestar psicológico intenta encontrar criterios y cualidades concretas y estables y medirá en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades (Ryff, 2014).

Modelo Ecológico: El comportamiento y el desarrollo humano se comprende a través de la interacción de los diferentes sistemas: familia, amigos, organizaciones y comunidades (Bronfenbrenner, 1976).

Modelo comunitario: Enfoque preventivo, centrado en la persona, en los procesos de adaptación y competencia, más que en los déficits, caracterizada por la interdisciplinariedad (Sánchez-Vidal, 1988).

El acompañamiento terapéutico se define como un programa clínico y sociocomunitario, de apoyo a familiares y personas con VIH y enfermedad mental o drogodependencias; a través de un vínculo terapéutico. Supone una interrelación entre el modelo clínico, en el sentido que se contempla la atención directa a la persona diagnosticada por parte del psicólogo/a; y el modelo comunitario, en el sentido que se contempla la atención hacia elementos ambientales y sociales en el contexto actual de la persona. Implica la coordinación y coparticipación de áreas de intervención social y sanitaria, desde el nivel inicial de autocuidado hasta el nivel más especializado. Permite mantener los lazos familiares y comunitarios de la persona con enfermedad mental, siendo esta una de las características principales de la rehabilitación al tiempo que se trata de un elemento imprescindible para la promoción y mejora

de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental(Kuras De Mauer & Resnizky, 2011).

Para muchas personas con VIH que acuden a centros de atención psicosocial, los equipos de profesionales son su principal fuente de apoyo. La relación con la familia así como las relaciones sociales son escasas(Slater et al., 2015). El grado de intensidad de esta atención depende de la gravedad de las necesidades funcionales de la personas (exclusión, dependencia discapacidad, etc.), y el nivel de exigencia depende del grado de motivación y compromiso para el cambio de las personas que tienen necesidades sanitarias o sociales(Prochaska, 2013).

En el caso del VIH, si por causas directa o indirectamente asociadas a la enfermedad se generan situaciones de exclusión grave, generalmente por carecer de apoyo familiar o carecer de vivienda, existe una consolidada red de recursos de atención residencial y diurnos en Bizkaia, con el fin de promover la integración social, la calidad de vida y la autonomía en un ambiente de protección de la salud.

Capítulo 5.

Objetivos e hipótesis de la investigación

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de investigación consiste en analizar la función mediadora del afrontamiento, el apoyo social, el ajuste social y la adherencia, en la calidad de vida en personas con infección por VIH en tratamiento antirretroviral, que acuden a centros de atención psicosocial del Territorio Histórico de Bizkaia.

Los objetivos específicos que pasamos a discutir son de tres tipos: descriptivos, comparativos y causales.

Descriptivos: El objetivo primero es describir las características sociodemográficas y la distribución de la muestra en las variables de estudio, en función del sexo. El objetivo segundo consiste en analizar la variable calidad de vida en la muestra de estudio en función de las características sociales, y en función de las variables psicosociales protectoras de la salud: adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social; y las variables de riesgo para la salud: comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas.

Comparativos: En los objetivos tercero, cuarto y quinto se pretende comparar la CVRS así como las variables psicosociales protectoras de la salud: adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función del grado de comorbilidad psiquiátrica (Objetivo 3), exclusión social (Objetivo 4), y el consumo de drogas (Objetivo 5).

Causales: El sexto objetivo consiste en establecer qué variables protectoras de la salud predicen una mejor o peor CVRS en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, la exclusión social y el consumo de drogas de nuestra muestra de estudio.

En personas con VIH en tratamiento antirretroviral que acuden a Centros de atención psicosocial del Territorio Histórico de Bizkaia, se espera que la CVRS esté influenciada significativamente en sentido negativo por factores psicosociales de riesgo y en sentido positivo por factores de protección para la salud.

A continuación se detallan las hipótesis que se plantean en este estudio para cada uno de los objetivos:

OBJETIVO PRIMERO

Describir las características y la distribución de las variables de estudio en hombres y mujeres.

Hipótesis 1: Las mujeres con VIH en TARGA que acuden a los Centros de atención psicosocial de Bizkaia no tienen diferencias con respecto a los hombres en las características sociodemográficas y clínicas. Asimismo, las mujeres y los hombres son similares en las variables psicosociales de riesgo objeto de estudio: comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social, y consumo de drogas.

Hipótesis 2. Las mujeres con VIH en TARGA que acuden a Centros de atención psicosocial de Bizkaia tienen características similares a los hombres en las variables psicosociales protectoras de la salud que son objeto de estudio: la adherencia al TARGA, las estrategias de afrontamiento al VIH, el tipo de apoyo

social percibido, y el ajuste social; así como en la calidad de vida relacionada con la salud.

OBJETIVO SEGUNDO

Describir la influencia de las variables psicosociales en la calidad de vida relacionada con la salud en la muestra de estudio.

Hipótesis 3. En personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de atención psicosocial, la calidad de vida relacionada con la salud es menor en las personas con más edad, menor nivel educativo, peor situación laboral y residencial, comorbilidad psiquiátrica/y/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas.

Hipótesis 4: En personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de atención psicosocial la calidad de vida relacionada con la salud es significativamente mayor en función de los niveles de adherencia, estrategias de afrontamiento, apoyo social y ajuste social.

OBJETIVO TERCERO

Analizar las diferencias en calidad de vida relacionada con la salud, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función de la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

Hipótesis 5: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, se halle una mejor calidad de vida relacionada con la salud que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral con comorbilidad psiquiátrica y/o por

drogodependencias en las subescalas de salud, función física, función de rol, función social, función emocional, función cognitiva y calidad de vida percibida.

Hipótesis 6. Se espera que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, mantengan una mayor adherencia terapéutica que las personas con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias. Se espera encontrar diferencias significativas en la puntuación total de adherencia así como en las subescalas de cumplimiento, interacción con los médicos y creencias.

Hipótesis 7. Se espera que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, utilicen estrategias de afrontamiento activas con mayor frecuencia que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias. Se analizarán las estrategias afectivas, cognitivas, y conductuales y cada una de las estrategias de manera independiente.

Hipótesis 8: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, el apoyo social sea significativamente mayor que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias. Se analizarán las subescalas de apoyo social estructural y funcional (emocional, instrumental y afectivo).

Hipótesis 9: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias el ajuste social sea significativamente mayor, de manera global y en todas sus subescalas, que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

OBJETIVO CUARTO

Analizar las diferencias en CVRS, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función del grado de exclusión social en la muestra de estudio.

Hipótesis 10: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en situación de exclusión social grave la calidad de vida relacionada con la salud sea significativamente menor que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en exclusión social leve y moderada; se espera el mismo comportamiento en todas las subescalas analizadas.

Hipótesis 11: Se espera que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en situación de exclusión social grave, la adherencia terapéutica sea significativamente menor que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en exclusión social leve y moderada. Se espera el mismo comportamiento en todas las subescalas de adherencia.

Hipótesis 12: Se espera que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral, las estrategias de afrontamiento activas se utilicen con menor frecuencia en personas en situación de exclusión social grave, que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y con exclusión social leve y moderada.

Hipótesis 13. Se espera encontrar diferencias en los valores de apoyo social, tanto en el funcional como en el estructural, entre personas con VIH en tratamiento antirretroviral en situación de exclusión social grave y personas con VIH en tratamiento antirretroviral en exclusión social leve y moderada.

Hipótesis 14: Se espera hallar diferencias en los valores de ajuste social entre personas con VIH en tratamiento antirretroviral en situación de exclusión social grave y personas con VIH en tratamiento antirretroviral en exclusión social leve y moderada.

OBJETIVO QUINTO

Analizar las diferencias en calidad de vida relacionada con la salud, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función del consumo de drogas en la muestra de estudio.

Hipótesis 15: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral la calidad de vida relacionada con la salud sea menor en función del consumo de drogas.

Hipótesis 16: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral la adherencia terapéutica sea menor en función del riesgo asociado al consumo de drogas.

Hipótesis 17: Se espera que los valores medios en estrategias de afrontamiento, apoyo social, y ajuste social sean menores en función del riesgo asociado al consumo de drogas.

OBJETIVO SEXTO

Analizar las interrelaciones entre los factores de riesgo y los factores de protección para explicar la calidad de vida relacionada con la salud en la muestra de estudio.

Hipótesis 18. En personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral las situaciones de riesgo como: situación de exclusión social, comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, y/o consumo de drogas influyen en detrimento de la calidad de vida relacionada con la salud, y esta influencia está a su vez parcialmente explicada por el efecto mediador de las variables adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social.

Capítulo 6.

Metodología.

A continuación se describen los aspectos metodológicos fundamentales del estudio. Se refieren en primer lugar a las características de la muestra de estudio. A continuación se describen los instrumentos de evaluación seleccionados para la medida de las variables, así como el procedimiento de la investigación y las técnicas empleadas.

6.1.PARTICIPANTES

Las condiciones que se han establecido para incluir o no a una persona en el estudio son las siguientes: tener infección por VIH, estar en tratamiento antirretroviral y encontrarse en programas de acompañamiento psicosocial de la red de atención a personas con VIH de Bizkaia.

Además, se establecen los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una edad superior a 18 años.
- Estar en tratamiento antirretroviral durante más de 3 meses.
- Tener capacidad cognitiva apta para la realización de entrevistas y la cumplimentación de los instrumentos.
- Tener voluntariedad para participar en el estudio.

Una breve descripción de los recursos visitados para la reclutación de la muestra y sus principales características se enumeran a continuación:

- Programa de Acompañamiento e Intervención Psicosocial Bideratzen (Asociación t4 de Lucha contra el SIDA, 2012, 2014) y centro de día Zure enea (Asociación t4 de Lucha contra el SIDA, 2012, 2014; Iturbe, 2008). Tiene capacidad para treinta plazas de baja/media intensidad de apoyo, para personas con infección por VIH en situación de exclusión social leve concertadas con la Diputación Foral de Bizkaia.
- Centro de día de la Comisión Antisida de Bizkaia de media intensidad de apoyo para drogodependientes en situación de exclusión social moderada/grave (Iturbe, 2008). Consta de 20 plazas concertadas con la Diputación Foral de Bizkaia.
- Unidades residenciales de atención sociosanitaria Atsedena, Aukera de alta intensidad de apoyo y Bidexka, de baja intensidad de apoyo para personas con VIH (Asociación t4 de Lucha contra el SIDA, 2012, 2014). Consta de 27 plazas concertadas con la Diputación Foral de Bizkaia. Dirigido a personas con alguna patología asociada al VIH y en situación de exclusión social que pueden también presentar un problema de adicción.

Según estos criterios se considera que la población de estudio está compuesta por un máximo de 88 personas que fueron atendidas por los recursos descritos durante los meses de abril a junio de 2014. De las 88 personas informadas, 78 personas cumplen los criterios de inclusión, y dan su consentimiento a participar en el estudio.

Los sujetos que conforman la población de estudio finalmente son 68, distribuidos tal y como aparece en el diagrama 2. La pérdida muestral se debe a no cumplimentar la entrevista por no tener tiempo (3 personas), por falta de

concentración y somnolencia (5 personas) o por no encontrarse bien en el momento de la entrevista (2 personas).

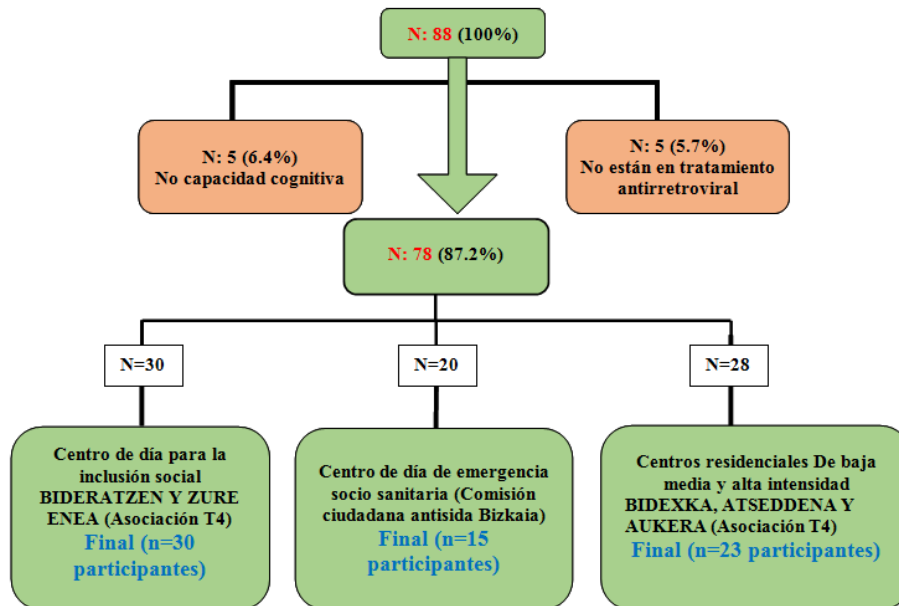


Diagrama 2 Distribución de los sujetos que participan en este estudio por centros de atención.

La distribución final de las personas participantes consiste en un 44.1% de personas del Centro de atención psicosocial dirigido a personas en situación de riesgo por tener VIH, déficit personal/relacional y plena autonomía funcional (Tabla 11). Estas personas necesitan poca o media intensidad de apoyo (información, orientación, apoyo psicológico, o apoyo social) y acuden al Centro de apoyo psicosocial una o dos veces por semana. Por otra parte, el 22.1% de las personas participantes acuden a un Centro de día dirigido a personas en situación de exclusión social asociado a drogodependencias, en el que se realizan intervenciones de acompañamiento y reducción de riesgos y daños en personas con adicciones o procesos de exclusión social graves. Por

último, el 33.8% de los sujetos acuden a un Centro de atención residencial por tener VIH, presentar déficit relacional/personal, económica/laboral y residencial y merma en la autonomía por consumo de drogas u otras patologías. En dicho centro residencial se realizan intervenciones de alta intensidad de apoyo. El tiempo de duración de la estancia se puede prolongar hasta que la persona esté preparada para iniciar la vida autónoma.

En cuanto a las características de la muestra, de las 68 personas, el 67.6% son hombres (n=46) y el 32.3% son mujeres (n=22). La mayoría de las personas participantes (86.8%) tienen más de 40 años. De esta población el 35.3% son mayores de 50 años. Por otro lado, el 66.6%, son solteros/as y el 50% tienen estudios secundarios. Con respecto a la situación de la infección por VIH, un 35.3% de las personas participantes en este estudio han recibido el diagnóstico hace más de 20 años, y el 69.8% de ellas muestran valores de carga viral indetectable y recuento de CD4 por encima de 350 células/ μ L (75.5%). De las personas entrevistadas, el 30.9% no tienen tratamiento psiquiátrico o de mantenimiento con sustitutivos opiáceos; el 35.3% tienen tratamiento psiquiátrico, y un 33.8% reciben tratamiento de mantenimiento con sustitutivos opiáceos. En cuanto a la exclusión, un 40% se encuentran en situación de exclusión social leve, es decir, con escasos o precarios recursos sociales, económicos y/o residenciales. Un 38.6% tienen exclusión social moderada, con aislamiento social y falta de recursos y un 18.6% tienen exclusión social grave; con aislamiento social, falta de recursos y sin hogar. Por último, el 50% de las personas participantes no consumen drogas de abuso en la actualidad, a excepción del tabaco; un 29.4% de ellas consumen cannabis y/o alcohol, y un 20.6% restantes consumen heroína y/o cocaína.

Tabla 11 Distribución de personas con VIH y en tratamiento antirretroviral por centros participantes.

Centro	Características	Tipo de recursos	Intervención	Frecuencia	Porcentaje
Asociación T4 Atención diurna	Alteraciones emocionales	Alta exigencia	Apoyo psicosocial	30	44.1
	Autonomía	Baja media/ intensidad			
Comisión Ciudadana Antisida Centro de día	Adicciones	Baja exigencia	Apoyo psicosocial	15	22.1
	Moderada autonomía	Media intensidad	Atención necesidades básicas		
	Exclusión social		Reducción de daños		
Asociación T4 Atención residencial	Exclusión residencial	Media exigencia	Apoyo psicosocial	23	33.8
	Baja autonomía	Alta intensidad	Atención sociosanitaria intensiva		
	Adicciones				
	Exclusión social				

6.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño escogido para esta investigación es el llamado diseño transversal. En este tipo de diseño los datos se recogen en un solo momento, en un tiempo único (Osuna, 1991). Se trata de un diseño intencional, y nuestro objetivo es la descripción de las variables, el análisis de incidencia de las mismas, y la posible interrelación entre ellas en el momento de la evaluación. Dentro de estos diseños transversales se suele recurrir a modelos de tipo exploratorio (Christman, 1980; Selltiz et al., 1959).

De acuerdo con Christman (1980), el uso de métodos exploratorios de investigación puede estar:

- Dirigido a la formulación más precisa de un problema de investigación, puesto que se carece de información suficiente y de conocimiento previos del objeto de estudio. La exploración permitirá obtener nuevos datos y elementos que pueden conducir a formular con mayor precisión las preguntas de investigación.
- Orientado al planteamiento de una hipótesis; cuando se desconoce el objeto de estudio y resulta difícil formular hipótesis acerca del mismo. En ese caso, la función de la investigación exploratoria es descubrir las bases y recabar información que permita como resultado del estudio, la formulación de una hipótesis. Las investigaciones exploratorias son útiles en tanto sirven para profundizar en un área poco conocida como base para la realización de una investigación descriptiva, para ayudar a precisar un problema o a concluir con la formulación de nuevas hipótesis, y para diseñar una intervención psicológica en un colectivo no suficientemente estudiado.

En nuestro caso, se trata de un colectivo específico de personas en situación de exclusión social con infección por VIH, cuya situación psicosocial de cara a poder intervenir en la mejora de la CVRS no ha sido estudiada en profundidad. En este contexto se quiere enriquecer el estudio desde una perspectiva de género, y evaluar las variables psicosociales que son susceptibles de ser trabajadas desde un punto de vista clínico y que están en relación con la calidad de vida, y todo ello con el fin último de abrir líneas de intervención futuras.

El método de muestreo que se emplea en este trabajo es un método no probabilístico. En ocasiones, para la realización de estudios exploratorios, el

muestreo probabilístico resulta excesivamente costoso, o bien no es posible aplicarlo por dificultad de acceso a la población muestral (Osuna, 1991). En casos como este se recurre al empleo de métodos no probabilísticos, amén de que no son apropiados para realizar generalizaciones. Esto se debe a que con el uso de los métodos no probabilísticos no se tiene evidencia de que la muestra seleccionada sea representativa, puesto que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Generalmente se selecciona a los sujetos siguiendo determinados criterios y procurando que la muestra sea representativa, aunque la realidad es que los participantes escogidos, suelen serlo por conveniencia o comodidad.

En este tipo de muestreo incidental, también llamado muestra de oportunidad, el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población (Osuna, 1991). El caso más habitual de este procedimiento es emplear como muestra los sujetos a los que se tiene fácil acceso, como ha sido el caso. Su empleo es habitual en pruebas piloto. Cualquier resultado devenido de este tipo de muestreo sólo pueden referirse a la muestra de estudio y no a la población general.

6.3. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los instrumentos seleccionados para este trabajo tienen como objetivo el conocimiento descriptivo y comparativo de una serie de variables subjetivas y contextuales, que en ningún caso pueden servir como medida estable de personalidad ni extrapolarse a otros momentos de la vida de las personas que han participado. La selección de los instrumentos pretende analizar los componentes subjetivos de la vivencia de la infección por VIH en un contexto determinado por la situación social de exclusión.

6.3.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO (ANEXO 1)

El cuestionario se ha realizado *ad hoc* para este estudio, a partir del Informe de Salud y el Informe Social de la Asociación T4. Ambos Informes están realizados dentro del protocolo de atención de la Asociación en colaboración con el Hospital de Basurto y el área de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia (Ficha de Salud y Ficha Social) (Asociación t4 de Lucha contra el SIDA, 2012, 2014).

Los datos de identificación se recogen con un código de confidencialidad, respetando las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Gobierno de España, 1999).

Los datos sociodemográficos incluyen características de sexo, edad, estado civil, procedencia, situación laboral, situación residencial y cargas familiares (Tabla 12).

Los datos clínicos incluyen variables como estado serológico a la hepatitis B y C, duración de la infección por VIH, vía de transmisión del VIH, indicador de cantidad de CD4, indicador de nivel de carga viral, y tiempo de duración del tratamiento antirretroviral que sigue cada persona.

Por último se recogen distintas variables psicosociales de riesgo, claves por su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH. La comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas en la actualidad.

La comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias se mide en tres categorías: la primera incluye el tratamiento antirretroviral solamente, la segunda incluye el tratamiento antirretroviral y el tratamiento psiquiátrico, y la tercera incluye el tratamiento antirretroviral más el tratamiento de mantenimiento con sustitutivos opiáceos (aunque también tengan tratamiento psiquiátrico).

La exclusión social se categoriza en tres niveles ordinales. Se considera exclusión leve cuando la persona está en situación de necesidad de acompañamiento social por escasos recursos sociales, pero tiene trabajo o cobra una Renta de Garantía de Ingresos RGI y tiene vivienda en alquiler o en propiedad. Se considera en situación de exclusión moderada cuando la persona reside en alojamiento institucional y/o tiene algún tipo de ingreso; se considera exclusión grave cuando la persona no tiene ningún tipo de ingresos o vive en la calle o en albergue.

El consumo actual de drogas, percibido como consumo de riesgo, se ha definido también en tres categorías; la primera corresponde al no consumo de drogas en la actualidad, la segunda se considera el consumo actual de alcohol y/o cannabis, y la tercera se refiere al consumo de heroína/cocaína o policonsumo.

Tabla 12 Categorización de variables sociodemográficas y clínicas.

Variables	Descripción
<i>Características sociodemográficas</i>	
Sexo	Mujer/ Hombre /Transgénero
Edad (años)	15-19/ 20-29/30-39/40-40/50-59/ Más de 59
Estado civil	Soltero/a/Casado/a/Separado/a/Viudo/a
Nivel educativo	Leer y escribir/Estudios primarios/Estudios secundarios/Estudios universitarios
Situación laboral	Autónoma/Relación laboral temporal/Parado/Pensión/Renta básica/Sin ingresos
Situación residencial	Calle/Albergue/Alojamiento social/Alojamiento con familiares o amigos/Vivienda en alquiler /Vivienda en propiedad
Cargas familiares	Con hijos/as menores/Con hijos/as mayores/Sin hijos/as
<i>Características Clínicas</i>	
Coinfección VHC	Positivo/Negativo/Desconocido

Variables	Descripción
Duración VIH	Menos de 5 años/5-10 años/11-15 años/16-20 años/Más de 20 años
Vía de transmisión	Relación Sexual desprotegida/Compartir material de inyección/NS/NC
Nivel CD4	0-200/200-350/350-500/500-1200/ NS/NC
Carga viral	Menos de 50/Menos de 10.000/10.000-100.000/100.000 a 1.000.000
Años tratamiento	Último año/1-5 años/6-10 años/11-15 años/ Más de 15 años/ NS/NC/Abandono
<i>Factores Psicosociales de Riesgo para la salud</i>	
Comorbilidad	Tratamiento VIH/ Tratamiento psiquiátrico/Tratamiento drogodependencias
Consumo de drogas actual	No/cannabis-alcohol/heroína-cocaína
Exclusión social	Leve/Moderada/Grave

Nota- NS/NC: no sabe/ no contesta, VHC: virus de la hepatitis C.

6.3.2.CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD(ANEXO 2)

Se mide a través del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud MOS-SF 30 (Wu, Hays, Kelly, Malitz, & Bozzette, 1997; Wu, Revicki, Jacobson, & Malitz, 1997); adaptado por Remor en 2003 (Remor, 2003).

El MOS-SF 30 es una versión corta pero exhaustiva del Cuestionario de Calidad de Vida “*Medical Outcomes Study*” (Wu, Hays, et al., 1997; Wu, Revicki, et al., 1997). El cuestionario original contiene 30 preguntas que incluyen 11 dimensiones de salud: percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía/fatiga, preocupación por la propia salud, función cognitiva, calidad de vida y transición de salud (Badía, Podzamcer, López-Lavid, & García, 1999). Posteriormente se desarrolló el MOS 36, que amplía los ítems de la dimensión de salud y de dolor, ya que en el caso del VIH el dolor y la salud general son muy importantes debido a los

frecuentes efectos adversos de los tratamientos antirretrovirales en la era previa al descubrimiento de los tratamientos de combinaciones de gran alcance (Wu, Hays, et al., 1997; Wu, Revicki, et al., 1997).

Remor adaptó la versión en español del MOS-SF 30 (Remor, 2003).

El MOS-VIH 30 consta de 30 ítems, 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0-4) y ocho con 3 puntos (0-2) (Remor, 2003). Puede ser autoadministrado o administrado mediante entrevista. Se requiere un tiempo de 10 a 15 minutos para su cumplimentación. Presenta una adecuada fiabilidad y validez para su uso con investigación española tal y como se desprende de los resultados obtenidos desde el grupo español de validación de los cuestionarios MOS-HIV y Mquol VIH (Herdman & Baró, 2000), es además más sensible para su uso en la investigación clínica. En la versión de Remor (Remor, 2003) se obtiene una puntuación global de CVRS estandarizada entre 0 y 100, y también se obtienen las puntuaciones directas en las subescalas: percepción salud, función física, función mental, energía, función cognitiva, calidad de vida percibida y transición de la salud. Remor (2003) obtiene para la versión española de MOS SF 30 una alta consistencia interna, con un índice de confiabilidad de 0.93 para la escala total, y superior a 0.8 en todas las subescalas con más de un ítem. También muestra adecuada validez, por la asociación de la calidad de vida con el nivel de carga viral, en la escala total y en las subescalas de salud general, función social, energía, malestar respecto a la salud y función cognitiva. La muestra del estudio de la versión adaptada está formada por un total de 100 sujetos, con edades comprendidas entre 24 y 69 años con una media y desviación típica (DT) de 37.3 ± 8.3 años; 59 de ellos eran varones y 41 mujeres. El 50% tenía estudios primarios, el 17% secundarios, y el 31% universitarios. El 63% trabajaba. El modo de infección por el VIH fue mayoritariamente por vía sexual (56%), seguido del uso de drogas por vía

parenteral (29%). La orientación sexual declarada mayoritariamente fue la heterosexual (75%).

El cuestionario MOS VIH 30 mide los aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud que se especifican a continuación

- Dolor: severidad y grado de limitación debido a dolor.
- Función física: limitación en la realización de las actividades físicas de la vida diaria debidas a la salud tales como andar, vestirse, etc.
- Función de rol: limitaciones para las actividades de la vida diaria, como trabajar, actividades domésticas, etc.
- Función emocional: sentirse feliz, calmado, en paz, o nervioso, deprimido la mayor parte del tiempo.
- Función social: limitación en las actividades sociales debido a la salud.
- Energía: sentirse con más o menos energía o cansancio.
- Distrés por salud: grado de preocupación o miedo por la salud.
- Función cognitiva: grado de dificultad en memoria, concentración, o atención.
- Calidad de vida percibida: valoración subjetiva de la propia calidad de vida.
- Transición en salud: evalúa la salud objetiva, en términos de si la condición de salud es en el momento mejor, igual o peor que hace un mes.

A continuación, en la tabla 13 se describe la forma general de evaluar el cuestionario de CVRS.

Tabla 13 Evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida MOS SF 30 (Remor, 2003)

Categoría	Ítems MOS-SF 30	Puntuación Total
Salud general percibida	1	0-4
Dolor	1	0-4
Función física	6	0-16
Función de rol	2	0-4
Función social	1	0-4
Función emocional	5	0-20
Energía	4	0-16
Malestar respecto a salud	4	0-16
Función emocional	4	0-16
Calidad de vida percibida	1	0-4
Transición salud	1	0-4
Calidad de vida total	30	0-100

6.3.3. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIVIRAL (ANEXO 3)

La adherencia se mide a través del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiviral CEAT-VIH (Remor, 2002b, 2002d).

Este instrumento analiza el cumplimiento terapéutico así como los factores facilitadores u obstaculizadores del mismo (Tabla 14). La puntuación media para la muestra de validación es de 73 con un valor mínimo 17 y máximo de 89.

Este cuestionario ha sido adaptado a muestras de diferentes países. Se ha validado en una muestra peruana (Tafur-Valderrama, Ortiz, Alfaro, García, & Faus, 2008) con 82.9% varones, de edades comprendidas entre 28 y 70 años, edad media de 42 años, con 5 años de media de antigüedad de la infección y 6 meses de media de tratamiento antirretroviral. También se ha validado para una muestra brasileña (Remor, Milner-Moskovics, & Preussler, 2007).

Para la elaboración de los baremos españoles del cuestionario se tomó una muestra de 92 sujetos en el hospital Universitario La Paz de Madrid, con 53

varones (57.6%) y 39 mujeres (42.4%), con una edad media de 37.3 años (Remor, 2003). El 51% de la muestra tenía estudios primarios, el 17.4% tenía estudios secundarios y el 31.6% tenía estudios universitarios. La vía de transmisión principalmente era la vía sexual (56.5%) seguido del uso de drogas por vía parenteral (28.3%) y la principal orientación sexual fue la heterosexual (76.1%). No se reportan diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones del cuestionario, ni tampoco relación con la edad de los sujetos, por lo que el autor propone una única tabla de baremos. Se ha demostrado que el cuestionario tiene validez externa, ya que en el estudio de valoración de la adherencia Remor (2002) halló que ésta estaba asociada positivamente con la carga viral como medida de éxito en el tratamiento. El coeficiente de fiabilidad (consistencia interna, medida por el alfa de Crombach) para el cuestionario en el estudio de validación fue de 0.73 (Remor, 2002b, 2002d).

Se sugiere un punto de corte en puntuación igual o inferior a 78 para una adhesión al tratamiento insuficiente (Remor, 2002b, 2002d). Una $PD < 69$ se corresponde con $PC < 20$,

Una puntuación entre 70 y 71.20 se corresponde con un PC entre 30 y 35, una adhesión con puntuación directa entre 71.20 y 74.99 se corresponde con un PC entre 35 y 65. Por último una puntuación directa entre 75 y 78.99 se corresponde con un PC entre 66 y 85; y la PD por encima de 79 se corresponde con un $PC > 85$. La adhesión óptima se sitúa por encima de una puntuación directa de 78 puntos, que se corresponde con una puntuación centil 80, la adhesión adecuada se sitúa entre las puntuaciones 73 y 78 correspondientes a una puntuación centil 50 y puntuación centil respectivamente. La adhesión se considera insuficiente para valores que estén por debajo de 73 que coincide con el percentil 45.

Tabla 14 Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral.

Categorías	Ítem	Nº Ítem	Puntuación
Cumplimiento del tratamiento	Adhesión en la última semana	19	0-1
	Adhesión general desde el inicio del tratamiento	1	1-5
	Valoración de su grado de adhesión	17	1-5
	Adhesión al horario	12	1-5
Factores moduladores de la falta de adhesión	Por sentirse mejor	2	1-5
	Por sentirse peor	3	1-5
	Por sentirse triste	4	1-5
	Recuerda ninguno, la mitad o todos los fármacos	5	0-2
Interacción médico paciente	Calidad percibida de la relación	7	1-5
	Ánimos por parte del médico	13	1-5
Creencias sobre Adherencia	Esfuerzo	6	1-5
	Tiempo que implica	16	1-5
	Dificultad percibida	18	1-5
	Expectativas de autoeficacia	11	1-5
	Expectativas de resultados	9	1-5
	Efectos secundarios	15	1-5
	Información	8	1-5
	Satisfacción con el tratamiento	14	1-5
Estrategias para recordar la toma de fármacos	¿Ha mejorado con el tratamiento?	10	1-5
	¿Utiliza estrategias como alarmas, pastilleros?	20	0-1
ADHESIÓN GLOBAL			17-89

En este instrumento incluye en la variable adherencia el componente subjetivo. Se encuentra recogido en las subescalas que miden las creencias acerca el tratamiento, la relación con los profesionales de la salud y las estrategias para recordar el tratamiento. Se recogen datos sobre tomas no realizadas en el último mes, relación con el equipo, así como factores psicológicos individuales: creencias, actitudes, efectos positivos percibidos, información, autoeficacia.

6.3.4.CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (ANEXO 4)

El afrontamiento, basado en los esquemas conceptuales de Lazarus y Folkman (1984) y las posteriores aportaciones de otros autores en el campo de la evaluación de las estrategias de afrontamiento (Holahan et al., 2007; Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Holahan, 2007; Rodríguez-Marín et al., 1993b).

El “Cuestionario de estrategias de afrontamiento” (Font & Cardoso, 2009) mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento de tres tipos:

- *Cognitivas* (Ítems 1-7): Reinterpretación positiva, pensamiento positivo, autoeficacia.
- *Conductuales* (Ítems 8-17): Buscar información, buscar ayuda, solucionar los problemas, ir al médico, distraerse.
- *Emocionales* (Ítems 18-24): aceptación, mantener la esperanza; culpabilidad, optimismo.

Este cuestionario por tanto consta de 24 ítems. Cada ítem del cuestionario responde a una estrategia de afrontamiento y se ha aplicado fundamentalmente en mujeres con cáncer de mama (Font & Bayés, 1993; Font & Cardoso,

2009), también en mujeres y hombres con el VIH y con lipodistrofia (M. García-Sánchez, 2010).

Tal y como describen los autores, las estrategias de afrontamiento se pueden categorizar en función del tipo de respuesta. *Las estrategias cognitivas* (Ítems 1-7) son activas o eficaces si se dirigen a disminuir la amenaza percibida: la reinterpretación positiva, o las expectativas de autoeficacia son un ejemplo de ellas (Font & Bayés, 1993; Font & Cardoso, 2009). *Las estrategias conductuales* (Ítems 8-17) son eficaces como respuesta al estrés si se dirigen a disminuir o hacer desaparecer el estímulo estresante, modificando la situación (Font & Bayés, 1993; Font & Cardoso, 2009). Buscar información, ayuda, intentar solucionar los problemas, ir al médico, son conductas que actúan sobre la misma situación estresante, modificándola. *Las estrategias emocionales* (18-24) son eficaces si están orientadas a reducir el impacto emocional o respuesta del organismo al suceso. Los mecanismos de aceptación, esperanza y no sentirse culpable, son algunos ejemplos.

Font y Cardoso (2009) realizan un análisis del cuestionario de validación, el primer análisis de componentes principales realizado con 25 ítems (KMO= 0.656) resultó en una estructura inicial de 8 factores con autovalores superiores a uno que explicaban el 58.83% de la varianza (Font & Cardoso, 2009). Por tanto, se realizó otro análisis de componentes principales extrayendo 2 factores. Cinco ítems presentaban cargas factoriales inferiores 0.30 (“cumplir exactamente las prescripciones médicas”, “sentirse culpable”, “buscar un sentido”, “buscar una explicación en el pasado”, “prepararse para cosas peores”). Se eliminó también el ítem “buscar ayuda en otras personas” por presentar una carga factorial distribuida entre los dos factores. Así, tras la eliminación de estos 6 ítems, se obtuvo una estructura de dos factores que explicaban un 32.45% de la varianza. El primer factor incluyó 10 ítems que explican el 17.90% de la varianza, el segundo factor se componía de 9 ítems que daba cuenta del 14.55% de la

varianza. La subescala del factor 1 presentó un coeficiente de Cronbach de 0.75. La subescala del factor 2 presentó un coeficiente de 0.65. La composición de ítems del factor 1 sugiere una forma de afrontamiento que se ha denominado *afrontamiento individual o centrado en uno mismo*. Correspondería a aquellas mujeres que se enfrentan al cáncer sin pedir ayuda a los demás. El segundo factor podría denominarse *afrontamiento social de la enfermedad* se corresponde con la búsqueda de apoyo social.

En nuestro estudio, se ha optado por utilizar el cuestionario en su versión original, con los 25 ítems, para obtener una puntuación total derivada del sumatorio de todas las estrategias de afrontamiento, así como la puntuación de cada una de los componentes: pensamientos, conductas y emociones; y por último se analizan las estrategias o ítems por separado. Para tener una puntuación global se han recodificado los ítems con una connotación emocional negativa a su contrario (Folkman & Moskowitz, 2004): Los ítems *Me siento culpable de lo que me pasa* (20) y *Me desespero, me siento pesimista* (23), y *Salgo menos de casa. Evito hablar de la enfermedad* (17) se han puntuado en sentido inverso (a menor frecuencia mayor puntuación, y a mayor frecuencia menor puntuación).

Los demás ítems del cuestionario se puntúan de manera que a menor frecuencia de utilización, menor puntuación; y a mayor frecuencia de utilización mayor puntuación, y se consideran estrategias de afrontamiento activo adaptativo:

- *Estrategias de afrontamiento activo centradas en el problema*
 - *Cognitivas*: Incluyen la *reestructuración cognitiva*: *Pienso: Tiene algún aspecto positivo* (2), *Intento encontrar en mi pasado una explicación a lo que me pasa* (5). También incluyen estrategias de *aproximación cognitiva*: *Pienso: Esto lo tengo que superar yo mismo/a* (1); o *Tengo que*

prepararme para cosas peores(6), Intento no pensar en ello, pienso en otras cosa(4); PiensoEsto ya pasará. Son problemas que solo duran cierto tiempo (7); y otra estrategia cognitiva es el pensamiento desiderativo:Busco un sentido a mi enfermedad(3).

- *Conductuales:* Incluyen estrategias comola *aproximación al problema:Busco información (8); Intento solucionar los problemas yo mismo/a(10),Decido yo mismo/a ir al médico inmediatamente(11) y Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos (13).* También incluye la *búsqueda de apoyo social:Busco ayuda en otras personas (9),Hablo de ello con algún familiar o amigo/a (16),o la evitación o distracciónconductual:me distraigo con el trabajo o con otras cosas (12), Bebo o como cosas que me gustan (14),Disfruto de algunas cosas relacionadas con mi enfermedad: por ejemplo, hacer cosas que antes no hacía, hablar con los médicos, etc. (15) y la estrategia (recodificada):No salgo menos de casa. No evito hablar de la enfermedad(17).*
- *Estrategias de afrontamiento activo centradas en la emoción.* Se refieren a la *aceptación del problema: Acepto la situación tal como es, Me resigno (18),o la expresión emocional: Expreso abiertamente mis sentimientos (22), Cuando estoy triste, lo disimulo ante los demás (23), Hago bromas sobre ello (24).* Otra estrategia emocional es también *el optimismo:Mantengo la esperanza, me siento optimista (19); o las estrategias recodificadas: No me siento culpable de lo que me pasa (20) y No me desespero, me siento pesimista (23).*

En la variable de afrontamiento, el rango va desde 24 hasta 106 (Tabla 15) y las estrategias más efectivas varían en cada momento y situación. Con el fin de facilitar la interpretación se ha optado por estandarizar las puntuaciones medias con un rango de 0 a 100, tanto para la escala total como para las subescalas de afrontamiento conductual, cognitivo y emocional.

Tabla 15 Guía para la evaluación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

Cuestionario de estrategias de afrontamiento	Puntuación Directa	Puntuación Transformada
1. Pienso “Esto lo tengo que superar yo mismo”	1-4	1-4
2. Pienso “Tiene algún aspecto positivo”	1-4	1-4
3. Busco un sentido a mi enfermedad	1-4	1-4
4. Intento no pensar en ella. Pienso en otras cosas	1-4	4-1
5. Intento encontrar en mi pasado una explicación a lo que me pasa	1-4	4-1
6. Pienso “Tengo que prepararme para cosas peores”	1-4	1-4
7. Pienso “Esto ya pasará. Son problemas que solo duran cierto tiempo”	1-4	1-4
AFRONTAMIENTO COGNITIVO	7-28	0-100
8. Busco información sobre lo que me pasa.	1-4	1-4
9. Busco ayuda en otras personas	1-4	1-4
10. Intento solucionar los problemas yo mismo/a	1-4	1-4
11. Decido yo mismo/a ir al médico inmediatamente	1-4	1-4
12. Me distraigo con el trabajo o con otras cosas	1-4	1-4
13. Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos	1-4	1-4
14. Bebo o como cosas que me gustan	1-4	1-4
15. Disfruto de algunas cosas relacionadas con mi enfermedad	1-4	1-4
16. Hablo de ello con algún familiar o amigo/a	1-4	1-4
17. Salgo menos de casa. Evito hablar de ello con otras personas	1-4	4-1
AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL	10-40	0-100
18. Acepto la situación. Me resigno	1-4	1-4
19. Mantengo la esperanza. Me siento optimista	1-4	1-4
20. Me siento culpable de lo que me pasa	1-4	4-1
21. Expreso abiertamente mis sentimientos; por ejemplo,		

Cuestionario de estrategias de afrontamiento	Puntuación Directa	Puntuación Transformada
si me enfado, me quejo, si me siento triste, lo digo	1-4	1-4
22. Cuando estoy triste, lo disimulo ante los demás		
23. Me desespero, me siento pesimista	1-4	1-4
24. Hago bromas sobre ello. Me río o ironizo	1-4	4-1
	1-4	1-4
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	7-28	0-100
AFRONTAMIENTO TOTAL	24- 106	0-100

6.3.5. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL.(ANEXO 5)

El cuestionario MOS de Apoyo Social fue desarrollado por Sherbourne en 1991, a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un seguimiento a dos años de pacientes con patologías crónicas (Sherbourne & Stewart, 1991). Los elementos del test fueron seleccionados de forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso.

El cuestionario que se emplea en este trabajo es el propuesto por Costa Requena, Salamero y Gil (2007) adaptado de “MOS-SS *Medical Outcomes Study- Social Support Survey*” de Sherbourne, y Stewart (1991) y validado en una muestra española de pacientes con cáncer (Requena et al., 2007). El “Cuestionario MOS de Apoyo Social” (Requena et al., 2007) evalúa el grado en que se percibe la disponibilidad de apoyo social en personas con enfermedades crónicas: hipertensión, enfermedad coronaria, depresión, diabetes. Mide apoyo social *estructural* (número de amigos/as) y *funcional* (apoyo emocional, instrumental, información, apoyo de interacción social positiva y apoyo afectivo).

Se comprende que el apoyo social puede provenir de sistemas de apoyo informales y de sistemas de apoyo formales. La puntuación total de cada subescala se obtiene de la suma de los ítems correspondientes a cada una de ellas. El apoyo social estructural o red de amistades va de 0 a 20, siendo 10 el punto de corte. El apoyo social funcional es bajo si es inferior a 57. En cuanto a las subescalas, el apoyo emocional se considera bajo si la puntuación total en la subescala es inferior o igual a 24, la interacción social positiva es baja si la puntuación total está por debajo de 12. El apoyo instrumental se considera bajo si la puntuación es inferior o igual a 12. El apoyo afectivo se considera bajo si la puntuación de la subescala es inferior o igual a 9. Asimismo, se considera que las puntuaciones pueden darse de forma cruda o normalizada. En la forma normalizada el rango para cada subescala y para la puntuación total es de 0 a 100. En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son: 19-95 para puntuación total, 8-40 para apoyo emocional, 4-20 para interacción social positiva, 4-20 para apoyo instrumental y 3-15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido (Requena, Salamero, & Gil, 2007). En este trabajo analizaremos las puntuaciones directas de las subescalas y de la escala total.

El cuestionario muestra fiabilidad, consistencia interna, fiabilidad test-retest y alta validez convergente (Requena et al., 2007). Todos los ítems correlacionan entre sí. Los ítems de cada subescala muestran validez interna. Se observa poca correlación entre el apoyo estructural y el apoyo funcional. Para analizar los resultados se han revisado los estudios de validación española del cuestionario MOS (Requena et al., 2007; Revilla-Ahumada, Luna del Castillo, Bailón-Muñoz, & Medina-Moruno, 2005). Uno de ellos se ha realizado con una muestra de pacientes compuesta por 301 personas usuarias de Centros de Atención Primaria de las cuales 142 personas tenían patologías crónicas y 159 personas no tenían comorbilidad médica. Las edades estaban comprendidas

entre los 15 y 95 años, con una media de 48.8 años, y un 60.8% mujeres y un 38.5% varones (Revilla-Ahumada et al., 2005). Otro estudio se ha realizado con 400 pacientes con cáncer, el 49% eran varones y el 51% mujeres, y la media de edad era de 54 años. Se halló una alta correlación entre apoyo instrumental y apoyo funcional. Los hombres recibían más apoyo emocional que las mujeres, y no hubo diferencias respecto a la edad (Requena et al., 2007). Estos autores han utilizado el cuestionario MOS de Apoyo Social validado para una muestra de pacientes con cáncer en España, que hemos empleado en este trabajo. En su estudio obtuvieron una alta consistencia interna de la prueba, con un coeficiente alfa de 0.94 (Requena et al., 2007). Respecto al número de relaciones cercanas potencialmente proveedoras de apoyo, se establece un abanico de 0 a 10. En la tabla 16 se muestra una guía para la evaluación de este cuestionario.

Tabla 16 Guía para la evaluación del cuestionario MOS de Apoyo Social

Categoría	Ítems escala Likert:	Puntuación
	1. Nunca 2. Muy pocas veces 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre	
Apoyo estructural	Número de amigos	<10 bajo >10 Adecuado
Apoyo social emocional	2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1-5
	3. Alguien que le aconseje cuando tenga problema	1-5
	7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1-5
	8. Alguien en quien confiar ...	1-5
	12. Alguien cuyo consejo realmente desee	1-5
	15. Alguien con quien compartir sus temores	1-5
Interacción social positiva	16. Alguien que le aconseje ...	1-5
	18. Alguien que comprenda sus problemas	1-5
	6. Alguien con quien pasar un buen rato	1-5
	10. Alguien con quien pueda relajarse	1-5
Apoyo afectivo	13. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1-5
	17. Alguien con quien divertirse	1-5
	5. Alguien que le muestre amor y afecto	1-5
Apoyo instrumental	9. Alguien que le abrace	1-5
	19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1-5
	1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1-5
	4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1-5
	11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1-5
	14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1-5
APOYO SOCIAL TOTAL		19-95

En nuestro estudio se han analizado el apoyo estructural por un lado, y por otro el apoyo social funcional o puntuación total de la escala y las subescalas de apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva, y apoyo afectivo.

6.3.6. ESCALA AUTOAPLICADA DE ADAPTACIÓN SOCIAL (ANEXO 6)

Esta variable recoge el grado de satisfacción subjetiva de la persona en sus relaciones sociales, trabajo, ocio, participación en la comunidad, motivaciones, *hobbies* e interés por el entorno. La “Escala Autoaplicada de Adaptación Social (*Social Adaptation Self Evaluation Scale*)” fue desarrollada por Bosc (Bosc, Dubini, & Polin, 1997) y adaptada por Bobes (Bobes et al., 1998). La escala autoaplicada de adaptación social se desarrolló de manera específica para pacientes psiquiátricos con depresión, para evaluar la conducta social como indicador de mejoría tras el tratamiento. En nuestro estudio se utiliza como medida observacional asociada a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y al bienestar psicológico (Cardenal & Fierro, 2001). La escala validada consta de 22 ítems que se evalúan entre 0 y 3. El primer ítem no se evalúa, y los ítems 2 y 3 son mutuamente excluyentes, en función de si la persona trabaja o no de manera remunerada. Por lo tanto, resultan 20 ítems puntuados de 0 a 3 y la puntuación total oscila entre 0 y 60. La escala explora el funcionamiento del individuo en las diferentes áreas de funcionamiento social: trabajo y ocio, familia, relaciones sociales, intereses y aficiones. Se han hallado cuatro factores fundamentales: el primero (que explica el 31.5% de la varianza) se puede definir como *relaciones sociales externas a la familia* y es el más importante; recoge, búsqueda de relaciones externas, calidad de relaciones externas, búsqueda de contactos sociales, y dificultades de comunicación. El segundo factor (explica el 7.6% de varianza) puede denominarse *trabajo y ocio* y recoge 6 ítems: interés por el trabajo u ocupación no remunerada, disfrute con la ocupación principal, intereses y *hobbies*, calidad de tiempo libre, importancia del aspecto físico, y capacidad de organización del entorno. El tercer factor puede definirse como *intereses socio-culturales* (explica el 5.6% de la varianza) y recoge 3 ítems de la escala: participación en la vida de la comunidad, curiosidad social, e interés intelectual. El cuarto factor explica el 5.5 % de la varianza y puede definirse

como *relaciones familiares y estrategias de conducta*, agrupa los 5 ítems restantes: búsqueda de contacto con la familia, calidad en las relaciones con la familia, respeto de las normas sociales, percepción de rechazo, y dificultad de manejo de recursos.

El estudio de validación en una muestra española se realizó en una muestra de 461 pacientes, el 34.75% hombres y el 65.3% mujeres; de ellos el 58.7% casados/as, 63.1% con pareja estable, 86.35% vivía acompañado/a y con situación económica y laboral media (Bobes et al., 1998). Esta escala se ha adaptado en España para pacientes con depresión, dado que el trastorno depresivo presenta un desajuste social importante (Bobes et al., 1998; Bosc et al., 1997). Mide funcionalidad en las áreas de interacción social. Áreas que desde diferentes motivos pueden verse alteradas, y no solo por un trastorno emocional como la depresión sino también por padecer una enfermedad crónica como la infección por VIH; especialmente si se está en riesgo de exclusión social.

Los autores hallan buenos datos de validez, fiabilidad, y sensibilidad al cambio (Bosc et al., 1997). Evalúa la motivación y conducta social en personas con depresión y los puntos de corte son:

- < 25: Desadaptación social patente.
- Entre 26-35: Desadaptación.
- Entre 36-55: Normalidad.
- >55: Sobreadaptación (disfuncional).

Los autores asumen que el constructo de adaptación social es multidimensional, y proponen que su evaluación puede realizarse a partir de la puntuación total o por subescalas (Bobes et al., 1998; Bosc et al., 1997). La escala SASS ha mostrado unos índices de fiabilidad y validez adecuados, así como su sensibilidad al cambio durante el tratamiento en pacientes depresivos.

La fiabilidad según el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.879 en la muestra de pacientes con depresión en tratamiento con antidepresivos. Y en la validación con adolescentes es de 0.74.

A continuación se describen los ítems de la escala autoaplicada de adaptación social (Tabla 17):

Tabla 17 Guía para la evaluación de la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SAAS).

Categoría	Ítems	Puntuación
Relaciones externas a la familia (0-18)	9. A parte de su familia, Se relaciona con	0-3
	10. ¿Intenta establecer relaciones con otras personas?	0-3
	11. ¿Cómo calificaría usted las relaciones con otras personas?	0-3
	12. ¿Qué valor le da a las relaciones con los demás?	0-3
	13. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted?	0-3
	18. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?	0-3
Trabajo y Ocio (0-18)	2. ¿En qué medida le interesa el trabajo?	0-3
	4. ¿En qué medida disfruta de estas actividades?	0-3
	5. ¿En qué medida le interesan los <i>hobbies</i> ?	0-3
	6. La calidad de su tiempo libre es	0-3
	20. Piensa que su aspecto físico es importante	0-3
	22. Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades	0-3
Interés sociocultural (0-9)	15. ¿En qué medida está involucrado en la vida de la comunidad?	0-3
	16. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones, que le ayuden a comprender mejor determinadas situaciones?	0-3
	17. ¿Está interesado en la información científica, técnica y cultural?	0-3

Categoría	Ítems	Puntuación
Relaciones familiares (0-15)	7. ¿Con qué frecuencia busca las relaciones de tus familiares?	0-3
	8. ¿Cómo son las relaciones con su familia?	0-3
	14. ¿Respetas las normas sociales, las buenas maneras?	0-3
	19. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado o excluido de su círculo?	0-3
	21. ¿En qué medida tiene dificultades para manejar recursos e ingresos?	0-3
Total adaptación social		25-55

6.4.PROCEDIMIENTO

En la fase de recogida de datos se ha seguido el mismo procedimiento en todos los Centros. El primer paso consistió en informar a las personas usuarias que acudían a cada Centro o Alojamiento residencial sobre la intención del estudio. Previamente se solicitó la valoración del Comité Ético de Investigación del Gobierno Vasco para obtener el Informe Favorable a la investigación, ya que se contaba con el apoyo del Hospital de Basurto (Bizkaia) y del Hospital Donostia (Gipuzkoa) para la recogida de datos. Posteriormente se decidió restringir el estudio a los Centros de atención psicosocial, por considerar no comparables los datos de ambos colectivos (Informe del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi CEIC-E), en el Anexo 7.

Posteriormente se estableció un calendario de entrevistas en cada Centro, entre los meses de abril y junio de 2014, organizando la permanencia de la doctoranda, un día a la semana en cada centro, para administrar los cuestionarios por parte de la entrevistadora. Se entrevistaron 4 personas cada día en orden consecutivo. La persona responsable de contacto es un psicólogo/a o educador/a de cada uno de los centros de atención psicosocial; es quien informó a las

personas acerca del estudio que se está realizando. En caso de que accedieran a participar, eran recibidos por la entrevistadora en una sala específica y privada, a fin de salvaguardar la confidencialidad. La entrevistadora solicitó el consentimiento para la utilización de los datos para el desarrollo del estudio. Tanto los datos personales (edad, sexo, raza) como los datos de salud, y todos los datos de los cuestionarios se recogieron empleando un procedimiento de codificación para salvaguardar el anonimato (Consentimiento Informado, Anexo 8).

La entrevistadora informó a las personas participantes acerca de los objetivos del estudio, recogió todas las dudas que se plantearon y posteriormente realizó la pasación del cuestionario en un formato de entrevista de una duración aproximada de 60 minutos. Los criterios de inclusión, como hemos señalado previamente, fueron: ser VIH positivo, recibir tratamiento antirretroviral desde hace más de tres meses y recibir apoyo en un centro de atención para personas con VIH de la red social de Bizkaia.

La incorporación al estudio fue voluntaria, todas las personas recibieron una explicación pormenorizada de los objetivos del mismo, y se incorporaron, tras la firma del Consentimiento Informado en el que se aceptaban las condiciones de la investigación.

6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Previo al análisis de los datos se realizó la prueba de normalidad para las variables continuas. Se utilizó el estadístico Kolmogorov–Smirnov, con la corrección de significación de Lilliefors, la cual establece una corrección sobre los valores críticos, aumentando la potencia de la prueba de normalidad (Lilliefors, 1967). En esta primera parte se trata de contrastar si la distribución

de las variables se ajusta a una distribución normal para la toma de decisiones acerca del tipo de análisis a utilizar. Asimismo se analiza la confiabilidad de las medidas a través del test de fiabilidad para obtener el estadístico alfa de Cronbach (Cronbach, 1951).

Para el análisis de los datos se describen a continuación las pruebas realizadas. Para las variables categóricas, correspondientes a los datos sociodemográficos y las características clínicas y sociales, se utilizaron estadísticos descriptivos: frecuencias y porcentajes fundamentalmente. Para las variables cuantitativas, correspondientes a las variables psicosociales medidas a través de cuestionarios validados, se utilizaron estadísticos descriptivos, media, desviación típica, rango mínimo y máximo.

Para el contraste de hipótesis se utilizaron las pruebas de comparación de medias t de *studenty* ANOVA, así como tablas de contingencia con la prueba Chi cuadrado para valorar la relación entre variables.

En variables cualitativas, en los casos de variables no paramétricas se utilizan los estadísticos de Kursal Wallis y U de Mann-Whitney (Chakravarty, Roy, & Laha, 1967; Sachs, 2012). Para analizar correlaciones, se utilizó la correlación de Pearson para variables cuantitativas independientes y la correlación de Spearman en el caso de variables ordinales. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0(Inc, 2008).

En el caso de la primera hipótesis, en la que se propone analizar características sociodemográficas y características clínicas en hombres y mujeres, se realizaron tablas de contingencias medidas por el estadístico Chi cuadrado χ^2 .

Para la segunda hipótesis se analizaron las diferencias de medias entre hombres y mujeres en CVRS, Adherencia, Afrontamiento, Apoyo social y

Ajuste social. La prueba de contraste que se utilizó fue la *t* de *student*, asumiendo una distribución normal de las variables. Para el contraste de diferencias en cada una de las estrategias de afrontamiento se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney para variables no paramétricas.

Para analizar la tercera y cuarta hipótesis, se compararon las diferencias de medias en CVRS, en las variables categóricas: edad, estado civil, estudios, situación laboral, situación residencial, comorbilidad, exclusión y consumo de riesgo; así como las variables de estudio Adherencia, Afrontamiento, Apoyo social, y Ajuste social a través de ANOVA, para valorar diferencias de medias en variables continuas con distribución normal en más de dos grupos independientes.

En la cuarta hipótesis, para analizar el impacto de las variables citadas en la CVRS, se recodificaron las variables Adherencia, Apoyo social y Ajuste social en función del punto de corte, convirtiéndolas en variables categóricas. Para el análisis de las estrategias de afrontamiento se utilizan los intervalos de respuesta directa, convertidos en categorías.

Se analizaron las diferencias en Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en función del nivel de adherencia terapéutica con el estadístico de ANOVA, por tratarse de varios grupos de comparación (adherencia estricta, adecuada, baja, o nula).

Se analizaron las diferencias en Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en función del nivel de apoyo social con el estadístico *t* de *student*, por tratarse de dos grupos de comparación (alto apoyo social y bajo ajuste social).

Se analizaron las diferencias en Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en función del nivel de ajuste social con el estadístico de ANOVA,

porque el ajuste social se divide en más de dos grupos en función de adaptación baja, normal, o sobreadaptación).

Se analizaron las diferencias en calidad de vida relacionada con la salud, en función del nivel de afrontamiento con el estadístico de ANOVA (Se compara la CVRS en cuatro grupos: nunca, a veces, con frecuencia y siempre).

Los valores de $p < 0.05$ se consideran significativos. Las variables clínicas y de progresión del VIH no se incluyen dentro de las variables de estudio. Se han incluido a modo descriptivo de la muestra pero no van a ser consideradas dentro de las hipótesis de investigación. La investigación se basa en el análisis de las variables psicológicas y sociales asociadas a la infección por VIH.

El contraste de hipótesis para las hipótesis de la 5 a la 17 se realizó con pruebas de comparación de medias; se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas (se compararon las medias de las subescalas para cada una de las variables), ya que algunas de las subescalas no seguían una distribución normal (ver tabla 18).

Para analizar las contingencias entre las variables cualitativas decomorbilidad, exclusión o consumo de riesgo se realizó una tabla de contingencia utilizando el estadígrafo χ^2 para pruebas no paramétricas.

En la prueba de análisis de la hipótesis 18 se realizaron los análisis estadísticos detallados a continuación:

En primer lugar, se realizaron análisis correlacionales entre todas las variables de estudio. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman, en el caso de variables cuantitativas y cualitativas; la prueba de correlación de Kendal en el caso de variables cualitativas entre sí. La relación entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Adherencia, Afrontamiento, Apoyo social y Ajuste social se midió a través de la prueba de correlación de Pearson, al tratarse de

variables continuas. La prueba de correlaciones, permite sentar las bases para realizar pruebas y experimentos de mayor complejidad (D. George & Mallery, 2003; Sachs, 2012).

En segundo lugar, se realizaron métodos de Regresión lineal múltiple (RLM) para analizar la capacidad predictiva de las variables independientes sobre la variable dependiente.

Posteriormente, se procede al desarrollo de un modelo de mediación.

En términos causales, los mediadores se encuentran posicionados entre la variable independiente y la dependiente (Baron & Kenny, 1986); ya que un mediador es una variable intermedia del proceso causal que relaciona a la variable independiente con la variable dependiente. De esta forma, la variable independiente antecede a la variable mediadora y esta última antecede a la variable dependiente. Se puede definir en forma sintética a los moderadores y los mediadores como distintos tipos de variables intervinientes que afectan en forma diferente la relación entre otras dos variables (Frazier, Tix, & Barron, 2004). Se trata de terceras variables, que afectan la relación entre dos variables. - la variable independiente y la variable potencialmente mediadora- que influyen sobre la variable dependiente (Baron & Kenny, 1986; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002)

Los estudios sobre mediación suelen plantearse cuando existe una fuerte relación entre la variable independiente y la variable dependiente y no se puede explicar por qué sucede así. Las investigaciones sobre mediadores suelen estar más focalizadas en el estudio de los mecanismos de acción que en la variable independiente en sí misma. Dada las características de nuestros datos nos centraremos en modelos de tipo mediación (Baron & Kenny, 1986). Para estudiar analizar los efectos de mediación, las variables no se estandarizan. Cuando la variable es categórica se puede emplear una codificación dummy.

Para analizar los modelos de mediación se debe seguir el siguiente procedimiento: En un primer paso, la variable predictora (A) debe estar significativamente asociada a C. En un segundo paso, A debe estar asociada significativamente con la potencial variable mediadora (B, en este caso). En el tercer paso, la variable mediadora (B) debe asociarse con C cuando el efecto de la variable predictora A está controlado. El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre A y C se reduce significativamente cuando B es añadido al modelo. Si la mediación es perfecta, el efecto directo de A en C será nulo, mostrando que B media completamente la relación. Si la asociación entre A y C permanece significativa, B es considerada mediadora parcial (Calvete, 2008).

Los modelos de mediación se construirán con la herramienta PROCESS v2.16 (Hayes, 2016) que se puede ejecutar dentro del programa SPSS (Inc, 2008). Específicamente se utilizó la plantilla número 4 en concordancia con la guía de ayuda que incluye el propio PROCESS.

Para analizar la adecuación de los modelos de mediación se utilizó la guía propuesta por Frazier y colaboradores (2004), que establece una serie de puntos que deben ser tenidos en cuenta para garantizar un adecuado resultado en el análisis de mediación (Frazier, Tix, & Barron, 2004):

1. ¿Existe relación significativa entre el predictor (variable independiente) con el resultado (variable dependiente)? Si no, ¿existía una razón convincente para examinar la mediación?
2. ¿Hubo una razón teórica para establecer la hipótesis de que el predictor provoca efectos, o está relacionado con el mediador? ¿Es el mediador una variable que se puede cambiar, es decir sobre la que se puede actuar?

3. ¿Cuál es el "tamaño efectivo de la muestra" dada la correlación entre el predictor y el mediador? Es decir, ¿la relación entre el predictor y el mediador es tan alta como para que se vea comprometido el poder de la prueba de mediación?
4. ¿Fue la relación entre el predictor y el resultado (Camino b) mayor o igual que la relación entre el predictor y el mediador (Camino a)?
5. ¿Fueron los mediadores adecuadamente confiables (por ejemplo, $\alpha > 0.90$)?
6. ¿Fue considerada la falta de fiabilidad en los mediadores (por ejemplo, $\alpha < 0.70$) a través de pruebas que estiman los efectos de la falta de fiabilidad o del uso de ecuaciones estructurales?
7. ¿Hasta qué punto el diseño del estudio permitió inferencias causales?
8. ¿Se tuvo en cuenta el poder de la prueba de mediación como una consideración a priori o como una limitación?
9. ¿Se abordaron los cuatro pasos recomendados para establecer la mediación en los análisis estadísticos?
10. ¿Se probó formalmente el significado del efecto de mediación?
11. ¿Se reconocieron o probaron otros modelos equivalentes?
12. ¿Se incluyeron en los análisis, las variables que parecen ser la causa tanto del mediador como el resultado (terceras variables que se relacionen directamente con el mediador y la variable dependiente) o se utilizaron múltiples métodos de medición?
13. ¿El diseño del estudio permitió el tipo de lenguaje causal utilizado en la interpretación de los resultados?

Tesis Doctoral

Capítulo 7.

Resultados

En este apartado se discutirán los principales resultados la investigación. La línea lógica de presentación y posterior discusión de resultados viene dada por el siguiente diagrama:



Diagrama 3 Orden y contenido en la discusión de los resultados

Se presentan los resultados descriptivos que permitirán un conocimiento de las características sociales y clínicas; así como las características psicosociales en la muestra bajo estudio en función del sexo. En segundo lugar se analizan las diferencias en CVRS en función de las variables psicosociales de riesgo y en función de las variables de protección. Se analizan las diferencias de medias para comprobar las hipótesis del estudio: analizar si se dan diferencias en las variables que consideramos protectoras de la calidad de vida (adherencia, afrontamiento, apoyo social, ajuste social), en función de las variables que consideramos de riesgo (comorbilidad, exclusión y consumo de drogas). Por último se analizan modelos de correlaciones múltiples a través de una serie de regresiones lineales y análisis de mediación, con el objetivo de encontrar aquellas variables que pudieran explicar y describir una mejor puntuación en la CVRS.

La parte final consistirá en la exposición de un grupo de modelos sencillos basados en los conceptos de mediación, que ayudarán a identificar variables que consideramos necesarias o claves a la hora de entender la realidad del VIH en personas que acuden a Centros de atención Psicosocial. Esta identificación de variables también permitirá sentar las premisas para el desarrollo de estrategias de intervención que puedan contribuir a mejorar la CVRS en el perfil bajo estudio.

7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PERSONAS CON VIH EN TARGA EN CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN FUNCIÓN DEL SEXO

En esta sección se utilizarán análisis estadísticos descriptivos. Además de frecuencias, se analizará la media (M) a partir de la Puntuación Directa (PD).

Para analizar las características específicas y diferenciales de hombres y mujeres se utilizan los datos de frecuencias y porcentajes, así como las pruebas de significación de diferencias medidas por el estadístico Chi cuadrado (χ^2). El objetivo de incluir estas mediciones es brindar una descripción sobre las características fundamentales de la CVRS y las variables psicosociales asociadas en personas VIH positivas que asisten a centros de atención psicosocial. Una vez estudiadas estas características, señalaremos diferencias y semejanzas con otros perfiles de población VIH y servirá de base para analizar qué factores pueden ser tomados en cuenta para el diseño de futuras intervenciones, que permitan obtener una mejora en la calidad de vida de las personas con VIH en tratamiento antirretroviral en situación de riesgo de exclusión o exclusión social.

Prueba de normalidad y homogeneidad de las varianzas

Los primeros resultados presentados se basan en estadísticos de tipo descriptivo, enfocados fundamentalmente a la variable de estudio CVRS (Tabla 18).

Tabla 18 Análisis descriptivo y prueba de normalidad para las variables continuas.

VARIABLES	Rango (Min-Máx)	Media	DT	Asimetría	Curtosis	¹ KS corrección Lilliefors	p	Alfa de Cronbach ST
CVRS (30 ítems)	25-100	58.6	15.4	-.105	.303	.095	.200	.777
Salud	0-4	1.71	0.9	.136	-.394	.192	.000	--
Dolor	0-4	2.5	1.4	-.265	-1.457	.226	.000	--
Función Física	0-12	8.8	2.9	-1.168	.291	.166	.000	.786
Función rol	0-4	3.4	1.0	-1.644	1.917	.435	.000	--
Función social	0-4	2.3	1.1	.323	-.535	.330	.000	--
Funcion emocional	0-20	9.7	4.3	.015	-.223	.096	.200	.797
Energía	0-16	7.8	3.7	.230	-.169	.113	.030	.828
Malestar	0-16	10.1	3.9	-.277	-.499	.105	.059	.851
Función cognitiva	0-20	10.2	3.5	-.303	.291	.097	.182	.802
CVPercibida	0-4	2.4	1.0	-1.025	.291	.312	.000	--
Transición salud	0-4	2.8	1.1	-.192	-.572	.199	.000	--
Adherencia (19 ítems)	17-89	71.4	14.4	-1.373	1.421	.161	.200	.921
Cumplimiento	3-16	12.9	3.6	-1.809	2.331	.307	.000	.636
Factores moduladores	3-15	14.0	4.0	-1.377	.337	.324	.000	.621
Interacción	3-10	8.5	1.6	-1.231	1.145	.255	.000	.434
Creencias	14-47	36.8	7.5	-.972	.627	.145	.001	.529
Estrategias	0-1	0.6	0.5	-.341	-1.943	.382	.000	--
Afrontamiento Tot (24 ítems)	24-106	61.4	8.0	-.285	-.148	.070	.200	.651
Afrontamiento cognitivo	0-100	46.6	16.3	.054	-.633	.092	.200	.415
Afrontamiento conductual	0-100	53.3	15.6	-.451	-.068	.092	.200	.608
Afrontamiento emocional	0-100	54.8	14.0	.012	-.460	.109	.045	.600
Apoyo estructural	0-10	5.8	4.8	.291	.574	.202	.000	--
Apoyo social (19 ítems)	0-100	65.9	18.4	-.311	-.810	.083	.200	.952
Apoyo instrumental	4-20	13.7	5.4	-.433	-1.142	.135	.013	.445
Apoyo emocional	8-40	27.5	8.0	-.172	-.732	.066	.100	.679
Interacción social positiva	4-20	13.9	4.4	-.415	-.735	.122	.013	.629
Apoyo afectivo	3-15	10.2	4.1	-.526	-1.038	.161	.000	.606
Ajuste social (24 ítems)	0-60	33.4	8.5	-.448	-.076	.075	.200	.856
Ocio/trabajo	0-18	10.0	3.7	-.502	-.051	.101	.085	.503
Rel Familiares	0-15	8.7	2.8	.118	-.766	.101	.082	.663
Rel Sociales	0-18	10.6	3.1	-.141	-.657	.108	.047	.763
Interés cultural	0-9	4.1	2.5	-.254	-.807	.141	.002	.464

Nota.-DT: Desviación estándar; ¹Estadístico para la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov con la corrección Lilliefors (p<0.05), p: nivel de significación, ST: Estandarizada, Tot: Total.

Para contrastar si la distribución de las variables CVRS, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social presentan una distribución normal, se utiliza el estadístico Kolmogorov–Smirnov (muestra superior a 50 sujetos), para variables aleatorias continuas, con la corrección de significación de Lilliefors, la cual establece una corrección sobre los valores críticos, aumentando la potencia de la prueba de normalidad (Lilliefors, 1967). Podemos afirmar que las variables CVRS, afrontamiento, adherencia, apoyo social, y ajuste social se ajustan a una distribución normal. Sin embargo las subescalas de cada una de estas variables, no se ajustan a una distribución normal.

En cuanto al *índice de confiabilidad*, como criterio general, se siguen las recomendaciones del manual de SPSS (D. George & Mallery, 2003) para estimar la fiabilidad de los instrumentos, que establecen: coeficiente alfa de Cronbach >0.9 : excelente; coeficiente alfa de Cronbach >0.8 : bueno; coeficiente alfa de Cronbach >0.7 : adecuado; coeficiente alfa de Cronbach >0.6 : cuestionable; >0.5 : pobre, y <0.5 : inaceptable. Al evaluar los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach, en ocasiones se puede aceptar un coeficiente >0.6 si se utilizan otras pruebas de apoyo (Cronbach, 1951; D. George & Mallery, 2003). Según este criterio las escalas utilizadas para la CVRS, el afrontamiento total, la adherencia, el ajuste social y el apoyo social, presentan un coeficiente de confiabilidad adecuado. Las subescalas con fiabilidad menor que $C < 0.6$ no serán consideradas para el análisis de los resultados.

Cuando se considere necesario profundizar en alguna de las variables se analizarán los ítems específicos de manera independiente con pruebas no paramétricas.

Además se analizan variables de un solo ítem para el apoyo social estructural (número de amigos/as) del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido.

7.1.1.CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación se describen las características específicas diferenciales en hombres y mujeres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial de Bizkaia.

En primer lugar, hay que señalar que la ratio de hombre/mujer de 2.1.

En la tabla 19 se recogen las características sociodemográficas edad, estado civil, estudios, situación laboral, situación residencial, y situación familiar en hombres y mujeres, y para analizar si hay diferencias en función del sexo, se utiliza el estadístico χ^2 .

Tabla 19 Características sociodemográficas de las personas con VIH en TARGA en centros de atención psicosocial en función del sexo.

Variable	Categoría	Total		Hombres (n= 46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de Contraste	
		N	Fr (%)	n	Fr (%)	n	Fr (%)	χ^2	p
Edad	20-39	9	13.2	5	10.9	4	18.2	1.254	.534
	40-49	35	51.5	23	50.0	12	54.5	gl=2	
	50 o más	24	35.3	18	39.1	6	27.3		
Estado Civil	Soltero/a	45	66.2	34	73.9	11	50.0	5.743	.122
	Casado/a	7	10.3	3	6.5	4	18.2	gl=2	
	Separado/a/divorciado/a/viudo/a	16	23.6	9	19.5	7	31.8		
Nivel de estudios	Sabe leer/escribir	8	11.8	4	8.7	4	18.2	1.326	.723
	Primarios	20	29.4	14	30.4	6	27.3	gl=3	
	Secundarios	34	50.0	24	52.2	10	45.4		
	Universitarios	6	8.8	4	8.7	2	9.1		
Situación laboral	Trabajo/paro	13	19.1	5	15.2	8	36.4	6.637	.084
	Pensión/RGI	49	72.1	35	76.1	14	63.6	gl=2	
	Sin ingresos	6	8.8	6	13.0	0	0		
Situación residencial	Calle/albergue	13	19.1	10	21.7	3	13.6		
	Alojamiento social	21	30.9	15	32.6	6	27.3	2.027	.731
	Familia origen	8	11.8	6	13.0	2	9.1	gl=4	
	Alquiler	14	20.6	8	17.4	6	27.3		
	Vivienda	12	17.6	7	15.2	5	22.7		
Relaciones familiares	Con hijos menores	9	13.2	4	8.7	5	22.7	5.490	.064
	Con hijos mayores	21	30.9	12	26.1	9	40.9	gl=2	
	Sin hijos	38	55.9	30	65.2	8	36.4		

Nota.- N: número de casos, n: total de casos por sexo, RGI: Renta de garantía de ingresos, Fr. Frecuencias, p: nivel de significación, χ^2 : estadístico de Chi cuadrado, gl: grados de libertad.

Los hombres y mujeres se distribuyen de manera similar en los diferentes intervalos de edad, aproximadamente la mitad de los hombres (51.5%) y de las mujeres (50.0%) están en el intervalo de edad entre 40 y 49 años. En edades más avanzadas, los hombres de más de 50 años suponen el 39.1% del total de estos, y entre las mujeres, el porcentaje de mayores de 50 años se sitúa en el 27.3%. En cuanto al estado civil, la tabla 19 muestra que no se observan diferencias significativas, aunque en los hombres hay más solteros (73.9%) que

entre las mujeres (50.0%); y las mujeres tienden más a estar casadas (18.2%) que los hombres (6.5%). El nivel educativo es muy similar en hombres y mujeres. Aproximadamente la mitad de los hombres (50.0%) y de las mujeres (52.2%) tienen estudios secundarios.

Los porcentajes de empleo (donde se incluyen además, personas que están recibiendo una prestación por desempleo) son muy bajos, especialmente entre los hombres, con valores del 15.2%. La mayoría de las personas participantes, tanto hombres como mujeres, se encuentran recibiendo pensión no contributiva (PNC), o la renta de garantía de ingresos (RGI) (63.6% de mujeres y 73.1% de hombres). La situación laboral es peor en hombres que en mujeres, aunque la diferencia no es significativa.

En el estudio 21 personas (30.9%) viven en alojamiento social y 13 personas (19.1%) viven en situación de calle o albergue, que se consideran en situación de exclusión social grave. Ambas categorías suman el 50% de la muestra. Esa situación afecta por igual a hombres y a mujeres.

Con respecto a la red familiar, hay un 55.9% de personas en nuestro estudio que no tienen hijos/as. Hay más hombres que no tienen hijos (65.2%) que mujeres (36.4%), aunque la diferencia no es significativa.

7.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La infección por VIH se describe a partir de indicadores biológicos e inmunológicos de evolución: el recuento de carga viral en el plasma sanguíneo, el nivel actual de células de defensa o linfocitos CD4, o la antigüedad del diagnóstico (M. Ford, 2012; Haregu, Setswe, Elliott, & Oldenburg, 2014; Ross, South, Weller, & Hakim, 2012; WHO, 2011).

Las personas con infección por VIH, que han consumido alguna vez drogas por vía intravenosa compartiendo material de inyección, pueden tener más probabilidad de haber contraído el virus de la Hepatitis C, como se ha descrito en el capítulo 1.

El tiempo de antigüedad del diagnóstico así como el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento antirretroviral, son indicadores de la salud en cuanto que reflejan la cronicidad y la posibilidad de haber estado expuesto a enfermedades asociadas al VIH anteriormente a la instauración del tratamiento antirretroviral.

En la tabla 20 se muestra un resumen de las características clínicas de las personas participantes en este estudio.

Tabla 20 Características clínicas de las personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo.

Variable	Categoría	Total		Hombres (n= 46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de contraste	
		N	Fr (%)	n	Fr (%)	n	Fr (%)	χ^2	p
VHC	Si	50	73.5	37	80.4	13	59.1	3.483	.060
	No	18	26.4	9	19.6	9	40.8	gl=1	
Antigüedad diagnóstico	< 5 años	7	10.3	2	4.3	5	22.7	7.445	.114
	5-10 años	7	10.3	4	8.7	3	13.6	gl=4	
	11-15 años	14	20.6	12	26.1	2	9.1		
	16-20 años	16	23.5	11	23.9	5	22.7		
	>20 años	24	35.3	17	36.9	7	31.8		
Nivel de Defensas (células/ μ L)	0-200	4	5.9	3	6.5	1	4.5	0.927	.921
	201-350	6	8.8	5	10.9	1	4.5	gl=4	
	351-500	24	35.3	16	34.8	8	36.4		
	<500	23	33.8	15	32.6	8	36.3		
	No sabe	11	16.2	7	15.2	4	18.2		
Carga Viral (copias/mL)	Indetectable	52	76.5	34	73.9	18	81.8	1.170	.760
	<100.000	7	10.3	6	13.0	1	4.5	gl=3	
	>100.000	3	4.4	2	4.3	1	4.5		
	No sabe	6	8.8	4	8.7	2	9.1		
TARGA	Ultimo año	15	22.1	10	21.7	5	22.7	1.880	.758
	1-5 años	12	17.6	8	17.4	4	18.2	gl=4	
	6-10 años	10	14.7	8	17.4	2	9.1		
	11-15 años	16	23.6	9	19.5	7	31.8		
	16 o más años	15	22.1	11	23.9	4	18.2		
Vía de transmisión	Sexual	25	36.8	12	26.1	13	59.1	7.783	.020
	Intravenosa	41	60.3	33	71.7	8	36.4	gl=2	
	No sabe	2	2.9	1	2.2	1	4.5		

Nota.- VHC: Virus de Hepatitis C, Fr: Frecuencia, n: número de casos, N: total de casos p: nivel de significación, χ^2 estadístico de Chi cuadrado, gl: grados de libertad.

Las personas participantes en el estudio presentan una alta proporción de coinfección por VHC que asciende a un 73.5% del total de las personas encuestadas. En los hombres del estudio se da un 80.4% de coinfección por hepatitis C, y en las mujeres, aunque es menor, sigue siendo una cifra alta con un valor de 59.1% (Tabla 20).

En cuanto al nivel de defensas, como se observa en la tabla 20, no hay diferencias entre hombres y mujeres, aunque las mujeres presentan niveles de defensas ligeramente por encima de 350 (72.8%) superior a los hombres (67.4%). También se aprecia en los niveles de carga viral, donde la indetectabilidad se da en un 81.8% en mujeres frente al 73.9% en hombres. No se observan diferencias en el tiempo de tratamiento antirretroviral en función el sexo.

Sí se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable de transmisión del VIH, siendo en las mujeres la vía sexual significativamente superior, con un 59.1%, mientras que en los hombres la vía sexual supone un 26.1%. En hombres se da con mayor frecuencia la vía de transmisión endovenosa (71.7%).

7.1.3. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA SALUD

Las personas con el VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial pueden presentar problemáticas psicosociales asociadas: comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, consumo de drogas y exclusión social. Estas problemáticas se pueden presentar tanto en el caso de los hombres como en el caso de las mujeres, no hay diferencia significativas. La comorbilidad psiquiátrica en la muestra de estudio supone un 32.6% en el caso de los hombres, y un 40.9% en el caso de las mujeres. La comorbilidad por drogodependencias es mayor en hombres (36.9%) que en mujeres (27.3%). La exclusión leve es mayor en mujeres (59.1%) que en hombres (32.6%), si bien las diferencias no son significativas; casi la mitad de las mujeres de la muestra y la mayoría de los hombres de este estudio están en situación de exclusión social moderada o grave.

Respecto al consumo de drogas, en este estudio hay 34 personas que reconocen consumir drogas con percepción subjetiva de riesgo para su salud (50.0%). Las mujeres tienen más probabilidad de no consumir drogas (72.7%) que los hombres (36.9%). De las 22 mujeres participantes, 6 mujeres consumen drogas: 3 de ellas consumen cannabis/alcohol y 3 consumen heroína/cocaína (Tabla 21).

Tabla 21 Factores psicosociales de riesgo para la salud en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo

Variable	Categoría	Total		Hombres (n= 46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de Contraste	
		N	Fr (%)	n	Fr (%)	n	Fr (%)	χ^2	p
Comorbilidad	Tto VIH	21	30.9	14	30.4	7	31.8	0.712 gl=2	.700
	TtoPsiqu	24	35.3	15	32.6	9	40.9		
	Tto Dd	23	33.8	17	36.9	6	27.3		
Exclusión	Leve	28	40.0	15	32.6	13	59.1	4.312 gl=2	.116
	Moderada	27	38.6	21	45.6	6	27.3		
	Grave	13	18.6	10	21.7	3	6.5		
Consumo de drogas	No	34	50.0	18	39.1	16	72.7	6.058 gl=2	.032
	Cannabis/alcohol	20	29.4	17	36.9	3	13.6		
	Heroína/cocaína	14	20.6	11	23.9	3	13.6		

Nota.- n: número de casos, N: total de casos, Tto: tratamiento Dd: Drogodependencias, n: número de casos, Psiqu: Psiquiátrico, Fr: Frecuencia, p: nivel de significación, χ^2 estadístico de Chi cuadrado, gl: grados de libertad.

7.1.4.FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN PARA LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Las variables que se describen a continuación son continuas, por lo que las diferencias entre hombres y mujeres son diferencias de medias. Las pruebas de contraste que se utilizan en función de la normalidad de las variables son la t de *student*, o la U de Mann-Whitney (Tabla 22). Las subescalas que no mostraron confiabilidad adecuada, no serán tenidas en consideración para el análisis.

En la variable Afrontamiento, se ha optado por estandarizar las puntuaciones medias en un rango entre 0 a 100. Esta operación se hace con el fin de facilitar la comparación y la interpretación de los datos.

El Afrontamiento total medio (M=45.6) es similar en hombres (M=45.0) y en mujeres (M=46.2). Se observan ligeras diferencias en afrontamiento conductual (M=57.6 en mujeres y M= 51.3 en hombres), pero no hay diferencias

significativas. El Afrontamiento emocional es mayor en hombres (M= 54.3%) que en mujeres (M=51.9%).

En cuanto a la variable Apoyo social, los resultados descritos en la tabla 22 muestran que el Apoyo social estructural es bajo tanto en hombres como en mujeres (M= 5.8) (hombres M= 6.1 y mujeres M= 5.2). En cuanto al Apoyo funcional, la puntuación media total en la muestra de estudio es de nivel medio (R: 25-95; M= 65.9 puntos) (M=64.5 en hombres y M=68.7 en mujeres). El punto de corte de acuerdo a las normas de interpretación establecidas por los autores está en M=57 (Requena et al., 2007).

El Apoyo emocional/informacional obtenido es de un nivel adecuado (M=24.4), aunque ligeramente inferior en hombres (M=23.8) que en mujeres (M=25.7). Según los autores el punto de corte para el Apoyo emocional es M=24. Las puntuaciones en Interacción social positiva son altas en referencia a los valores de corte (M=12). En mujeres la puntuación media en Interacción social es M=17.9, y en hombres M= 17.0. El Apoyo afectivo (M=10.6) es también ligeramente superior al punto de corte (M=9). En ningún caso se encontraron diferencias significativas.

El *Ajuste social* medio en la muestra de estudio es M=33.4; tanto en hombres como en mujeres, y es ligeramente inferior a los valores considerados por los autores como adecuados o deseables que se corresponden con puntuaciones medias superiores a 34 e inferiores a 52 (Bobes et al., 1998; Bosc et al., 1997).

Si analizamos la variable Ajuste social por subescalas (Tabla 22), observamos bajas puntuaciones en el área de *relaciones familiares y relaciones sociales*. Esta es una característica de la muestra de personas con VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial, tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a la Adherencia (Tabla 22), la puntuación media en nuestra muestra de estudio se considera baja (R: 25-95; M=71.4), tanto en hombres (M=71.4), como en mujeres (M=71.3), los valores están por debajo del punto de corte de (PD= 79) que define Remor para la adherencia óptima (Remor, 2002c, 2003). Analizadas las subescalas no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en Cumplimiento en la última semana, ni en los factores moduladores del cumplimiento (Tabla 22), poniendo en evidencia un comportamiento similar en ambos sexos para esta variable.

Tabla 22 Factores psicosociales de protección para la salud en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo

Variable	Categoría	Rango	Total		Hombres (n= 46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de contraste ¹	
			M	DT	M	DT	M	DT		p
Afrontamiento al VIH	Afr. Emocional	0-100	54.8	14.0	56.2	13.8	51.9	14.3	-1.702**	.089
	Afr. Conductual	0-100	53.3	15.6	51.3	15.0	57.6	16.3	1.564*	.112
	Total afrontamiento	0-100	45.6	9.9	45.0	10.4	46.2	8.5	.353*	.726
Apoyo social	ApS Estructural	0-10	5.8	4.8	6.1	5.0	5.2	4.3	-.779**	.439
	ApS Emocional	7-35	24.4	7.3	23.8	7.6	25.7	6.5	-.874**	.382
	Interacción	7-25	17.3	5.0	17.0	5.3	17.9	4.5	-.651**	.515
	Apoyo afectivo	3-15	10.2	4.1	10.2	4.1	10.3	4.1	.053**	.958
Ajuste social	ApS Funcional	19-95	65.9	18.4	64.5	19.1	68.7	17.2	.883*	.380
	Relaciones familiares	0-15	8.7	2.8	8.7	2.8	8.8	2.9	-.040**	.968
	Relaciones sociales	0-18	10.6	3.1	10.4	3.1	10.9	3.1	.699**	.486
	Total Ajuste social	10-49	33.4	8.5	33.6	8.0	33.0	9.6	-.265*	.792
Adherencia	Cumplimiento	3-16	12.9	3.6	12.9	3.4	12.9	3.9	-.300*	.976
	Factores Moduladores	3-15	12.5	4.0	12.2	3.9	12.5	4.1	.250*	.803
	Total Adherencia	17-89	71.3	14.4	71.4	13.8	71.3	15.8	-.037*	.972

Nota.-, Afr: Afrontamiento, ApS: Apoyo social, DT: Desviación típica, M: Media, n: número de casos, p: nivel de significación.

¹ Se emplea como prueba de contraste * t de student(t), ** U de Mann-Whitney (Z).

Con el fin de interpretar las estrategias de afrontamiento de manera independiente se analizan las frecuencias en cada uno de los ítems (Tabla 23). Se utilizan pruebas no paramétricas para el análisis de variables que no muestran una distribución normal.

Tabla 23 Estrategias de afrontamiento en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo

Categoría	Rango	Total		Hombres (n=46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de contraste	
		M	DT	M	DT	M	DT	Z	p
1. Pienso: “Esto lo tengo que superar...”	1 nunca-4 siempre	2.7	0.8	2.6	0.9	2.8	0.7	431.5	0.298
2. Pienso: “Tiene algún aspecto positivo”	1 nunca-4 siempre	2.5	1.0	2.5	1.0	2.3	0.9	437.0	0.234
3. Busco un sentido a mi enfermedad	1 nunca-4 siempre	2.2	1.0	2.4	1.0	1.9	0.9	357.0	0.040
4. Intento no pensar en la enfermedad	1 nunca-4 siempre	2.6	1.0	2.6	1.0	2.6	1.0	497.0	0.903
5. Intento encontrar en mi pasado una explicación	1 nunca-4 siempre	2.3	1.1	2.2	1.2	2.5	1.0	412.0	0.197
6. Pienso: “Hay cosas peores”	1 nunca-4 siempre	2.2	1.0	2.2	0.9	2.2	1.0	496.0	0.891
7. Pienso: “Esto ya pasará ”	1 nunca-4 siempre	2.3	1.0	2.3	1.0	2.2	1.0	496.0	0.892
8. Busco información sobre lo que me pasa	1 nunca-4 siempre	2.5	1.1	2.4	1.1	2.7	1.1	421.0	0.250
9. Busco ayuda en otras personas	1 nunca-4 siempre	2.7	1.1	2.6	1.1	2.8	0.9	453.5	0.476
10. Intento solucionar los problemas	1 nunca-4 siempre	2.7	0.9	2.9	0.8	2.4	0.8	352.0	0.031
11. Decido ir al médico inmediatamente	1 nunca-4 siempre	2.7	1.0	2.6	0.9	2.9	0.9	413.5	0.203
12. Me distraigo con el trabajo	1 nunca-4 siempre	2.7	1.0	2.7	0.9	2.7	0.9	490.5	0.828
13. Hago lo que me dicen los médicos	1 nunca-4 siempre	2.9	1.0	2.9	1.0	3.0	0.8	482.0	0.741
14. Bebo o como cosas que me gustan	1 nunca-4 siempre	2.8	0.9	2.6	0.9	3.0	0.9	402.0	0.147
15. Disfruto de cosas	1 nunca-4 siempre	2.0	0.9	2.0	0.9	2.0	1.0	505.5	0.994
16. Hablo de ello con algún familiar o amigo/a	1 nunca-4 siempre	2.3	1.0	2.3	1.1	2.5	1.0	424.0	0.265

Categoría	Rango	Total		Hombres (n=46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de contraste	
		M	DT	M	DT	M	DT	Z	p
17. No salgo de casa. Evito hablar**	4 nunca- 1siempre	2.8	1.1	2.7	1.1	3.1	0.9	396.0	0.133
18. Acepto la situación. Me resigno	1 nunca-4 siempre	2.7	1.1	2.8	1.0	2.4	1.1	409.0	0.188
19. Mantengo la esperanza. Me siento optimista	1 nunca 4 siempre	3.1	0.9	3.1	0.9	3.2	0.8	503.0	0.966
20. Me siento culpable de lo que me pasa**	4 nunca-1siempre	3.0	1.1	3.0	1.1	3.0	1.1	504.0	0.983
21. Expreso abiertamente mis sentimientos	1 nunca-4 siempre	2.5	0.9	2.6	0.9	2.5	1.0	476.0	0.684
22. Cuando estoy triste, lo disimulo ante los demás	1 nunca-4 siempre	2.4	1.0	2.4	1.0	2.5	1.0	459.0	0.519
23. No me siento pesimista	4 nunca-1siempre	2.8	1.0	2.9	1.0	2.6	0.9	417.5	0.225
24. Hago bromas. Me río o ironizo	1 nunca-4 siempre	1.9	1.0	2.0	1.0	1.6	0.8	417.0	0.211

Nota.-DT Desviación estándar, M: Media, Z: U de Mann-Whitney; p: nivel de significación, n: número de casos.

** Como se explica en el apartado de metodología, los ítems 17, 20, y 23 han sido puntuados a la inversa para obtener una puntuación global positiva.

Las mujeres muestran una tendencia significativamente menor que los hombres a utilizar estrategias de reevaluación (buscar un sentido a la enfermedad) o aproximación (buscar una solución a los problemas). No se observan diferencias significativas en las estrategias específicas analizadas, a excepción de las citadas. Los hombres tienden a aceptar la situación (M= 2.8) en mayor medida que las mujeres (M=2.4) y las mujeres no evitan hablar de ello (M=3.1) en mayor medida que los hombres (M =2.7). Las estrategias más utilizadas por hombres y mujeres son la actitud optimista, y no sentirse culpable, así como a la búsqueda activa de soluciones.

En la tabla 24 se analizan las diferencias en Calidad de Vida entre hombres y mujeres en las personas con VIH en TARGA que acuden a los Centros de Atención Psicosocial.

Tabla 24 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función del sexo

Categoría	Rango	Total		Hombres (n =46)		Mujeres (n= 22)		Prueba de contraste	
		M	DT	M	DT	M	DT	Z	p
Salud	0-4	1.7	1.0	1.7	1.0	1.7	1.0	-.034	.793
Dolor	0-4	2.5	1.4	2.4	1.5	2.5	1.4	-.082	.935
F. Física	0-12	8.8	2.9	8.3	3.0	9.8	2.8	-2.302	.021
Actividad diaria	0-4	3.4	1.0	3.3	1.1	3.6	0.9	-1.100	.271
F. Social	0-4	2.3	1.1	2.4	1.1	2.1	0.9	-.888	.374
Energía	0-16	7.8	3.7	7.6	4.0	8.3	2.9	-.884	.377
Distrés	0-16	10.1	3.9	10.4	3.8	9.4	4.1	-.685	.493
F. Emocional	0-20	9.7	4.3	10.2	4.4	8.6	3.8	-1.263	.206
F. Cognitiva	0-16	10.2	3.4	10.3	3.3	9.9	3.8	-.303	.762
CV Percibida	0-4	2.4	1.0	2.4	1.0	2.5	1.1	-.688	.492
Transición Salud	0-4	2.8	1.1	2.6	1.1	3.1	1.1	-1.797	.064
Total CVRS	0-100	58.6	15.4	58.7	16.2	58.4	14.0	-.710*	.943

Nota.-F.: función, CV: calidad de vida, DE: Desviación estándar, M: Media, n: número de casos, Z: U de Mann-Whitney, p: nivel de significación, * t de *student* (t).

La CVRS en la muestra de estudio es de M=58.6, lo cual se considera una puntuación baja, ya que la puntuación se ha estandarizado y el rango está entre 0 y 100. El valor más aproximado de los aportados por Remor (2003) en el estudio de validación del cuestionario con una muestra de 100 personas en consultas externas hospitalarias, halla para la muestra de pacientes con VIH una media de M=66.3 en CVRS (DT=13.5).

El resultado es similar en mujeres (M=58.4) y en hombres (M=58.7) tabla 24. En cuanto a la Transición de salud o medida en que se percibe una mejora en el estado de salud en el último mes, la puntuación es mayor en mujeres que en hombres, aunque no llega a ser significativa. La Función de rol, o medida en que la salud interfiere en las tareas de la vida diaria es alta (M=3.4).

Las puntuaciones más bajas se dan en las subescalas de Funcionamiento emocional, (M=9.7), Energía (M=7.8), y funcionamiento social(M=2.3). Los hombres muestran una Función física más baja (M=8.3) que las mujeres (M=9.8) aunque las diferencias no son significativas. Por último el Funcionamiento emocional es algo inferior en mujeres (M=8.6) que en los hombres (M=10.2), y muy bajo en ambos grupos. Remor (2003) obtuvo que el Funcionamiento emocional era M=10.8 (DT=2.3)

7.1.5.CVRS EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Para responder al segundo objetivo de la investigación se analizan las diferencias de medias en calidad de vida relacionada con la salud en función de las características sociodemográficas en personas que acuden a centros de atención psicosocial. Concretamente se comparan las puntuaciones medias de CVRS en función de edad, estado civil, estudios, situación laboral, situación residencial y relaciones familiares. La comparación se hace a través de análisis de diferencias de medias entre varias muestras independientes ANOVA. Los resultados se presentan en la tabla 25.

Tabla 25 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función de las características sociodemográficas

Variables	Categoría	N	Fr (%)	CVRS		Contraste de hipótesis	
				M	DT	F	p
Edad	20-39	9	13.2	64.0	18.0	.611	.546
	40-49	35	51.5	59.6	16.1	gl=2	
	50 o más	24	35.3	64.3	15.8		
Estado civil	Soltero/a	45	66.2	63.5	16.5	1.220	.302
	Casado/a	7	10.3	54.6	15.9	gl=2	
	Separado/a/divorciado/a/viudo/a	16	23.5	58.9	14.8		
Estudios	Sabe leer/escribir	8	11.8	61.2	12.6	3.175	.030
	Primarios	20	30.8	56.2	18.3	gl=3	
	Secundarios	34	50.0	61.7	13.7		
	Universitarios	7	10.3	78.3	17.4		
Situación Laboral	Trabajando/Parado	13	19.1	68.2	17.3	1.510	.228
	RGI/PNC	49	72.0	60.3	15.8	gl=2	
	Sin ingresos	6	8.8	57.2	15.0		
Situación residencial	Calle/albergue	13	19.1	54.5	19.3	2.872	.030
	Alojamiento social	21	30.9	58.9	16.1	gl=4	
	Familia	8	11.8	71.6	16.1		
	Alquiler	14	20.6	69.6	9.9		
	Vivienda propia	12	17.6	67.5	13.6		
Relaciones familiares	Sin hijos	38	55.9	67.3	17.1	1.260	.290
	Con hijos mayores	21	30.9	63.7	14.9	gl=2	
	Con hijos menores	9	13.2	67.3	17.1		

Nota.-N: número total de sujetos, Fr: Frecuencias, CV: Calidad de vida, M: media, DT: Desviación estándar, p: nivel de significación, gl: grados de libertad, F: ANOVA.

No se observan diferencias significativas en función de la edad, ni del estado civil, ni de la situación laboral ni de las relaciones familiares. La CVRS es significativamente más baja en personas con estudios primarios, que suponen el 30.8% (M=56.2) con respecto a personas con estudios universitarios que son el 10.3% (M=78.3).

En cuanto a la situación residencial, las personas que viven en la calle o en albergue (19.1%) tienen peor CVRS (M=54.4) que las que viven en vivienda propia (M=67.5) o con la familia (M=71.6). Estas diferencias son estadísticamente significativas.

7.1.6. CVRS EN FUNCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

A continuación se analizan las diferencias en CVRS en la muestra de estudio en función de las variables consideradas como factores psicosociales de riesgo para la salud: comorbilidad psiquiátrica y/o drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas (Tabla 26).

Tabla 26 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función de Factores psicosociales de riesgo

Variable	Categoría	N	CVRS		Contraste de hipótesis	
			M	DT	F	P
Comorbilidad	Tto VIH	21	64.8	12.4	3.194 gl=2	.048
	Tto Psiq	24	53.5	12.2		
	Tto Dd	23	58.3	19.0		
Exclusión social	Leve	28	64.2	12.4	3.426 gl=2	.038
	Moderada	27	55.4	15.9		
	Grave	13	53.3	17.4		
Consumo de drogas ¹	No	18	60.3	16.6	1.514 gl=2	.232
	Cannabis/alcohol	17	53.8	12.9		
	Heroína/cocaína	11	64.4	20.1		

Nota.- n: número de casos, p: nivel de significación, M: media, DT: Desviación estándar, Dd: drogodependencias, Psiq: psiquiátrico, F: ANOVA, gl: grados de libertad.

¹En esta variable el número de sujetos es n= 46, pues solo se tienen en cuenta los hombres de la muestra de estudio.

Las personas con infección por VIH con comorbilidad psiquiátrica y las personas con comorbilidad por drogodependencias, tienen peor CVRS que las personas con infección por VIH sin comorbilidad y estas diferencias son significativas. Las personas con VIH en tratamiento por VIH sin otro tratamiento psiquiátrico o por drogodependencias, muestran los niveles más altos de CVRS (M= 64.8) dentro de este grupo. Las personas con comorbilidad psiquiátrica muestran la media de CVRS más baja (M=53.5), incluso por debajo de las personas con comorbilidad por drogodependencias (M=58.3).

Las personas con exclusión social leve tienen niveles superiores de CVRS (M=64.2) que las personas en situación de exclusión grave; las cuales tienen los niveles más bajos de CVRS (M=53.3) en la muestra bajo estudio. También estas diferencias son significativas.

No se han hallado diferencias significativas en función de consumo de drogas en los hombres de este estudio. Sí es llamativo que los hombres con consumo de heroína y cocaína tienen mejor CVRS media (M=64.4) que las personas que no consumen drogas (M=60.3). También llama la atención la baja CVRS en consumidores de cannabis/alcohol (M=53.8).

7.1.7. CVRS EN FUNCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN PARA LA SALUD

Se miden las diferencias en CVRS en función de los niveles establecidos de Adherencia, Apoyo social, Afrontamiento y Ajuste social; variables que consideramos factores protectores para la salud. Las diferencias son significativas en Adherencia, Afrontamiento conductual y Ajuste social y no se observan diferencias significativas en Apoyo social estructural, Apoyo social funcional y Afrontamiento emocional.

Respecto a la Adherencia, observamos que las personas con adherencia estricta (36.8%) muestran una CVRS (M=64.2) significativamente superior a las personas con baja adherencia (M=53.6) (Tabla 27).

En referencia al Apoyo social (Tabla 27), no se observan diferencias significativas en CVRS en Apoyo social funcional y estructural. Las personas con mayor apoyo estructural (6.8%) tienen una mejor CVRS (M=67.4) que las personas con apoyo estructural bajo (45.6%) o muy bajo (39.7%) con una CVRS menor en ambos casos, aunque no se da significación estadística.

Las diferencias en CVRS son significativas en función del nivel de Ajuste social (Tabla 27), entre el grupo de mayor adaptación (M=64.5), la CVRS es significativamente superior, respecto a los otros dos grupos.

En las distintas dimensiones de Afrontamiento las personas que presentan mayor frecuencia de Afrontamiento conductual tienen significativamente mayor CVRS media (M=64.7) que las personas que lo utilizan algunas veces (M=55.7) o las 3 personas que no utilizan nunca estrategias de Afrontamiento conductual (M=44.0). Las personas que utilizan Afrontamiento emocional con frecuencia tienen mayor CVRS (M=61.5) en comparación con el grupo que utiliza estas estrategias a veces, que obtienen una CVRS más baja con una media de (M=54.4).

Tabla 27 CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en función de Factores psicosociales de protección para la salud

Variable	Grupos de corte	N	Fr	CVRS		Contraste de hipótesis ¹	
				M	DT		p
Adherencia	Estricta (PD>79)	25	36.8	64.2	16.8	3.397*	.040
	Intermedia PD71-PD79	16	23.5	58.2	10.2	gl=2	
	Baja PD<71	27	39.7	53.6	15.3		
Afrontamiento emocional	Siempre	2	2.9	81.5	10.6	6.842**	.039
	Con frecuencia	38	55.9	60.4	16.8	gl=2	
	A veces	28	41.2	54.8	12.3		
Afrontamiento conductual	Con frecuencia	44	64.7	64.7	16.7	2.230*	.043
	A veces	21	30.9	55.7	11.8	gl=2	
	Nunca	3	4.4	44.0	16.3		
Apoyo social Funcional	Mayor o igual que 57	47	69.1	59.2	17.1	-.476***	.636
	menor que 57	21	31.9	57.3	10.6	gl=1	
Apoyo estructural	Muy alto (>10)	10	6.8	67.4	10.8	4.487**	.106
	Bajo (5-10)	31	45.6	56.3	15.6	gl=2	
	Muy bajo (<5)	27	39.7	58.0	15.9		
Ajuste Social	Adaptación (35-55)	29	42.6	64.5	15.4	8.106*	.006
	Desadaptación	26	38.6	52.3	16.3	gl=2	
	Desadaptación patente	13	19.1	58.5	5.7		

Nota.-N: número de sujetos, M: media, DT: Desviación típica, p: nivel de significación.

¹ Se emplea como prueba de contraste * ANOVA (F), ** prueba de Kruskal-Wallis (χ^2), *** t de student (t).

En el caso del afrontamiento, además de analizar las subescalas conductual y emocional, también se describe a través de cada uno de los ítems de la escala. En la tabla 28 se observan las diferencias de medias en CVRS en función de la frecuencia de utilización de cada una de las estrategias de Afrontamiento.

Tabla 28CVRS y Estrategias de Afrontamiento en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Categorías de Afrontamiento	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre		Prueba de contraste	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	χ^2	p
1. Pienso: “Esto lo tengo que superar”	40.6	20.3	58.0	15.7	60.7	11.4	63.4	18.5	7.105	.069
2. Pienso: “Tiene algún aspecto positivo”	53.2	11.3	54.6	16.5	63.4	16.1	60.2	16.4	5.335	.149
3. Busco un sentido a mi enfermedad	51.2	16.4	60.1	8.1	61.4	15.7	71.4	12.7	10.620	.014
4. Intento no pensar en la enfermedad	55.4	13.1	62.5	13.9	61.0	18.0	53.7	15.1	3.208	.361
5. Intento encontrar en mi pasado una explicación	61.3	15.1	61.5	8.6	55.0	16.1	57.8	20.0	2.044	.563
6. Pienso: “Hay cosas peores”	60.4	15.8	60.6	10.6	57.1	14.4	54.0	29.2	1.569	.671
7. Pienso: “Esto ya pasará ”	58.1	15.2	53.8	13.8	57.3	15.5	74.1	12.5	10.619	.014
8. Busco información sobre lo que me pasa	52.5	15.0	55.4	15.3	57.6	14.0	69.3	13.7	13.828	.003
9. Busco ayuda en otras personas	55.3	17.2	58.3	18.2	58.3	13.5	61.9	14.8	1.993	.574
10. Intento solucionar los problemas	54.6	14.2	55.6	13.8	61.3	15.6	58.6	18.8	1.047	.790
11. Decido ir al médico	57.4	14.8	58.7	14.1	60.0	14.1	57.2	20.3	.699	.873
12. Me distraigo	64.1	15.9	59.5	14.1	56.6	14.5	59.4	20.2	.951	.813
13. Hago lo que me dicen los médicos	45.9	12.9	52.4	12.9	58.6	13.0	66.3	13.3	16.140	.001
14. Bebo o como cosas que me gustan	44.0	13.2	61.1	14.4	61.8	15.6	56.6	14.6	8.288	.040
15. Disfruto de cosas	52.1	14.7	59.7	14.9	63.0	14.0	74.4	14.3	12.864	.005
16. Hablo de ello con algún familiar o amigo/a	55.6	10.2	62.3	16.4	58.6	13.3	56.7	22.6	2.592	.459
17. Salgo de casa. No Evito hablar**	53.2	14.8	52.0	14.7	58.1	12.7	65.4	16.3	7.854	.049
18. Acepto la situación. Me resigno	68.9	15.5	55.9	15.8	56.8	10.9	56.8	18.3	6.785	.079
19. Mantengo la esperanza. Me siento optimista	59.3	3.5	47.3	14.9	55.7	13.3	66.1	15.3	12.506	.006
20. No me siento culpable de lo que me pasa**	50.4	17.6	58.8	16.8	56.2	13.9	62.0	15.0	2.531	.470
21. Expreso abiertamente mis sentimientos	50.9	12.4	59.6	13.5	59.3	13.3	63.1	25.4	5.933	.115
22. Cuando estoy triste, lo disimulo ante los demás	58.8	19.0	62.0	11.5	59.3	11.2	50.6	22.8	5.800	.122
23. No Me desespero, no me siento pesimista**	51.4	13.7	51.0	16.3	57.8	10.0	70.1	17.5	13.052	.005
24. Hago bromas. Me río o ironizo	53.1	12.4	58.5	15.8	66.4	16.7	74.2	14.8	11.681	.009

Nota.-M: media, DE: Desviación estándar, p: nivel de significación, (χ^2) prueba de Kruskal-Wallis, **cambio de enunciado para correlacionarlo en la misma línea que las demás estrategias, en positivo.

Se observan diferencias significativas en CVRS con un nivel de $p < 0.01$ en función de la utilización frecuente de las siguientes estrategias: ser optimista, no ser pesimista, hacer bromas, hacer todo lo que dicen los médicos, disfrutar de la vida y buscar información.

También se dan diferencias significativas ($p < 0.05$) en las siguientes estrategias cognitivas y conductuales de distracción: pensar que ya pasará, beber y comer con placer, salir de casa y no evitar.

En el Afrontamiento activo cognitivo, las personas que nunca piensan que lo tienen que superar, tienen peor CVRS que las personas que utilizan esta estrategia con frecuencia o siempre. Las personas que nunca utilizan la estrategia de buscar un sentido a su enfermedad tienen peor CVRS que las personas que siempre la empujan. Las personas que piensan siempre que la enfermedad ya pasará tienen significativamente mejor CVRS que las personas que utilizan esta estrategia, a veces, con frecuencia o nunca.

En Afrontamiento activo conductual, las personas que siempre buscan información tienen mejores valores de CVRS que las personas que nunca o a veces utilizan esta estrategia. Las personas que siempre cumplen las prescripciones médicas tienen mejor CVRS que las personas que la cumplen solo “a veces” o “nunca”. Las personas que nunca comen o beben lo que les gusta tienen peor CVRS que las que lo hacen a veces o con frecuencia. Las personas que nunca disfrutan tienen menor valor de CVRS que las que disfrutan siempre. Las personas que nunca evitan salir de casa tienen mejor CVRS que las personas que evitan salir de casa.

Por último, en Afrontamiento activo emocional, las personas que se sienten optimistas siempre tienen puntuaciones más altas en CVRS que aquellas que solo se sienten a veces o con frecuencia. Las que nunca se sienten pesimistas tienen mejor CVRS que los demás grupos. Las personas que hacen

bromas sobre su enfermedad con frecuencia o siempre tienen mejor CVRS que las que no hacen nunca bromas sobre su enfermedad.

7.2.ANÁLISIS COMPARATIVOS DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN PARA LA LA SALUD

En este apartado se contrastará la influencia de variables predictivas: comorbilidad psiquiátrica/drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas en las variables CVRS, Adherencia, Afrontamiento, Apoyo social, y Ajuste social a través de la comparación entre grupos.

Para comprobar el tercer objetivo se analizan las variables de estudio en función de la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

7.2.1.COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA O POR DROGODEPENDENCIAS.

Recordemos que la muestra de estudio está compuesta por 68 personas, que se agrupan en 3 categorías de acuerdo a la presencia o no de comorbilidades:

- Personas con Tratamiento antirretroviral (N=21; 30.9%).
- Personas con Tratamiento antirretroviral y tratamiento psiquiátrico (N= 24; 35.3%).
- Personas con Tratamiento antirretroviral y tratamiento sustitutivo de mantenimiento para drogodependencias (N=23; 33.8%).

Interesa analizar si hay diferencias entre cada una de las categorías definidas en función de las variables de estudio: Adherencia, Afrontamiento,

Apoyo social y Ajuste social, en función de la presencia de comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias. Para ello se utiliza el ANOVA, y pruebas no paramétricas en algunas de las subescalas de los test que no cumplen los criterios de normalidad (Kruskal & Wallis, 1952, 1953).

Se analiza la comorbilidad en tres categorías: ausencia de comorbilidad, comorbilidad psiquiátrica, y comorbilidad por drogodependencias.

La CVRS se analiza en cada una de las subescalas, mostrando una diferencia significativa en la Función emocional, definida en relación con la presencia de emociones positivas como sentirse feliz o calmado, y emociones negativas como sentirse nervioso o nerviosa, o triste. Las personas del grupo sin comorbilidad tienen una Función emocional mediana significativamente mayor ($M=11.6$) que las personas del grupo de comorbilidad psiquiátrica, que tienen una Función emocional baja ($M=7.5$).

También se observan diferencias significativas en Transición de la salud. Las personas sin comorbilidades tienen mejor CVRS ($M=3.1$) que las personas en tratamiento con drogodependencias ($M=2.4$) (Tabla 29).

Si se observan diferencias en Salud general, y Calidad de vida percibida y estas diferencias no son significativas aunque indican que las personas sin comorbilidad tienen mejor Calidad de vida percibida, mejor Salud general, y mayor Energía que las personas con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

Tabla 29 Factores psicosociales de protección para la salud en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias

Variable	Categoría	Rango	TtoVIH (n=21)		Tto Psiq (n=24)		Tto Dd (n=23)		Prueba de contraste	
			M	DT	M	DT	M	DT	χ^2	p
CVRS	Salud	0-4	2.1	0.8	1.5	0.8	1.6	1.1	5.724	.057
	Dolor	0-4	2.5	1.4	2.5	1.4	2.4	1.6	.004	.998
	Función física	0-12	9.6	2.6	8.3	3.0	8.7	3.1	2.326	.313
	Función de rol	0-4	3.5	1.1	3.2	1.2	3.5	0.8	1.720	.423
	Función social	0-4	2.1	0.9	2.3	1.1	2.6	1.2	1.055	.590
	Energía	0-12	8.9	2.7	6.8	3.5	7.8	4.4	3.651	.161
	Función emocional	0-16	11.6	3.2	7.5	3.4	10.2	5.1	10.973	.004
	Distrés	0-16	10.2	4.0	9.7	3.8	10.4	4.2	.299	.861
	Función cognitiva	0-15	11.0	3.5	9.3	3.1	10.3	3.9	2.315	.314
	CV percibida	0-4	2.8	0.6	2.5	1.0	2.0	1.2	5.907	.052
	Trans salud	0-4	3.1	1.1	2.8	1.1	2.4	1.1	6.650	.036
Adherencia	Cumplimiento	3-18	14.5	1.0	13.8	2.0	10.5	4.9	9.737	.008
	Factores moduladores	3-15	14.4	1.1	12.5	3.6	10.2	5.1	8.937	.011
Afrontamiento VIH	Afrontamiento Emocional	0-100	54.2	14.8	55.9	12.1	54.2	15.6	.387	.824
	Afrontamiento Conductual	0-100	60.3	11.6	51.5	16.5	48.8	16.3	6.255*	.044
Apoyo Social	Apoyo social estructural	0-10	6.7	4.5	5.8	5.1	5.0	4.9	3.453	.178
	Apoyo social emocional	12-40	26.1	5.4	25.3	6.8	22.1	8.8	3.210	.201
	Interacción social positiva	4-20	18.2	4.3	17.7	5.5	15.9	4.1	3.053	.217
	Apoyo social instrumental	4-20	13.6	4.7	15.4	4.9	12.1	6.1	4.027	.134
Ajuste Social	Apoyo afectivo	3-14	11.0	3.0	10.4	4.1	9.4	4.9	.488	.784
	Relaciones familiares	0-15	9.8	2.5	8.6	2.7	7.8	2.9	5.640	.060
	Relaciones sociales	0-18	11.1	2.5	10.5	3.2	10.2	3.5	.836	.658
Total	Interés cultural	0-9	4.8	2.1	4.0	2.5	3.5	2.6	2.497	.287
	Adherencia total	25-89	76.9	7.2	73.2	10.8	64.4	19.4	4.994*	.010
	Afrontamiento	0-100	47.1	7.7	44.8	9.0	45.1	12.1	.370*	.692
	ApS funcional	19-95	68.9	14.1	68.5	18.4	59.6	21.7	1.613*	.207
	ApS estructural	0-20	6.7	4.4	5.8	5.0	5.0	4.9	.660*	.520
	Ajuste social	0-55	36.5	7.4	32.6	8.5	31.5	9.0	2.194*	.120
	CVRS	0-100	64.8	12.4	53.5	12.2	58.3	19.0	3.149*	.048

Nota.-n: número de sujetos, M: media, DT: Desviación típica, p: nivel de significación, (χ^2) prueba de Kruskal-Wallis, Trans: transición, ApS: Apoyo social *ANOVA de un factor, las puntuaciones de las escalas totales si siguen una distribución normal.

En cuanto a la Adherencia, el grupo de tratamiento de drogodependencias tiene puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos. Esto es así tanto para la escala total como para la subescala de Cumplimiento en el último mes y la subescala de Factores moduladores del mismo. Solamente se da Adherencia adecuada (por encima de $M=79$) en el grupo sin comorbilidad.

El Afrontamiento conductual, referido a las estrategias conductuales dirigidas a solucionar el problema (la enfermedad en este caso), es significativamente menos utilizado en personas con comorbilidad por drogodependencias ($M=48.8$) y por tratamiento psiquiátrico ($M=51.5$) que en personas sin comorbilidad ($M=60.3$). En este estudio no se hallan diferencias significativas en las dimensiones psicosociales de Afrontamiento Emocional o Afrontamiento considerado de manera global; tampoco se hallan diferencias significativas en Apoyo social y Ajuste social en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias (Tabla 29).

Las personas en tratamiento por drogodependencias muestran puntuaciones más bajas que los otros grupos en Ajuste social, especialmente en lo referente a las relaciones familiares, pero estas diferencias no son significativas (Tabla 29).

Los resultados descritos anteriormente pudieran estar condicionados por la variable consumo de drogas. Muchas personas en tratamiento psiquiátrico, o del grupo de drogodependencias, incluso del grupo sin comorbilidad, puede que consuman drogas en la actualidad. A continuación a través de una tabla de contingencias se relaciona el consumo de drogas en la actualidad con la comorbilidad psiquiátrica. En la tabla 30 se recogen los resultados, las personas con tratamiento psiquiátrico tienen más probabilidad de consumir cannabis y/o alcohol (45.8%) y las personas del grupo de tratamiento con metadona tienen más probabilidad de consumir heroína y cocaína (39.2%). Entre las personas sin

comorbilidad, el 71.4% de ellas no consumen drogas. De las 14 personas que consumen heroína, 9 personas están en tratamiento de drogodependencias.

Tabla 30 Diferencias en consumo de drogas en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias

Variables	Categorías	N	Fr (%)	Tto VIH N=21		Tto Psiq N=24		Tto Dd N=23		Prueba de contraste	
				n	Fr (%)	n	Fr (%)	n	Fr (%)	χ^2	p
Consumo de drogas	No consumo	34	50.0	15	71.4	12	50.0	7	30.4	15.731	.003
	Cannabis/alcohol	20	29.4	2	9.5	11	45.8	7	30.4	gl=2	
	Heroína/cocaína	14	20.6	4	19.1	1	4.2	9	39.2		

Nota.- n: número de casos, N: total de casos, Fr. Frecuencias, p: Prueba de significación, χ^2 : estadístico de chi cuadrado.

Posteriormente se analizan las estrategias de Afrontamiento de manera independiente. No se observan diferencias significativas en cada una de las estrategias (Tabla 31), a excepción de la estrategia *disimular los sentimientos*, la cual es menor en las personas sin comorbilidad. Las personas sin comorbilidad tienden más a buscar información, buscar ayuda, hablar de la enfermedad con algún familiar, no ocultar y no sentirse pesimista. La única estrategia en la que se observan diferencias significativas en función de la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias es la estrategia de ocultación de los sentimientos de tristeza, que es menor en personas sin comorbilidad (M=2.0) que en personas con comorbilidad psiquiátrica (M=2.7) o por drogodependencias (M=2.6).

Tabla 31 Diferencias en estrategias de afrontamiento en función del grado de comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias

Estrategias de Afrontamiento	Total		Tto VIH		Tto Psiq		Tto Dd		Prueba contraste	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	χ^2	p
1. Pienso “Tengo que superarlo por mí mismo”	2.7	0.8	2.8	0.7	2.7	0.9	2.5	0.9	1.109	.574
2. Pienso “ Tiene algún aspecto positivo”	2.5	1.0	2.3	1.1	2.4	1.1	2.7	0.8	1.178	.555
3. Busco un sentido a mi enfermedad	2.2	1.0	2.4	1.1	2.1	0.9	2.2	1.1	.611	.737
4. Intento no pensar	2.6	1.0	2.5	0.8	2.6	1.1	2.7	1.1	.660	.719
5. Intento encontrar una explicación	2.3	1.1	2.0	1.1	2.5	1.0	2.4	1.3	2.250	.324
6. Pienso: “Hay cosas peores”	2.2	1.0	1.9	0.9	2.2	1.0	2.5	0.9	4.539	.103
7. Pienso: “Esto ya pasará ”	2.2	1.0	2.1	0.9	2.2	1.1	2.5	1.0	1.597	.450
8. Busco información	2.3	1.0	2.9	1.1	2.3	1.1	2.3	1.1	3.931	.140
9. Busco ayuda	2.7	1.0	2.9	0.9	2.8	1.1	2.4	1.2	2.346	.309
10. Intento solucionar	2.7	0.9	2.9	0.8	2.7	0.9	2.8	0.9	.613	.736
11. Decido ir al médico	2.7	0.9	2.8	0.8	2.7	1.0	2.8	1.0	.334	.846
12. Me distraigo	2.7	0.9	2.8	0.9	2.5	0.8	2.8	0.9	1.343	.511
13. Cumpló prescripciones médicas	2.9	1.0	3.2	0.8	2.8	0.9	2.9	1.2	2.114	.347
14. Bebo /como lo que me gusta	2.8	0.9	3.0	0.7	2.6	0.9	2.7	1.0	1.239	.538
15. Disfruto de cosas	2.0	1.0	2.2	0.9	2.0	1.0	2.1	1.0	1.355	.508
16. Hablo con familiar o amigo/a	2.3	1.0	2.6	1.0	2.4	1.0	2.1	1.2	2.352	.309
17. Salgo de casa. No evito hablar**	2.8	1.1	3.2	1.0	2.9	0.9	2.4	1.3	5.310	.070
18. Acepto la situación. Me resigno	2.7	1.1	2.5	1.1	2.7	1.0	2.7	1.1	.567	.753
19. Me siento optimista	3.1	0.9	3.4	1.0	2.9	0.7	3.1	0.8	2.436	.296
20. No me siento culpable **	3.0	1.1	3.1	1.1	3.3	1.0	2.8	1.1	1.779	.411
21. Me expreso abiertamente	2.5	0.9	2.6	0.9	2.5	0.9	2.6	0.9	.349	.840
22. Disimulo tristeza ante los demás	2.4	0.9	2.0	0.8	2.7	1.0	2.6	1.1	6.029	.049
23. No Me desespero, no me siento pesimista**	2.8	0.9	3.1	0.8	2.7	0.9	2.6	1.2	2.535	.282
24. Hago bromas. Me río o ironizo	1.9	1.0	2.2	1.0	1.6	0.9	1.8	0.9	4.754	.093

Nota.-n: número total de sujetos, M: media, DT: Desviación estándar, p: Prueba de significación, (χ^2) prueba de Kruskal-Wallis, **cambio de enunciado para correlacionarlo en la misma línea que las demás estrategias, en positivo.

Las estrategias de ser optimista, no ser pesimista y no sentirse culpable, cumplir las prescripciones médicas y no evitación, se dan menos en presencia de comorbilidad psiquiátrica y por drogodependencias, aunque no hay significación estadística.

Para comprobar el cuarto objetivo se analizan las variables de estudio en función del nivel de exclusión social.

7.2.2.EXCLUSIÓN SOCIAL

Para comprobar este objetivo se agrupan los sujetos en 3 categorías (Tabla 32). La exclusión, como se ha explicado anteriormente, se ha definido por la conjunción de variables de ingresos y de vivienda. De esta manera se conforman tres grupos de comparación:

- Personas en exclusión social leve (N= 28; 40.0%) tienen trabajo, o en su defecto tienen apoyo económico o familiar, y/o con vivienda propia o en alquiler.
- Personas con exclusión social moderada. No tienen trabajo, no tiene apoyo familiar y viven en alojamiento social (N=27; 38.6%) tienen Pensión Contributiva o Renta de Garantía de Ingresos.
- Personas con exclusión social grave: personas sin vivienda y/o sin ingresos (N= 13; 18.6%).

Tabla 32 Distribución de las categorías de la exclusión social en función de la situación laboral y residencial en la muestra de estudio.

Categoría de exclusión social	Situación laboral			Situación residencial					
	Trabajo	RGI/PNC	Sin ingresos	Alquiler	Vivienda propia	Alojamiento social	Calle/Albergue	Familia	
Leve	13	15	0	14	10	4	0	0	
Moderada	0	26	1	0	0	21	2	4	
Grave	0	8	5	0	0	0	13	0	

Nota.- RGI: Renta de garantía de ingresos, PNC: Pensión no contributiva.

Las personas en situación de exclusión social grave tienen peor CVRS en la escala general y en las subescalas de Salud, Función física, Función emocional y mejor Calidad de vida percibida (Tabla 33).

En las personas en situación de exclusión social grave la CVRS es baja principalmente en las subescalas Salud general percibida (M =1.4) y Calidad de vida percibida (M=1.5) a diferencia de las personas en exclusión social leve (Tabla 33). Sin embargo a mayor exclusión no disminuye el funcionamiento físico, ya que las personas en situación de exclusión social grave tienen menos limitaciones en funcionamiento físico (M=9.2) que las personas en situación de exclusión social moderada (M=7.7).

Otro aspecto diferencial en la CVRS en función del nivel de exclusión social es el Funcionamiento emocional, definido tanto por la presencia mayor o menor de emociones positivas (sentirse feliz, calmado y en paz) y la presencia mayor o menor de emociones negativas (tristeza, irritación, nerviosismo). Las personas en situación de exclusión social grave (M=8.6) y exclusión social moderada (M=8.8) tienen peor funcionamiento emocional que las personas en situación de exclusión social leve (M=10.9).

Por último, llama la atención que las personas en situación de exclusión social leve muestran un Funcionamiento socialespecialmente bajo (M=1.8), y significativamente inferior al hallado en las personas con exclusión social moderada o grave, y estas diferencias son significativas

Tabla 33 Factores psicosociales de protección para la salud en función del grado de exclusión.

Variable	Categoría	Rango	Excl. leve (n=28)		Excl. moderada (n=27)		Excl. grave (n=13)		Prueba de contraste	
			M	DT	M	DT	M	DT	χ^2	p
CVRS	Salud	0-4	1.9	0.8	1.6	0.9	1.4	1.4	5.997	.050
	Dolor	0-4	2.5	1.2	2.4	1.5	2.4	1.8	.023	.989
	F. Física	0-12	9.7	2.4	7.7	3.3	9.2	2.5	8.035	.018
	Función de rol	0-4	3.5	1.0	3.2	1.2	3.7	0.6	1.073	.585
	F. social	0-4	1.8	0.5	2.8	1.2	2.6	1.3	12.752	.002
	Energía	0-12	8.5	2.8	7.4	4.4	7.1	3.7	3.082	.149
	F. emocional	0-20	10.9	3.8	8.8	4.0	8.6	5.7	7.268	.026
	Distrés	0-12	10.2	4.2	10.0	3.6	10.0	4.2	1.473	.479
	F. cognitivo	0-16	11.0	3.0	9.6	3.7	9.4	3.8	1.886	.390
	CV percibida	0-4	2.8	0.7	2.4	1.0	1.5	1.3	11.168	.004
Trans salud	0-4	3.0	1.1	2.7	1.1	2.2	1.2	1.951	.373	
Adherencia	Cumplimiento	3-18	14.1	1.3	13.1	3.5	9.1	1.5	7.279	.026
	Fact moduladores	3-15	14.3	1.0	12.0	4.3	7.9	4.7	9.578	.008
Afront. VIH	Afront. Emocional	0-100	54.8	15.2	55.7	13.6	53.1	12.7	.395	.821
	Afront. Conductual	0-100	58.1	13.3	52.1	15.5	43.3	17.7	4.201*	.012
Apoyo Social	ApS Estructural	0-10	7.0	5.2	5.3	4.1	3.8	4.6	5.332	.070
	ApS Emocional	12-40	25.9	5.9	24.2	6.4	21.0	9.6	1.706	.426
	Interacción social	4-20	18.9	4.3	16.7	5.4	14.4	5.0	5.678	.058
	Apoyo afectivo	3-14	11.4	3.6	10.6	3.8	6.4	4.0	8.487	.014
Ajuste Social	Rel. Familiares	0-15	9.7	2.5	8.8	2.7	5.6	1.2	12.209	.002
	Rel. Sociales	0-18	11.0	2.4	10.9	3.3	8.8	3.6	3.216	.200
Total	Adherencia total	25-89	76.6	6.5	71.6	14.5	59.5	19.5	7.598*	.001
	Apoyo social	19-95	69.9	15.4	67.1	17.5	54.5	23.0	3.416*	.039
	Ajuste social	0-55	36.6	6.4	33.0	8.8	27.5	8.8	5.833*	.005
	Afrontamiento	0-100	47.0	7.7	45.3	10.5	43.3	12.4	.639*	.531
	CVRS	0-100	64.2	12.4	55.4	15.9	53.3	17.4	3.426*	.038

Nota.-n: número de sujetos, F: Función, M: media, DT: Desviación típica, p: nivel de significación, (χ^2) prueba de Kruskal-Wallis, CV: calidad de vida, Trans: transición, ApS: Apoyo social * ANOVA de un factor, las puntuaciones de las escalas totales si siguen una distribución normal.

La Adherencia es significativamente más baja en personas con exclusión social grave que en personas con exclusión social moderada y leve (Tabla 33). La Adherencia total es muy baja en el grupo en situación de grave exclusión (M=59.5), si tenemos en cuenta que el punto de corte para una adherencia adecuada se considera por encima de M=79 (Remor, 2002b, 2002d). Recordemos que una PD<69 se corresponde con PC<20. El Cumplimiento del TARGA en personas en exclusión social grave (M= 9.1) es muy inferior al que se aprecia en personas en exclusión social leve (M=14.1). En personas en situación de exclusión social moderada el cumplimiento es mayor, porque la mayoría de estas personas está en alojamiento residencial (21 de las 27 personas en exclusión social moderada están en centros residenciales y tienen tratamiento supervisado).

En la muestra las personas en situación de exclusión social grave emplean menos frecuentemente (M=43.3) estrategias de afrontamiento conductual que las personas en situación de exclusión social leve (M=58.1) y en exclusión moderada (M=52.1), y las diferencias significativas son para este tipo de afrontamiento.

Las personas en exclusión social grave tienen menor Apoyo social total, menor Apoyo social instrumental y menor Apoyo afectivo que las personas en situación de exclusión moderada o leve, y las diferencias son significativas (Tabla 33). El apoyo social es menor en personas con exclusión social grave (M=54.5) con respecto a las personas en situación de exclusión moderada (M=67.1) o leve (M=69.9). El apoyo afectivo se da con mayor puntuación en personas con exclusión leve y moderada en comparación con personas en exclusión social grave.

El Apoyo social estructural es mayor en situación de exclusión social leve (M=7.0) que en personas en situación de exclusión social moderada (M=5.3) y grave (M=3.8), aunque las diferencias no son significativas.

En esta muestra las personas en exclusión social grave tienen peor Ajuste social (M=27.5) que las personas en exclusión social moderada (M=33.0) y que las que presentan exclusión social leve (M=36.6) (Tabla 33). En concreto, se observa que las relaciones familiares son significativamente peores en personas en exclusión social grave (M=5.6) respecto a las personas en exclusión social moderada y leve.

En la siguiente tabla se muestran todas las estrategias de afrontamiento en función del grado de exclusión social (Tabla 34). Se observa que no hay diferencias significativas excepto en la búsqueda activa de información. Las personas en situación de exclusión social grave tienden con menos frecuencia a buscar información (M=2.3), que las que están en exclusión social leve (M=3.0).

En las estrategias analizadas no se observan diferencias significativas. Analizando las medias se observa que las personas en situación de exclusión social leve tienden más a pensar en superar la dificultad por sí mismos (M=2.8), a diferencia de las personas con exclusión grave (M=2.3). Las personas en situación de exclusión grave tienden más a sentir que vivir con VIH puede tener un sentido positivo (M=3.1), a sentirse optimistas (M=3.1) y a disimular su tristeza (M=3.0). Las personas en situación de exclusión moderada tienden más a cumplir las prescripciones médicas (M=3.1), sentirse optimistas (M=3.1) y no sentirse culpables (M=3.1).

Las personas en situación de exclusión social leve tienden más a buscar información (M=3.0), ir al médico si se sienten mal (M=3.0), cumplir las prescripciones médicas (M=3.0), sentirse optimistas (M=3.2), no sentirse

culpables (M=3.0), no evitar (M=3.0), beber y comer lo que le gusta (M=3.0) y no sentirse pesimistas (M=2.9).

Tabla 34 Estrategias de afrontamiento medias en función del grado de exclusión

Estrategias de Afrontamiento	Media		Excl. leve (n=28)		Excl. moderada (n=27)		Excl. grave (n=13)		Prueba de contraste	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	χ^2	p
1. Pienso "Tengo que superar"	2.7	0.8	2.8	0.8	2.6	0.8	2.3	0.9	5.836	.054
2. Pienso "tiene algún aspecto positivo"	2.5	1.0	2.5	1.0	2.1	0.9	3.1	0.9	4.712	.095
3. Busco un sentido	2.2	1.0	2.3	1.0	2.0	1.0	2.6	1.1	2.204	.332
4. Intento no pensar	2.6	1.0	2.5	0.9	2.8	1.0	2.4	1.3	2.765	.251
5. Intento encontrar explicación	2.3	1.1	2.1	1.1	2.5	1.0	2.4	1.4	2.394	.302
6. Pienso: "Hay cosas peores"	2.2	1.0	1.9	0.9	2.5	1.0	2.3	1.0	4.276	.118
7. Pienso: "Esto ya pasará"	2.2	1.0	2.1	1.0	2.3	1.1	2.4	0.9	.614	.735
8. Busco información	2.3	1.0	3.0	1.1	2.0	1.1	2.3	1.0	8.755	.013
9. Busco ayuda	2.7	1.0	2.8	1.0	2.6	1.1	2.4	1.1	.065	.968
10. Intento solucionar	2.7	0.9	2.7	0.8	2.7	1.0	2.8	0.9	.206	.902
11. Decido ir al médico	2.7	0.9	3.0	0.9	2.6	0.9	2.6	1.0	3.991	.136
12. Me distraigo	2.7	0.9	2.6	0.9	2.8	0.9	2.5	1.0	1.078	.583
13. Cumpló prescripciones médicas	2.9	1.0	3.0	0.8	3.0	1.0	2.4	1.4	2.511	.285
14. Bebo o como lo que me gustan	2.8	0.9	3.0	0.8	2.8	0.9	2.2	1.0	4.367	.113
15. Disfruto de cosas	2.0	1.0	2.1	0.9	2.0	1.0	1.9	1.0	.264	.877
16. Hablo con algún familiar o amigo/a	2.3	1.0	2.4	1.0	2.4	1.1	2.1	1.1	1.235	.539
17. Salgo de casa. No evito hablar**	2.8	1.1	3.1	0.9	2.7	1.2	2.3	1.3	2.733	.256
18. Acepto la situación. Me resigno	2.7	1.1	2.4	1.1	2.8	1.0	2.8	1.1	1.601	.449
19. Me siento optimista	3.1	0.9	3.2	0.9	3.1	0.8	3.1	0.8	.243	.886
20. No me siento culpable **	3.0	1.1	3.1	1.1	3.1	1.0	2.7	1.2	1.039	.595
21. Me expreso abiertamente	2.5	0.9	2.4	0.8	2.7	1.0	2.6	0.9	1.086	.581
22. Disimulo tristeza ante los demás	2.4	0.9	2.2	0.8	2.4	1.1	3.0	0.8	3.192	.203
23. No Me desespero, no me siento pesimista**	2.8	0.9	2.9	0.8	2.7	1.1	2.6	1.2	.711	.701
24. Hago bromas. Me río o ironizo	1.9	1.0	2.1	0.9	1.8	1.1	1.4	0.7	3.525	.172

Nota.-n: número de sujetos, M: media, DT: Desviación típica, p: nivel de significación (χ^2) prueba de Kruskal-Wallis, **cambio de enunciado para correlacionarlo en la misma línea que las demás estrategias, en positivo.

7.2.3. CONSUMO DE DROGAS

Para comprobar el quinto objetivo se analizan las variables de estudio en función del nivel de consumo de drogas. Anteriormente se ha constatado que existen diferencias significativas en consumos de drogas respecto al sexo (Tabla 21). Hay tres mujeres que consumen cannabis y alcohol y tres mujeres que consumen heroína y/o cocaína. Al ser exiguo el número de mujeres que consumen drogas se opta por realizar los análisis comparativos tomando como grupo de estudio, solo a los hombres.

Para comprobar este objetivo, se agrupan los sujetos en 3 categorías.

- Hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial y no consumen drogas en la actualidad (N=18; 39.1%).
- Hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial y consumen en la actualidad cannabis y/o alcohol (N=17; 36.9%).
- Hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial y consumen como sustancia principal heroína/cocaína/policonsumo en la actualidad (N=11; 23.9%).

Los resultados de las diferentes variables estudiadas, en función del consumo de sustancias en hombres se detallan en la tabla 35.

La CVRS no es significativamente más baja en personas que consumen drogas. Concretamente los hombres con los consumos de heroína y cocaína muestran una CVRS superior a los otros grupos (Tabla 35). La Calidad de vida en hombres que consumen cannabis y alcohol es menor que las de los hombres que no consumen drogas, aunque las diferencias no son significativas.

No se observan diferencias significativas en cuanto a Adherencia, Ajuste social y Afrontamiento en función del consumo de drogas en hombres.

Se observan diferencias significativas en cuanto a Apoyo social estructural, y se encuentra que los no consumidores tienen mejores valores que los otros dos grupos. Los hombres que consumen cannabis y alcohol, y los que no consumen drogas, perciben mayor apoyo social estructural que los hombres que consumen heroína o cocaína.

Tabla 35 Factores psicosociales protectores y CVRS en función del consumo de drogas (N=46).

Variable	Categoría	Rango	NO consumo (n=18)		Cannabis/ Alcohol (n=17)		Heroína/cocaína/ policonsumo (n=11)		Prueba de contraste	
			M	DT	M	DT	M	DT	χ^2	p
CVRS	Salud	0-4	2.0	1.0	1.5	0.9	1.5	1.0	2.540	.281
	Dolor	0-4	2.1	1.6	2.5	1.2	2.9	1.6	2.117	.347
	Función física	0-12	8.6	3.0	7.5	3.4	9.3	1.9	1.807	.405
	Función de rol	0-4	3.3	1.5	3.1	1.2	3.8	0.6	3.950	.139
	Función sociales	0-4	2.3	1.1	2.7	1.1	2.3	1.1	1.600	.449
	Función emocional	0-20	11.6	4.4	8.3	3.1	10.9	5.6	5.419	.067
	Energía	0-12	8.1	4.0	6.3	3.7	8.6	4.2	1.880	.391
	Distrés	0-16	10.6	4.5	9.9	2.1	11.0	4.8	.913	.634
	Func. cognitivo	0-16	9.9	3.8	9.8	3.0	11.5	3.1	.896	.639
	CV percibida	0-4	2.5	0.9	2.3	1.1	2.3	1.1	.275	.872
	Transición salud	0-4	2.9	1.1	2.3	1.0	2.5	1.1	2.501	.286
Adherencia	Cumplimiento	3-18	14.1	1.8	12.9	3.5	10.9	4.5	4.323	.115
	Factores moduladores	3-15	13.4	2.7	12.2	3.9	10.4	5.3	1.012	.603
Afrontamiento	Afront. Emocional	0-100	53.9	14.3	54.6	13.4	62.3	12.8	2.630	.268
	Afront. Conductual	0-100	53.3	15.8	49.2	13.7	51.2	16.8	.703*	.704
Apoyo Social	ApS Estructural	0-10	6.5	4.8	6.1	5.2	5.6	5.3	6.939	.031
	ApS Emocional	12-40	24.0	7.3	24.2	7.0	22.8	9.5	.155	.925
	Interacción social	4-20	17.4	5.0	17.1	5.7	15.9	5.4	.453	.797
Ajuste Social	Apoyo afectivo	3-14	10.8	4.1	10.8	4.0	8.4	4.1	2.524	.283
	Relaciones Familiares	0-15	9.3	2.4	8.6	3.3	7.7	2.4	2.000	.368
	Relaciones Sociales	0-18	10.6	3.2	9.6	3.3	11.4	2.4	2.021	.364
Total	CVRS	0-100	60.3	16.6	53.9	12.9	64.5	20.1	1.514*	.232
	Adherencia total	25-80	73.2	9.5	73.6	13.3	65.1	19.1	1.550*	.224
	Afrontamiento	0-100	45.9	11.2	42.9	8.0	48.1	12.2	.885*	.420
	Apoyo social	19-95	65.7	17.7	67.9	18.2	57.3	22.3	1.097*	.343
	Ajuste social	0-55	35.6	7.2	31.4	9.1	33.9	7.2	1.192*	.313

Nota.-n: número de sujetos, M: media, DE: Desviación estándar, p: Prueba de significación, (χ^2) prueba de Kruskal-Wallis,, Func: Funcionamiento, ApS: Apoyo social, CV: calidad de vida, *ANOVA de un factor, las puntuaciones de las escalas totales si siguen una distribución normal.

7.3. ANÁLISIS DE MODELACIÓN Y CVRS EN PERSONAS CON VIH EN TARGA QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

En este apartado se describen las relaciones que se establecen entre los factores psicosociales de riesgo (comorbilidad psiquiátrica/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas) y los factores psicosociales protectores (Afrontamiento del VIH, Adherencia, Ajuste social y apoyo social) y la CVRS como variable dependiente. El objetivo final es proponer un modelo, que ayude a comprender y explicar las relaciones y nos ayude a delimitar las intervenciones psicosociales más adecuadas para este colectivo.

Para ello seguiremos el siguiente esquema de trabajo:

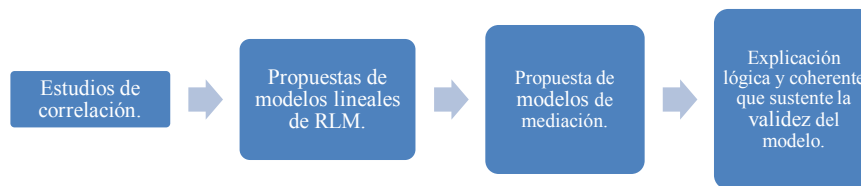


Diagrama 4 Técnicas de análisis relacionales entre las variables de estudio.

Siguiendo este orden primeramente se establecen los coeficientes de correlación entre las variables protectoras y la CVRS. En caso de que se den valores de correlación estadísticamente significativos se proceda a la confección de modelos de regresión lineal múltiple. Las variables que sean adecuadas y cumplan con las condiciones de una regresión lineal serán empleadas en la propuesta de modelos de mediación. Siguiendo dicho orden se garantiza establecer el tipo de relación entre las variables (si es de proporcionalidad directa o inversa), la magnitud de la interacción, y finalmente la proporción de

varianza explicada por los distintos factores. De la misma manera, a medida que aumenta la complejidad de las técnicas de análisis, disminuirá el número de variables que se ajustan al modelo que de manera más parsimoniosa relaciona las variables. Finalmente se plantea una explicación de las interacciones halladas, que sustente la validez del modelo.

7.3.1. CORRELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN.

La tabla 36 muestra los valores de correlación de Pearson, Kendall y Spearman (en dependencia del tipo de variables) entre los factores psicosociales de riesgo para la salud y los factores psicosociales de protección para la salud y la CVRS.

Se emplearon las correlaciones rho de Spearman entre variables continuas y variables ordinales. Para variables continuas entre sí reportan los valores de las correlaciones de Pearson, y las correlaciones Tau de Kendal en el caso de variables ordinales y/o categóricas entre sí.

En la tabla 36 presentamos las correlaciones entre las variables de estudio.

En primer lugar, tal y como se pretendía en el segundo objetivo, se exploran las correlaciones entre los factores psicosociales y la CVRS. La CVRS correlaciona significativamente con los factores psicosociales: Adherencia, Afrontamiento conductual, Afrontamiento emocional y Ajuste Social. Asimismo, correlaciona con los factores psicosociales de riesgo: comorbilidad, exclusión social, y consumo de drogas.

En lo que se refiere a los factores psicosociales de riesgo para la salud; observamos que las variables comorbilidad, exclusión social, y consumo de drogas, están relacionadas entre sí en nuestra muestra (Tabla 36).

Además, la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias como factor psicosocial de riesgo correlaciona con el Afrontamiento conductual, la Adherencia, y la CVRS. Se confirman los resultados hallados en el apartado de análisis comparativos para las variables Adherencia y Afrontamiento conductual en función de la comorbilidad (Tabla 31) y en línea con nuestro tercer objetivo de investigación.

Asimismo analizamos las correlaciones entre la exclusión social y Adherencia, Afrontamiento, Apoyo social y Ajuste social; en concordancia con el tercer objetivo de investigación. Encontramos que la exclusión social correlaciona positivamente con Afrontamiento conductual, Afrontamiento emocional y la Adherencia, Ajuste Social y CVRS.

El consumo de drogas y el Apoyo social no se tendrán en cuenta en los posteriores análisis porque no muestran capacidad predictiva, ya que los estudios comparativos y los estudios correlacionales muestran su baja relación con la CVRS en esta muestra. A partir de estos modelos se seleccionan las variables con mayor capacidad de interacción con la variable CVRS para comprobar su capacidad mediadora.

Tabla 36 Coeficientes de correlación de Spearman, Pearson y Kendall entre variables empleadas en este estudio CVRS

Nombre de las variables	Coeficientes de correlación de Spearman ^(a) de Pearson ^(b) y de Kendall ^(c)									
	Variables	CVRS	Comorb	Excl	Consumo	AfEm	AfCn	Adh	AjSoc	ApSoc
Calidad de vida relacionada con la salud	CVRS	1.000 ^(b)								
Comorbilidad Psiq/Dd	Comorb	-.261 ^(a)	1.000 ^(c)							
	Exc	-.285 ^{**} (a)	.410 ^{**} (c)	1.000 ^(c)						
Exclusión Social	Consumo	.014 ^(a)	-.305 ^{**} (c)	.398 ^{**} (c)	1.000 ^(c)					
	AfEm	.378 ^{**} (b)	.137 ^(a)	.059 ^(a)	.093 ^(a)	1 ^(b)				
Afrontamiento Emocional	AfCn	.379 ^{**} (b)	-.283 ^(a)	-.249 ^(a)	-.220 ^(a)	.412 ^{**} (b)	1 ^(b)			
	Adh	.308 ^(b)	-.240 ^(a)	-.289 ^(a)	-.076 ^(a)	.214 ^(b)	.540 ^{**} (b)	1 ^(b)		
Ajuste social	AjSoc	.310 ^(b)	-.214 ^(a)	-.361 ^{**} (a)	-.706 ^(a)	.177 ^(b)	.507 ^{**} (b)	.400 ^{**}	1 ^(b)	
	ApSoc	.161 ^(b)	-.165 ^(a)	-.246 ^(a)	-.227 ^(a)	.300 ^(b)	.349 ^{**} (b)	.260 ^(b)	.523 ^{**} (b)	1 ^(b)

Nota.-**. Correlación significativa para un nivel de $p < 0.01$, *. Correlación significativa para un nivel de $p < 0.05$

7.3.2.INTERACCIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO,FACTORES PSICOSOCIALESPROTECTORES Y CVRS

Una vez determinadas las variables que cumplen las condiciones de correlación adecuadas se procede a confeccionar los modelos de regresión lineal múltiple (RLM). El objetivo es comprobar la posible relación lineal entre los factores psicosociales protectores (Afrontamiento, Adherencia y Ajuste social), los factores psicosociales de riesgo (exclusión social y comorbilidad psiquiática y/o por drogodependencias) y la CVRS. En primer lugar se analizó la interacción entre exclusión social y: Afrontamiento emocional, Afrontamiento conductual, Adherencia y Ajuste social (como variables independientes) y CVRS como variable dependiente (modelos 1-4) tabla 37. Luego se analizó la interacción entre comorbilidad psiquiática y/o por drogodependencias y: Afrontamiento emocional, Afrontamiento conductual, Adherencia y Ajuste social (como variables independientes) y CVRS como variable dependiente (modelos 5-8) (Tabla 37).

Se ensayaron modelos utilizando la herramienta *forward stepwise* disponible en el programa STATISTICA 8.0 (StatSoft, 2007). El *forward stepwise* permite ir estimando modelos por la adición de variables en pasos sucesivos.

Los resultados generales de los modelos obtenidos se muestran en la tabla 37. La última de las columnas muestra la idoneidad de cada uno de los modelos para ser tenidos en cuenta como adecuados para describir la CVRS. Algunos modelos ensayados han sido descartados por no tener una adecuada significación estadística.

Tabla 37 Interacción entre factores psicosociales de riesgo, factores psicosociales protectores y CVRS

Modelo	Variables predictoras		R	R ²	F (2,65)	EEE	Idon.
	Var. 1	Var. 2					
1	Af.Em	Exc	0.47	0.21	9.095	13.94	Si
2	Af.Con	Exc	0.42	0.17	11.680	12.75	Si
3	Adh	Exc	0.35	0.12	4.625	14.75	No
4	AjS	Exc	0.35	0.12	4.770	14.72	No
5	Af.Em	Com	0.41	0.16	8.592	12.37	No
6	Af.Con	Com	0.38	0.14	5.575	14.56	No
7	Adh	Com	0.31	0.09	3.539	14.97	No
8	AjS	Com	0.32	0.10	3.766	14.92	No

Nota.-R: Coeficiente de correlación múltiple, R²: Coeficiente de determinación, F: estadístico de Fisher, EEE: error estándar estimado, Idon: Idoneidad del modelo

Se han obtenido dos modelos lineales (modelos 1 y 2) donde todas las variables son significativas. Se representan por las ecuaciones 2 y 3. Los coeficientes de correlación, determinación, así como los estadísticos de bondad de ajuste, se muestran en la tabla 37.

$$CVRS = 0.41TAfr_{Em} - 5.68Exc + 46.75$$

Ecuación 1 Ecuación de regresión lineal múltiple entre CVRS, afrontamiento conductual y exclusión social.

$$CVRS = 0.32TAfr_{Con} - 3.91Exc + 48.99$$

Ecuación 2 Ecuación de regresión lineal múltiple entre CVRS, afrontamiento conductual y exclusión social.

Del análisis de la bondad de ajuste para los modelos representados por las ecuaciones 2 y 3 se puede interpretar que el coeficiente de correlación múltiple es 0.47 y 0.42 para cada caso. Es decir, esta es la correlación entre el conjunto de variables predictoras (Afrontamiento emocional y exclusión) para el modelo representado por la ecuación 2; (Afrontamiento conductual y exclusión) para el

modelo representado por la ecuación 3; y la variable dependiente (CVRS). Por lo que el 21 y 17% respectivamente de la variabilidad experimental de la CVRS $(0.47)^2$ y $(0.42)^2$ se explica por la contribución de las variables predictoras.

Como se aprecia en la tabla 37, la interacción de las variables adherencia y ajuste social con la exclusión social no arroja un modelo estadísticamente significativo (modelos 3 y 4).

Llama la atención que al utilizar la comorbilidad psiquiátrica como variable independiente no se obtengan modelos adecuados (modelos del 5-8).

La no idoneidad de los modelos antes mencionados se debe a que al introducir una nueva variable, la variable anterior pierde la significación. Por tanto estos modelos fueron descartados (tabla 37, modelos 3-8).

El modelo de mediación de las variables entre la Comorbilidad y la CVRS no arroja significación estadística. A continuación presentamos el modelo que ha resultado adecuado para explicar la CVRS en nuestra muestra de estudio.

PROPUESTAS DE MODELO DE MEDIACIÓN

Con las variables que resultaron adecuadas para la RLM se procedió al desarrollo de un modelo de mediación. La representación esquemática se muestra en el diagrama 5. Los resultados detallados del modelo se pueden apreciar en la tabla 38.

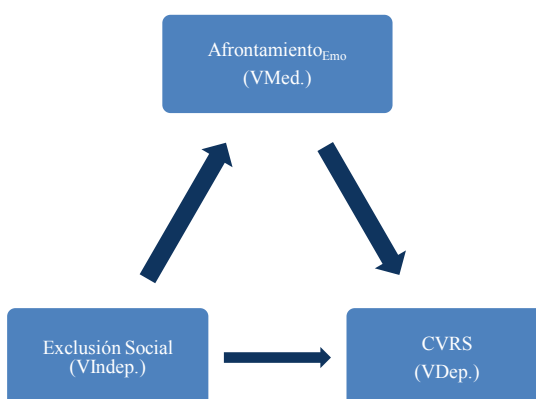


Diagrama 5 Representación del modelo de mediación afrontamiento emocional y exclusión social sobre la CVRS.

Tabla 38 Análisis de mediación afrontamiento emocional y exclusión social sobre la CVRS.

Pasos	(VI) Variable predictora	B	Error típico de B	T	IC 95%	(VD) Variable criterio
Paso 1	Exclusión social	-5.90	2.44	-2.41**	-10.78 -1.02	CVRS
Paso 2	Exclusión social	-0.54	2.31	-0.23	-5.12 4.04	Afrontamiento Emocional
Paso 3	Exclusión social	-5.68	2.27	-2.50**	-10.22 -1.14	CVRS
	Afrontamiento Emocional	0.41	0.12	3.37**	0.17 0.65	CVRS

Nota.- ** $p < 0.05$, IC: intervalo de confianza, B: Coeficiente del modelo de mediación.

Existe una relación significativa entre exclusión social y CVRS (paso 1) Sin embargo la relación ente exclusión social y el afrontamiento emocional no es significativa (paso 2). Por último la fuerza de la interacción entre exclusión social y CVRS no está explicada adecuadamente por la influencia de la variable Afrontamiento emocional. Por tanto se rechaza este modelo.

Respecto a la influencia del afrontamiento conductual como variable mediadora en la relación entre exclusión social y calidad de vida se obtiene el siguiente modelo (Diagrama 6 y Tabla 39):

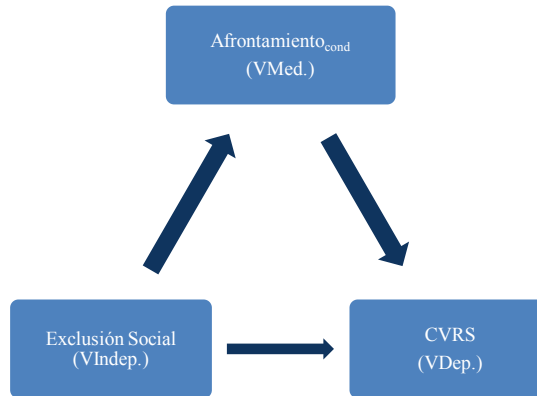


Diagrama 6 Representación del modelo de mediación afrontamiento conductual y exclusión social sobre la CVRS.

El afrontamiento conductual actúa como variable mediadora entre la exclusión social y la CVRS.

Tabla 39 Análisis de mediación afrontamiento conductual y exclusión sobre la CVRS.

Pasos	(VI) Variable predictora	B	Error típico de B	T	IC 95%	(VD) Variable criterio
Paso 1	Exclusión social	-5.90	2.44	2.41**	-10.78 -1.02	CVRS
Paso 2	Exclusión social	-6.19	2.45	2.52**	-11.08 -1.29	Afrontamiento conductual
Paso 3	Exclusión social	-3.91	2.44	1.60**	-8.79 -9.62	CVRS
	Afrontamiento conductual	0.32	0.11	2.74**	0.08 0.55	CVRS

Nota.- ** $p < 0.05$, IC: intervalo de confianza, B: Coeficiente del modelo de mediación.

En el paso primero se puede apreciar que existe una relación significativa entre la exclusión social y la CVRS (Tabla 39). Esta asociación, ya se había comprobado con anterioridad, mediante coeficiente de correlación, y su entrada en la ecuación del modelo de regresión. El punto segundo establece varios supuestos, relación entre el predictor y el mediador, el cual se cumple y se puede apreciar en la tabla de correlaciones 37. La variable predictora provoca efectos que están relacionados con la variable mediadora. En este segundo paso se aprecia que la exclusión social se asocia significativamente a las estrategias o estilos de afrontamiento conductuales en las personas de la muestra. En la tercera parte del análisis se adicionan de forma simultánea las dos variables predictoras, la exclusión social y el afrontamiento conductual. Ambas variables se asociación significativamente con la CVRS. En el tercer paso se puede apreciar la fuerza de la asociación entre exclusión social y CVRS cuando se introduce la variable mediadora afrontamiento conductual. Tal como puede observarse, el coeficiente no estandarizado de la variable exclusión pasa de ser -5.90 (primer paso) a -3.91 (tercer paso) (Tabla 39). Esto significa que un 33.67 % $((-5.90 - (-3.91)) * 100 / -5.90)$ de la varianza de la relación entre la exclusión y la CVRS se explica por la intervención de la variable mediadora Afrontamiento conductual. El hecho de que la relación correspondiente a la exclusión ($B = -3.91$, $p < 0.05$) continúe siendo estadísticamente significativo implica que la mediación no es completa sino parcial.

Dentro de los aspectos contemplados en la lista de características que debe cumplir un modelo de mediación, (epígrafe 6.5)(Frazier et al., 2004) se obtienen los siguientes resultados:

1. Existe relación significativa entre la exclusión social y LA CVRS. Hay razones teóricas para esperar este resultado.

2. La bibliografía ha constatado que existe una relación entre la exclusión social y los estilos de afrontamiento (Leonidas & Dos Santos, 2014; G. Murphy, Peters, Wilkes, & Jackson, 2014; Paudel & Baral, 2015). Finalmente consideramos que el afrontamiento conductual es una variable sobre la que se puede actuar. Hay varias publicaciones y hechos relacionados con intervenciones encaminadas a mejorar y/o potenciar los estilos de afrontamiento (Harding et al., 2011).
3. El tercer punto de la lista está relacionado con el tamaño efectivo de la muestra. En estudios de este tipo es deseable que el tamaño efecto de la muestra sea lo más cercano posible al tamaño real de la muestra (Frazier et al., 2004). Esto garantiza entre otras cosas que la relación entre la variable predictora y la variable mediadora no comprometa la mediación en sí. En este caso establecemos el tamaño de efectivo de la muestra calculada como $N(1-r^2)$, en un valor de 62.5 (Frazier et al., 2004), siendo r^2 el cuadrado del coeficiente de correlación entre la variable predictora y la mediadora. Este valor de tamaño efectivo representa el 92% del tamaño real de la muestra. Es decir no hay indicios de que el tamaño efectivo de la muestra llegue a ser lo suficientemente bajo como para considerar este efecto como invalidante del modelo.
4. La relación entre exclusión social y CVRS es mayor que la relación entre exclusión social y Afrontamiento conductual.
5. La variable Afrontamiento conductual tiene un coeficiente de confiabilidad adecuado.
6. Las variables mediadoras con fiabilidad menor que 0.7 han sido desestimadas.

7. Este punto establece la existencia de causalidad entre las variables. Se asume que el mediador es causado por la influencia o existencia del predictor (Frazier et al., 2004) y que a su vez influye en la variable predicha o dependiente, para esto se siguieron los criterios que establecen que una variable es la causa de otra variable:
 - a. Asociación (existe asociación entre las dos variables).
 - b. La asociación no es espuria (existe una relación lógica entre las variables).
 - c. Dirección (la causa precede al efecto en la línea temporal).
8. Se tiene en cuenta el poder de la prueba de mediación
9. Se han abordado los cuatro pasos recomendados para establecer la mediación en los análisis estadísticos (Tabla 39)
10. Se prueba formalmente la significación del efecto de la mediación se tuvo en cuenta el estadístico Z, el cual debe ser mayor 1.96 como valor modular, para ser significativo a un nivel de confianza de 0.05. En nuestro caso se obtuvo un valor de $Z=-1.98$, $p=0.042$, por lo que se cumple este supuesto.
11. Se prueban otros modelos equivalentes con la variable mediadora Afrontamiento emocional (diagrama 5, Tabla 38)
12. Se han probado variables que se relacionan directamente con el mediador y la variable dependiente y no se han obtenido resultados significativos.

- 13.El diseño de los modelos propuestos permite el uso de lenguaje casual en la interpretación de los resultados. Lenguaje que se podrá apreciar en la discusión detallada de cada modelo.

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que desde el punto de vista estadístico el modelo es adecuado para describir la relación entre la Exclusión social y la CVRS, por medio de la variable mediadora Afrontamiento conductual.

Tesis Doctoral

Capítulo 8.

Discusión

En este capítulo se analizan los resultados obtenidos en el análisis estadístico de los datos para cada una de las hipótesis de investigación planteadas.

En este trabajo se han planteado un objetivo general y seis objetivos específicos. El objetivo general de investigación consiste en analizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, así como la función mediadora del Afrontamiento, Apoyo social y Adherencia en la CVRS en función de la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, en personas con VIH en tratamiento antirretroviral que acuden a Centros de Atención Psicosocial del Territorio Histórico de Bizkaia.

A continuación se describen los objetivos específicos.

8.1. CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES EN PERSONAS QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.

En este apartado analizaremos si se cumple el primer objetivo de la investigación: Describir las características y la distribución de las variables de estudio en hombres y mujeres (**Objetivo 1**).

En este estudio se analizan los factores asociados a la calidad de vida en personas con VIH en TARGA en Centros de Atención Psicosocial en Bizkaia. A

través de este primer objetivo se pretende comprobar que los grupos de mujeres y hombres tienen características similares.

Hipótesis 1: Las mujeres con VIH en TARGA que acuden a los Centros de atención psicosocial de Bizkaia no tienen diferencias con respecto a los hombres en las características sociodemográficas y clínicas. Asimismo, las mujeres y los hombres son similares en las variables psicosociales de riesgo objeto de estudio: comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social, y consumo de drogas.

Las características sociodemográficas estudiadas son edad, estado civil, estudios, situación residencial, antigüedad del diagnóstico, nivel de defensas, carga viral, antigüedad del tratamiento, vía de transmisión del VIH; también se estudian las variables psicosociales de riesgo para la salud: comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social, y consumo de drogas. Todas ellas se analizarán en función del sexo.

Se cumple la hipótesis en todas las variables a excepción del consumo de drogas, que se da mayoritariamente en hombres, como se detalla en la tabla 21.

8.1.1.VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

En este apartado se analizan las diferencias y similitudes entre mujeres y hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial en los siguientes puntos:

- Envejecimiento y VIH.
- Integración laboral y social, estigmatización social y VIH.
- Salud asociada a la infección por el VIH.

- Salud e historial de uso inyectado de drogas.
- Transmisión por contacto sexual.

En la muestra formada por 68 personas, 46 son hombres (67.6%) y 22 son mujeres (32.3%). La ratio hombre-mujer es de 2.1, similar a la hallada en el estudio de pacientes hospitalarios con VIH en tratamiento antirretroviral. En el estudio nacional (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b), la relación hombre/mujer fue de 2.0. Briongos-Figuero y colaboradores obtuvieron en una muestra de 150 pacientes de Valladolid, una proporción de mujeres del 25.3% (Briongos, Bachiller, Palacios, González, & Eiros, 2011). Otro estudio en el que participaron 320 pacientes de hospitales de Andalucía, encontró un porcentaje de mujeres de 21.6% (Ruiz et al., 2005).

A continuación se describe la muestra de estudio en sus características sociodemográficas en función del sexo:

Envejecimiento y VIH en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

Por lo que respecta a la edad, tanto en mujeres como hombres se observa que la mayoría de personas participantes en el estudio tiene más de 40 años (86.8%); de esta población el 35.3% son mayores de 50 años (Tabla 19). Este es un porcentaje similar al hallado en el estudio nacional de pacientes con VIH (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b). En dicho estudio los pacientes de 50 años o más representaban el 35.6% del conjunto en el 2014. En los países desarrollados el 30% de las personas con infección por VIH tienen más de 50 años (M. Pereira & Canavaro, 2011). Estos autores no hallaron diferencias en la edad media entre hombres (M=41.1) y mujeres (M=40.0). En una muestra de 1191 pacientes de hospitales portugueses. En nuestro

estudio no hemos hallado diferencias significativas, aunque hay mayor proporción de hombres mayores de 50 años (39.1%) que de mujeres (27.3%).

Otros estudios realizados con población hospitalaria general en tratamiento antirretroviral señalan esa tendencia hacia el envejecimiento de las personas con VIH (Briongos et al., 2011).

El envejecimiento de las personas con VIH muestra cómo los tratamientos antirretrovirales han contribuido de manera generalizada a la cronificación del VIH y al incremento de la esperanza de vida, si bien la salud puede disminuir a medida que avanza la edad (Canini et al., 2004; Caron-Debarle, Lagathu, Boccara, Vigouroux, & Capeau, 2010; Pathai, Bajillan, Landay, & High, 2014; Torres & Lewis, 2014). En personas con VIH se evidencia que a medida que pasan los años, se puede producir lo que se ha calificado como *envejecimiento prematuro* en hombres y mujeres (Gross et al., 2016). Este se debe a la conjunción de varios factores, principalmente por la acción inmunológica del VIH y por la toxicidad de los tratamientos antirretrovirales (Gross et al., 2016). La proporción de hombres con infección por el VIH mayores de 50 años es muy superior a la de mujeres (Aguirrezabal et al., 2009). Las intervenciones clínicas psicológicas y sociales son necesarias para la atención a las personas con infección por VIH mayores de 50 años, para promover la Calidad de vida y adaptar los servicios a las nuevas necesidades (Underwood & Winston, 2016). El envejecimiento en mujeres y hombres puede afectar de manera diferente. Los cambios biológicos por VIH en las mujeres de 50 años o más se unen a los propios de la menopausia, incluyendo los cambios fisiológicos en la pared vaginal, que incrementan las posibilidades de sufrir lesiones y desgarros, y con ello el riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales (Bertisch, Grinsztejn, & Calmy, 2013).

Integración laboral y social, estigmatización social y VIH en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En esta muestra el estado civil, el nivel educativo, la situación familiar, la situación laboral, y la vivienda, son también similares en hombres y mujeres. Dos terceras partes de los sujetos bajo estudio son solteros/as (73.9% en hombres y 50.0% en mujeres) y un 55.9% no tiene hijos/as (65.2% para hombres y 36.4% para las mujeres). Se observa una mayor tendencia a tener pareja o familia por parte de las mujeres que por parte de los hombres, aunque no hay significación estadística (Tabla21).

En cuanto al nivel educativo, el porcentaje de personas con VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial con estudios secundarios (50.0%) y universitarios (28.8%) es alto, tanto en hombres como en mujeres (Tabla21). En el estudio nacional de pacientes con VIH se halló que el nivel de estudios secundarios había ascendido entre 2001 y 2014 desde el 42.5% en 2001 hasta el 53.0% en 2014 (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b).

En otro estudio realizado en centros sanitarios españoles en 2008 en el que participaron 207 personas con VIH (Aguirrezabal et al., 2009), se obtuvo que el 47.6% tenían estudios primarios, y el 27.2% secundarios y un19.4% tenía estudios superiores; y no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

El nivel educativo de las personas con VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial es equiparable a otras poblaciones con VIH que no están en situación de exclusión social (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b).

Las personas con VIH en situación de exclusión social tienen capacidad para desarrollar aprendizajes en un entorno de desarrollo que proporcione las oportunidades básicas educativas. Este es un elemento a tener en cuenta en la intervención con personas en situación de exclusión. Puede haber múltiples factores concomitantes a la situación de VIH, como la exclusión social, que pueden obstaculizar el acceso a tareas formativas adecuadas a sus competencias.

El dato más característico en cuanto a las características sociodemográficas corresponde a la situación laboral y de vivienda. La tasa de empleo en la población con VIH de nuestro estudio es muy baja, especialmente en los hombres (ver detalles en Tabla19). Si comparamos nuestros datos de empleo con los del estudio de la muestra hospitalaria (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b) en el que se expone que el 43.5% de las personas encuestadas tiene trabajo, observamos que la situación laboral es especialmente precaria en los sujetos que componen esta muestra. También en el estudio citado de Agirrezabal et al (2009) se obtuvo una proporción similar: 46.3% trabajaba y 53.7 % no trabajaba. En el presente estudio se obtiene que el 72% de la muestra percibe la Renta de Garantía de Ingresos(Tabla19). Agirrezabal et al(2009)hallaron que entre las personas que no trabajaban un porcentaje del 72.2% percibían la RGI. Esta renta en Euskadise regula según la ley 18 /2008 para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social(Gobierno Vasco, 2008c) y su cuantía depende del número de personas que formen la unidad de convivencia y de los ingresos mínimos que se tenga. También se puede complementar con una ayuda específica de complemento de vivienda en caso de que la vivienda de la persona sea de alquiler. Por otra parte, la empleabilidad es muy baja en hombres y mujeres, ya que muchas personas no han tenido un trabajo nunca, añadiéndose otras causas a la dificultad de incorporación laboral además del VIH, tales como la exclusión social, enfermedad mental, o adicciones. En personas con VIH de la

población general, el estigma social supone un obstáculo a la incorporación laboral (Aguirrezabal et al., 2009). Por tanto, existe en el marco de las personas con infección por VIH un sector de la sociedad compuesto por personas con estudios pero sin empleo.

A los factores tradicionalmente asociados al VIH, como son el estigma asociado al VIH, se añaden otros factores específicos que podemos observar en nuestra muestra de estudio.

Uno de los problemas más graves que afecta tanto a hombres como a mujeres, es la exclusión residencial. En este estudio 13 personas están en esta situación; viven en la calle o en albergues de pernocta (Tabla 19). También hay personas en situación de exclusión social que por motivos de salud acceden a recursos residenciales. La residencia es un recurso sociosanitario para larga estancia y con alta intensidad de atención. Las personas que acceden a servicios residenciales muchas veces tienen un historial de uso de drogas inyectadas. El perfil de las personas consumidoras de larga evolución se caracteriza por padecer múltiples problemas de salud, además de la ruptura de vínculos familiares, en situación de enfermedad crónica y/o dependencia en diversos grados (Iraurgi, Póo, & Márkez, 2004).

Será preciso que en las políticas de apoyo a personas con VIH se desarrollen medidas para la inclusión laboral, contra el estigma y la discriminación laboral (Aguirrezabal et al., 2009). Asimismo, las personas con baja empleabilidad se beneficiarían de medidas ocupacionales, y no solamente económicas, para poder participar en la sociedad con un rol activo y productivo.

Salud asociada a la infección por el VIH en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En el análisis de los indicadores de salud en hombres y mujeres, merece especial consideración destacar los resultados positivos encontrados en los indicadores biológicos e inmunológicos (Tabla 20). El 76.5% de las personas encuestadas alcanza una carga viral indetectable y el 33.8% de ellas tiene un nivel de defensas superior a 500 CD4. Uno de los objetivos del tratamiento antirretroviral es reducir la carga viral hasta un punto en que sea indetectable (< 50 copias/mL) y que el nivel de defensas esté por encima de 350 (células/ μ L) CD4 (Adetokunboh, Schoonees, & Wiysonge, 2014; WHO, 2016). En la encuesta hospitalaria donde se analiza la evolución de 2000 a 2014 de los indicadores clínicos, se observa que aumenta la proporción de pacientes con niveles altos de CD4, pasando de una mediana de 315 células/ μ L en el año 2000 a 519 células/ μ L en el año 2014 (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b). La proporción de personas con carga viral inferior a 50 copias/mL aumenta significativamente, y se sitúa en 2014 en el 77.1%. Esto es principalmente debido al efecto positivo del tratamiento antirretroviral. También hay que tener en cuenta que a partir de 2014 se ofrece TARGA a pacientes con niveles CD4 entre 350 y 500 (células/ μ L) CD4, siguiendo las recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida (Documento de consenso de GESIDA, 2015).

No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en los indicadores clínicos (Tabla 20); aunque la carga viral indetectable se da más en mujeres (81.8%) que en hombres (73.9%).

La eficacia de la terapia combinada es un hito en la historia de la infección por VIH, que ha supuesto el inicio de una nueva era en el abordaje del VIH. Las personas con VIH en este estudio mantienen una tasa de mejoría similar a la de

la población general con VIH, en parte por la universalidad y gratuidad del tratamiento farmacológico y también en parte debido al esfuerzo creciente de la Red de recursos sociosanitarios por coordinarse y reforzar la atención.

En este estudio todas las personas están tomando tratamiento antirretroviral. La antigüedad del diagnóstico no se corresponde con el tiempo de tratamiento. Hay un 79.4% de personas con diagnósticos de más de 10 años y sin embargo, solo el 45.6% toman el tratamiento antirretroviral desde hace más de 10 años. Esto puede deberse a que han iniciado el tratamiento a partir de un diagnóstico tardío, aunque puede deberse también a la decisión de no tomar el tratamiento por parte de muchos pacientes, antes de la era TARGA (Documento de consenso de GESIDA, 2015; Knobel et al., 2000).

Según el Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Sanidad “en el año 2014 el diagnóstico tardío es máximo en el grupo de hombres heterosexuales (58.5%), seguido por el de los usuarios de drogas por vía parenteral (55.0%) y transmisión heterosexual en mujeres (55.0%)” (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b). El diagnóstico tardío aumenta también con la edad, pasando de un 30% en el grupo de 20 a 24 años, hasta un 66.2% en los mayores de 49 años (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b).

Salud e historial de uso inyectado de drogas en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En este estudio, la principal vía de transmisión del VIH ha sido la vía intravenosa de consumo de drogas (60.3%), que es significativamente superior en hombres con un 71.7%, que en mujeres con un 36.4%.

Los datos indican que las mujeres tienen más probabilidad de haber contraído la infección por VIH por vía sexual. En concreto, el 59.1% de las

mujeres participantes han contraído el VIH por vía sexual, y un 36.4% por vía intravenosa, mientras que hay una mujer que no sabe (4.5%). Entre los hombres, sin embargo, hay un 71.7% que han contraído el VIH por vía intravenosa, muy superior al hallado en la muestra poblacional hospitalaria, que es de un 39.5%(Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b). La tasa de coinfección es especialmente alta en los hombres de nuestro estudio (80.4% de coinfección por Hepatitis C) (Tabla 20). También se observa un alto índice de coinfección en las mujeres, aunque es menor que en los hombres (59.1%). La transmisión sexual del virus de la hepatitis C es menos probable que la transmisión del VIH,(el VHC se transmite principalmente de sangre a sangre),por lo que es más probable que las mujeres de este estudio hayan contraído el virus de la Hepatitis C por compartir jeringuillas. En Europa, un 76.7% de los casos de Hepatitis se dan por transmisión a través del uso compartido de jeringuillas en el uso inyectado de drogas (World Health Organization, 2014).

En esta muestra de estudio el porcentaje de mujeres que ha contraído la infección por VIH por vía de transmisión intravenosa es menor que el de hombres, sin embargo al ser mayor el porcentaje de mujeres con coinfección por hepatitis C, se podría pensar que algunas mujeres que refieren que la vía de transmisión es sexual, en realidad pueden haber compartido jeringuillas para uso intravenoso de drogas en el pasado.

En España el 36.8% de las personas con VIH en tratamiento antirretroviral en 2014, según la encuesta hospitalaria (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b)son o han sido usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP). Teva, Bermúdez, Hernández y Buela-Casal (2004) en un estudio con pacientes de los hospitales de Andalucía, obtuvieron que un 40.8% de participantes habían contraído el VIH por vía intravenosa (Teva, Bermúdez, Hernández-Quero, & Buela-Casal, 2004).

La proporción de personas con coinfección por VHC en esta muestra es alta, del 73.5% (80.4% en hombres y 59.1% en mujeres) (Tabla 22). La tasa de coinfección por VHC entre personas con VIH que han contraído el VIH por vía de inyección de drogas se sitúa en valores entre el 50-60% (Rafael-Valdivia, Miró, & Rimola, 2010).

La asociación entre VIH y VHC se da por uso compartido de jeringuillas. Para comprender este alto porcentaje de coinfección hay que analizar las características de los participantes de este estudio en su conjunto. La mayoría de las personas participantes recibieron el diagnóstico de VIH hace más de 15 años (23.5%) y más de 20 años (35.3%), en una época en que la tasa de consumo intravenoso de heroína y la práctica de compartir jeringuillas tuvieron su punto álgido. Las personas con historial de consumo intravenoso de drogas pueden presentar a su vez enfermedad mental o trastornos emocionales, tanto como antecedentes al consumo, o como derivados directamente de la adicción (Melis, Pia, Piras, & Tusconi, 2015; Ries et al., 2015; Schulden et al., 2012).

Transmisión por contacto sexual en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

La transmisión por contacto sexual conlleva un mayor riesgo para las mujeres, por la mayor vulnerabilidad biológica y social (Collazos, Asensi, & Cartón, 2007). En cuanto a la mayor vulnerabilidad biológica, se debe a que la transmisión de la infección por el VIH en el contacto sexual genital se produce más eficazmente del hombre a la mujer que a la inversa y esta probabilidad es mayor si hay desgarramiento o flujo sanguíneo. La vulnerabilidad social también se asocia a la dificultad de las mujeres para negociar las relaciones sexuales seguras (Panel de expertos de la SPNS y GESIDA, 2013). Los factores socio-estructurales de género son claves para la comprensión de la infección por VIH

en mujeres. Las mujeres que viven con VIH además de los estresores comunes a toda la población que vive con VIH, enfrentan situaciones estresantes socioculturales, económicas y psicológicas derivadas del rol estructural de género. Estas situaciones afectan específicamente a las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, las que se ven afectadas en situaciones de desigualdad (Kopetz et al., 2014; Olley, Ogunde, Oso, & Ishola, 2016; Panel de expertos de la SPNS y GESIDA, 2013; Ratanawongsa et al., 2012; Vigneshwaran, Padmanabhareddy, Devanna, & Alvarez-Uria, 2013; Wielding & Scott, 2017; Yarns, Abrams, Meeks, & Sewell, 2016; Zunner et al., 2015).

En resumen las características diferenciales de la muestra en nuestro estudio comparada con la muestra nacional de pacientes de VIH/SIDA son principalmente:

- Población envejecida.
- La escasez de red de apoyo familiar (alto índice de personas solteras y sin hijos/as).
- Las altos índices de desempleo.
- Las carencias en el ámbito de la vivienda.
- La mayor tasa de coinfección por el VHC.
- La buena situación inmunológica y cronificación del VIH; a pesar del largo período tiempo transcurrido desde el momento de la infección hasta la fecha, y probablemente desde el momento de la infección hasta la estabilización y eficacia del tratamiento.

8.1.2.FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA SALUD EN HOMBRES Y MUJERES

Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En la muestra de estudio, el 30.9% de las personas participantes no tiene comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, un 35.3% de la muestra tiene comorbilidad psiquiátrica y otro 33.8% de la muestra tiene tratamiento por drogodependencias. Las personas con trastornos de personalidad graves pueden presentar tratamiento psiquiátrico y/o por drogodependencias. Las personas con VIH presentan una alta prevalencia de trastornos de personalidad que llega a ser del 36% (Turrina et al., 2016). No se dan diferencias entre hombres y mujeres en esta variable (Tabla 23).

El trastorno psiquiátrico aparece asociado al consumo de sustancias en la historia presente o pasada de las personas que han contraído el VIH por vía parenteral (Stoskopf et al., 2001). Distintos estudios señalan que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en salud mental, mostrando éstas mayor probabilidad de síntomas de somatización, depresión y ansiedad, diferencias que a su vez están moduladas por la edad. Las mujeres con más edad muestran los peores índices de calidad de vida en comparación con los hombres y con mujeres jóvenes (M. Pereira & Canavarro, 2011). Gielen et al (2001) hallaron que el distrés emocional en mujeres con bajo nivel socioeconómico aumentaba en función de la edad, nivel educativo, violencia o abuso sexual en la infancia, y afrontamiento conductual del VIH a través de conductas de auto cuidado (Gielen, McDonnell, Wu, O'campo, & Faden, 2001).

Las personas que acceden a Programas de Mantenimiento con Metadona y Programas de reducción de riesgos y daños, mejoran su calidad de vida por contacto con la red sociosanitaria. Sería interesante seguir avanzando en las

alternativas tanto sanitarias (a través de dispensación pautada de heroína por ejemplo) como sociales (acceso a los servicios a personas privadas de libertad, o desarrollo de un nuevo estatus jurídico para el cannabis para uso médico por ejemplo)(Arana et al., 2012; Laespada & Iraurgi, 2009).

Exclusión socialy VIH en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En cuanto a la exclusión social no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres; si bien la exclusión socialgrave afectamás a los hombres. En un estudio realizado en Bizkaia sobre personas sin hogar, es destacable que la inmensa mayoría de las personas sin hogar son varones, el 91.5 por ciento frente al 8.5 por ciento de mujeres(G. Moreno, 2013).

La situación de exclusión residencial es especialmente grave en personas con VIH por la necesidad de tratamiento y por el riesgo de reinfección, así como de transmisión del VIH (G. Moreno, 2013). Aunque en nuestra muestra no encontramos diferencias, la exclusión puede afectar de manera diferente a mujeres y hombres. Puede ser que haya más mujeres con VIH en situación de exclusión que no acceden a los recursos de atención disponibles (por ejemplo, por estar ejerciendo la prostitución, o bien en otra situación de desigualdad, o por miedo al rechazo). En la población general de la CAPV según el *I Informe sobre la Situación de los Servicios Sociales en la CAPV* la proporción de mujeres preceptoras de la RGI supone un 68.3%, más de dos terceras partes del total de personas preceptoras; a pesar de lo cual se observaba que en los recursos de atención psicosocial eran siempre minoría (SIIS, 2011). El hecho de que las mujeres participen de los procesos de pobreza y exclusión social en mayor medida que los hombres y que, sin embargo, su presencia en los dispositivos de atención sea sustancialmente menor, puede deberse a diferentes procesos de socialización y el miedo al rechazo o al estigma (De La Riva, 2012; Krug,

Hildebrand, & Sun, 2015; Logie, James, Tharao, & Loutfy, 2012; Orza et al., 2015).

Consumo de riesgo VIH en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

Encontramos una gran diferencia en el consumo de riesgo, que es significativamente mayor en hombres (Tabla 21). Se hallan diferencias significativas entre hombres y mujeres en el consumo actual de drogas ilícitas. La proporción de hombres con consumo de cannabis (36.9%) es mayor que en mujeres (13.6%). En el caso del consumo de heroína son 11 los hombres y tres las mujeres consumidoras de heroína o cocaína en la actualidad (Tabla 21). En la encuesta nacional de VIH/SIDA (Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación, 2015b) se señala que los hombres son consumidores preferentemente de cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más consumidoras de alcohol, tabaco y hipnosedantes. Las razones son estructurales, y se refieren a diferencias en el inicio en el consumo, mantenimiento del hábito, así como las consecuencias derivadas del mismo. Las mujeres comienzan más tarde el consumo de drogas, lo abandonan antes por razones de ciclo vital, como el cuidado de hijos, y también sufren antes las consecuencias del consumo en su salud. Por otro lado, las mujeres tienen una menor presencia en los servicios de tratamiento que los hombres, y mantienen los consumos en la esfera de lo privado, por miedo al rechazo social (Romo, 2005; UNODC, 2015). Por tanto, el consumo de drogas como variable interviniente en el estudio de la calidad de vida será analizado en el grupo de hombres, ya que las mujeres que consumen son solamente 6 en nuestro estudio.

8.1.3.FACTORES PSICOSOCIALES PROTECTORES PARA LA SALUD EN HOMBRES Y MUJERES

Hipótesis 2. Las mujeres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial de Bizkaia tienen características similares a los hombres en las variables protectoras objeto de estudio: la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, la Adherencia al TARGA, las Estrategias de Afrontamiento al VIH, el tipo de Apoyo social percibido, y el Ajuste social.

Se cumple la hipótesis. No se observan diferencias entre hombres y mujeres en las variables CVRS, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en la muestra de estudio (Tabla 24).

Afrontamiento al VIH en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En mujeres el afrontamiento conductual es el más utilizado (M=57.6), por encima de los hombres (M=51.3). Sin embargo el afrontamiento emocional es más utilizado por hombres (M=56.2) que por mujeres (M=51.9) (Tabla 22). El Afrontamiento conductual es de gran importancia en enfermedades crónicas como el VIH, que requiere un compromiso individual para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables y la adherencia al tratamiento, para tener una correcta adaptación a la infección por el VIH.

Fleishman y Fogel (1994) encontraron que el afrontamiento emocional basado en las emociones positivas se asocia a un mejor ajuste a la infección por VIH (Fleishman & Fogel, 1994). Actualmente se tiende a analizar las estrategias de afrontamiento en cada circunstancia (Moskowitz, Hult, Bussolari, & Acree, 2009b). Por ello, en este estudio se mide la frecuencia de utilización de cada una de las estrategias de manera independiente, se evalúa la

frecuencia de respuesta, y se interpreta que las respuestas con alto nivel de frecuencia indican estilos de afrontamiento estables.

Las personas con infección por el VIH cuya progresión hacia estadios avanzados de la enfermedad no se ha producido a los 20 años de infección - progresores lentos- pueden utilizar estrategias que varían en el tiempo (Fang et al., 2015; Ironson, Kremer, & Lucette, 2016). Las personas en estadios asintomáticos, por ejemplo, usan más frecuentemente el estilo de afrontamiento de evitación y de distanciamiento. En cambio en las personas sintomáticas en la infección por VIH/SIDA, es el estilo de afrontamiento centrado en la emoción es el que más se lleva a cabo, probablemente porque el curso de la enfermedad es menos controlable (Flores-Sarazúa, Mas, & San Gregorio, 2006).

En el caso del presente estudio, las estrategias específicas de afrontamiento más utilizadas por las mujeres han sido: *mantenerse optimista* (M=3.2), *no sentirse culpable* (M=3.0) *no evitar salir de casa* (M=3.1), *pensar en buscar la solución del problema* (M=2.8), *hacer todo lo que dicen los médicos* (M=2.9), seguida de *buscar ayuda en otras personas* (M=2.8) (Tabla 23). Estos resultados coinciden con el estudio sobre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en mujeres y hombres con VIH y lipodistrofia (M. García-Sánchez, 2010). Las estrategias más utilizadas eran: *pensar en superarlo* (M=3.4), *ser optimista* (M=3.4), y *hacer lo que dicen los médicos* (M=3.6). En el estudio de Fleishman et al (2003) identificaron que la estrategia empleada con más frecuencia fue el distanciamiento, seguida de la tendencia a no pensar en el VIH (Fleishman et al., 2003).

Otras estrategias frecuentes que los autores hallaron que utilizaban personas con VIH en TARGA fueron la retirada y la culpa (M. Pereira & Canavarro, 2011). En este estudio no se observan este tipo de mecanismos de afrontamiento con frecuencia.

Esta diferencia puede ser debida, a que a medida que la enfermedad avanza se dan estrategias de afrontamiento más adaptativas en ausencia de otros déficits, problemas cognitivos o emocionales , que influyan en la adaptación al VIH (M. Pereira & Canavarro, 2011).

Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en la estrategia de *buscar solucionar los problemas* (Tabla 25). También se observa que las mujeres utilizan la estrategia *buscar un sentido a la enfermedad* en menor medida que los hombres. La posibilidad de dar un sentido positivo a la enfermedad se concibe como un componente espiritual del bienestar y la autorrealización, que se ha observado especialmente en mujeres de minorías étnicas que viven con VIH (Livneh & Martz, 2007).

Las estrategias menos utilizadas en mujeres son: *disfrutar de aspectos relacionados con la enfermedad*(M=2.0), o *utilizar el sentido del humor* (M=1.9). En la dimensión de búsqueda de solución de problemas con estrategias conductuales de aproximación a la fuente de estrés, las puntuaciones medias más altas se dan en: *hacer exactamente todo lo que dicen los médicos*(M=2.9) e *ir al médico inmediatamente* (M=2.7).

Apoyo social en personas con VIH en TARGA que acuden a centros de atención psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres.

En personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial destaca la escasa red de apoyo estructural, definido por el número de personas consideradas significativas. En concreto la puntuación media de personas en la red es de (M=5.8), por debajo de la puntuación de corte (M<10) que propone el autor(Requena et al., 2007). En mujeres es especialmente baja (M=5.1) aunque la diferencia no es significativa (Tabla 22). Este ítem puede

reflejar el aislamiento social de las personas con VIH como resultado de una acumulación de factores biográficos y culturales. Es un hecho que el aislamiento social repercute en el bienestar psicológico de las personas (H. French, Greeff, Watson, & Doak, 2015; Holahan et al., 1996; Webel, Sattar, Schreiner, Kinley, et al., 2016). Las mujeres con peores condiciones sociales, con menor nivel de estudios, más edad, más cargas familiares y menor nivel laboral, así como las que carecen de empleo, son las que tienden a percibir menor apoyo social, lo cual habrá que tener en cuenta a la hora de diseñar programas comunitarios (Matud, Carballeira, López, Marrero, & Ibáñez, 2002). En este estudio la percepción de Apoyo social funcional refleja valores medios adecuados ($M=65.9$); valor por encima del punto de corte ($M=57$) propuesto por (Requena et al., 2007). Sherbourne y Stewart (1991) hallaron en una muestra de pacientes crónicos una puntuación media de Apoyo social funcional $M=70.1$, y Revilla et al (2005) obtuvo un valor medio de Apoyo social de 70 puntos en pacientes de Atención Primaria (Revilla-Ahumada et al., 2005; Sherbourne & Stewart, 1991). No hay diferencias significativas entre mujeres y hombres en la puntuación global de Apoyo social estructural o Apoyo funcional; tampoco se observan diferencias en las subescalas (Tabla 22).

El Apoyo emocional ($M=27.5$) es ligeramente superior al punto de corte ($M=24$) (Requena et al., 2007). Asimismo la Interacción social positiva ($M= 13.9$) está por encima del punto de corte ($M=12$) (Requena et al., 2007). Del mismo modo, el Apoyo afectivo ($M= 10.2$) es ligeramente superior al punto de corte ($M=9$) (Requena et al., 2007)(Tabla 22). El Apoyo social en la muestra es adecuado; el apoyo de la red social y sanitaria cubre parte de las necesidades de apoyo en el nivel instrumental o emocional básicos. Los Programas de atención psicosocial en el ámbito comunitario son muy necesarios para movilizar las competencias sociales y el rol activo social en la comunidad.

Sin embargo, el Apoyo estructural medido por el tamaño de la red es muy bajo (ver Tabla 22). Al contrario de las enfermedades crónicas sin estigma social asociado, en personas con VIH la red social de apoyo se estrecha, bien por el ocultamiento, bien por el rechazo. Tal y como se ha descrito anteriormente la muestra de estudio se caracteriza por un mayor aislamiento social, ruptura con lazos familiares, y fracaso en la construcción de lazos afectivos estables por historial de consumo intravenoso de drogas, comorbilidad psiquiátrica o desarraigo. En este estudio, la red social está también deteriorada por condiciones de vida como el consumo de drogas o la comorbilidad psiquiátrica. El estigma asociado todavía a la condición de VIH hace más necesario en muchas ocasiones el apoyo, cuando hay problemas de salud.

Ajuste social en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

En cuanto al Ajuste social, no se observan diferencias en hombres y mujeres. El ajuste social en esta muestra es bajo ($M=33.4$) (Tabla 24); tanto en hombres como en mujeres, y es ligeramente inferior a los valores considerados por los autores como adecuadas o deseables ($M=35$ - $M=52$) (Bosc et al., 1997). Bobes y colaboradores (1998) hallaron en pacientes con depresión una media de ajuste social de ($M=29.0$)(Bobes et al., 1998).

Teniendo en cuenta que el Ajuste social evalúa la motivación y conducta social en personas con depresión, las bajas puntuaciones halladas en este grupo pueden estar mediadas por la comorbilidad psiquiátrica por depresión o la comorbilidad por tratamiento de drogodependencias, cuestión analizada en el siguiente apartado.

Se observa una baja puntuación tanto en la frecuencia como en la calidad de las relaciones familiares y las relaciones sociales (Tabla 24), así como falta de actividades de ocio y de participación en la comunidad. El Ajuste social se ha relacionado tradicionalmente con la depresión desde una perspectiva clínica, aunque es un indicador válido de adaptación y bienestar social, tal y como lo han definido (Keyes et al., 2002). El bajo ajuste social por tanto, es resultado de procesos de exclusión social en grupos como las personas inmigrantes, las personas con enfermedad mental, o drogodependencias. Otro factor que se asocia al bajo ajuste social es el estigma asociado al VIH. El estudio de la infección por el VIH se comprende mejor desde una perspectiva social porque es una enfermedad que conlleva estigma y discriminación (Brandt et al., 2017; Chinouya, Hildreth, Goodall, Aspinall, & Hudson, 2017; Ferlatte et al., 2017; Narasimhan, Payne, Caldas, Beard, & Kennedy, 2016; Rubenstein et al., 2016; Saleem, Narasimhan, Denison, & Kennedy, 2017).

En las mujeres con VIH se acentúan los procesos de estigmatización, sobre todo si tienen hijos o dependen de sus parejas (Ogden et al., 2005).

Adherencia al TARGA en personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial, diferencias entre hombres y mujeres

La Adherencia al tratamiento en la muestra de estudio se considera baja (M=71.4), ya que está por debajo del punto de corte de M = 79 que define Remor para la adherencia óptima (Tabla 26) (Remor, 2002c, 2003). En este grupo de estudio no se observan diferencias en hombres y mujeres en cuanto a adherencia. A pesar de que se ha avanzado en la simplificación farmacológica del tratamiento, persisten factores psicosociales que influyen de forma significativa en la adherencia, como son los aspectos sociales de ocultación o las variables de motivación, conciencia de enfermedad o afrontamiento (Barreiro,

Garcia-Benayas, Soriano, & Gallant, 2002; J. Blanco & Martinez-Picado, 2012; Boyle, 2004; Duncombe, Ball, Passarelli, & Hirnschall, 2013; N. Ford, Flexner, Vella, Ripin, & Vitoria, 2013; Martinez & Nelson, 2010; Nozza et al., 2015; Onyebujoh, Ribeiro, & Whalen, 2007; Vitoria, Ford, Doherty, & Flexner, 2014). Como refieren Catalán y colaboradores (2000), las consecuencias psicológicas y sociales de las personas que viven con VIH han sufrido importantes cambios , y estos a su vez originarán nuevas e inesperadas dificultades, a pesar del gran sentido de esperanza (Catalan et al., 2000).

Las personas con infección por el VIH mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento antirretroviral, presentan mejores tasas de adhesión al tratamiento e informan de un mejor bienestar subjetivo (Remor, 2002a; Remor et al., 2002).

CVRS en en personas con infección por VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Diferencias entre hombres y mujeres

La CVRS en esta muestra de estudio es de (M=56.8) (Tabla 24) por debajo del valor que encuentra Remor en su estudio de validación de los cuestionarios españoles, donde la PC:50 se corresponde con una puntuación centil de PD: 63. No se detectan diferencias significativas entre mujeres y hombres en la puntuación global (mujeres M= 56.7; hombres M=56.8), tendencia similar a la hallada en otros estudios sobre Calidad de Vida en personas con VIH (Bertisch et al., 2013; Catalan, Tuffrey, Ridge, & Rosenfeld, 2017; da Silva, Bunn, Bertoni, Neves, & Traebert, 2013; S. George, Bergin, Clarke, Courtney, & Codd, 2016).

Los valores en la muestra general son bajos en Función emocional (M=9.7) y función física (M=8.8) respecto a los publicados por otros autores (Aguirrezabal et al., 2009). La CVRS total también es inferior, con una

media de 58.6, con ocho puntos por debajo de la encontrada en el estudio (M=66.6) de Aguirrezabal et al (2009)

Resultados similares se observaron también en CVRS en personas en programas de mantenimiento con Metadona (Iraurgi et al., 2004), donde las puntuaciones más bajas se daban en salud mental y energía.

Los hombres muestran una Función física peor que las mujeres, aunque las diferencias no son significativas (Tabla 24). Mrus y colaboradores (2005) encontraron que las mujeres tenían peores condiciones psicológicas y de dominio del entorno y los hombres tenían peores puntuaciones en energía y fatiga (Mrus, Williams, Tsevat, Cohn, & Wu, 2005). Según los resultados de otras investigaciones en las que se ha evaluado la Calidad de Vida en función del sexo, las mujeres seropositivas presentan una peor calidad de vida comparadas con los varones seropositivos (Gielen, Fogarty, et al., 2000; Gielen, McDonnell, Burke, & O'Campo, 2000; Lenderking, Testa, Katzenstein, & Hammer, 1997). Sin embargo, no se han hallado diferencias significativas en estudios realizados con muestras de población en tratamiento con Metadona (Iraurgi et al., 2004).

Un estudio realizado por McDonnell, Gielen, Wu, O'Campo y Faden (2001) evaluó la CVRS en una muestra de 287 mujeres seropositivas; este grupo de mujeres mostró, comparado con los hombres seropositivos, unos niveles más bajos de bienestar, por el peso de la dimensión emocional, que es más baja en mujeres que en hombres (Gielen et al., 2001). No se dan diferencias significativas en funcionamiento emocional, aunque es algo inferior en mujeres.

Puede haber diferentes resultados en función de las características de la muestra, que pueden mediar en la relación entre sexo y calidad de vida. Pereiray Canavarro (2011) hallaron que se da una importante interrelación de la edad y el sexo en la predicción de la calidad de vida (M. Pereira & Canavarro, 2011). Las

mujeres de más de 45 años tenían peor calidad de vida que los hombres; pero las mujeres de menos de 34 años tenían mejor calidad de vida que los hombres.

Otros autores destacan que, al igual que sucede con el afrontamiento, las diferencias en calidad de vida no se asocian a sexo, sino más bien con el estatus socioeconómico (Celse, Geffroy, & Yeni, 2014; Fang et al., 2015).

En personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial el estilo de Afrontamiento al VIH se caracteriza por el optimismo, la esperanza y aceptación, así como la reformulación de emociones negativas: no sentirse culpable, no ser pesimista y no aislarse; tendencia observada en hombres y mujeres en la misma proporción. Esto puede deberse al avance positivo en salud debido al tratamiento antirretroviral. También puede explicarse por una tendencia a minimizar el impacto de la infección por el VIH en personas que tienen otras problemáticas asociadas.

La red social informal de las personas con VIH es muy escasa, especialmente en los hombres. En cuanto al ajuste social, es bajo en hombres y mujeres. El miedo al rechazo social conlleva ocultamiento de la condición de tener el VIH, lo cual puede derivar en un progresivo aislamiento de los recursos familiares y sociales, así como de los Centros de atención sanitaria. Los equipos profesionales que atienden a estas personas en la red comunitaria son sus principales proveedores de apoyo social

Se observa que la adherencia al tratamiento antirretroviral es baja por la presencia de factores psicosociales asociados, independientemente de que las nuevas terapias farmacológicas en el tratamiento de la infección por VIH hayan mejorado la salud en personas afectadas por el VIH. Los resultados indican bajo Funcionamiento emocional especialmente en mujeres y bajo Funcionamiento físico especialmente en hombres.

8.2.CVRS EN PERSONAS CON VIH EN TARGA QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

En este apartado se analizará si se ha cumplido el segundo objetivo de este estudio: describir la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la muestra de estudio (**Objetivo 2**).

En esta muestra se observan las siguientes características sociodemográficas y clínicas: edad avanzada, mayor probabilidad de desempleo y de falta de vivienda, mayor duración del diagnóstico, mayor probabilidad de historial de consumo de drogas y coinfección por VHC y VHB.

Asimismo se observa mayor probabilidad de comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas, especialmente en hombres. Por otra parte, se ha encontrado que la adherencia al tratamiento es baja, así como el Ajuste social tanto en hombres como en mujeres. Estas condiciones pueden influir en la CVRS, que es un predictor del bienestar psicológico subjetivo (Ryff et al., 2003; Ryff & Singer, 2003). Oberjey colaboradoresexaminaron los elementos de la CVRS (físico, mental y ambiental), y otros dominios de la calidad de vida; satisfacción financiera, satisfacción sexual, y bienestar social y su asociación al bienestar subjetivo: y hallaron que el mayor predictor del bienestar subjetivo se da en la dimensión de calidad de vida ambiental, referida a la estabilidad de la vivienda, y entorno seguro (Oberjé, Dima, van Hulzen, Prins, & de Bruin, 2015).

8.2.1.FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y CVRS

Hipótesis 3. En personas con VIH en TARGA que acuden a centros de atención psicosocial, la calidad de vida relacionada con la salud es menor en personas con más edad, menor nivel educativo, peor situación laboral y residencial, comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas.

La hipótesis se cumple para las variables de nivel educativo y situación residencial. Asimismo se cumple para las variables comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas. No se cumple la hipótesis para las variables edad y situación laboral.

CVRS y edad en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

No se han hallado diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud en función de la edad (Tabla 25). Se observa que las personas de mayor edad presentan puntuaciones ligeramente superiores en CVRS. Se ha comprobado la influencia de la edad en el bienestar psicológico, especialmente en las dimensiones de propósitos en la vida y crecimiento personal (Ryff et al., 2012; Tur, Osuna, Resano, & Villar, 2003). Otros autores han postulado la teoría de la integración de fuerzas y vulnerabilidad Charles 2010 a través del ciclo vital (Charles, 2010). Según esta teoría, las personas con la edad aprenden a regular las emociones a través de estrategias cognitivas y comportamentales favorables.

Situación laboral y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Se observan diferencias en Calidad de Vida en función de la situación laboral, aunque éstas no son estadísticamente significativas (Tabla 25). La puntuación en CVRS es mayor entre las personas que están trabajando, que en las que perciben algún tipo de prestación económica y en las que no tienen ningún tipo de ingresos (Tabla 25). Esta variable, junto la situación residencial, supone uno de los principales criterios para evaluar la exclusión social. La Calidad de Vida en personas que trabajan es alta, y en personas que reciben la RGI también. Dado el hecho de que las personas que participan en el estudio en una gran mayoría perciben la RGI, se puede considerar que las políticas sociales de protección también promueven la calidad de vida en personas con VIH. Como cabía esperar, la calidad de vida es menor en personas que carecen de fuentes de ingresos propios. Sin embargo también es importante recalcar que no todas las personas sin ingresos están en situación de exclusión social, puesto que estos pueden depender de ingresos provenientes de la familia (Poudel et al., 2015).

Nivel educativo y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Se encuentran diferencias en CVRS en función del nivel educativo (Tabla 25). Concretamente se dan diferencias entre las personas que tienen estudios primarios y las personas con estudios universitarios. El nivel educativo, unido al estar casado/a, tener un nivel socioeconómico mínimamente estable, está asociado a una mayor calidad de vida como fuente de bienestar psicológico (Remor, 2009). Ryff y Heidrich 1997 describen que la educación y el trabajo son los mayores predictores del bienestar, especialmente si además se acompaña

de una vida familiar satisfactoria (Ryff & Heidrich, 1997). También se observan diferencias significativas en la situación de vivienda (Tabla 25). La situación de las personas sin hogar está ligada a una peor CVRS. En un estudio de 3768 personas con VIH se observó como la edad, ser mujer, el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educativo contribuía a niveles más bajos de calidad de vida (Campsmith, Nakashima, & Davidson, 2003).

Factores psicosociales de riesgo para la salud y CVRS en personas con VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial: comorbilidad, exclusión y consumo de drogas

Se comprueba que las personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial tienen peor CVRS en presencia de factores de riesgo como la comorbilidad psiquiátrica y/o drogodependencias, y la exclusión social. Otros estudios han encontrado que las personas con VIH con morbilidad psíquica tienen peor Calidad de Vida (Bateganya, Dong, Oguntomilade, & Suraratdecha, 2015; T. T. Brown & Guaraldi, 2017; Goldman, 2014; Guaraldi, Prakash, Moecklinghoff, & Stellbrink, 2014; Hobkirk, Towe, Lion, & Meade, 2015; Krumme et al., 2015; Mertens, 2014; Nomoto et al., 2015; Nosyk, Bray, et al., 2015; Oguntibeju, 2012; Sanmarti et al., 2014; Wright, Akhtar, Tosh, & Clifton, 2014). Las variables que muestran puntuaciones más bajas de CVRS son la comorbilidad psiquiátrica, la exclusión social grave y el consumo de cannabis y alcohol (Tabla 26). Es llamativo que las personas con consumo de heroína y cocaína tienen una puntuación media en CVRS mayor de las personas que no consumen aunque la diferencia no es significativa (Tabla 26).

Al contrario de lo que se esperaba, no se encuentran diferencias en CVRS en función del consumo de drogas (Tabla 26). En otros estudios el consumo de drogas resalta como uno de los principales factores que pueden contribuir a una

peor calidad de vida en personas viviendo con VIH (Iskandar, Kamal, & De Jong, 2012; Iskandar et al., 2013; Luckhurst, 1991; Morojele, Kekwaletswe, & Nkosi, 2014; Remor, Penedo, Shen, & Schneiderman, 2007; Reus et al., 2004; Ruiz et al., 2005; Van Nguyen et al., 2017).

Sherbourne et al (2000), en un estudio llevado a cabo con 2864 personas con VIH en Estados Unidos hallaron que el consumo abusivo de alcohol no estaba asociado a la calidad de vida, y el consumo de drogas ilícitas lo estaba solamente en presencia de patología psiquiátrica (Sherbourne et al., 2000).

8.2.2.FACTORES PSICOSOCIALES PROTECTORES PARA LA SALUD Y CVRS

Hipótesis 4: En personas con VIH en TARGA que acuden a centros de atención psicosocial la calidad de vida relacionada con la salud es significativamente mayor en función de los niveles de adherencia, estrategias de afrontamiento, apoyo social y ajuste social.

Se cumple la hipótesis parcialmente. Se han constatado diferencias significativas en la CVRS en función de la Adherencia, Afrontamiento conductual, Afrontamiento emocional y el Ajuste social. No se observan diferencias significativas en CVRS en función del Afrontamiento emocional y el Apoyo social, a diferencia de otros estudios (Carrobles et al., 2003; Remor, 2002a, 2002d, 2003).

Adherencia al TARGA y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Las personas con baja o nula adherencia muestran una CVRS significativamente más baja que la CVRS de las personas con adherencia estricta (Tabla 29). En la infección por VIH la adherencia al TARGA tiene relación con la CVRS porque es el factor que determina el éxito del tratamiento (Hernando et al., 2015; Ruiz et al., 2005). Las causas principales de la baja adherencia pueden estar relacionadas con las actitudes individuales: utilización de estrategias de afrontamiento evitativo y negación (rechazo del diagnóstico, o rechazo del tratamiento), o por competencias cognitivas, como la falta de comprensión de la relación costes /beneficios del tratamiento antirretroviral. También puede verse determinada por olvidos, debidos a deterioro cognitivo, ansiedad, estilos de vida inestables, falta de motivación, o falta de apoyo social (Usieto & Sastre, 2002). Las investigaciones apuntan que la baja adherencia está asociada a bajo estado de ánimo, o a sentirse peor en salud (Remor, 2002d).

La adherencia en la era TARGA depende más de factores sociales y psicológicos que de aspectos directamente relacionados con los efectos del tratamiento en sí. Actualmente existe el acceso gratuito al tratamiento, y el principal reto es mantener la adherencia al mismo (Barreiro et al., 2002; J. Blanco & Martínez-Picado, 2012; Boyle, 2004; Duncombe et al., 2013; N. Ford et al., 2013; Martínez & Nelson, 2010; Nozza et al., 2015; Onyebujoh et al., 2007; Vitoria et al., 2014).

Afrontamiento al VIH y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Las personas participantes en este estudio muestran diferencias significativas en la CVRS en función de la frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento activoconductual, centrado en solucionar el problema y Afrontamiento emocional, centrado en la disminución del malestar asociado al estrés (Tabla 27).

Las variables psicosociales protectoras que han mostrado influir sobre la CVRS son: el apoyo social, espiritualidad/religiosidad, afrontamiento activo de los problemas, ejercicio físico y la autoestima (Remor, 2009). Por otra parte, la experiencia de estrés psicológico, depresión y de eventos vitales negativos (estresores) parecen estar relacionados con un deterioro en la CVRS. Remor en el año 2002 publica un estudio donde se miden variables psicosociales individuales asociadas a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Remor, 2002c). Concluye que afrontamiento y el apoyo social son factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud (Remor, 2002c, 2003). Estas variables han sido utilizadas en varios estudios para medir la adaptación psicológica a la enfermedad crónica en general (Rodríguez-Marín, 1995; Rodríguez-Marín et al., 1993b) y a la infección VIH en particular (Swindells et al., 1999).

En el análisis de las diferencias en CVRS en cada una de las estrategias se obtienen diferencias en los siguientes ítems: *ser optimista, no ser pesimista, buscar un sentido a la enfermedad, pensar en superar el problema, buscar información, hacer todo lo que dicen los médicos* (Tabla 29). Otros autores han hallado que el afrontamiento positivo está asociado al bienestar psicológico en personas con VIH (Harding & Molloy, 2008; Karolynn Siegel & Schrimshaw, 2005).

Las estrategias cognitivas de reevaluación positiva relacionadas con una mejor CVRS tienen un componente valorativo positivo: *buscar un sentido a la enfermedad, o pensar que ya pasará* (Tabla 28). Las estrategias conductuales aproximativas asociadas con una mejor CVRS tienen relación con la adherencia; seguimiento de prescripciones médicas, y búsqueda de información. Además, tienen un fuerte componente afectivo positivo. Las personas que se sienten optimistas tienen mejor CVRS que las personas que no utilizan estas estrategias (Tabla 28). Estos resultados están apoyados por hallazgos similares en otros estudios (H. Jia et al., 2007; Moskowitz et al., 2009b; Onwumere, Holtum, & Hirst, 2002).

García Sánchez (2010) en su tesis sobre Calidad de Vida en personas VIH positivas con lipodistrofia, estudia la asociación entre las diferentes estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida de las personas con VIH y lipodistrofia (M. García-Sánchez, 2010). Obtiene que hay estrategias que se asocian a una mejor calidad de vida de manera estadísticamente significativa. Así, *pensar que tiene algún aspecto positivo, acudir inmediatamente al médico o distraerse* (una estrategia cognitiva, una conductual y otra emocional) están asociadas a una mejor calidad de vida en estas personas. Por otro lado: *buscar una explicación en el pasado, prepararse para cosas peores, sentirse culpable y sentirse pesimista* estaba asociado a una peor calidad de vida.

Algunos estudios señalan que las estrategias basadas en el afrontamiento activo aproximativo están asociados a bienestar psicológico y optimismo (Meade & Sikkema, 2005). Por otro lado, Carrobles y Remor señalan que el afrontamiento activo conductual está asociado a menor distrés emocional. El afrontamiento activo emocional, está asociado con los indicadores de distrés emocional (Carrobles et al., 2003). Las estrategias emocionales son muy relevantes para enfrentarse a situaciones crónicas, la mejor manera de adaptarse será a través de la aceptación e integración de la situación estresante en la vida de

la persona, con esperanza, y afectividad positiva, evitando autorreproches, culpabilidad, o juicios sobre la situación.

Apoyo social y CVRS en personas on VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

No se confirmala hipótesis en la variable de Apoyo Social. Las personas con bajo Apoyo Social tienen una CVRS similar a las personas con Apoyo Social alto (Tabla 27). La CVRS es mayor en personas con mayor apoyo social estructural pero no se da significación estadística.

No se confirman los resultados de otras investigaciones, que hallaban una asociación entre apoyo social y CVRS. Remor2002 encontró que en personas con VIH el Apoyo Social podía predecir la CVRS (Remor, 2002a).

Este resultado no es generalizable a otras poblaciones, puesto que las personas participantes en él reciben apoyo social en los Centros de Atención Psicosociala los que asisten.

Otro aspecto a considerar es que la red social estructural es baja o muy baja en la mayoría de las personas, sin embargo el Apoyo funcional es alto en la mayoría de las personas, porque reciben Apoyo emocional y Apoyo instrumental en los centros de referencia.

Ajuste social y CVRS en personas on VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Las diferencias en CVRS en función del AjusteSocial son patentes (Tabla 27). El Ajuste Social es un factor predictor de la CVRS al igual que lo es la adherencia (Catalan et al., 2017; Chaudoir et al., 2012; Fang et al., 2015; Haseli

et al., 2014; Xiao, Li, Qiao, Zhou, & Shen, 2017). El bienestar social, medido por la capacidad de mantener adecuadas relaciones familiares y sociales así como satisfacción con el trabajo, tiempo libre y participación en la comunidad, es un aspecto fundamental de la CVRS en personas con VIH. Respecto a las personas mayores que llevan años padeciendo la enfermedad, algunos autores indican que en los programas de atención debería disminuirse la atención a lo patológico y al estigma y centrar el interés en áreas de competencia, en las que están funcionando adecuadamente con el fin de incrementar la sensación de control de su vida (Orsulic-Jeras, Shepherd, & Britton, 2003).

Además de un espíritu optimista y sentido de la vida positivo, es importante lograr un equilibrio en las relaciones con otras personas y el entorno. Ambos son componentes del bienestar (Diener & Ryan, 2009; Keyes & Magyar-Moe, 2003). Otros estudios también han mostrado que los procesos psicológicos y psicosociales implicados en la autorrealización pueden tener una influencia en los resultados de salud (E. Friedman & Ryff, 2012; Miquelon & Vallerand, 2008; Ryff & Singer, 2013).

El efecto del bienestar social se ha asociado especialmente con la salud mental (A. Blanco & Díaz, 2005; Zubieta & Delfino, 2010). Asimismo Zubieta, Fernández y Sosa 2012 en un estudio con 947 personas de diferentes ciudades argentinas sobre bienestar y valores, encontraron que las personas que realizaban más actividades de ocio aumentaban su bienestar psicológico y social (Zubieta et al., 2012). La relación de actividades de ocio, y la capacidad de disfrutar es importante desde la teoría de la autorrealización (Csikszentmihalyi, 1988).

Los factores sociales inciden en la Calidad de Vida Relacionada con la salud, especialmente el nivel educativo y la situación residencial.

En personas con VIH en tratamiento antirretroviral que acuden a centros de atención psicosocial, la Calidad de vida Relacionada con la salud es menor, en presencia de tratamiento psiquiátrico y/o por drogodependencias, así como en situación de exclusión social moderada y grave.

Los factores psicosociales protectores de la salud impactan en la CVRS, especialmente el Afrontamiento Conductual y Emocional, el Ajuste social y la Adherencia.

8.3.COMORBILIDAD PSQUIÁTRICA Y/O POR DROGODEPENDENCIAS EN PERSONAS CON VIH EN TARGA QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

En este apartado se analiza si se ha cumplido el tercer objetivo e este estudio: analizar las diferencias en calidad de vida relacionada con la salud, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función de la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias (**Objetivo 3**).

Se denomina enfermedad sindémica a la combinación de dos o más epidemias interactuando sinérgicamente en una población. Como resultado de la interacción de estas combinaciones se derivan a su vez problemas de salud y sociales para la población. En el caso del VIH se ha asociado con enfermedad mental, coinfección, abuso de drogas, trauma, y estigma (Biello et al., 2016; Brezing et al., 2015; Valdiserri et al., 2014). A lo largo de este apartado discutiremos las principales diferencias y peculiaridades de la muestra bajo

estudio en función del consumo de drogas, comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y exclusión social.

Los factores de riesgo para la salud que aparecen frecuentemente asociados al VIH pueden contribuir a una peor calidad de vida. Entre los factores de riesgo, la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias es uno de los que más pueden influir en la CVRS (Compton et al., 2000; Dinwiddie, 1997; Elzi et al., 2016; C. Jia et al., 2012; King et al., 2000; McDaniel et al., 1995; Soller et al., 2011; Viciano, Ocampo, Hevia, Palazuelos, & Ledesma, 2016; Vigna-Taglianti et al., 2016; Woods et al., 2009). Teva, Bermúdez, Hernández y Buena-Casal (2004) obtuvieron que un 40.8% de los sujetos estudiados habían contraído el VIH por el consumo de drogas por vía intravenosa. Las personas con historial de consumo intravenoso de drogas pueden presentar a su vez enfermedad mental o trastornos emocionales, bien antecedentes al consumo, o bien directamente derivados de la adicción (Teva et al., 2004).

8.3.1. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y/O POR DROGODEPENDENCIAS, CVRS Y FACTORES PROTECTORES PARA LA SALUD.

En este apartado analizaremos la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial de acuerdo a los siguientes puntos:

- CVRS.
- Adherencia al TARGA.
- Afrontamiento al VIH.
- Apoyo social.
- Ajuste social.

Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 5: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias se halle una mejor calidad de vida relacionada con la salud que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias en las subescalas de *salud, función física, función de rol, función social, función emocional, función cognitiva y calidad de vida percibida*.

Se comprueba que la diferencia en CVRS se da principalmente en el grupo de comorbilidad psiquiátrica con respecto tanto a las personas sin comorbilidad como con respecto a las personas en tratamiento por drogodependencias (Tabla 29).

Se observan diferencias en *función emocional, transición de la salud, salud general, y calidad de vida percibida*. No se observan diferencias significativas en la *función social, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento diario*, en personas sin comorbilidad psiquiátrica y con comorbilidad psiquiátrica. Las personas con VIH y comorbilidad psiquiátrica presentan dificultades en las áreas de la CVRS de *función emocional; energía y función emocional*.

Con respecto a las personas en tratamiento por drogodependencias, Iraurgi, y colaboradores (2004) realizaron un estudio comparativo en Calidad de Vida entre población en Programas de Tratamiento con Metadona y población general, hallando que las personas usuarias de tratamientos con metadona obtienen puntuaciones significativamente más bajas, indicativas de un peor estado de salud, alcanzando una magnitud considerable en las dimensiones de *salud general, rol emocional y función emocional* (Iraurgi et al., 2004). Otros

estudios coinciden en asociar la comorbilidad psíquica con peor calidad de vida (Luckhurst, 1991; E Remor et al., 2007; Reus et al., 2004; Ruiz et al., 2005).

Por otro lado, se da una mayor probabilidad de consumo de drogas en personas con comorbilidad (Tabla 30). Se observa que las personas con comorbilidad psiquiátrica presentan mayor porcentaje de consumo de cannabis y alcohol y las personas con tratamiento por drogodependencias tienen más probabilidad de consumir heroína o cocaína por influencia de la drogodependencias. Las personas que presentan consumo abusivo de drogas, tienen mayor probabilidad de padecer trastornos mentales (Norman & Basso, 2015; Tsang et al., 2012). Las personas con comorbilidad psiquiátrica tienen probablemente peor CVRS por el peso del peor funcionamiento psicológico.

El consumo de drogas en personas con tratamiento psiquiátrico agrava la situación de vulnerabilidad porque puede alejar a las personas de los servicios de salud. Se trata de un mecanismo de evasión emocional muy potente, que puede conllevar otros problemas de salud, incluso acarrear la muerte (L. Wang et al., 2016). La categoría de “consumo de cocaína y heroína” se considera más grave ya que responde a la sustancia principal de abuso referida por la persona; aunque las personas que refieren este tipo de consumo, también consumen cannabis y alcohol (Cisse, Niang, Sy, Faye, & Moreau, 2015; Miguez-Burbano, Espinoza, Vargas, & LaForest, 2014).

Las personas con VIH en tratamiento psiquiátrico requieren de apoyo emocional intensivo, porque tienen riesgo de recurrir al consumo de cannabis y alcohol como automediación por la angustia y malestar emocional con los que conviven.

En lo que respecta a las personas en tratamiento con drogodependencias, muchas de estas personas llevan mucho tiempo en tratamiento, han mejorado sus hábitos y muestran buen nivel de calidad de vida, sin embargo tienen menor

percepción de Transición de la Salud o mejora percibida en el último mes. Estas personas se pueden beneficiar de programas educativos, de refuerzo y acompañamiento social, para que puedan seguir avanzando y alcanzar cotas de mayor autonomía y bienestar, aunque en menor medida que los otros grupos.

Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y Adherencia en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 6. Se espera que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias mantengan una mayor adherencia terapéutica que las personas con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencia. Se espera encontrar diferencias significativas en la puntuación total de Adherencia así como en las subescalas de cumplimiento, interacción con los médicos y creencias.

Se cumple la hipótesis en la variable Adherencia así como en la subescala de Cumplimiento. Las subescalas de interacción con los médicos y creencias no se han considerado para este análisis por carecer de confiabilidad estadística. La adherencia al tratamiento antirretroviral total es significativamente más baja en el grupo de tratamiento de drogodependencias si se compara con los otros dos grupos. Las categorías en que se aprecia una diferencia mayor entre los grupos son las referentes a la adherencia en la última semana (Cumplimiento y Factores moduladores) (Tabla 29). La baja adherencia en personas con tratamiento por drogodependencias está relacionada con la falta de cumplimiento en la última semana. La experiencia clínica nos lleva a concluir que factores psicológicos internos como el malestar emocional, influyen en el cumplimiento estricto del tratamiento. Las personas con depresión o tratamiento psiquiátrico o por drogodependencias tienen dificultades para mantener hábitos de vida saludables, en el sueño, la alimentación, el ejercicio, etc.

Un estudio con UDVP con VIH en Vancouver halló que éstos tenían más probabilidad alcanzar la adherencia óptima y mantenerla en el tiempo si estaban en tratamiento con metadona (Joseph et al., 2015). Ladero y colaboradores realizaron un estudio para determinar qué combinación de variables podía predecir mejor la adherencia en una muestra de personas con VIH en tratamiento con metadona (Ladero, Orejudo, & Carrobles, 2005). Describen un modelo en que la autoeficacia es el principal factor predictor de la adhesión al tratamiento en este colectivo. La autoeficacia o capacidad autopercebida de mantener el tratamiento correlaciona con la frecuencia de asistencia al centro de tratamiento y el apoyo del servicio a la adherencia.

Los autores Ladero (2005) y Ballester (2005) recomiendan que los programas vayan encaminados no solamente a conseguir que un mayor número de personas tenga acceso al TARGA, sino también a que los que ya toman la medicación, se mantengan en tratamiento, y que. También que se aumente la adherencia de aquellos que no cumplen al cien por cien con el mismo (Ballester, 2005; Ladero, Orejudo, & Carrobles, 2005).

La baja adherencia además tiene connotaciones sociales. El comportamiento humano no puede ser comprendido sin tener en consideración las variables contextuales (McCall-Hosenfeld, Weisman, Camacho, Hillemeier, & Chuang, 2012; Ramaiya et al., 2016). Distintos expertos señalan que la adherencia depende de factores relacionados con la enfermedad, con el tipo de tratamiento, con las variables individuales del paciente, y con la relación de la personas con el profesional (Documento de consenso de GESIDA, 2015). En otros estudios se informa de que la falta de asistencia a las citas médicas también es un factor importante en el mantenimiento de una correcta adherencia (Ballester et al., 2000).

Entre los factores individuales relacionados con la falta de adherencia más estudiados y documentados se encuentra la historia de uso de drogas. En personas con VIH con enfermedad mental o drogodependencias la necesidad de apoyo al tratamiento está ampliamente demostrada (Kidia et al., 2015; Mannes, Burrell, Dunne, Hearn, & Whitehead, 2017; Qiu et al., 2014; Turan et al., 2017). En algunos países, el coste del tratamiento ha llevado en algunas ocasiones a retrasar o condicionar el tratamiento en persona con consumo de drogas (Des Jarlais et al., 2013; Nosyk, Min, Lima, Hogg, & Montaner, 2015; Petersen, Myers, van Hout, Pluddemann, & Parry, 2013). Estas medidas son ineficaces ya que no contribuyen a limitar la transmisión del VIH, además de ser contrarias a los derechos humanos. En este sentido Ballester (2005) propone que los programas de mejoría de la adhesión incluyan medidas sociales y terapéuticas para facilitar que las personas con problemáticas psicosociales puedan acceder a mejores condiciones de vida que les permitan formar parte del sistema de salud (Ballester, 2005).

Se puede conseguir mejorar la adherencia desde una óptica psicosocial, y apoyar su sentimiento de autoeficacia individualmente y como parte activa de la comunidad, con programas de promoción del afrontamiento, el bienestar psicológico y emocional (Ballester, 2002).

Algunos estudios recientes dan una importancia especial a la existencia de problemas emocionales como factores de riesgo para una baja adhesión terapéutica, señalando que el tratamiento de éstos debería ser una prioridad (Beer, Mattson, Bradley, & Skarbinski, 2016; Bhatti, Usman, & Kandi, 2016; Halkitis, Parsons, Wolitski, & Remien, 2003; Nosyk, Krebs, et al., 2015; Obermeit, Morgan, Casaletto, Grant, & Woods, 2015; Penedo et al., 2003; Read & Ingersoll, 2016; Remor, 2002d; Seeman, 2015; Sternhell & Corr, 2002; Surratt et al., 2015; Tello-Velasquez et al., 2015; Thaler et al., 2015; Tufano, Amaral, Cardoso, & Malbergier, 2015; E. A. Wang et al., 2015; Yehia,

Stephens-Shield, et al., 2015). El nexo común puede ser el estrés como factor determinante de la baja adherencia. En nuestro trabajo, el tratamiento es vivido como fuente de estrés por el esfuerzo de mantenerlo oculto, o como un recordatorio de la enfermedad tanto en hombres como en mujeres. Tomar la medicación recuerda la condición de tener la infección por VIH, y en personas que tienen dificultad para afrontarlo, puede haber momentos de abandono de la medicación, olvidos o interrupción del tratamiento a pesar de los buenos resultados clínicos. En personas con VIH y comorbilidad psiquiátrica, la adherencia al tratamiento antirretroviral es un factor que requiere de apoyo y monitorización; más aún por la sobrecarga de tratamientos coexistentes.

Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y Afrontamiento al VIH en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 7. Se espera que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias utilicen estrategias de afrontamiento activas con mayor frecuencia, que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

Se analizarán todas las subescalas del constructo y cada una de las estrategias de manera independiente.

La hipótesis se cumple parcialmente. El Afrontamiento conductual es significativamente menos utilizado en personas con comorbilidad por drogodependencias y en personas con comorbilidad psiquiátrica que en personas sin comorbilidad. No se observan diferencias en Afrontamiento emocional (Tabla 29). Tampoco se observan diferencias significativas en cada una de las

estrategias de afrontamiento (Tabla 31). Solo se observa que las personas sin comorbilidad tienden más a ocultar sus sentimientos de tristeza ante los demás que las personas de los otros dos grupos.

Las personas sin comorbilidad tienden más a cumplir las prescripciones médicas, hablar del VIH, *sentirse optimistas, buscar ayuda e información, intentar solucionar los problemas*(Tabla 31). Se puede observar que las personas con comorbilidad por drogodependencias tienden más a sentirse optimistas.

Las personas con comorbilidad psiquiátrica en general utilizan menos frecuentemente la mayoría de las estrategias de afrontamiento, aunque es una tendencia leve, de la que no se pueden extraer conclusiones determinantes (Tabla 31). Las intervenciones dirigidas a fomentar la calidad de vida deben tener en cuenta las características psicosociales de riesgo. En personas con VIH en tratamiento por drogodependencias es necesario implementar estrategias de afrontamiento conductual al VIH, tales como: responsabilizarse de sus citas, buscar información, o cumplir con las prescripciones médicas; ya que utilizan estrategias evitativas y de desconexión emocional no sienten malestar asociado al VIH. En personas en tratamiento psiquiátrico, por el contrario, la intervención iría más encaminada a disminuir el malestar, a promover emociones positivas a través de técnicas de relajación y *mindfulness*, y mejorar el afrontamiento emocional (Samhkaniyan, Mahdavi, Mohamadpour, & Rahmani, 2015).

Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y Apoyo Social en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 8: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, el apoyo social sea significativamente mayor que en personas con VIH en

tratamiento antirretroviral y con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias. Se analizarán las subescalas de Apoyo social estructural y funcional (emocional, instrumental y afectivo).

No se cumple la hipótesis. Hemos encontrado que las personas con comorbilidad por drogodependencias puntúan más bajo en todas las dimensiones de Apoyo social pero las diferencias no son significativas (Tabla 29). La falta de apoyo social y familiar puede precipitar o agravar el malestar en personas con VIH (Gallego & Gordillo, 2001). En otros estudios el apoyo social bajo y la comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias están fuertemente asociados (Ruiz et al., 2005). Ruiz Pérez (2005), en un estudio con 320 personas con VIH de hospitales andaluces halló que la CVRS de los pacientes con VIH era inferior en el grupo que refiere carecer de apoyo social, incluso por debajo de las personas con comorbilidad que gozan de apoyo social.

Las personas con enfermedad mental en Programas de Atención Psicosocial perciben el apoyo social emocional proveniente de los profesionales, que están válido como si fuera de su familia y amistades, especialmente en el caso de que no haya familia. Las personas participantes en estos Programas se han adaptado a recibir ayuda de los Servicios de salud y establecen vínculos duraderos con los profesionales. Muchas de estas personas llevan más de 20 años en contacto con los profesionales de la Red de salud mental y de atención a las drogodependencias. Son vínculos sanos, donde no sienten el estigma ni los juicios de valor, pero no se trata de espacios protegidos sino que están inmersos en la vida de la comunidad.

Todas las personas de la muestra se encuentran en el momento de la entrevista de evaluación recibiendo apoyo social en diferentes Centros de Atención Psicosocial para personas con VIH de Bizkaia. Esto significa que en cierta medida el apoyo recibido en estos centros puede cubrir necesidades de

apoyo instrumental y emocional, a través de prestaciones sanitarias, psicosociales, educativas, o psicoterapéuticas, así como prestaciones económicas o de vivienda. Otros estudios han mostrado la importancia del apoyo social como factor protector de recaídas en pacientes que habían alcanzado la abstinencia (Garmendia, Alvarado, Montenegro, & Pino, 2008).

Además esta necesidad puede ser cubierta en los programas de apoyo, tanto si existe comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, e incluso en personas con consumos activos de drogas. El apoyo es incondicional desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños. El acompañamiento a lo largo de la vida se basa en un enfoque de la intervención biopsicosocial, comunitario, humanista, personalizado, continuado e integral. Aunque el objetivo último es mejorar la autonomía y la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas, el apoyo social es el sustento para el bienestar y la satisfacción con la vida, especialmente en colectivos estigmatizados o con historial traumático en sus vínculos primarios (Heckman et al., 2000).

Comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias y ajuste social en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 9: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y sin comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias el ajuste social sea significativamente mayor, de manera global y en todas sus subescalas que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

No se cumple la hipótesis.

Las diferencias no son significativas en Ajuste social general (Tabla 29). Sí se observan diferencias en la dimensión de *relaciones familiares*, pero no

llegan al nivel de significación. Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, el ajuste social es bajo en los tres grupos. En las personas con comorbilidad psiquiátrica y en el grupo de tratamiento por drogodependencias las puntuaciones medias son inferiores al punto de corte ($M < 34$) que propone (Bobes et al., 1998), indicando probable desadaptación. En todo caso, las puntuaciones más bajas se dan en frecuencia y calidad de las relaciones familiares (Tabla 31).

Las relaciones familiares en la muestra de estudio son escasas o nulas. En el momento actual, los programas de intervención deben ajustarse a un nuevo perfil de personas con infección por VIH caracterizado por el envejecimiento y la escasa red de apoyo familiar.

En resumen, las personas con infección por VIH con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias tienen mayor probabilidad de tener baja CVRS, bajo apoyo social y bajo ajuste social por el efecto de interacción e interinfluencia que pueden presentar estas variables entre sí. Existe una fuerte asociación entre trastorno mental y consumo de sustancias.

8.4.EXCLUSIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON VIH EN TARGA QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

En este apartado se analiza si se ha cumplido el cuarto objetivo del estudio: analizar las diferencias en CVRS, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función del grado de exclusión social en la muestra de estudio (Objetivo 4).

Este objetivo será discutido tomando en consideración los siguientes apartados:

- Exclusión social y CVRS.
- Exclusión social y Adherencia.
- Exclusión social y Afrontamiento.
- Exclusión social y Apoyo social.
- Exclusión social y Ajuste social.

8.4.1. EXCLUSIÓN SOCIAL, CVRS Y FACTORES PROTECTORES PARA LA SALUD

Exclusión social y CVRS en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 10: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en situación de exclusión social grave la Calidad de Vida Relacionada con la Salud sea significativamente menor que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en exclusión social leve y moderada; se espera el mismo comportamiento en todas las subescalas analizadas.

Se cumple la hipótesis.

La CVRS en personas en situación de exclusión social grave está afectada principalmente en la salud general percibida y la calidad de vida percibida. Las personas en situación de exclusión social moderada tienen peor funcionamiento físico (Tabla 33). Esto se debe a que la mayoría de estas personas están en alojamiento residencial, con limitaciones físicas o psíquicas que les impide llevar una vida más autónoma por patologías agudas, crisis o recaídas. El alojamiento residencial puede ser temporal, atendiendo a situaciones de convalecencia por problemas de salud, o puede ser una alternativa de alojamiento con atención social y sanitaria para personas sin hogar con problemas de salud mental o drogodependencias.

Otro aspecto diferencial en la CVRS en función del nivel de exclusión es el funcionamiento emocional. Las personas en situación de exclusión grave y moderada tienen peor funcionamiento emocional que las personas en situación de exclusión leve (Tabla 33). El funcionamiento emocional como elemento inherente a la calidad de vida es significativamente peor en personas en situación de exclusión social y comorbilidad por drogodependencias o enfermedad mental (Fazel et al., 2008). La situación de calle o falta de ingresos está fuertemente asociada a pérdida de salud general por morbilidades múltiples (Hwang & Burns, 2014).

En resumen, las personas en situación de exclusión grave por vivir en la calle o en albergues tienen peores valores de CVRS. Otros autores han observado que las diferencias en Calidad de vida tienen más que ver con la inseguridad con la vivienda incluso que con la salud física (Oberjé et al., 2015). Los estudios sobre personas sin hogar en España identifican dos causas principales de la situación de “sinhogarismo”: los factores socioeconómicos estructurales (como las altas tasas de desempleo, la ausencia de vivienda, y los procesos migratorios); y los factores de vulnerabilidad personal (como la

existencia de sucesos estresantes encadenados, repetición de acontecimientos críticos o enfermedades mentales) (G. Moreno, 2013).

Las intervenciones para mejorar la calidad de vida en personas sin hogar que más eficacia han demostrado son las alternativas residenciales con acompañamiento comunitario, así como la potenciación de la participación activa de las personas usuarias en la toma de decisiones, con el objetivo no solo de disminuir la mortalidad o los ingresos hospitalarios, sino de promover la autonomía, el bienestar y la calidad de vida (O'Campo et al., 2009).

La visión humanista y positiva de la salud ha contribuido a desarrollar políticas sociales basadas en los derechos de las personas a la salud y el bienestar, aún en situaciones de extrema marginación social. También es clave en este enfoque la perspectiva social y ecológica de la salud (A. Blanco & Díaz, 2005). Desde la perspectiva social y política, la salud de las personas en exclusión social tiene sus raíces profundas en desigualdades sociales. Incluso los propios sistemas de protección social, como el Sistema Educativo, el Sistema de Salud, o el Sistema de Servicios Sociales pueden contribuir a la discriminación, como parte de la estructura social (Subirats et al., 2005). La perspectiva posestructuralista cuestiona la estructura macrosocial y defiende el derecho a la salud y la promoción de los derechos humanos, la transformación social, así como la transformación de las desigualdades estructurales de género, clase social, religión, etc. (Vitellone, 2004). Este enfoque encaja en la visión sistémica sobre la necesidad de transformación de los sistemas como parte de la solución por su papel protagonista en el mantenimiento de los problemas sociales.

Desde esta visión, la exclusión grave se puede comprender como consecuencia y como causa de estrés y sufrimiento, definido como estrés social, por ser objeto de discriminación y estigmatización social (Singer, 2004). El ambiente social opresivo se incorpora en la práctica diaria de la intervención

social. Es necesario que desde el diagnóstico se incluyan los riesgos sociales en los que se desarrollan las conductas de las personas (Krieger, 2008). Las condiciones sociales de desigualdad se expresan en las personas más vulnerables a través de la enfermedad mental y el uso abusivo de drogas (Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman, & Strathdee, 2005).

Exclusión social y adherencia en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 11: Se espera que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en situación de exclusión social grave la adherencia terapéutica sea significativamente menor que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y en exclusión social leve y moderada. Se espera el mismo comportamiento en todas las subescalas de Adherencia.

Se cumple la hipótesis. La Adherencia total es significativamente menor en personas en situación de exclusión grave respecto a las personas en situación de exclusión moderada o leve (Tabla 33). Las puntuaciones en Adherencia en el grupo de exclusión social grave son inferiores a las obtenidas en el grupo de personas en exclusión social moderada, porque como ya hemos señalado, muchas de estas personas se encuentran en alojamientos residenciales donde reciben tratamiento directamente observado o supervisión del tratamiento antirretroviral.

Los factores que más influyen en la baja adherencia son: *el bajo cumplimiento* en el último mes y los *factores asociados al mismo*, como el no tomar la medicación por estar triste, o por estar mejor, o estar peor tras la toma de la medicación en el último mes (Tabla 33).

La baja adherencia al TARGA en personas con VIH a pesar de su efectividad clínica es un reto para la investigación en Psicología y Ciencias Sociales. Tal y como se ha discutido anteriormente, muchas de las cuestiones relacionadas con la baja adherencia al tratamiento son de índole socioeconómico. En el nivel microsocio, la adherencia no farmacológica es tan importante como la farmacológica, si bien no se tiene en cuenta habitualmente (Varela, Salazar, & Correa 2008). La constancia en las citas, así como la adquisición de hábitos de vida saludable, o el seguimiento de consejos médicos son variables de adherencia no farmacológica que en personas en situación de exclusión deberían ser consideradas como objetivos a cumplir por parte de los sistemas de protección social.

Las personas con VIH en TARGA que están en situación de sinhogarismo tienen un alto riesgo de transmisión del VIH a través de relaciones sexuales o de compartir material de inyección, en su caso. Si no cumplen con el tratamiento este riesgo es más elevado (McNeil, Guirguis-Younger, & Dilley, 2012; Powers et al., 2017).

Las condiciones sociales de acceso a vivienda y a programas de salud en personas en situación de exclusión son tan importantes como la universalidad de los tratamientos antirretrovirales para asegurar la adherencia al TARGA y la extinción de la carga viral comunitaria.

En nuestro estudio las personas que están en situación de exclusión moderada, han salido en muchos casos de procesos de exclusión más graves y han accedido a alojamiento residencial por problemas de salud física o mental. Esto hace que mantengan una mayor adherencia, ya que tienen apoyos para seguir el tratamiento. Otros estudios han comprobado el efecto positivo que tiene en la adherencia la promoción de alternativas de vivienda para personas con VIH en exclusión social (Hawk & Davis, 2012).

En los recursos de atención psicosocial de baja exigencia se puede programar la tutela de la medicación y supervisar la adherencia, pero si la persona no acude a diario es imposible mantener la adherencia estricta, sobre todo en personas con bajos niveles de autonomía y capacidad de autocuidados. La vulnerabilidad en estas personas en situación de exclusión social es especialmente grave en presencia de una enfermedad crónica como el VIH que exige tratamiento antirretroviral estricto.

Exclusión social y afrontamiento al VIH en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 12: Se espera que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral, las estrategias de afrontamiento activas se utilicen con menor frecuencia por las personas en situación de exclusión social grave que en personas con VIH en tratamiento antirretroviral y con exclusión social leve y moderada.

Se cumple la hipótesis parcialmente; se observan diferencias significativas en Afrontamiento conductual y no se observan diferencias significativas en Afrontamiento emocional.

Las personas en exclusión social grave utilizan menos estrategias de afrontamiento activas conductuales que los otros dos grupos. Las diferencias son significativas (Tabla 33).

Las personas en situación de exclusión social leve utilizan más las estrategias conductuales (*ir al médico, buscar información, no evitar, hacer cosas por placer*); cognitivas (*pensar: esto lo puedo superar por mí mismo*) así como la *actitud optimista* ante el futuro (Tabla 34). Las personas en situación de exclusión social moderada tienden más a utilizar estrategias conductuales como

cumplir las prescripciones médicas, sentirse optimistas y no sentirse culpables. Las personas en situación de exclusión social grave utilizan más las estrategias emocionales, como *el optimismo*, así como la estrategia de *disimular la tristeza ante los demás y pensar que tiene algún aspecto positivo*. Esta última tiene que ver con la búsqueda de un sentido a la enfermedad, cuando esta no se puede curar (Carver & Connor-Smith, 2010). Solo se dan diferencias significativas en la *búsqueda de información*, donde las personas en exclusión leve se sitúan por encima de los otros dos grupos. En la infección por VIH, la búsqueda de información es relevante, por los continuos y rápidos avances que hay en cuanto a los tratamientos, así como la información sobre recursos para personas con VIH. Es una pieza clave de la adaptación exitosa a la situación.

El optimismo es una estrategia que se utiliza en todos los grupos. La mayor longevidad así como la mejora de los tratamientos puede haber contribuido a estos resultados. También puede explicarse por la asociación que se ha descrito entre optimismo en personas no progresoras viviendo con VIH (Moskowitz & Wrubel, 2005).

Las personas que han tenido la experiencia de sobrevivir al sida de los primeros años, tienen una prolongada historia de superación. El haber podido vencer la enfermedad en personas progresoras de larga evolución puede promover pensamientos optimistas frente al futuro, incluso en situación de exclusión social. El optimismo es una actitud de esperanza y creencia en las propias capacidades para conseguir las metas. Es una de las variables que más fuertemente se asocia con el bienestar psicológico (Farber et al., 2010).

El afrontamiento a la enfermedad está condicionado entre muchos otros factores por los acontecimientos vitales a lo largo de la vida (Folayan et al., 2016). Cuando los sucesos traumáticos se suceden, las posibilidades de adaptación psicológica pueden quedar bloqueada por lo que se denomina el estrés

postraumático, que en condiciones normales puede ser superado. En estas circunstancias de acumulación de sucesos traumáticos, las capacidades de afrontamiento más adaptativas se van quedando anuladas y dan paso a estrategias de adaptación más primarias, como la negación y la desconexión.

Exclusión social y Apoyo social en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 13. Se espera encontrar diferencias en los valores de apoyo social, tanto en el funcional como en el estructural entre personas con VIH en tratamiento antirretroviral en situación de exclusión social grave y en personas con VIH en tratamiento antirretroviral en exclusión social leve y moderada.

La hipótesis se cumple.

El Apoyo social percibido en todas sus dimensiones, afectivo, instrumental y relacional, es significativamente más bajo en personas en situación de exclusión grave (Tabla 35).

Las puntuaciones en la variable Apoyo social en personas en situación de exclusión social grave son significativamente más bajas que en los otros grupos. Por otro lado la puntuación media en Apoyo social en personas en exclusión social grave es muy baja ($M=54.5$) y está por debajo del punto de corte ($M=<57$).

Las personas en situación de exclusión grave en nuestro estudio están en situación de sin hogar o en albergue (Tabla 33). Participan fundamentalmente en programas de reducción de riesgos y daños de bajo umbral de exigencia; como puede ser el Programa de Intercambio de Jeringuillas. Los Programas de Intercambio de Jeringuillas son la puerta de acceso a otros programas de

protección social, que permitan a estas personas salir de la situación grave en la que se encuentran y optar a alternativas residenciales que supongan entre otras cosas, una fuente de apoyo social.

Las principales causas de la exclusión tienen que ver con el uso de drogas, y los trastornos por drogodependencias (Fazel, Geddes, & Kushel, 2014). Las personas en exclusión grave están en la periferia de la exclusión, sin techo, sin recursos para desenvolverse de manera autónoma. La mayor gravedad se da sobre todo en la falta de vínculos afectivos, ruptura de vínculos sociales, resultado de la suma de múltiples factores. Según Kindelan et al (2002) las características fundamentales que pueden llevar a las personas con VIH a la exclusión son: trastornos psiquiátricos, UDVP, migración, reclusión y prostitución (Kindelán, del Amo, Ruiz, Saiz de la Hoya, & Pulido, 2002). Susane Müller-Klug (2015) concluye al estudiar los factores asociados a la CVRS en pacientes de Brasil que la CVRS está influenciada por factores económicos y sociales (Müller-Klug & Dias de Mattos, 2015). Basándose en estos resultados, la autora propone que los programas de atención a personas con VIH incluyan acceso a la educación y al trabajo e independencia económica.

Las personas sin hogar se encuentran en el extremo más grave de la exclusión social. Además tienen problemas de salud física y mental y pocas relaciones sociales significativas (Hwang & Burns, 2014).

Actualmente se están promocionando experiencias de apoyo a la vivienda, definida esta última como hogar estable y basándose en el modelo de atención centrado en la persona (Collins, 2009; Martínez, 2013). Según estas experiencias de *housing first* solo se puede promover la salud en condiciones de seguridad y protección económica y residencial.

Exclusión social y ajuste social en personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 14: Se espera hallar diferencias en los valores de ajuste social entre personas con VIH en tratamiento antirretroviral en situación de exclusión social grave y personas con VIH en tratamiento antirretroviral en exclusión social leve y moderada.

Se cumple la hipótesis.

Las personas con VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial tienen bajo ajuste social, y este ajuste es menor en función del grado de exclusión social (Tabla 33). Se observa que las personas con exclusión social moderada o grave que acuden a Centros de Atención Psicosocial las relaciones familiares, las relaciones sociales, y el interés por los temas culturales están por debajo de lo considerado como básico para una vida digna (Grant, Vance, Keltner, White, & Raper, 2013). El bajo ajuste social en las personas en situación de exclusión social grave conlleva un riesgo de alejamiento de los servicios de salud, por delincuencia, prostitución o prisión. Las personas que viven en los márgenes de la sociedad son más vulnerables a la violencia, la victimización, y el abuso. Los programas de acompañamiento en medio abierto, así como las alternativas de residencia estables pueden facilitar el establecimiento de vínculos sociales para mantener el contacto con los servicios de atención (C. T. Lee et al., 2016).

La calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH es un fenómeno complejo y su atención debe aspirar a la mayor normalización de las personas con VIH y a la superación del estigma y la discriminación, ahondando en el afrontamiento positivo, la actitud optimista, y la universalización de la adherencia del tratamiento. Asimismo debe atenderse con especial cuidado la población con múltiples problemáticas asociadas al VIH, que pueden quedar

arrinconadas por parte de los sistemas de atención general, y que interpelan a la sociedad a seguir avanzando en la atención sociosanitaria. En personas con mayor vulnerabilidad los problemas de salud y los problemas sociales convergen dando lugar a una realidad sindémica, más grave que la suma de sus componentes.

En resumen, las personas en exclusión social gravetienen peor adherencia, menores estrategias de afrontamiento en el tipo conductual, menor apoyo social, y menor ajuste social que las personas con exclusión social leve.

Es necesario facilitar el acceso a vivienda alas personas sin hogar con VIH. Se reuiereun ambiente seguro para la recuperación y seguimiento de los cuidados, lo cual repercute en la mejora de la atención sanitaria, y el mayor acceso a la Red de ServiciosSociales para la inclusión.

8.5.CONSUMO DE DROGAS EN PERSONAS CON VIH EN TARGA QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

En este apartado se discute el quinto objetivo del estudioa: nalizar las diferencias en calidad de vida relacionada con la salud, adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social en función del consumo de drogas en la muestra de estudio (**Objetivo 5**).

8.5.1.CONSUMO DE DROGAS, CVRS Y FACTORES PROTECTORES PARA LA SALUD

El consumo de drogas en hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial se analizará de acuerdo a los siguientes puntos:

- CVRS.
- Adherencia al TARGA.
- Afrontamiento al VIH, Apoyo social y Ajuste social.

El consumo actual de drogas en la muestra de estudio se ha evaluado como variable independiente solo en el grupo de hombres, por ser el grupo que mayoritariamente muestra este comportamiento. De esta manera evitaremos trasladar al grupo de mujeres las conclusiones que del consumo de drogas se deriven en el estudio de esta muestra de sujetos. En el caso de las mujeres en este estudio, de las 22 mujeres participantes, seis consumen drogas actualmente (28.3%) tres de ellas consumían cannabis y alcohol y otras tres consumían heroína /cocaína.

Según el informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías de 2013, el consumo de drogas ilegales se da mayoritariamente en hombres (OEDT, 2016). El consumo de cannabis en hombres es del 12.9% y en mujeres de 5.4%, el consumo de cocaína polvo en hombres es de 3.3% y base 3.3% y en mujeres el consumo de cocaína polvo es de 0.9% y del 1.0% en cocaína base. En 2103, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (84.2%). De acuerdo con dicho Informe de las personas admitidas a tratamiento por drogodependencias, tenían VIH el 4.3% de los hombres y el 5.2% de las mujeres. El número de inyectores así como el de mujeres que se inyectan ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años 90 y la tasa de personas con VIH ha disminuido en la misma proporción.

Consumo de drogas y CVRS en los hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 15: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral la calidad de vida relacionada con la salud sea menor en función del riesgo asociado al consumo de drogas.

No se cumple la hipótesis. Las diferencias en CVRS en función del consumo de drogas no son significativas, al contrario de lo esperado. Los hombres que consumen cocaína o heroína tienen mejores puntuaciones en CVRS que los hombres que consumen cannabis o alcohol, y similar a las personas del estudio que no consumen drogas en la actualidad. Esto pudiera deberse a que el consumo de heroína /cocaína puede influir en la valoración cognitiva de la realidad, distorsionándola (Tabla 35).

Sherbourne et al (2000) hallaron que en personas con VIH con consumo de drogas la CVRS está mediada por el malestar emocional; es decir, la CVRS disminuye solo si además de consumo de drogas se da malestar emocional o patología psiquiátrica (Sherbourne et al., 2000). Concluyen que estos resultados se pueden explicar por dos razones. En primer lugar, las personas que consumen drogas no perciben tanto el sufrimiento, ya que el consumo funciona como automedicación. En segundo lugar, las personas con drogodependencias que participan en los estudios están en contacto con servicios de salud o sociosanitarios, y los hallazgos no se pueden generalizar ya que hay personas con adicciones severas que pueden estar alejadas de los centros de atención o estar en prisión (Nojomi, Anbary, & Ranjbar, 2008).

Tatarski (2003) describe el valor otorgado a las sustancias de abuso como herramientas adaptativas. Pueden ser comprendidas como herramientas al servicio de una mejor adaptación al sufrimiento. Para muchas personas consumidoras, las sustancias tienen un importante significado personal, han

formado parte de su experiencia a lo largo de gran parte de su vida y su cultura. Se adecuan a una identidad que esconde un vacío existencial muy difícil de tolerar. Los mecanismos por los que las sustancias siguen estando presentes en la vida de las personas consumidoras a pesar de todos los daños ocasionados, son la defensa ante el sufrimiento, o el sentido de la identidad (Tatarsky, 2003).

En nuestro estudio, la baja calidad de vida está asociada al consumo de alcohol y cannabis. Puede explicarse también por el hecho de que muchos hombres anteriormente consumidores de heroína con el tiempo abandonan su consumo. No pueden sobrellevar las condiciones de vida que conlleva el consumo de heroína en la calle, y pasan a consumir alcohol o cannabis, que exige menos energía, y se adapta mejor a su situación. De hecho la percepción de transición de la salud, o mejoría de la salud es más baja en hombres que consumen cannabis y alcohol (Tabla 35).

Consumo de drogas y Adherencia en los hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 16: Se espera que en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral la adherencia terapéutica sea menor en función del riesgo asociado al consumo de drogas.

En este caso, no se cumple la hipótesis. La diferencia en Adherencia total y en cada una de las subescalas medidas no es significativa. Sin embargo, las personas que consumen heroína y cocaína muestran puntuaciones más bajas en adherencia que las personas que no consumen, o las que consumen cannabis y alcohol (Tabla 35).

Ladero, Orejudo y Carrobles (2005) hallaron una relación significativa entre consumo de drogas y adherencia a TARGA. Esta asociación era

especialmente más fuerte considerando la adherencia en el último día o a última semana que en el último mes. La asociación se mantiene tanto si se tienen en cuenta las analíticas como si se consideran los autoinformes, y en todo tipo de drogas. La variable más fuertemente asociada a la adherencia es el policonsumo (Ladero, Orejudo, Carrobbles, & Malo, 2005).

Sería interesante que los Programas de Reducción de Riesgos y Daños dirigidos a personas consumidoras de drogas se integraran también en los Centros de Salud, pudiendo realizar una supervisión del tratamiento médico prescrito para el VIH, así como ofrecer la incorporación a Programas de tratamiento directamente observado. En los casos que no sea posible, también es aconsejable seguir proponiendo nuevas alternativas, como los Programas de mantenimiento con heroína (Trujols et al., 2010).

Se ha comprobado que las personas con dependencia a las drogas son adherentes a los antirretrovirales; por ello, la adicción a las drogas o al alcohol no debe considerarse contraindicación para instaurar el TARGA (Bangsberg et al., 2001; Brook et al., 2001; Gallant, 2000; Roca, 2002). En las personas que acuden a Centros de Atención Psicosocial en situación de exclusión, la valoración del grado de exclusión permite valorar el nivel de intervención que se precisa, tanto en salud (física y mental), como en la red social y económica, estableciéndose con cada persona un plan individual de atención para trazar los pasos hacia los objetivos marcados. Uno de los grandes éxitos de este sistema es el acompañamiento social a la persona de manera integral desde los Servicios comunitarios, para que en periodos de consumo activo de drogas no abandone el contacto con los Servicios de salud y sociales.

Es importante que se haga un seguimiento de las personas con VIH en tratamiento porque, tal y como se recoge en el Informe sobre Recomendaciones para la Adherencia de GESIDA, las interrupciones del tratamiento tienen mayor

repercusión en la respuesta virológica que las omisiones ocasionales de dosis (Panel de Expertos de GESIDA, 2013). Las personas con VIH que consumen drogas o tienen trastornos psiquiátricos, es probable que interrumpan el tratamiento o no lo realicen de manera estricta. Como consecuencia de ello, puedan padecer enfermedades asociadas al VIH, y a su vez pueden tener la carga viral alta, lo que hace más probable la transmisión del VIH por vía sexual o por vía intravenosa.

En algunos estudios se considera que la adherencia no farmacológica es un predictor de éxito en la adherencia farmacológica (Dunear-Jacob et al., 2000). Por todo ello, nos preguntamos si las mujeres consumidoras, por acceder menos a los Programas de reducción de riesgos y daños, pueden verse indirectamente en mayor riesgo de perder la oportunidad de recibir el apoyo en situaciones de alta vulnerabilidad, y por ende, estar en mayor riesgo de abandono del tratamiento. En estas situaciones, el tratamiento asertivo comunitario pudiera coordinarse desde los Centros de Salud Mental Comunitaria con los Servicios y Programas de reducción de riesgos y daños.

En nuestro contexto, existe una coordinación entre los Servicios de enfermedades infecciosas y los Centros de Atención Psicosocial, así como coordinación con los equipos de atención en Salud Mental.

Consumo de drogas y Afrontamiento al VIH, apoyo social, y ajuste social en los hombres con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial

Hipótesis 17: Se espera que los valores medios en estrategias de afrontamiento, apoyo social, y ajuste social sean menores en función del riesgo asociado al consumo de drogas.

No se cumple la hipótesis. Solamente se observan diferencias en la dirección esperada en el Apoyo social estructural, que es inferior en hombres que consumen heroína/cocaína.

En la variable Afrontamiento no se dan diferencias significativas en función del consumo de drogas (Tabla 35). Aunque se da una menor utilización de estrategias de afrontamiento en los hombres consumidores de cannabis y alcohol que en los hombres que no consumen, la diferencia no es significativa.

En personas consumidoras de heroína se observa una mayor utilización de estrategias de afrontamiento cognitivo. Se trata de estrategias de desconexión y negación, que pueden contribuir a una mayor puntuación global en el constructo, ya que las personas que consumen consiguen percibir la realidad de manera distorsionada.

Otra explicación puede ser que las formas de afrontamiento y la calidad de vida están influenciadas por una situación más compleja y multifactorial como es la situación de exclusión social o las múltiples situaciones traumáticas acumuladas, que por una situación más unidimensional como el consumo de drogas. Pernas, Iraurgi y Bermejo (2001), hallaron en una muestra de personas con VIH con una edad media de 30 años, y una antigüedad de tres años de conocimiento de su seropositividad, que las formas de afrontamiento no diferían entre personas con historial de abuso de drogas y los que no tenían historial de abuso de drogas (Pernas et al., 2001).

En cuanto al Ajuste social, no se dan diferencias significativas, aunque las puntuaciones más bajas se dan en los hombres que consumen cannabis y alcohol (Tabla 35). Las personas con consumo de cannabis pueden presentar menor motivación para involucrarse en actividades sociales y de ocio.

En general, el Afrontamiento, el Ajuste social y el Apoyo social no son más bajos en personas con VIH consumidoras de drogas.

Gracias a los Programas de reducción de riesgos y daños, ha mejorado calidad de vida de las personas consumidoras. Sin embargo, la situación de aislamiento con baja red social, así como la baja adherencia, siguen suponiendo aspectos a mejorar en las personas que acuden a los programas de reducción de riesgos y daños. Cuanto mayor sea el contacto de las personas usuarias con la red sociosanitaria, mayor será la eficacia de las intervenciones y, sobre todo, menor será la exclusión social (Grijalbo, Insúa, & Iruín, 2000; Insúa & Grijalvo, 2000; Insúa & Moncada, 2001; Poo et al., 1997).

Los Programas de reducción de riesgos y daños han permitido en primer lugar, ofrecer un trato digno a las personas consumidoras (Insúa & Moncada, 2001). Ha permitido también mantener contacto con este colectivo y una vinculación que posibilita el acompañamiento integral de las personas. A lo largo de este acompañamiento se observan cambios hacia formas de consumo más seguras, como la modificación de la vía intravenosa por la vía fumada, y con el tiempo la sustitución de heroína y cocaína por el cannabis.

Los Programas de reducción de riesgos y daños han probado su eficacia en la mejora de la salud de las persona consumidoras (Insúa et al., 2001; Urstad, 2008).

La evaluación de los resultados de estas políticas se ha centrado en aspectos sanitarios, como la disminución de las sobredosis o la reducción de nuevas infecciones por el VIH o la hepatitis C.

La reducción de riesgos y daños implica un cambio en el sistema de valores. Rhodes y Hedrich (2010) apuestan por ampliar el alcance de la investigación científica y de las políticas de reducción de riesgos y daños, que se

han visto afectadas por la crisis económica. Asimismo recomiendan avanzar en la explicitación de los derechos humanos en personas con VIH (Rhodes & Hedrich, 2010a, 2010b).

Como afirman estos autores, el foco de la reducción de riesgos y daños en el futuro es ampliar la cobertura y la intensidad de las intervenciones (Rhodes & Hedrich, 2010a, 2010b). Para ello se requiere un respaldo científico y ético más sólido, a través de prácticas basadas en la evidencia (Urstad, 2008). Los factores microsociales y los organismos políticos locales son más flexibles a los cambios. El reto para la comunidad investigadora es proporcionar a los poderes políticos y sociales evidencia de que las intervenciones de reducción de riesgos y daños deben seguir apoyándose (Insúa & Grijalvo, 2000; Rhodes & Hedrich, 2010b).

La situación en Europa es que la reducción de riesgos se extiende con dificultad a pesar de su eficacia, porque el marco legal prohibicionista no favorece la filosofía y estabilidad de las intervenciones. Estas deberían seguir creciendo hacia mayores niveles de coherencia y estabilidad, como la diversificación de sustancias de sustitución, o la autorización de estos programas en servicios de salud y no solo en el ámbito de la exclusión social (Insúa & Moncada, 2001; Oomen, 2005).

En los Centros de Atención Psicosocial a personas con VIH en situación de exclusión social, el consumo de drogas se da fundamentalmente en hombres. El consumo en mujeres es también muy relevante por sus consecuencias sociales, aunque sea minoritario. No se ha hallado relación entre el consumo de drogas en hombres y los Factores Psicosociales protectores para la salud.

Los factores sociales y el estigma ejercen una influencia estructural sobre las personas consumidoras.

8.6. INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN EN LA CVRS

En este apartado se discuten los resultados referentes al sexto objetivo del estudio: analizar las interrelaciones entre los factores de riesgo por comorbilidad psiquiátrica y por drogodependencias, exclusión social y consumo de drogas y los factores de protección como afrontamiento, adherencia, apoyo social y ajuste social para explicar la variables de calidad de vida y en la muestra de estudio (**Objetivo 6**).

Hipótesis 18. En personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral las situaciones de riesgo como: situación de exclusión social, comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, y/o consumo de drogas, influyen en detrimento de la calidad de vida relacionada con la salud. Esta influencia está explicada por el efecto mediador de las variables adherencia, afrontamiento, apoyo social y ajuste social.

Se cumple parcialmente. Se ha encontrado que la exclusión social y la comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias tienen una asociación con la calidad de vida relacionada con la salud, y la variable exclusión social tiene además un valor predictivo sobre la CVRS. Finalmente se ha demostrado que, de las variables potencialmente mediadoras, solamente el afrontamiento conductual al VIH ha demostrado tener un efecto mediador que explica parcialmente el valor predictivo de la exclusión social sobre la CVRS.

Factores Psicosociales y CVRS.

Las variables comorbilidad, exclusión social, y consumo de drogas, están relacionadas entre sí en esta muestra. En personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial las problemáticas psicosociales deben ser consideradas en su globalidad, ya que interaccionan entre sí, y no pueden ser tratadas como compartimentos estancos. La atención centrada en la persona requiere de intervenciones sociosanitarias, ya que las necesidades de salud y las necesidades sociales están asociadas (Brezing et al., 2015).

Las variables Afrontamiento, Adherencia, Apoyo social y Ajuste social están asociadas entre sí (Tabla 36).

El Afrontamiento conductual al VIH es la variable que muestra una relación más fuerte con todas las variables (Tabla 36). Correlaciona positiva y de manera significativa con CVRS, Adherencia Apoyo social y Ajuste social para un nivel de significación de $p < 0.01$; y presenta correlación negativa con exclusión social, comorbilidad, y consumo de riesgo, con un nivel de significación de $p < 0.05$.

La Adherencia muestra correlación significativa con un nivel de $p < 0.01$ con la variable Ajuste social y Afrontamiento; también exhibe

correlación positiva con Apoyo social y CVRS a un nivel de $p < 0.05$. En sentido negativo correlaciona de forma significativa con exclusión social y comorbilidad. El Ajuste social muestra correlación significativa con todas las variables, excepto con Afrontamiento emocional y con la comorbilidad. Por su parte el Apoyo social muestra correlación negativa con exclusión social y positiva con Afrontamiento emocional y Aherencia, para un nivel de significación de $p < 0.05$ y con Ajuste social y Afrontamiento conductual a un nivel de $p < 0.01$.

En personas con VIH en Centros de Atención Psicosocial las variables objeto de intervención se comportan conforme lo esperado, lo que evidencia una relación entre los factores cognitivos, conductuales, y emocionales, que se refleja en los indicadores medidos. Las estrategias de afrontamiento con respecto al VIH, la adherencia al tratamiento y el apoyo social percibido así como el ajuste social, correlacionan entre sí y pueden ser indicadores de una mayor o menor adaptación integral al proceso de vivir con VIH, tanto desde el punto de vista específico de la adherencia como desde un punto de vista más general de adaptación social.

Asimismo, la CVRS presenta correlaciones positivas con las variables de estudio adherencia, afrontamiento conductual y ajuste social. Sin embargo, la asociación entre apoyo social y CVRS en esta muestra no es significativa, el coeficiente de correlación de Pearson es relativamente menor que en el resto de los casos (Tabla 36).

En personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial el apoyo social no es una variable determinante para la calidad de vida. Este resultado como hemos señalado previamente, se podría deber al hecho de que los Programas de Intervención Comunitaria consiguen paliar la falta de

apoyo social familiar y comunitario, permitiendo a su vez neutralizar la escasa red social en estas personas.

Las correlaciones entre las variables de estudio nos permiten analizar interacciones más complejas. En personas con VIH con historial de drogodependencias asociado a la infección por VIH hay mayor exclusión social y comorbilidad psiquiátrica, que influye de forma negativa en la CVRS. Se detecta también que el Afrontamiento conductual y la Adherencia se asocian con una mejor CVRS y de manera inversa con la exclusión social y comorbilidad psiquiátrica. Otros autores destacan las estrategias de afrontamiento activo como elemento protector en la calidad de vida relacionada con la salud (Brezing et al., 2015).

La CVRS está asociada a los factores de riesgo y de protección (Tabla 36), que a su vez interactúan entre sí. Estos hallazgos están en concordancia con el modelo de Calidad de vida descrito por (Schwartzmann, 2003).

Función mediadora del afrontamiento conductual al VIH en la relación entre exclusión social sobre la CVRS.

La interacción entre la CVRS y las variables psicosociales se ha analizado a través de modelos de RLM (Tabla 37). Se obtienen dos modelos lineales que reflejan interacciones entre Afrontamiento emocional y exclusión social, así como afrontamiento conductual y exclusión social.

Posteriormente se han analizado ambos tipos de afrontamiento como variables mediadoras entre exclusión social y CVRS. Se ha obtenido un modelo de mediación en el que todos sus parámetros estadísticos son significativos. Sin embargo, la validez del modelo que incluye al afrontamiento emocional no

es adecuada (Tabla 38 y diagrama5). Este modelo no se tendrá en cuenta en la discusión de los resultados.

No se ha obtenido un modelo que contenga las variables predictivas comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, ni tampoco se ha comprobado la capacidad mediadora de las variables Adherencia, Apoyo social, o Ajuste social en este estudio.

Modelo de mediación: exclusión social y CVRS con el afrontamiento conductual al VIH como factor mediador

El modelo en esta muestra evidencia que la CVRS depende de las estrategias de afrontamiento conductual al VIH y el grado de exclusión social (Tablas 39), (ecuación 3), (diagrama 6). La relación de proporcionalidad directa y contribución positiva indica que a mayores estrategias de Afrontamiento conductual, mayor será la CVRS. La relación con la variable exclusión social se interpreta de manera inversa, a menor grado de exclusión, y por tanto menor valor modular de la variable ordinal (puesto que el coeficiente asociado a la exclusión en el modelo de RLM es negativo), la CVRS será mayor.

Una vez propuesto el modelo se procede a verificar una serie de características enunciadas por Frazier, Tix, & Barron, (2004) para comprobar si el modelo es adecuado.

Los resultados sugieren que parte de la asociación entre exclusión y CVRS se explicaría porque la exclusión afecta a la CVRS a través de su influencia en el Afrontamiento conductual al VIH. El hecho de que la mediación sea parcial sugiere que hay otras vías a través de las cuales la exclusión influye en la CVRS.

Se parte de un concepto positivo y multidimensional de la salud, y se utiliza este análisis estadístico que nos permite poner en consideración la influencia del afrontamiento conductual al VIH en las variables objeto de estudio: exclusión social y CVRS.

La Calidad de vida, según este modelo, tendría el componente subjetivo, medido por la CVRS, que depende en gran medida del componente objetivo, medido por el grado de exclusión social en personas con VIH. Otros autores han descrito estas dos dimensiones objetiva y subjetiva en el desarrollo de las personas. En la primera se incluyen los bienes materiales y los servicios básicos a los que cualquier persona puede acceder (Arriba-González, 2001; Veenhoven, 1994), mientras la segunda se refiere a las valoraciones que un sujeto realiza sobre su propia vida y su contexto, aproximación que remite al concepto de bienestar subjetivo. Aunque en este modelo se encuentran correlacionadas, cada dimensión agrega información relevante respecto a la calidad de vida (Matijasevic, Ramírez, & Villada, 2012).

El contexto o situación de exclusión viene definido por múltiples factores asociados a vivir con VIH de larga evolución, en TARGA, con dificultades de adaptación psicosocial por causa de comorbilidad psiquiátrica o drogodependencias.

Al incorporar la variable mediadora de Afrontamiento conductual al VIH, se observa que las influencias sobre la calidad de vida relacionada con la salud son tanto externas (exclusión social), como internas (factores conductuales principalmente motivacionales, estrategias de búsqueda de soluciones frente al VIH). El Afrontamiento conductual es aproximativo, incluye todas aquellas estrategias que aproximan al problema que está generando el distrés o a las emociones negativas concomitantes, en oposición al afrontamiento evitativo, que incluye todas aquellas estrategias cognitivas y comportamentales que

permiten escapar de, o evitar el problema o a las emociones negativas concomitantes (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín, & Tovar, 2006).

También existe correlación entre las variables externas, como es la exclusión social; y las variables internas, como es el Afrontamiento conductual (Tabla 36). A mayor grado de exclusión, la capacidad de afrontamiento de la situación estresante (vivir con VIH) disminuye, con lo cual, las condiciones objetivas influyen en el bienestar subjetivo a través de su efecto en la variable de afrontamiento de los problemas que amenazan el bienestar, como es la realidad de vivir con VIH que se da en este caso.

El Afrontamiento conductual desde el punto de vista de la infección por VIH se puede comprender como un factor de motivación y compromiso, con una fuerte influencia en la salud, como mecanismo de gestión de las dificultades o estresores vitales y de actitud optimista y resiliente ante las adversidades. El efecto significativo de los procesos de afrontamiento en la respuesta al estrés y en la adaptación a la enfermedad explica parte de la influencia que la variable nivel de exclusión ejerce en la CVRS como percepción subjetiva de bienestar. Al ser la variable dependiente una variable subjetiva, los factores internos de interpretación juegan un papel considerable, incluso en situación de adversidad, como es la exclusión social.

Las personas que, en circunstancias adversas, sean capaces de desarrollar estrategias de adaptación a la enfermedad, tendrán mejor CVRS que las personas que en situaciones adversas utilicen menos estrategias conductuales.

En resumen, el Afrontamiento conductual al VIHse postula como variable mediadora. En otras enfermedades como el asma, la diabetes y el cáncer, que requieren conductas de vigilancia y de autocuidado para un tratamiento adecuado, el afrontamiento activo resulta una estrategia eficaz (Folkman, 1997; Rodríguez-Marín, Pastor, & Lopez-Roig, 1993a).

El afrontamiento positivo de la enfermedades muy necesario cuando las personas se enfrentan a múltiples estresores y de carácter crónico, y tienen otras limitaciones, como el estigma asociado al VIH, la enfermedad mental, la situación de exclusión social, la falta de recursos económicos, etc. La conjunción de múltiples problemas y sucesos traumáticos en un pequeño grupo social conlleva a la desconexión y la evitación conductual(Singer & Clair, 2003).

Puede ser que la discrepancia entre las condiciones de vida y las aspiraciones de autorrealización tenga un punto de inflexión, cuando la distancia es tan grande que excede las capacidades de afrontamiento y el impulso de búsqueda y autorrealización. En este caso pueden aparecer conductas de desconexión, consumo de drogas, como formas de evitación del dolor y recuperación del bienestar subjetivo, pero que a su vez conllevan mayor exclusión social; conductas de riesgo para ellas mismas o para otras personas, que produce en definitiva las situaciones sindémicas ya descritas a lo largo de los capítulos previos de este estudio (A. Blanco & Díaz, 2005).

Por tanto es muy relevante que en Programas de atención a personas en situación de exclusión social grave, se promuevan intervenciones de mejora de las condiciones de vida para poder acceder a niveles aceptables mínimos de seguridad, donde las personas puedan desplegar su potencial individual, a través de estrategias de afrontamiento activo conductual. Si se dan condiciones sociales mínimas de vida, como es el caso de las personas que en este estudio están en situación de exclusión moderada, las personas establecen vínculos sociales, aprenden estrategias de afrontamiento instrumental, tales como el acceso a los servicios, búsqueda activa de ayuda, conductas de adherencia al TARGA, actividades de ocio y de placer, y esto repercute en que su CVRS sea mejor.

Para ello, es fundamental promover el acceso a la vivienda. En este sentido, el estudio realizado por Moreno (2013) ya apuntaba que las alternativas residenciales eficaces tenían que ser estables, de media estancia, y flexibles en cuanto a nivel de exigencia y en cuanto a la intensidad de apoyo, y con participación de las personas usuarias (G. Moreno, 2013). Uno de los problemas de los servicios públicos es la lentitud de transformación y la dificultad de adaptarse a los problemas y necesidades cambiantes de las personas. Por último el cambio más importante y más difícil de lograr es la aceptación de las diferencias y la no discriminación. El estigma asociado al VIH es el principal obstáculo social para poder desarrollar el modelo de bienestar subjetivo en personas con problemáticas múltiples (P. Murphy et al., 2016; Slater et al., 2015).

En este contexto social de desigualdad se pueden seguir desarrollando medidas de aproximación paliativas en el nivel microsocial. En los Programas de reducción de riesgos y daños, en concreto en los Programas de mantenimiento con metadona o los Programas de venopunción o de intercambio de jeringuillas, se pueden fomentar los vínculos comunitarios y evitar la grave exclusión social. Otras medidas sociales son la generalización de las pruebas rápidas de detección del VIH, educación sexual, apoyos prácticos a la adherencia, o tratamiento directamente observado, a través de los recursos sociales y de salud.

Para finalizar, se considera que si la sociedad reacciona de manera positiva y no evitadora o estigmatizante ante las diferencias, la exclusión será menor. La ruptura de determinados grupos sociales con la sociedad no es unidireccional sino recíproca. Se deben establecer puentes con las personas más vulnerables, en lugar de muros. Friedman Rossi y Braine (2009) proponen que el comportamiento de riesgo es un concepto dinámico y sistémico, en el sentido que afecta a su vez a la sociedad que lo provoca (S. Friedman, Rossi, & Braine, 2009).

Capítulo 9.

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones extraídas a partir de los resultados descriptivos, comparativos y explicativos, y conforme a los objetivos de exploración previstos en este trabajo:

1. En general, los hombres y mujeres con infección porVIH, muestran un progresivo envejecimiento,asociadoa la escasa redfamiliar y social, y con un mayor riesgo de múltiples morbilidades. Esta situación va a requerir mayor necesidad de apoyo y cuidados por parte de los Centros de Atención Psicosocial.
2. El consumo de drogas se observa predominantemente en los hombres. Las actuaciones en reducción de riesgos y daños deben tener en cuenta a las mujeres consumidoras que no acceden a los servicios,y una estrategia puede ser captarlas a través de sus parejas o familiares que sí acceden, para facilitar así su acceso a los programas. De la misma manera deben analizarselas razones estructurales y de género que explican el bajo acceso a los servicios en mujeres consumidoras de drogas.
3. Las mujeres consumidoras conforman un colectivo muy minoritario, con un importante grado de deterioro físico y social, y con riesgo de ser víctimas de violencia de género. El consumo de tóxicos les genera consecuencias psicosociales y orgánicas más graves(Garay, Notario, Duque, Olaskoaga, & Uriarte, 2012).
4. LaCVRS es similar en hombres y mujeres, aunque los hombres perciben más limitaciones en el funcionamiento físico, y las mujeres perciben más

limitaciones en el funcionamiento emocional. La adherencia y el ajuste social tienen valores bajos, por lo que es necesario reforzar las actuaciones en estos indicadores en los Programas de atención a personas con VIH que acuden a Centros de Atención Psicosocial. Las mujeres tienen peor funcionamiento emocional, y los hombres tienen peor funcionamiento físico. Los grupos de apoyo mutuo para mujeres con VIH en situación de exclusión pueden reforzar el funcionamiento emocional, mientras que en hombres con VIH el apoyo instrumental puede reforzar el funcionamiento físico. Tanto hombres como mujeres muestran optimismo frente a la infección por VIH. Posiblemente por el hecho de haber sobrevivido al sida, su actitud ante el VIH es optimista y de esperanza. Las mujeres y hombres del estudio perciben apoyo social necesario para cubrir las necesidades instrumentales, emocionales y afectivas en parte gracias al vínculo con los Centros y Programas de atención psicosocial a los que acuden.

5. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud engloba tanto la salud percibida como el grado de satisfacción subjetiva. La situación residencial y el nivel educativo constituyen variables sociales que inciden de manera significativa en la calidad de vida en las personas con VIH en TARGA que acuden a Centros de Atención Psicosocial. En personas con VIH que han sobrevivido a la época de mayor gravedad de esta enfermedad, la exclusión social y el estigma son más importantes que los aspectos inherentes a la propia enfermedad. Las secuelas sociales y psicológicas impactan en la calidad de vida independientemente del estado de salud.
6. Las personas con mejor adherencia, mejor ajuste social y mayor afrontamiento conductual son las que mejor CVRS tienen. En el afrontamiento al VIH, la estrategia de mantenerse optimista, es la que se relaciona con una mayor CVRS. Los niveles más altos de CVRS se dan

en personas con alto apoyo social estructural y con niveles adecuados de ajuste social. En personas con relaciones sociales e integración en la comunidad adecuadas, la Calidad de vida es mejor y se afrontan mejor los problemas de salud.

7. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es menor en personas con comorbilidad psiquiátrica, por el mayor nivel de malestar emocional. Las personas en tratamiento por drogodependencias presentan peor salud física y las personas en tratamiento psiquiátrico presentan peor salud mental. La salud presenta una importante relación con la variable CVRS, pero es el bienestar emocional el que tiene mayor peso, como se observa en los grupos analizados. Los programas de intervención psicológica se pueden adecuar a las necesidades de las personas con infección de VIH en función del tipo de comorbilidad psiquiátrica que presentan. En personas con comorbilidad psiquiátrica el objetivo será mejorar la función emocional, y en personas con tratamiento por drogodependencias el objetivo será mejorar la función física.
8. En personas con tratamiento por drogodependencias, la adherencia es significativamente inferior a la hallada en personas con tratamiento psiquiátrico y sin comorbilidad. Los Programas de tratamiento con Metadona en los Centros de Atención a las Drogodependencias pueden incluir programas de apoyo a la adherencia de los múltiples tratamientos que siguen estas personas. El esfuerzo percibido es una de las variables que más influye en la adherencia al tratamiento antirretroviral por el nivel alto de exigencia al cumplimiento que supone. Las intervenciones educativas, destinadas a apoyar la adherencia y facilitar las estrategias de cumplimiento, son eficaces especialmente en personas con trastornos psiquiátricos y/o por drogodependencias.

9. En personas con comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias el afrontamiento conductual al VIH es significativamente menor que en personas sin comorbilidades, ya que tienden a utilizar en menor medida estrategias de afrontamiento conductual como buscar información, buscar ayuda, o cumplir con las prescripciones médicas. La infección por VIH en personas con comorbilidad por drogodependencias se afronta desde mecanismos cognitivos de negación y emocionales de desconexión, y en menor medida mecanismos de búsqueda y aproximación. Será clave para el bienestar de las personas con múltiples comorbilidades afrontar el VIH como una enfermedad crónica que requiere de autocuidados de igual de manera que otro tipo de enfermedades crónicas.
10. Las personas con VIH en TARGA en Centros de Atención Psicosocial perciben apoyo social tanto si tienen comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias como si no la tienen. El apoyo social recibido proviene de los profesionales, ya que la red social propia es escasa en todos los grupos. Los profesionales son percibidos como proveedores de apoyo instrumental, emocional, y afectivo. El acompañamiento que realizan es de alta proximidad, a lo largo de periodos de tiempo prolongados, y desde entidades sociales de defensa de los derechos humanos. En personas con VIH y comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, es importante que el vínculo con los profesionales sea no solo educativo y estable, sino también terapéutico. Los profesionales son proveedores de apoyos emocionales y referentes; deben actuar sin juzgar, respetando la enfermedad mental o drogodependencia, y promoviendo la autonomía de las personas.
11. Las personas con comorbilidad psiquiátrica y las que tienen tratamiento por drogodependencias tienen bajo ajuste social, sobre todo en ajuste familiar, pero no es significativamente más bajo que las personas sin

comorbilidades. Las personas con VIH en TARGA que no tienen tratamiento psiquiátrico o por drogodependencias pueden requerir atención psicosocial. El estigma, unido al envejecimiento de la población con VIH y la escasa red social y familiar, conlleva un alto riesgo de malestar. El impacto social del VIH no es exclusivo de las personas con comorbilidades, sino que puede darse un mayor riesgo de exclusión social por la condición de tener VIH. La pérdida de relaciones sociales y familiares está asociada al ocultamiento de la infección en la familia, puede darse por alejamiento previo a la infección y se agrava posteriormente.

12. Las intervenciones sociales o sanitarias dirigidas a personas con VIH en situación de exclusión deben incorporar oportunidades de participación social y comunitaria, para mejorar su adaptación y la recuperación de un rol social activo, a través de grupos de autoayuda o asociacionismo. Las personas con VIH pueden unirse para que otras personas que contraigan el VIH en el futuro encuentren la sociedad menos estigmatizante, con más tolerancia y oportunidades de socialización. El sistema de atención psicosocial será más inclusivo cuanto más permeable sea a la participación efectiva de las personas con VIH como agentes de cambio. Por ejemplo, a través de la participación como vecinos/as en las acciones comunitarias, o participación en partidos políticos, etc; o en presencia de grupos de “paciente experto” que se promueven para otras patologías.
13. El funcionamiento emocional como elemento inherente a la calidad de vida es significativamente peor en personas en situación de exclusión social grave, al igual que se observó en personas con comorbilidad psiquiátrica. Las personas con VIH en exclusión social grave tienen un mayor malestar emocional, probablemente por la acumulación de sucesos traumáticos a lo largo de la vida que les llevan a esta situación extrema.

Las alternativas residenciales para personas en situación de exclusión social y VIH conllevan una mejor situación de salud y especialmente un mejor funcionamiento emocional, tal y como se puede observar en las puntuaciones obtenidas por las personas que están en situación de exclusión social moderada.

14. La acumulación de situaciones adversas a lo largo de la vida requiere de atención psicológica además de las intervenciones educativas y sanitarias. Un objetivo relevante en personas con VIH es mejorar el bienestar psicológico y social, definido como la congruencia entre los objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo. En situaciones de exclusión social los objetivos deseados y alcanzados están tan distantes que se pierde la esperanza y el ánimo necesario para lograrlos.
15. Las políticas y servicios de atención psicosocial dirigidas a personas en situación de riesgo de exclusión social, deben considerar el hecho de tener infección por VIH como una condición potencial de riesgo de exclusión social.
16. La adherencia al TARGA es significativamente más baja en personas en situación de exclusión social grave. La baja adherencia al TARGA es un grave problema para la salud, ya que sin la debida adherencia el tratamiento pierde su efectividad. En personas con VIH en situación de exclusión social las iniciativas de alojamiento y vivienda favorecen la adherencia al tratamiento, ya que se observa que en situación de moderada exclusión por estar en alojamiento residencial o con la familia, la adherencia es mayor. En parte porque se da supervisión del tratamiento o un tratamiento directamente observado, aunque también mejoran en las creencias con respecto al tratamiento antirretroviral, y en la autoeficacia.

En personas con enfermedades crónicas que viven en la calle, en albergues o Centros de acogida, el esfuerzo percibido en adherencia es mayor por no disponer de un lugar privado donde guardar la medicación. Estas personas pudieran beneficiarse de Programas específicos integrales de apoyo a la adherencia, tanto en el tratamiento del VIH, como en el tratamiento para la hepatitis C u otros tratamientos. La situación de exclusión social grave influye en la adherencia al TARGA, por lo que las medidas para reducir la infección por VIH en la población deben ir encaminadas también a reducir la exclusión social grave especialmente en personas con tratamientos por enfermedades crónicas.

17. Las personas en situación de exclusión social grave presentan menor utilización de estrategias de afrontamiento conductuales que las personas en situación de exclusión moderada o leve. Tienden menos a buscar información sobre el VIH, y en general utilizan poco las estrategias de afrontamiento, porque no perciben el VIH como un suceso especialmente estresante en su vida. Esto puede ser debido a que la urgencia de buscar un sitio para dormir o de consumir drogas, predominan como fuentes de estrés en el día a día. El afrontamiento pasivo ante la infección por VIH, junto con la baja adherencia, reflejan un mecanismo de desconexión de su salud. La calidad de vida en personas con VIH está influenciada por este tipo de afrontamiento evitativo. Mejorar el afrontamiento conductual del VIH supone visibilizar el VIH, salir del ocultamiento, puede suponer la base personal para el desarrollo de mayores niveles de bienestar psicológico y autoestima a largo plazo.
18. En personas en situación de exclusión social grave el apoyo social y el ajuste social es muy bajo, por la falta de vivienda. Las personas sin hogar tienen escaso contacto con los Servicios de atención psicosocial, y establecen menos vínculos positivos y afectivos con esos servicios. La

situación de vivir en la calle es esencialmente alienante, y deshumanizante. Las intervenciones dirigidas a personas con VIH en TARGA en situación de exclusión social grave pueden mejorar el apoyo social tanto percibido como objetivo a través de acciones individualizadas de acompañamiento en calle. En ocasiones el medio abierto es el único espacio de encuentro y apoyo para estas personas. En las personas con VIH en situación de exclusión social grave, la ruptura familiar y social está asociada al consumo de drogas. La orientación hacia la comunidad en los Programas de reducción de riesgos y daños es un objetivo muy importante, puesto que abre la puerta a la esperanza de reestructurar los vínculos sociales. La vida fragmentada de las personas consumidoras refuerza el propio consumo en una espiral de destrucción, que puede ceder tanto si el cambio proviene de la persona como si el cambio proviene del sistema que lo interpela, o bien si el cambio se da en la interacción misma entre individuo y sistema. La convivencia con otras personas en la misma situación está en la base del cambio a través de la ayuda mutua y de la empatía y solidaridad con personas en peor situación. En estos casos se establecen redes de apoyo entre los/as compañeros/as que revierten en un mayor bienestar, tanto para los que ayudan como para los que son ayudados. Las estrategias de “paciente experto” pueden llegar a personas con VIH en situación de exclusión social.

19. La influencia del consumo de drogas sobre la calidad de vida se ha estudiado en los hombres, ya que las mujeres que consumen en este estudio son muy pocas, y se encuentran en el grupo de tratamiento por drogodependencias. El consumo de heroína y cocaína no implica menor calidad de vida percibida, aunque este resultado puede interpretarse por la distorsión en la percepción de la realidad derivada del consumo. La CVRS es más baja en hombres con consumo de cannabis y alcohol que en

los otros grupos, especialmente por el bajo funcionamiento emocional, aunque sin llegar a ser significativa. El consumo de cannabis se da más en personas con tratamiento psiquiátrico y el consumo de heroína/cocaína es mayor en personas en tratamiento por drogodependencias. Hay una relación entre funcionamiento emocional bajo, comorbilidad psiquiátrica, baja calidad de vida, y consumo de cannabis. En cuanto al consumo de heroína/cocaína, hay una tendencia a una menor adherencia, aunque la diferencia no es significativa. Se puede mantener la adherencia aunque se den recaídas en el consumo, si hay apoyo. En personas consumidoras de heroína/cocaína la desconexión mental funciona como mecanismo de afrontamiento, de tal manera que el VIH no es vivido como un factor estresante en comparación con el estrés de conseguir la sustancia y consumirla.

20. La labor sociosanitaria de los Programas de reducción de riesgos y daños en personas con consumos activos de drogas ha demostrado una alta eficacia en disminuir la conducta de consumo intravenoso, y se observa una evolución hacia consumos más puntuales, o al cambio de consumo de heroína por consumo de cannabis o alcohol.
21. La Calidad de vida consiste en la satisfacción de la persona consigo misma, con la familia y los amigos, con su trabajo, las actividades que realiza o el lugar donde vive. La Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH en TARGA puede verse influenciada por situaciones que agravan la salud, como la comorbilidad, la exclusión social y el consumo de drogas y que funcionan como tres caras de la misma realidad. Las personas con comorbilidad psiquiátrica tienen más probabilidad de estar en exclusión moderada y las personas con tratamiento de Metadona tienen más probabilidad de estar en situación de

exclusión grave. Por otro lado, se observa una fuerte asociación entre adherencia, apoyo social, ajuste social y afrontamiento.

22.El afrontamiento conductual a la infección porVIH es un factor mediador entre la exclusión social y la CVRS. A mayor grado de exclusión social, la capacidad de afrontamiento al VIH disminuye.

23.Las condiciones de vida influyen en la CVRS a través de su efecto en la variable de afrontamiento conductual al VIH. Para que una persona pueda desarrollar su potencialidad psicológica hacia el cuidado de su salud y la adaptación al VIH debe ser tratada con dignidad y no estigmatizada. Las situaciones de exclusión social conllevan una pérdida de bienestar especialmente en relación con la salud. Por tanto en personas con comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias, es importante impulsar intervenciones y estilos de trabajo psicológico que mejoren el afrontamiento activo dela infección por VIH, fundamentalmente las estrategias que se han observado más frecuentemente en las personas sin comorbilidad: la actitud optimista frente a la adversidad o resiliencia, la actitud proactiva de búsqueda de soluciones o propósitos en la vidaasí como la búsqueda de apoyo social. En cualquier caso, las intervenciones dirigidas a mejorar la adaptación de personas con VIH con comorbilidad psiquiátrica o por drogodependencias ,deben tener en cuenta la importancia de construir estrategias positivas de afrontamiento (Harding et al., 2011).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio realizado ha tenido limitaciones metodológicas por las dificultades en el trabajo de campo. El grupo de sujetos participantes que acudían a consultas externas de los Hospitales de Basurto y Donostia no ha sido considerado por ser un grupo muy pequeño y carecer de representatividad. En un inicio, el diseño de la investigación preveía llegar a un mayor número de sujetos en la muestra hospitalaria. Sin embargo no fue posible, por las características inherentes a salvaguardar la confidencialidad en personas con infección por el VIH. También influyó el tiempo de duración del cuestionario y la no posibilidad de planificar citas, al ser la investigadora personal externo al hospital y carecer de espacio propio en el mismo.

Por otro lado, el grupo de sujetos provenientes de los Centros de Atención Psicosocial conforman también una muestra pequeña, por lo que los resultados no pueden ser extrapolables a todos los Centros de Atención Psicosocial. Se pretende más bien describir características psicosociales específicas en un grupo de sujetos de difícil acceso a la investigación científica, con el objeto de mejorar las intervenciones psicosociales que se llevan a cabo en dichos centros.

En este caso, al tener una muestra pequeña, el poder de la prueba de mediación es también pequeño, lo que está en consonancia con otros reportes de la literatura para muestras pequeñas. El poco poder de la prueba es una limitación a tener cuenta dentro del modelo propuesto para explicar la mediación entre las variables. No obstante, al ser la muestra una muestra de oportunidad, resulta interesante analizar las posibles relaciones que se establecen entre estas variables.

Otra limitación es el carácter subjetivo de las medidas seleccionadas para el análisis de las variables. Se ha primado la validez de constructo más que la validez predictiva o la potencia estadística de los instrumentos. La

literatura informa de las limitaciones científicas de intentar medir de manera fiable y objetiva constructos que son por definición variables multidimensionales, y que sólo pueden definirse a través de indicadores indirectos que se relacionan entre sí.

PROPUESTA DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

- Las aportaciones desde la teoría del bienestar psicológico al estudio de la salud física y mental. Desde este modelo se puede comprender el bienestar subjetivo como el resultado del balance global que hace la persona de sus oportunidades vitales, del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta y de la experiencia emocional que se deriva de ello (A. Blanco & Díaz, 2005). En personas con VIH, el componente de afrontamiento a la enfermedad como elemento mediador puede funcionar como protector en la CVRS; pero en situaciones de grave exclusión social el efecto protector del afrontamiento aproximativo disminuye, y prevalecen otros tipos de estrategias de evitación.
- El estudio de la exclusión social desde la teoría de sistemas. Según la teoría de sistemas sociales el consumo de drogas tiene una función homeostática en el sistema, asegurando su perpetuación, hasta que surge una crisis. La crisis del VIH/SIDA cambió el equilibrio del sistema, y se produjeron cambios sustanciales en la sociedad a nivel de atención sanitaria y farmacológica. Sin embargo, las raíces más profundas del sistema social siguen resistiendo a cambiar en las capas más profundas de los valores.
- El estigma social frente al sida sigue tan arraigado como en los primeros años de la epidemia. El estudio del estigma social como factor

predicador de la exclusión social en personas con VIH, especialmente en los grupos más desfavorecidos (Fuster et al., 2014; Zubieta, 1997) y las representaciones sociales asociadas (Rovira, Techio, Liu, & Beristain, 2007).

- El foco en la persona como paradigma, no solo de la intervención sino también de la planificación. Se ha avanzado mucho en los últimos años en la construcción del Sistema de Servicios Sociales en la CAPV (Fantova, 2015). Se ha realizado un importante esfuerzo de coordinación interinstitucional para ordenar el mapa de Servicios Sociales, regular su funcionamiento y marco competencial, y garantizar por ley el derecho subjetivo de las personas en situación de exclusión social a la atención social (Gobierno Vasco, 2008a). Este esfuerzo también ha ido dirigido al cambio de objetivo, que ha dejado de ser el de pertenecer a un determinado colectivo para dar paso a la atención basada en los servicios. Es el momento de evolucionar hacia una mirada puesta más en la persona como sujeto activo de su proceso. Como afirma Moreno (2015): “El modelo basado en los grandes recursos parece inviable en estos momentos e incluso indeseable en cierto modo. Por ello, y aunque de forma limitada, en algunas entidades y profesionales parece que empiezan a surgir voces que subrayan esta necesidad de plantear una intervención diferente a la que se ha dado frecuentemente en momentos previos a la crisis” (G. Moreno, 2013).
- Puesto que las interacciones entre los factores producen efectos sustancialmente diferentes a la suma de los mismos (Resnicow & Page, 2008), se deben promover intervenciones holísticas biopsicosociales desde los diferentes sistemas. Cada intervención, por pequeña que sea, puede conseguir un efecto transformador.

- Impulsar medidas legislativas para que la protección de los derechos humanos se lleve a la práctica en los Programas de intervención en drogodependencias, así como en los Programas de Atención Psicosocial; especialmente para personas con VIH en situación de mayor vulnerabilidad por enfermedad mental o abuso de drogas, dependencia o discapacidad.
- Consideración de la evidencia científica ya existente con respecto al papel de los factores psicosociales para la mejora de la calidad de vida en el desarrollo de nuevas intervenciones.
- La participación social: necesidad de implicar a todos los grupos sociales, especialmente aquellos en situación de mayor vulnerabilidad.
- El enfoque de Género: incorporar en todas las intervenciones de manera efectiva los aspectos comunes y los aspectos diferenciales de las mujeres y los hombres.

“Un deterioro grave de la salud, producido, por ejemplo, por una toxicomanía, puede deteriorar la vida familiar, generar un proceso de aislamiento social y perjudicar gravemente las oportunidades laborales, todo lo cual retroalimenta la dependencia de las drogas y de los círculos de exclusión social construidos”.(García-Blanco, 2012; Zubieta, 1997)

Anexos

Tesis Doctoral

Día y hora de la entrevista

Anexo 1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y CLÍNICO

1.1-. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (Adaptado de la Ficha Social de la Asociación T4 de lucha contra el SIDA)	
SEXO	
Mujer	
Hombre	
Transgénero	
1.1.2.EDAD	
15.-19	
20-29	
30-39	
40-49	
50-59	
ESTADO CIVIL	
Soltero/a	
Casado/a	
Separado/a	
Viudo/a	
PROCEDENCIA	
Autóctono	
Comunidad Europea	
Europa del Este	
Asia	
África Subsahariana	
Marruecos	
Norteamérica	
América Latina	

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
1.2.1. ESTADO SEROLÓGICO A HEPATITIS B O C	
Hepatitis B/C positivo	
Negativo con análisis últimos 6 meses	
Negativo sin análisis últimos 6 meses	
No sabe	
1.2.2. AÑO NOTIFICACIÓN VIH	
Menos de 5 años	
5-10 años	
11-15 años	
16-20 años	
Más de 20 años	
1.2.3. VÍA DE TRANSMISIÓN	
Relación Sexual desprotegida	
Compartir material de inyección	
Por transfusión	
No sabe/No contesta	
1.2.4. NIVEL ACTUAL DE CD4	
0-200	
200-350	
350-500	
500-1200	
1.2.5. CARGA VIRAL	
Menos de 50	
Menos de 10.000	
10.000-100.000	
100.000 a 1.000.000	
1.2.6.INGRESOS HOSPITALARIOS	
Último mes	
Último año	

Más de un año	
No	
No sabe/No contesta	
1.2.7. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL VIH	
Último año	
1-5 años	
6-10 años	
11-15 años	
Más de 15 años	
No	
No sabe/No contesta	
Abandono	
1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES	
1.3.1. NIVEL EDUCATIVO	
Ninguno, no sabe leer ni escribir	
Sabe leer y escribir	
Estudios primarios (EGB/ESO)	
Estudios secundarios /Formación Profesional	
Estudios universitarios	
1.3.2. SITUACION LABORAL	
Ha tenido alguna vez un empleo	
Relación laboral indefinida y autónoma	
Relación laboral temporal	
Parado	
Pensión/Renta básica	
Sin ingresos	
1.3.3. TIPO DE ALOJAMIENTO	
Calle	
Pernoctar en un albergue	
Alojamiento social	

Alojamiento con familiares o amigos	
Vivienda en alquiler	
Vivienda en propiedad	
1.3.4. RELACIONES FAMILIARES	
Con hijos/as menores	
Con hijos/as mayores	
Sin hijos/as	
1.4. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES	
1.4.1 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	
No tratamiento psiquiátrico /drogodependencias	
Si tratamiento psiquiátrico	
Tratamiento drogodependencias	
1.4.2. CONSUMO DE RIESGO	
SI	
NO	
1.4.3. DROGA PRINCIPAL	
Tabaco	
Alcohol	
Hachís/marihuana	
Cocaína	
Éxtasis	
Ketamina	
Heroína	
Anfetamina/speed	
LSD/ tripis	
1.4.4. EXCLUSIÓN SOCIAL	
Exclusión leve	
Exclusión moderada/grave	

**Anexo 2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL VIH
(MOS)**

2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL VIH (MOS) 0-100 Cuestionario de Calidad de vida relacionada con la Salud MOS-SF 30 (Wu AW et al 1997); adaptado por Remor (2003).	
Las siguientes preguntas se refieren a actividades o situaciones que usted puede llevar a cabo durante un día normal en su vida. A mayor puntuación más calidad de vida	
SALUD GENERAL PERCIBIDA	
2.1. En general diría usted que su salud es (4: Excelente,3: Muy buena,2: Buena;1: Regular; 0: Mala)(0-4)	
4. Excelente 3. Muy buena 2. Buena 1. Regular 0. Mala	
2.2. ¿Has tenido dolor físico?(0-4)	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Severo 0. Muy Severo	
FUNCIONAMIENTO FÍSICO ¿En EL ÚLTIMO MES cuánto le ha limitado su salud el poder llevar a cabo estas actividades? (marcar con una x) (0-12)	
2.3 El tipo o cantidad de actividades enérgicas que puede hacer, tales como levantar objetos pesados, correr, o participar en deportes agotadores	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
2.4.El tipo o cantidad de actividades moderadas que puede hacer tales como mover una mesa, llevar la compra o caminar más de una hora	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
2.5. Subir una cuesta o subir escaleras	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
2.6. Inclinarsse, levantar algo, o agacharse	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
2.7.Caminar 100 metros	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
2.8. Comer, vestirse, bañarse o utilizar el servicio por sí mismo	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
TOTAL	

FUNCIÓN DE ROL: Durante el último mes ¿Cuánto le ha limitado la salud las siguientes actividades?	
2.9. El tipo de tarea	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
2.10. La cantidad o tipo de tareas que quería hacer	
0. SI me limita mucho	
1. SI me limita un poco	
2. No me limita en absoluto	
FUNCION SOCIAL DURANTE EL ULTIMO MES	
2.11. ¿ha limitado su salud sus actividades sociales; como visitar amigos, o parientes cercanos?	
4. Nada	
3. Muy poco	
2. Moderado	
1. Bastante	
0. Mucho	
FUNCIONEMOCIONAL	
2.12. ¿Se ha sentido muy nervioso/a?	
4. Nada	
3. Muy poco	
2. Moderado	
1. Bastante	
0. Mucho	
2.13. ¿Se ha sentido tranquilo/a?	
0. Nada	
1. Muy poco	
2. Moderado	
3. Bastante	
4. Mucho	
2.14. ¿Se ha sentido triste?	
4. Nada	
3. Muy poco	
2. Moderado	
1. Bastante	
0. Mucho	
2.15. ¿Ha sido feliz?	
0. Nada	
1. Muy poco	
2. Moderado	
3. Bastante	
4. Mucho	
2.16. ¿Se ha sentido tan profundamente decaído/a que nada le podía alegrar?	
4. Nada	
3. Muy poco	
2. Moderado	
1. Bastante	
0. Mucho	
TOTAL	
ENERGÍA/ FATIGA (0-16)	
2.17. ¿Se ha sentido con mucha energía?	
0. Nada	
1. Muy poco	
2. Moderado	
3. Bastante	

4. Mucho	
2.18. ¿Se ha sentido agotado/a?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.19. ¿Se ha sentido cansado/a?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.20. ¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?	
0. Nada 1. Muy poco 2. Moderado 3. Bastante 4. Mucho	
TOTAL	
DISTRÉS RESPECTO A LA SALUD (0-16)	
2.21. ¿Se ha sentido abrumado/a por sus problemas de salud?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.22. ¿Se ha sentido desanimado/a por sus problemas de salud?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.23. ¿Ha sentido desesperación por sus problemas de salud?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.24. ¿Tuvo miedo debido a su salud?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
TOTAL	
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO (0-16)	
2.25. ¿Ha tenido dificultades en razonar y resolver problemas? (Por ejemplo hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas)	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.26. ¿Se ha olvidado de cosas que han ocurrido recientemente? (Por ejemplo, el lugar donde deja las cosas o sus citas)	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	

2.27. ¿Ha tenido problemas para mantener fija su atención en una actividad durante un largo periodo de tiempo?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
2.28. ¿Ha tenido problemas realizando actividades que implican concentración y pensar?	
4. Nada 3. Muy poco 2. Moderado 1. Bastante 0. Mucho	
TOTAL	
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA (0-4)	
2.29. ¿Cómo ha sido la calidad de su vida durante las cuatro últimas semanas? Es decir, ¿cómo le han ido las cosas durante estas últimas cuatro semanas?	
4. Muy bien, no podrían ir mejor	
3. Bastante bien	
2. Ni bien ni mal, casi igual	
1. Bastante mal	
0. Muy mal, no podrían ir peor	
TOTAL	
. TRANSICIÓN DE SALUD (0-2)	
2.30. ¿Cómo evaluaría su salud física y condición emocional ahora en comparación a cómo eran hace cuatro semanas?	
4. Mucho mejor	
3. Algo mejor	
2. Casi igual	
1. Algo peor	
0. Mucho peor	
CALIDAD DE VIDA TOTAL (0-100)	
TOTAL (0-100)	

**Anexo 3. ADHERENCIA CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIVIRAL (CEAT_VIH)**

3. ADHERENCIA Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento antiviral (CEAT_VIH) Remor 17 mínimo 89 máximo	
3.1. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	
1. Siempre 2. Más de la mitad de las veces 3. Aproximadamente la mitad de las veces 4. Alguna vez 5. En alguna ocasión	
3.2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?	
1. Siempre 2. Más de la mitad de las veces 3. Aproximadamente la mitad de las veces 4. Alguna vez 5. En alguna ocasión	
3.3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?	
1. Siempre 2. Más de la mitad de las veces 3. Aproximadamente la mitad de las veces 4. Alguna vez	

5. En alguna ocasión	
3.4. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomarlos?	
1. Siempre 2. Más de la mitad de las veces 3. Aproximadamente la mitad de las veces 4. Alguna vez 5. En alguna ocasión	
3.5. ¿Recuerda que medicamentos está tomando en este momento?	
0. Ninguno 1. La mitad 2. Todos -----	
3.6. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	
1. Mucho 2. Bastante 3. Regular 4. Poco 5. Nada	
3.7. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	
1. Mala 2. Algo mala 3. Regular 4. Mejorable	

5. Buena	
3.8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	
5. Mucha 4. Bastante 3. Regular 2. Poca 1. Nada	
3.9. Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?	
5. Muchos 4. Bastantes 3. Regulares 2. Pocos 1. Nada	
3.10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar antirretrovirales?	
5. Mucho 4. Bastante 3. Regular 2. Poco 1. Nada	
3.11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	
5. Mucho	

<p>4. Bastante</p> <p>3. Regular</p> <p>2. Poco</p> <p>1. Nada</p>	
<p>3.12. ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?</p>	
<p>1. Nunca</p> <p>2. Alguna vez</p> <p>3. Aproximadamente la mitad de las veces</p> <p>4. Bastantes veces</p> <p>5. Siempre</p>	
<p>3.13. Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?</p>	
<p>1. Nunca</p> <p>2. Alguna vez</p> <p>3. Aproximadamente la mitad de las veces</p> <p>4. Bastantes veces</p> <p>5. Siempre</p>	
<p>3.14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?</p>	
<p>1. Muy insatisfecho</p> <p>2. Insatisfecho</p> <p>3. Indiferente</p> <p>4. Satisfecho</p> <p>5. Muy satisfecho</p>	

<p>3.15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de retrovirales?</p>	
<p>1. Muy intensos</p> <p>2. Intensos</p> <p>3. Medianamente intensos</p> <p>4. Poco intensos</p> <p>5. Nada intensos</p>	
<p>3.16. ¿Cree que pierde tiempo ocupándose de tomar sus medicamentos?</p>	
<p>1. Mucho tiempo</p> <p>2. Bastante tiempo</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Poco tiempo</p> <p>5. Nada de tiempo</p>	
<p>3.17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?</p>	
<p>1. Nada cumplidor</p> <p>2. Poco cumplidor</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Bastante cumplido</p> <p>5. Muy cumplidor</p>	
<p>3.18. ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?</p>	
<p>1. Mucha dificultad</p> <p>2. Bastante dificultad</p> <p>3. Regular</p>	

4. Poca dificultad	
5. Nada de dificultad	
3.19 Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno?	
0:No	
1:Si	
3.20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?	
0:Si	
1:No	
3.21. Adhesión global	

Anexo 4. AFRONTAMIENTO. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (FONT Y BAYÉS 2001)

4. AFRONTAMIENTO. Cuestionario de Estrategias de afrontamiento (Font y Cardoso 2009)	
Indique con un círculo la respuesta adecuada	
1. Nunca	
2. A Veces	
3. Con frecuencia	
4. Siempre	
ESTRATEGIAS COGNITIVAS	
4.1. Pienso "Esto lo tengo que superar yo mismo"	1234
4.2. Pienso "Tiene algún aspecto positivo"	1234
4.3. Busco un sentido a mi enfermedad	1234
4.4. Intento no pensar en ella. Pienso en otras cosas	1234
4.5. Intento encontrar en mi pasado una explicación a lo que me pasa	1234
4.6. Pienso "tengo que prepararme para cosas peores"	1234
4.7. Pienso "Esto ya pasará. Son problemas que solo duran cierto tiempo"	1234
ESTRATEGIAS CONDUCTUALES	
4.8. Busco información sobre lo que me pasa.	1234
4.9. Busco ayuda en otras personas	1234
4.10. Intento solucionar los problemas yo mismo/a	1234
4.11. Decido yo mismo/a ir al médico inmediatamente	1234
4.12. Me distraigo con el trabajo o con otras cosas	1234
4.13. Hago exactamente todo lo que me dicen los médicos	1234
4.14. Bebo o como cosas que me gustan	1234
4.15. Disfruto de algunas cosas relacionadas con mi enfermedad: por ejemplo, hacer cosas que antes no hacía, hablar con los médicos, etc.	1234
4.16. Hablo de ello con algún familiar o amigo/a	1234
4.17. Salgo menos de casa. Evito hablar de ello con otras personas	1234

ESTRATEGIAS EMOCIONALES	
4.18. Acepto la situación tal como es. Me resigno	1234
4.19. Mantengo la esperanza. Me siento optimista	1234
4.20. Me siento culpable de lo que me pasa	1234
4.21. Expreso abiertamente mis sentimientos; por ejemplo, si me enfado, me quejo, si me siento triste, lo digo	1234
4.22. Cuando estoy triste, lo disimulo ante los demás	1234
4.23. Me desespero, me siento pesimista	1234
4.24. Hago bromas sobre ello. Me río o ironizo	1234
TOTAL	

Anexo 5. APOYO SOCIAL CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

5. APOYO SOCIAL	
CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL (SHERBOURNE C.D. Y STEWART, A.L. 1991)	
<p style="text-align: center;">APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL</p> <p>Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? _____</p> <p>(Personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)</p> <p>5.0 Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____; _____</p>	
<p>APOYO SOCIAL FUNCIONAL Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Pocas Veces 3. Algunas veces 4. La mayoría de las veces 5. Siempre 	
5.1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	12345
5.2. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	12345
5.3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	12345
5.4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	12345
5.5. Alguien que le muestre amor y afecto	12345
5.6. Alguien con quien pasar un buen rato	12345
5.7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	12345
5.8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	12345
5.9. Alguien que le abrace	12345
5.10. Alguien con quien pueda relajarse	12345
5.11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	12345
5.12. Alguien cuyo consejo realmente desee	12345
5.13. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	12345

5.14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	12345
5.15. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	12345
5.16. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	12345
5.17. Alguien con quien divertirse	12345
5.18. Alguien que comprenda sus problemas	12345
5.19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	12345
APOYO SOCIAL INSTRUMENTAL (5.1, 5.4; 5.11; 5.14)	
APOYO SOCIAL EMOCIONAL (5.2;5.3;5.6;5.7;5.8; 5.10,5.12,5.13;5.15;5.16, 5.17,5.18)	
APOYO SOCIAL AFECTIVO (5.5.; 5.9; 5.19)	
APOYO SOCIAL TOTAL	

Anexo 6. ESCALA DE SATISFACCIÓN DE AJUSTE SOCIAL.

SAAS

6. ESCALA DE SATISFACCIÓN DE AJUSTE SOCIAL. SAAS	
En qué medida le interesan las siguientes actividades:	
6.1. ¿Tiene usted trabajo o actividad remunerada?: SI/NO	
6.2. ¿En qué medida le interesa su trabajo?	
3. Mucho 2. Moderadamente 1. Poco 0. Nada	
6.3. Si no tiene trabajo ¿En qué medida le interesa su ocupación principal: doméstica, cuidado de otras personas?	
3. Mucho 2. Moderadamente 1. Poco 0. Nada	
6.4. ¿En qué medida disfruta de estas actividades?	
3. Mucho 2. Moderadamente 1. Poco 0. Nada	
6.5. ¿En qué medida le interesan los <i>hobbies</i>?	
3. Mucho 2. Moderadamente 1. Poco 0. Nada	
6.6. La calidad de su tiempo libre es:	
3. Muy buena 2. Buena	

1. Aceptable 0. Satisfactoria	
6.7. ¿Con qué frecuencia busca las relaciones de tus familiares?	
3. Muy frecuentemente 2. Frecuentemente 1. Raras veces 0. Nunca	
6.8. ¿Cómo son las relaciones con su familia?	
3. Muy buenas 2. Buenas 1. Aceptables 0. Insatisfactorias	
6.9. A parte de su familia, se relaciona con:	
3. Muchas personas 2. Algunas personas 1. Pocas personas 0. Nadie	
6.10. ¿Intenta establecer relaciones con otras personas?	
3. Muy activamente 2. Activamente 1. Moderadamente 0. De ninguna forma	
6.11. ¿Cómo calificaría usted las relaciones con otras personas?	
3. Muy buenas 2. Buenas 1. Aceptables 0. Insatisfactorias	
6.12. ¿Qué valor le da a las relaciones con los demás?	
3. Gran valor	

<p>2. Bastante</p> <p>1. Un poco</p> <p>0. Nada</p>	
6.13. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted otras personas?	
<p>3. Siempre</p> <p>2. La mayor parte del tiempo</p> <p>1. Rara vez</p> <p>0. Nunca</p>	
6.14. ¿Respetas las normas sociales, las buenas maneras, los modales?	
<p>3. Siempre</p> <p>2. La mayor parte del tiempo</p> <p>1. Rara vez</p> <p>0. Nunca</p>	
6.15. ¿En qué medida está involucrado en la vida de la comunidad? (asociaciones, etc.)	
<p>3. Plenamente</p> <p>2. Moderadamente</p> <p>1. Ligeramente</p> <p>0. Nada en absoluto</p>	
6.16. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones, que le ayuden a comprender mejor determinadas situaciones?	
<p>3. Mucho</p> <p>2. Moderadamente</p> <p>1. Un poco</p> <p>0. Nada en absoluto</p>	
6.17. ¿Está interesado en la información científica, técnica y cultural?	
<p>3. Mucho</p> <p>2. Moderadamente</p> <p>1. Un poco</p> <p>0. Nada en absoluto</p>	
6.18. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?	

0. Siempre 1. La mayor parte del tiempo 2. Alguna vez 3. Nunca	
6.19. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado o excluido de su círculo?	
0. Siempre 1. La mayor parte del tiempo 2. Alguna vez 3. Nunca	
6.20. ¿Hasta qué punto piensa que su aspecto físico es importante?	
3. Siempre 2. La mayor parte del tiempo 1. Rara vez 0. Nunca	
6.21. ¿En qué medida tiene dificultades para manejar recursos e ingresos?	
0. Siempre 1. La mayor parte del tiempo 2. Rara vez 3. Nunca	
6.22. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?	
3. Siempre 2. La mayor parte del tiempo 1. Rara vez 0. Nunca	
AJUSTE SOCIAL TOTAL(0-60)	

Anexo 7 Informe del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi CEIC-E



INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DE EUSKADI (CEIC-E)

Dra. Iciar Alfonso Farnós como Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma de País Vasco (CEIC-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **AFRONTAMIENTO AL VIH Y APOYO SOCIAL COMO FACTORES MEDIADORES EN LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON O SIN DIAGNÓSTICOS MÚLTIPLES POR ABUSO DE DROGAS, O TRASTORNO MENTAL**, Código interno: PI2013142

Versión del Protocolo: Versión 3 de 14 de Febrero de 2014
Versión de la HIP: GENERAL / Version 3 del 14 de Febrero de 2014

Y que este Comité reunido el día 26/02/2014 (recogido en acta 03/2014) ha decidido emitir **dictamen favorable** a que dicho proyecto sea realizado por los siguientes investigadores:

- Carmen Vicioso Etxebarria (*Psicología Clínica*) Sº Enfermedades Infecciosa Hospital U. de Basurto. Hospital U. de Cruces. Hospital U. Donostia

Lo que firmo en Vitoria, a 3 de marzo de 2014

Fdo:



Dra. Iciar Alfonso Farnós
Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)



INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DE EUSKADI
(CEIC-E)

Dra. Iciar Alfonso Farnós como Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma de País Vasco (CEIC-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **AFRONTAMIENTO AL VIH Y APOYO SOCIAL COMO FACTORES MEDIADORES EN LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON O SIN DIAGNÓSTICOS MÚLTIPLES POR ABUSO DE DROGAS, O TRASTORNO MENTAL**, Código interno: PI2013142

Versión del Protocolo: Versión 3 de 14 de Febrero de 2014
Versión de la HIP: GENERAL / Version 3 de 14 de Febrero de 2014

Y que este Comité reunido el día 25/02/2014 (recogido en acta 03/2014) ha decidido emitir **dictamen favorable** a que dicho proyecto sea realizado por los siguientes investigadores:

- Carmen Viciosa Etxebarria (*Psicología Clínica*) S^o Enfermedades Infecciosas Hospital U. de Basurto, Hospital U. de Cruces, Hospital U. Donostia

Lo que firmo en Vitoria, a 3 de marzo de 2014

Fdo:



Dra. Iciar Alfonso Farnós
Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)

Anexo 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora principal:

Carmen Vicioso Etxebarria, Con D.N.I.30575549Q; Asociación de lucha contra el SIDA y Autoapoyo t4, C/ Alda Urquijo, 28. 48013 Bilbao.

Alumna de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).

Departamento: Procesos Psicológicos Básicos y su Desarrollo.

Programa de Doctorado “Individuo, Grupo, Organización y Cultura”.

Título del estudio:

“Afrontamiento al VIH, Apoyo social y Adherencia como factores mediadores en la calidad de vida en personas con VIH en tratamiento antirretroviral con o sin diagnósticos múltiples por abuso de drogas, o trastorno mental”

El Objetivo del estudio es analizar la calidad de vida en función de factores de riesgo; como consumo de drogas o comorbilidad psiquiátrica, y menor probabilidad de factores protectores para la salud, como el apoyo social o los estilos de afrontamiento. En este estudio se analizará la calidad de vida de las

personas con VIH en tratamiento antirretroviral.

Método.

Se procede a la selección de la muestra siguiendo el criterio de informar a los pacientes que acuden a consulta durante el periodo seleccionado. La muestra se toma seleccionando a 4 personas consecutivas cada día, tomando como base los criterios de ser VIH positivo, estar en tratamiento antirretroviral al menos durante tres meses como mínimo. La persona de contacto será el clínico del hospital seleccionado o el psicólogo/a o educador/a en el caso de los centros de atención psicosocial, quien informa a las personas que acuden a su cita del estudio que se está realizando.

Centros Participantes:

Hospital de Basurto. Servicio de Enfermedades Infecciosas

Hospital Donostia. Servicio de Enfermedades Infecciosas

Asociación t4 de Lucha contra el sida y Autoapoyo

Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia.

Los criterios de inclusión en este estudio son: tener infección por VIH y recibir tratamiento antirretroviral durante al menos 3 meses en la Comunidad Autónoma del País Vasco y aceptar voluntariamente participar en el estudio.

La información será procesada durante el análisis de los resultados obtenidos y aparecerá en los informes finales. En ningún caso será posible identificarle, garantizándole la confidencialidad de la información obtenida en cumplimiento de la legislación vigente.

Participación:

Se solicita participación consistente en realizar un cuestionario de aproximadamente 20 minutos de duración de una sola vez.

Grupo 1 (50): Personas con VIH en tratamiento antirretroviral y no tratamiento psiquiátrico/ drogodependencia a opiáceos en tratamiento con metadona. N: 40:

Grupo 2 (25): Personas con VIH en tratamiento antirretroviral y tratamiento psiquiátrico

Grupo 3 (25): Personas con VIH en tratamiento antirretroviral y con drogodependencia a opiáceos y en tratamiento con metadonay/o tratamiento psiquiátrico

Se garantiza el derecho a la voluntariedad. Solo acceden al estudio aquellas personas que previamente hayan recibido toda esta información por parte de la persona responsable del Centro.

Tratamiento de los datos y confidencialidad

Se solicita su consentimiento para la utilización de sus datos para el desarrollo del proyecto. Se garantiza el derecho a la confidencialidad de los datos. Tanto los datos personales (edad, sexo, raza) como los datos de salud, como la muestra para investigación, se recogerán empleando un procedimiento de codificación

Beneficios y atención:

Los datos recogidos en este estudio podrán derivar en un mayor conocimiento

Tesis Doctoral

de la enfermedad objeto de estudio.

La participación es totalmente voluntaria y la relación con el equipo no se verá afectada.

Revocación del consentimiento.

Puede revocar en cualquier momento su participación sin necesidad de dar explicaciones. En este caso no se recogerán datos.

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se pueden ejercitar ante el Investigador que le informa.

Para participar es preciso firmar el presente escrito:

Yo,.....:.....

Consiento en participar en el estudio mencionado, conozco las condiciones, tiempo de duración, carácter gratuito y anónimo del mismo). Una vez iniciado el estudio, puede dejar de participar en el mismo en cualquier momento.

Y para que así conste firmo la presente en

BILBAO ade 2014

Firmadel interesado/a

Referencias Bibliográficas

- Abbink, T. E., & Berkhout, B. (2008). HIV-1 reverse transcription initiation: a potential target for novel antivirals? *Virus Res*, *134*(1-2), 4-18. doi:10.1016/j.virusres.2007.12.009
- Abdel-Hameed, E. A., Ji, H., & Shata, M. T. (2016). HIV-Induced Epigenetic Alterations in Host Cells. *Adv Exp Med Biol*, *879*, 27-38. doi:10.1007/978-3-319-24738-0_2
- Adams, C., Zacharia, S., Masters, L., Coffey, C., & Catalan, P. (2016). Mental health problems in people living with HIV: changes in the last two decades: the London experience 1990-2014. *AIDS care*, *28 Suppl 1*, 56-59. doi:10.1080/09540121.2016.1146211
- Adetokunboh, O., Schoonees, A., & Wiysonge, C. (2014). Antiviral efficacy and safety of abacavir-containing combination antiretroviral therapy as first-line treatment of HIV-infected children and adolescents: a systematic review protocol. *Syst Rev*, *3*, 87. doi:10.1186/2046-4053-3-87
- Afzali, M., Shahhosseini, Z., & Hamzeshardeshi, Z. (2015). Social Capital Role in Managing High Risk Behavior: a Narrative Review. *Mater Sociomed*, *27*(4), 280-285. doi:10.5455/msm.2015.27.280-285
- Aguirrezabal, A., Fuster, M., & Valencia, J. (2009). Informe FIPSE. *Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial.*
- Aidala, A., Lee, G., Abramson, D., Messeri, P., & Siegler, A. (2007). Housing need, housing assistance, and connection to HIV medical care. *AIDS Behav*, *11*(2), 101-115.
- Aidala, A., Wilson, M., Shubert, V., Gogolishvili, D., Globerman, J., Rueda, S., . . . Rourke, S. (2016). Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A Systematic Review. *Am J Public Health*, *106*(1), e1-e23. doi:10.2105/ajph.2015.302905
- Aierdi, X., Basabe, N., Blanco, C., & Oleada, J. (2007). La población Latinoamericana en la CAPV. *Ikuspegi.*
- Airhihenbuwa, C. O., Ford, C. L., & Iwelunmor, J. I. (2014). Why culture matters in health interventions: lessons from HIV/AIDS stigma and NCDs. *Health Educ Behav*, *41*(1), 78-84. doi:10.1177/1090198113487199

- Alarcón, M., & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos.
- Alexander, T. (2016). Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Testing: 30 Years of Evolution. *Clin Vaccine Immunol*, 23(4), 249-253. doi:10.1128/cvi.00053-16
- Alfahad, T. B., & Nath, A. (2013). Update on HIV-associated neurocognitive disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 13(10), 387. doi:10.1007/s11910-013-0387-7
- Alfonso, R., Hurtado, I., Espacio, A., Santos, G., & Tomas, S. (1999). Risk behaviours and seroprevalence to HIV, HBV and HCV in patients of the AIDS information and prevention center in Valencia, Spain. *Gac Sanit*, 13(1), 16-21.
- Alidjinou, E. K., Bocket, L., & Hober, D. (2015). Quantification of viral DNA during HIV-1 infection: A review of relevant clinical uses and laboratory methods. *Pathologie Biologie*, 63(1), 53-59. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.patbio.2014.07.007
- Alino, J., & De Flores, T. (2004). *DSM-IV-TR Manual Diagnostico Y Estadistico: De Los Trastornos Mentales*: American Psychiatric Publishing.
- Allport, G. W. (1967). *Pattern and growth in personality*. N.Y.: Holt, Rinehart and Winston.
- Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M., Trotta, M., Murri, R., Bartoli, L., . . . Starace, F. (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 45(5), 394-402.
- Anigilaje, E. A., Dabit, O. J., Tyovenda, R. K., Emebolu, A. J., Agbedeh, A. A., Olutola, A., & Anigilaje, O. O. (2014). Effects of leisure activities and psychosocial support on medication adherence and clinic attendance among children on antiretroviral therapy. *HIV AIDS (Auckl)*, 6, 127-137. doi:10.2147/hiv.s64964
- Antoni, M. (2003). Stress management effects on psychological, endocrinological, and immune functioning in men with HIV infection: empirical support for a psychoneuroimmunological model. *Stress*, 6(3), 173-188.

- Antoni, M., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., . . . Fletcher, M. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(6), 906.
- Antoni, M., Cruess, S., Cruess, D., Kumar, M., Lutgendorf, S., Ironson, G., . . . Schneiderman, N. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-infected gay men. *Annals of Behavioral Medicine, 22*(1), 29-37. doi:10.1007/BF02895165
- Arana, X., Montañés, V., & Urios, C. (2012). Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria. *Oñati Socio-legal Series, 2*(6), 6-21.
- Arbeit, M. R., Fisher, C. B., Macapagal, K., & Mustanski, B. (2016). Bisexual Invisibility and the Sexual Health Needs of Adolescent Girls. *LGBT Health*. doi:10.1089/lgbt.2016.0035
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., . . . Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones, 25*(2), 118-127.
- Arriba-González, A. (2001). El concepto de exclusión en política social. *Trabajo social hoy*(34), 47-76.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Universitas Psychologica, 5*(3), 659-668.
- Arseniou, S., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2014). HIV infection and depression. *Psychiatry Clin Neurosci, 68*(2), 96-109. doi:10.1111/pcn.12097
- Asla, N., Aguirrezabal, A., López, A., López, A., & Broz, R. (2014). Ser mujer con vih: autorrealización y autoaceptación. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD, 2*(1), 1-20.
- Asnis, G. M., & Migdal, A. L. (2005). Neuropsychiatric impact of hepatitis C on advanced HIV. *Neurology, 64*(4), 768; author reply 768.
- Asociación t4 de Lucha contra el SIDA. (2012, 2014). *Memorias de la asociación T4. Memoria de centros y Servicios* Retrieved from Archivos propios:

- Asociación t4 de lucha contra el sida y Autoapoyo. (2011). *Memoria GIZ 2011/48-0101. Subvención para actividades de intervención social con personas, familias y grupos. "Programa de intervención grupal para el fomento de la autorrealización y el afecto positivo en personas con VIH"* Retrieved from Departamento de Empleo y Servicios Sociales del Gobierno Vasco:
- Asociación t4 de lucha contra el sida y Autoapoyo. (2015). *Memoria de actividades Asociación t4* Retrieved from <http://asociaciont4.com/wp-content/uploads/2015/03/MEMORIA-DIVULGATIVA.pdf>
- Aspinwall, L., & Staudinger, U. (2002). A psychology of human strengths: perspectives on an emerging field. *Washington (DC): American Psychiatric Association.*
- Ayala, L. (2009). *Desigualdad, pobreza y privación* (Vol. 26): Cáritas Española.
- Ayala, L., Martínez, R., & Sastre, M. (2007). Familia, infancia y privación social. Estudio de las situaciones de pobreza en la infancia. *Tercer Sector*, 223.
- Ayala, L., & Sastre, M. (2002). La dinámica de las rentas individuales en la Unión Europea: divergencias y factores determinantes. *IX Encuentro de Economía Pública.*
- Badía, X., & García, A. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. *La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica. Barcelona: Edimac*, 61-78.
- Badía, X., Podzamcer, D., López-Lavid, C., & García, M. (1999). Medicina basada en la evidencia y la validación del cuestionario de calidad de vida: versión española del MOS-VIH para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 17(2), 103-113
- Badía, X., & Podzamcer, D. (2000). Calidad de vida en el paciente infectado por VIH/SIDA. *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 701-709.
- Badía, X., Podzamcer, D., Casado, A., López-Lavid, C., García, M., & Group, a. t. S. M.-H. M.-H. V. (2000). Evaluating changes in health status in HIV-infected patients: Medical Outcomes Study-HIV and Multidimensional Quality of Life-HIV quality of life questionnaires. *AIDS*, 14(10), 1439-1447.

- Baker, B. M., Block, B. L., Rothchild, A. C., & Walker, B. D. (2009). Elite control of HIV infection: implications for vaccine design. *Expert Opin Biol Ther*, 9(1), 55-69. doi:10.1517/14712590802571928
- Ballester, R. (2002). Gender differences in adherence to treatment and illness behavior in HIV/AIDS patients: an exploratory study in Spain1. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 2(2), 219-236.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(1), 53-69.
- Ballester, R., Gomez-Martinez, S., Fumaz, C., Gonzalez-Garcia, M., Remor, E., & Fuster, M. (2016). A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS Behav*, 20(2), 281-291. doi:10.1007/s10461-015-1208-6
- Ballester, R., Reinoso, I., García, S., & Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y modificación de conducta*, 26(109), 689-718.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. A. (2009). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*: Artmed Editora.
- Bandura, A., & Rivièrè, A. (1982). Teoría del aprendizaje social.
- Bangsberg, D. R., Hecht, F. M., Clague, H., Charlebois, E. D., Ciccarone, D., Chesney, M., & Moss, A. (2001). Provider assessment of adherence to HIV antiretroviral therapy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26(5), 435-442.
- Barber, T. J., Bradshaw, D., Hughes, D., Leonidou, L., Margetts, A., Ratcliffe, D., . . . Catalan, J. (2014). Screening for HIV-related neurocognitive impairment in clinical practice: challenges and opportunities. *AIDS care*, 26(2), 160-168. doi:10.1080/09540121.2013.819401
- Barreiro, P., Garcia-Benayas, T., Soriano, V., & Gallant, J. (2002). Simplification of antiretroviral treatment--how to sustain success, reduce toxicity and ensure adherence avoiding PI use. *AIDS Rev*, 4(4), 233-241.
- Barreiro, P., Martin-Carbonero, L., & Garcia-Samaniego, J. (2008). Hepatitis B in patients with HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 26 Suppl 7, 71-79.

- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447. doi:10.1007/BF00918174
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*.
- Barrón, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Barton, K. M., & Palmer, S. E. (2016). How to Define the Latent Reservoir: Tools of the Trade. *Curr HIV/AIDS Rep*, 13(2), 77-84. doi:10.1007/s11904-016-0304-1
- Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X., & Jiménez-Aristizabal, A. (2009). Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida. Ikuspegi. Observatorio vasco de inmigración. *Colección Ikusgai Bilduma*, n^o3.
- Basabe, N., Paicheler, H., & Páez, D. (1996). *El desafío social del SIDA* (Vol. 211): Editorial Fundamentos.
- Bateganya, M. H., Dong, M., Oguntomilade, J., & Suraratdecha, C. (2015). The impact of social services interventions in developing countries: a review of the evidence of impact on clinical outcomes in people living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 68 Suppl 3, S357-367. doi:10.1097/qai.0000000000000498
- Battegay, M., Haerry, D. H., Fehr, J., Staehelin, C., Wandeler, G., & Elzi, L. (2014). Psychosocial aspects on the treatment of HIV-infection. *Ther Umsch*, 71(8), 509-513. doi:10.1024/0040-5930/a000545
- Battjes, R. J., Pickens, R. W., Haverkos, H. W., & Sloboda, Z. (1994). HIV risk factors among injecting drug users in five US cities. *AIDS*, 8(5), 681-687.
- Bauermeister, J. A., Eaton, L., Andrzejewski, J., Loveluck, J., VanHemert, W., & Pingel, E. S. (2015). Where You Live Matters: Structural Correlates of HIV Risk Behavior Among Young Men Who Have Sex with Men in Metro Detroit. *AIDS Behav*, 19(12), 2358-2369. doi:10.1007/s10461-015-1180-1
- Baum, M. K., Rafie, C., Lai, S., Sales, S., Page, B., & Campa, A. (2009). Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 50(1), 93-99.

- Bayés, R. (1995). *Sida y psicología*: Ediciones Martínez Roca.
- Bayés, R., Comellas, B., Lorente, S., & Viladrich, M. D. C. (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, *10*(1), 127-134.
- Becerro, M., & Vicioso, C. (1993). Intervención grupal en pacientes con sida. *Publicación oficial de la sociedad Española interdisciplinaria del SIDA*, *4*(1).
- Beckett, A., & Rutan, J. S. (1990). Treating persons with ARC and AIDS in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *40*(1), 19-29.
- Beer, L., Mattson, C. L., Bradley, H., & Skarbinski, J. (2016). Understanding Cross-Sectional Racial, Ethnic, and Gender Disparities in Antiretroviral Use and Viral Suppression Among HIV Patients in the United States. *Medicine (Baltimore)*, *95*(13), e3171. doi:10.1097/md.00000000000003171
- Benhar, M., Shytaj, I. L., Stamler, J. S., & Savarino, A. (2016). Dual targeting of the thioredoxin and glutathione systems in cancer and HIV. *J Clin Invest*, *126*(5), 1630-1639. doi:10.1172/jci85339
- Berenguer, M., Jorquera, F., Angel Serra, M., Sola, R., & Castellano, G. (2014). Hepatitis C treatment in special patient groups. *Gastroenterol Hepatol*, *37 Suppl 1*, 23-36. doi:10.1016/s0210-5705(15)30004-2
- Bertisch, B., Grinsztejn, B., & Calmy, A. (2013). HIV-infected women in Europe: gender-specific needs and challenges. *Antivir Ther*, *18*(4), 549-551.
- Bhatti, A. B., Usman, M., & Kandi, V. (2016). Current Scenario of HIV/AIDS, Treatment Options, and Major Challenges with Compliance to Antiretroviral Therapy. *Cureus*, *8*(3), e515. doi:10.7759/cureus.515
- Biello, K. B., Oldenburg, C. E., Safren, S. A., Rosenberger, J. G., Novak, D. S., Mayer, K. H., & Mimiaga, M. J. (2016). Multiple syndemic psychosocial factors are associated with reduced engagement in HIV care among a multinational, online sample of HIV-infected MSM in Latin America. *AIDS care*, *28 Suppl 1*, 84-91. doi:10.1080/09540121.2016.1146205
- Bilbao, M. Á., Techio, E. M., & Páez, D. (2007). Felicidad, cultura y valores personales: estado de la cuestión y síntesis meta-analítica. *Revista de Psicología (Lima)*, *25*(2), 135-276.

- Bing, E., Burnam, M., Longshore, D., & et al. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus–infected adults in the united states. *Archives of general psychiatry*, 58(8), 721-728. doi:10.1001/archpsyc.58.8.721
- Bing, E., Burnam, M., Longshore, D., Fleishman, J., Sherbourne, C., London, A., . . . Vitiello, B. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus–infected adults in the United States. *Archives of general psychiatry*, 58(8), 721-728.
- Bini, E. J., Kritz, S., Brown, L. S., Jr., Robinson, J., Alderson, D., & Rotrosen, J. (2011). Barriers to providing health services for HIV/AIDS, hepatitis C virus infection and sexually transmitted infections in substance abuse treatment programs in the United States. *J Addict Dis*, 30(2), 98-109. doi:10.1080/10550887.2011.554780
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blanco, J., Mallolas, J., Gatell, J., Clotet, B., Podzamczar, D., & Miró, J. (2007). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1. *Guía práctica del SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento*, 9, 49-61.
- Blanco, J., & Martínez-Picado, J. (2012). HIV integrase inhibitors in ART-experienced patients. *Curr Opin HIV AIDS*, 7(5), 415-421. doi:10.1097/COH.0b013e328356dcb6
- Blankson, J. (2010a). Control of HIV-1 replication in elite suppressors. *Discov Med*, 9(46), 261-266.
- Blankson, J. (2010b). Effector mechanisms in HIV-1 infected elite controllers: Highly active immune responses? *Antiviral Research*, 85(1), 295-302. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.08.007
- Bloch, M., Farris, M., Tilden, D., Gowers, A., & Cunningham, N. (2010). Triple-class HIV antiretroviral therapy failure in an Australian primary care setting. *Sex Health*, 7(1), 17-24. doi:10.1071/sh09039
- Blouin, K., Leclerc, P., Morissette, C., Roy, E., Blanchette, C., Parent, R., . . . Alary, M. (2016). Sex Work as an Emerging Risk Factor for Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among People who Inject Drugs in the SurvUDI Network. *Sex Transm Dis*, 43(10), 648-655. doi:10.1097/olq.0000000000000504

- Bobes, J., Gonzalez, M., Bascarán, M., Corominas, A., Adán, A., Sánchez, J., & Such, P. (1998). Validation of the Spanish version of the social adaptation scale in depressive patients. *Actas españolas de psiquiatria*, 27(2), 71-80.
- Bonet, R., Ferrer, M. J., & Vilajoana, J. (1994). Estrategias de gupo y SIDA: ayuda mutua. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47(2), 193-200.
- Bos, A. E., Schaalma, H. P., & Pryor, J. B. (2008). Reducing AIDS-related stigma in developing countries: the importance of theory- and evidence-based interventions. *Psychol Health Med*, 13(4), 450-460. doi:10.1080/13548500701687171
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), S57-S70.
- Bouteloup, V., Sabin, C., Mocroft, A., Gras, L., Pantazis, N., Le Moing, V., . . . Thiebaut, R. (2016). Reference curves for CD4 T-cell count response to combination antiretroviral therapy in HIV-1-infected treatment-naive patients. *HIV Med*. doi:10.1111/hiv.12389
- Boyle, B. A. (2004). Antiretroviral simplification: multiple benefits, some concerns. *AIDS Read*, 14(4), 166, 169-170.
- Brandt, C., Zvolensky, M. J., Woods, S. P., Gonzalez, A., Safren, S. A., & O'Cleirigh, C. M. (2017). Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*, 51, 164-184. doi:10.1016/j.cpr.2016.11.005
- Breland, J. Y., Mignogna, J., Kiefer, L., & Marsh, L. (2015). Models for treating depression in specialty medical settings: a narrative review. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(4), 315-322. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.04.010
- Brennan-Ing, M., Seidel, L., & Karpiak, S. E. (2017). Social Support Systems and Social Network Characteristics of Older Adults with HIV. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*, 42, 159-172. doi:10.1159/000448561
- Brent, A. C. (2006). Case study: a 45-year-old gay man with HIV/HCV co-infection. *JAAPA, Suppl*, 15.
- Brent, R. J. (2016). The value of reducing HIV stigma. *Soc Sci Med*, 151, 233-240. doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.014

- Breuer, E., Stoloff, K., Myer, L., Seedat, S., Stein, D. J., & Joska, J. A. (2014). The validity of the Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener (SAMISS) in people living with HIV/AIDS in primary HIV care in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav*, *18*(6), 1133-1141. doi:10.1007/s10461-014-0698-y
- Brezing, C., Ferrara, M., & Freudenreich, O. (2015). The syndemic illness of HIV and trauma: implications for a trauma-informed model of care. *Psychosomatics*, *56*(2), 107-118.
- Briongos, L., Bachiller, P., Palacios, T., González, M., & Eiros, J. (2011). Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Med*, *12*(1), 22-30.
- Brittain, K., Mellins, C. A., Phillips, T., Zerbe, A., Abrams, E. J., Myer, L., & Remien, R. H. (2017). Social Support, Stigma and Antenatal Depression Among HIV-Infected Pregnant Women in South Africa. *AIDS Behav*, *21*(1), 274-282. doi:10.1007/s10461-016-1389-7
- Bronfenbrenner, U. (1976). The Experimental Ecology of Education 1. *Educational researcher*, *5*(9), 5-15.
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development*: Harvard university press.
- Brook, M. G., Dale, A., Tomlinson, D., Waterworth, C., Daniels, D., & Forster, G. (2001). Adherence to highly active antiretroviral therapy in the real world: experience of twelve English HIV units. *AIDS Patient Care STDS*, *15*(9), 491-494.
- Brooks, A. J., Lokhnygina, Y., Meade, C. S., Potter, J. S., Calsyn, D. A., & Greenfield, S. F. (2013). Racial/ethnic differences in the rates and correlates of HIV risk behaviors among drug abusers. *Am J Addict*, *22*(2), 136-147. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00303.x
- Brown, G. R., & Rundell, J. R. (1990). Prospective study of psychiatric morbidity in HIV-seropositive women without AIDS. *Gen Hosp Psychiatry*, *12*(1), 30-35.
- Brown, T. T., & Guaraldi, G. (2017). Multimorbidity and Burden of Disease. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*, *42*, 59-73. doi:10.1159/000448544

- Buchacz, K., Baker, R. K., Palella, F. J., Jr., Shaw, L., Patel, P., Lichtenstein, K. A., . . . Brooks, J. T. (2013). Disparities in prevalence of key chronic diseases by gender and race/ethnicity among antiretroviral-treated HIV-infected adults in the US. *Antivir Ther*, *18*(1), 65-75. doi:10.3851/imp2450
- Buscher, A. L., Kallen, M. A., Suarez-Almazor, M. E., & Giordano, T. P. (2015). Development of an "Impact of HIV" Instrument for HIV Survivors. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *26*(6), 720-731. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.08.002
- Cabrera, P. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España* (Vol. 5): Cáritas Española.
- Calsyn, D. A., Hatch-Maillette, M. A., Meade, C. S., Tross, S., Campbell, A. N., & Beadnell, B. (2013). Gender differences in heterosexual anal sex practices among women and men in substance abuse treatment. *AIDS Behav*, *17*(7), 2450-2458. doi:10.1007/s10461-012-0387-7
- Calsyn, D. A., Peavy, M., Wells, E. A., Campbell, A. N., Hatch-Maillette, M. A., Greenfield, S. F., & Tross, S. (2013). Differences between men and women in condom use, attitudes, and skills in substance abuse treatment seekers. *Am J Addict*, *22*(2), 150-157. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00312.x
- Calvete, E. (2008). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*, *14*.
- Campos-Outcalt, D. (2007). Time to revise your HIV testing routine. *J Fam Pract*, *56*(4), 283-284.
- Campsmith, M. L., Nakashima, A. K., & Davidson, A. J. (2003). Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview project. *Health Qual Life Outcomes*, *1*(1), 12.
- Canini, S. R., Reis, R. B., Pereira, L. A., Gir, E., & Pela, N. T. (2004). HIV/AIDS patients' quality of life: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*, *12*(6), 940-945. doi:/S0104-11692004000600014
- Cantó, O., del Río, C., & Gradín, C. (2001). *La evolución de la pobreza estática y dinámica en España en el período 1985-1995*. Retrieved from
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*: Behavioral Publications.

- Caplan, G., & Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help : multidisciplinary explorations*. New York Grune & Stratton.
- Carcelain, G., & Autran, B. (2013). Immune interventions in HIV infection. *Immunol Rev*, 254(1), 355-371. doi:10.1111/imr.12083
- Cardenal, V., & Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Cardona-Arias, J. A., & Higueta-Gutierrez, L. F. (2014). Impact of HIV/AIDS on quality of life: meta-analysis 2002-2012. *Rev Esp Salud Publica*, 88(1), 87-101. doi:10.4321/s1135-57272014000100006
- Carnicer-Pont, D., Vives, N., & Casabona, I. B. J. (2011). Epidemiology of human immunodeficiency virus infection: delay in diagnosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29(2), 144-151. doi:10.1016/j.eimc.2010.11.010
- Caron-Debarle, M., Lagathu, C., Boccara, F., Vigouroux, C., & Capeau, J. (2010). HIV-associated lipodystrophy: from fat injury to premature aging. *Trends Mol Med*, 16(5), 218-229. doi:10.1016/j.molmed.2010.03.002
- Carrobbles, J., Orejudo, S., & Ladero, L. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17(4), 575-581.
- Carrobbles, J., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Cary, D. C., Fujinaga, K., & Peterlin, B. M. (2016). Molecular mechanisms of HIV latency. *J Clin Invest*, 126(2), 448-454. doi:10.1172/jci80565
- Casale, M. (2015). The importance of family and community support for the health of HIV-affected populations in Southern Africa: what do we know and where to from here? *Br J Health Psychol*, 20(1), 21-35. doi:10.1111/bjhp.12127
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482.

- Castro, K., Ward, J., Slutsker, L., Buehler, J., Jaffe, H., Berkelman, R., & Curran, J. (1993). 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Clinical Infectious Diseases*, 17(4), 802-810.
- Catalan, J., Meadows, J., & Douzenis, A. (2000). The changing pattern of mental health problems in HIV infection: The view from London, UK. *AIDS care*, 12(3), 333-341.
- Catalan, J., Tuffrey, V., Ridge, D., & Rosenfeld, D. (2017). What influences quality of life in older people living with HIV? *AIDS Res Ther*, 14, 22. doi:10.1186/s12981-017-0148-9
- Cederbaum, J. A., Rice, E., Craddock, J., Pimentel, V., & Beaver, P. (2017). Social networks of HIV-positive women and their association with social support and depression symptoms. *Women Health*, 57(2), 268-282. doi:10.1080/03630242.2016.1157126
- Celentano, D. D., Vlahov, D., Cohn, S., Shadle, V. M., Obasanjo, O., & Moore, R. D. (1998). Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users. *Jama*, 280(6), 544-546.
- Celse, M., Geffroy, L., & Yeni, P. (2014). HIV infection and social condition: a disease which remains singular. *Rev Prat*, 64(8), 1099-1102.
- Chaiyachati, K. H., Ogbuaji, O., Price, M., Suthar, A. B., Negussie, E. K., & Barnighausen, T. (2014). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS*, 28 Suppl 2, S187-204. doi:10.1097/qad.0000000000000252
- Chakravarty, I. M., Roy, J., & Laha, R. G. (1967). Handbook of methods of applied statistics.
- Chan, B. T., & Tsai, A. C. (2016). HIV stigma trends in the general population during antiretroviral treatment expansion: analysis of 31 countries in sub-Saharan Africa, 2003-2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72(5), 558-564. doi:10.1097/qai.0000000000001011
- Chander, G., Josephs, J., Fleishman, J., Korthuis, P. T., Gaist, P., Hellinger, J., & Gebo, K. (2008). Alcohol use among HIV-infected persons in care: results of a multi-site survey. *HIV Med*, 9(4), 196-202. doi:10.1111/j.1468-1293.2008.00545.x
- Chandwani, H., & Gopal, R. (2010). Social Change Communication: Need of the Hour for the Prevention of HIV/AIDS. *J Clin Med Res*, 2(1), 23-26. doi:10.4021/jocmr2009.12.1285

- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood. *Psychol Bull*, 136(6), 1068.
- Chaudoir, S. R., Norton, W. E., Earnshaw, V. A., Moneyham, L., Mugavero, M. J., & Hiers, K. M. (2012). Coping with HIV stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression? *AIDS Behav*, 16(8), 2382-2391. doi:10.1007/s10461-011-0039-3
- Chen, I. M., Huang, C. L., Yeh, B. J., & Chien, Y. L. (2015). Health service utilization of heroin abusers: a retrospective cohort study. *Addict Behav*, 45, 281-286. doi:10.1016/j.addbeh.2015.01.042
- Chesney, M. (2003). Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care STDS*, 17(4), 169-177.
- Chinouya, M., Hildreth, A., Goodall, D., Aspinall, P., & Hudson, A. (2017). Migrants and HIV stigma: findings from the Stigma Index Study (UK). *Health Soc Care Community*, 25(1), 35-42. doi:10.1111/hsc.12179
- Chiodi, F., & Fenyo, E. M. (1991). Neurotropism of human immunodeficiency virus. *Brain Pathol*, 1(3), 185-191.
- Choi, J. Y. (2013). Mental health of HIV-infected patients: A severe, but Overlooked Problem. *Infect Chemother*, 45(2), 239-240. doi:10.3947/ic.2013.45.2.239
- Chong, E. S., Mak, W. W., Tam, T. C., Zhu, C., & Chung, R. W. (2017). Impact of perceived HIV stigma within men who have sex with men community on mental health of seropositive MSM. *AIDS care*, 29(1), 118-124. doi:10.1080/09540121.2016.1201190
- Christman, L. (1980). The Use of Statistical Methods. *Aspects of nonverbal communication*, 193.
- Chu, C., & Selwyn, P. A. (2011). An epidemic in evolution: the need for new models of HIV care in the chronic disease era. *J Urban Health*, 88(3), 556-566. doi:10.1007/s11524-011-9552-y
- Cisse, C. T., Niang, M. M., Sy, A. K., Faye, E. H., & Moreau, J. C. (2015). Epidemioclinical and legal aspects and cost management of sexual abuse among minors in Dakar, Senegal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 44(9), 825-831. doi:10.1016/j.jgyn.2014.10.010
- Claus, R. E., Orwin, R. G., Kissin, W., Krupski, A., Campbell, K., & Stark, K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *J Subst Abuse Treat*, 32(1), 27-39.

- Clerc, O., Colombo, S., Yerly, S., Telenti, A., & Cavassini, M. (2010). HIV-1 elite controllers: Beware of super-infections. *Journal of Clinical Virology*, 47(4), 376-378. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2010.01.013
- Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu, L., Catalan, J., & Sherr, L. (2011). A systematic review of interventions for anxiety in people with HIV. *Psychol Health Med*, 16(5), 528-547.
- Clutter, D. S., Jordan, M. R., Bertagnolio, S., & Shafer, R. W. (2016). HIV-1 drug resistance and resistance testing. *Infection, Genetics and Evolution*, 46, 292-307. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.meegid.2016.08.031
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coffman, D. L., & Kugler, K. C. (2012). Causal mediation of a human immunodeficiency virus preventive intervention. *Nurs Res*, 61(3), 224-230. doi:10.1097/NNR.0b013e318254165c
- Cohen, M., Chen, Y., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M., Kumarasamy, N., . . . Pilotto, J. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England journal of medicine*, 365(6), 493-505.
- Cohen, M., Underwood, L., & Gottlieb, B. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*: Oxford University Press.
- Coiras, M., Lopez-Huertas, M. R., & Alcami, J. (2010). HIV-1 latency and eradication of long-term viral reservoirs. *Discov Med*, 9(46), 185-191.
- Colasanti, J., Stahl, N., Farber, E., Del Rio, C., & Armstrong, W. (2017). An Exploratory Study to Assess Individual and Structural Level Barriers Associated With Poor Retention and Re-engagement in Care Among Persons Living With HIV/AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 74 Suppl 2, S113-s120. doi:10.1097/qai.0000000000001242
- Coleman, J. D., Tate, A. D., Gaddist, B., & White, J. (2016). Social Determinants of HIV-Related Stigma in Faith-Based Organizations. *Am J Public Health*, 106(3), 492-496. doi:10.2105/ajph.2015.302985
- Collazos, J., Asensi, V., & Cartón, J. (2007). Sex differences in the clinical, immunological and virological parameters of HIV-infected patients treated with HAART. *AIDS*, 21(7), 835-843.

- Collins, J. H. (2009). *The Person-Centered Way: Revolutionizing quality of life in long-term care*: James H. Collins.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*, 127(1), 87-127.
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Ben-Abdallah, A., Cunningham-Williams, R., & Spitznagel, E. L. (2000). The effects of psychiatric comorbidity on response to an HIV prevention intervention. *Drug Alcohol Depend*, 58(3), 247-257.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Conway, K. P., & Colliver, J. D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry*, 162(8), 1494-1502. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1494
- Coppola, N., Martini, S., Pisaturo, M., Sagnelli, C., Filippini, P., & Sagnelli, E. (2015). Treatment of chronic hepatitis C in patients with HIV/HCV coinfection. *World J Virol*, 4(1), 1-12. doi:10.5501/wjv.v4.i1.1
- Couto, P., Pinheiro, M., Poletto, M., Paludo, S., & Koller, S. (2006). Resiliência e psicologia positiva. *Memórias del primer encuentro iberoamericana de psicologia positiva*.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Crossley, M. L. (1997). "Survivors" and "victims": Long-term HIV positive individuals and the ethos of self-empowerment. *Social science & medicine*, 45(12), 1863-1873. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00124-X
- Csikszentmihalyi, M. (1988). The future of flow.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Happiness and creativity. *The Futurist*, 31(5), S8.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American psychologist*, 54(10), 821.
- Csikszentmihalyi, M., & Davidson, R. (1997). *Finding flow : the psychology of engagement with everyday life*. Toronto, Ont.: CNIB.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), Pág. 83-96.

- Cuca, Y. P., & Rose, C. D. (2016). Social Stigma and Childbearing for Women Living With HIV/AIDS. *Qual Health Res*, 26(11), 1508-1518. doi:10.1177/1049732315596150
- Cuesta, M., Lopez, M., Nieto, P., Junquera, M. L., Varela, J. A., & Vazquez, F. (2012). Introduction of a rapid HIV test in Sexually Transmitted Infections Units. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 30(4), 189-191. doi:10.1016/j.eimc.2011.10.005
- Culhane, D. P., Gollub, E., Kuhn, R., & Shpaner, M. (2001). The co-occurrence of AIDS and homelessness: results from the integration of administrative databases for AIDS surveillance and public shelter utilisation in Philadelphia. *J Epidemiol Community Health*, 55(7), 515-520.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. E. Sarason, I. G. E. Sarason, & G. R. E. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. (pp. 528 pp. (pp. 319-366)): Oxford, England: John Wiley & Sons.
- D'Amelio, R., Tuerlings, E., Perito, O., Biselli, R., Natalicchio, S., & Kingma, S. (2001). A global review of legislation on HIV/AIDS: the issue of HIV testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 28(2), 173-179.
- da Silva, J., Bunn, K., Bertoni, R. F., Neves, O. A., & Traebert, J. (2013). Quality of life of people living with HIV. *AIDS care*, 25(1), 71-76. doi:10.1080/09540121.2012.686594
- Daniyal, M., Akram, M., Hamid, A., Nawaz, A., Usmanghani, K., Ahmed, S., & Hameed, L. (2016). Review: Comprehensive review on treatment of HIV. *Pak J Pharm Sci*, 29(4), 1331-1338.
- Darlington, C. K., & Hutson, S. P. (2017). Understanding HIV-Related Stigma Among Women in the Southern United States: A Literature Review. *AIDS Behav*, 21(1), 12-26. doi:10.1007/s10461-016-1504-9
- Davis, T., & DiClemente, R. (2016). Human Immunodeficiency Virus Prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25(2), 283-295. doi:10.1016/j.chc.2015.11.006
- Davis, T., & Zanjani, F. (2012). Prevention of HIV among older adults: a literature review and recommendations for future research. *J Aging Health*, 24(8), 1399-1420. doi:10.1177/0898264312459347
- Davtyan, M., Farmer, S., Brown, B., Sami, M., & Frederick, T. (2016). Women of Color Reflect on HIV-Related Stigma through PhotoVoice. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 27(4), 404-418. doi:10.1016/j.jana.2016.03.003

- Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract*, *16*, 102. doi:10.1186/s12875-015-0319-5
- De Clercq, E. (2007). Anti-HIV drugs. *Verh K Acad Geneeskd Belg*, *69*(2), 81-104.
- De Hert, M., Correll, C., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., . . . Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, *10*(1), 52-77. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
- De La Riva, F. (2012). Foro debate 2: participación para la inclusión y transformación social. *Recuperado/07/2015 de <http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/2/Forodedebate2.pdf>* ISBN, 978-846156614.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, *372*(9634), 246-255.
- de Sousa Gurgel, W., da Silva Carneiro, A. H., Barreto Reboucas, D., Negreiros de Matos, K. J., do Menino Jesus Silva Leitao, T., & de Matos e Souza, F. G. (2013). Prevalence of bipolar disorder in a HIV-infected outpatient population. *AIDS care*, *25*(12), 1499-1503. doi:10.1080/09540121.2013.779625
- Dean, D., & Berger, J. R. (2012). Neuro-AIDS in the developing world. *Neurology*, *78*(7), 499-500. doi:10.1212/WNL.0b013e318246d73c
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, *11*(4), 227-268.
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*, *382*(9903), 1525-1533. doi:10.1016/s0140-6736(13)61809-7
- Dejman, M., Ardakani, H. M., Malekafzali, B., Moradi, G., Gouya, M. M., Shushtari, Z. J., . . . Mohraz, M. (2015). Psychological, Social, and Familial Problems of People Living with HIV/AIDS in Iran: A Qualitative Study. *Int J Prev Med*, *6*, 126. doi:10.4103/2008-7802.172540

- Des Jarlais, D. C., McCarty, D., Vega, W. A., & Bramson, H. (2013). HIV infection among people who inject drugs: the challenge of racial/ethnic disparities. *Am Psychol*, 68(4), 274-285. doi:10.1037/a0032745
- Desai, M. M., & Rosenheck, R. A. (2004). HIV testing and receipt of test results among homeless persons with serious mental illness. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2287-2294. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2287
- Dezube, B. J. (2000). New therapies for the treatment of AIDS-related Kaposi sarcoma. *Curr Opin Oncol*, 12(5), 445-449.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 851.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 926.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian journal of clinical psychology*, 24, 25-41.
- Dietrich, I., McEwan, W. A., Hosie, M. J., & Willett, B. J. (2011). Restriction of the felid lentiviruses by a synthetic feline TRIM5-CypA fusion. *Vet Immunol Immunopathol*, 143(3-4), 235-242. doi:10.1016/j.vetimm.2011.06.017
- Díez Nicolás, J. (2005). Las dos caras de la inmigración. *Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración*, 3.
- DiMatteo, M. (2004a). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis: American Psychological Association.
- DiMatteo, M. (2004b). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*, 42(3), 200-209.
- Dinwiddie, S. H. (1997). Characteristics of injection drug users derived from a large family study of alcoholism. *Compr Psychiatry*, 38(4), 218-229.

- Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. (2015a). *Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2014. Análisis de la evolución 2000-2014.* Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2014.pdf>
- Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. (2015b). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH registro nacional de casos de SIDA* Gobierno de España, Retrieved from http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf.
- Documento de consenso de GESIDA. (2015). Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). *Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida, 209*, e63.
- Doran, C. M. (1997). New approaches to using antiretroviral therapy for the management of HIV Infection. *Ann Pharmacother, 31*(2), 228-236.
- Duncombe, C., Ball, A., Passarelli, C., & Hirnschall, G. (2013). Treatment 2.0: catalyzing the next phase of treatment, care and support. *Curr Opin HIV AIDS, 8*(1), 4-11. doi:10.1097/COH.0b013e32835ba7ff
- Dunear-Jacob, J., Erlen, J. A., Schlenk, E. A., Ryan, C. M., Sereika, S. M., & Doswell, W. M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual review of nursing research, 18*(1), 48-90.
- Dunfee, R., Thomas, E. R., Gorry, P. R., Wang, J., Ancuta, P., & Gabuzda, D. (2006). Mechanisms of HIV-1 neurotropism. *Curr HIV Res, 4*(3), 267-278.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social Support and Cancer: Findings Based on Patient Interviews and Their Implications. *Journal of social issues, 40*(4), 77-98. doi:10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x
- Dvaranauskaitė, L., Velyvyte, D., Kurklietyte, V., Gumbelevicius, A., Keleras, E., Laiskonis, A., & Mickiene, A. (2009). Acquired Immunodeficiency Syndrome and opportunistic infections. *Medicina (Kaunas), 45*(11), 929-935.
- EACS. (2017). The European AIDS Clinical Society. Retrieved from <http://www.eacsociety.org/>

- Ed, D., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Elzi, L., Conen, A., Patzen, A., Fehr, J., Cavassini, M., Calmy, A., . . . Battegay, M. (2016). Ability to Work and Employment Rates in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-1-Infected Individuals Receiving Combination Antiretroviral Therapy: The Swiss HIV Cohort Study. *Open Forum Infect Dis*, 3(1), ofw022. doi:10.1093/ofid/ofw022
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of personality and social psychology*, 51(5), 1058.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle : selected papers*. New York: International Universities Press.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2016). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2015*. Retrieved from European Centre for Disease Prevention and Control,
- WHO Regional Office for Europe, :
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/324370/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf?ua=1
- Eustace, R. W. (2013). A discussion of HIV/AIDS family interventions: implications for family-focused nursing practice. *J Adv Nurs*, 69(7), 1660-1672. doi:10.1111/jan.12006
- Evans, D. L., Ten Have, T. R., Douglas, S. D., Gettes, D. R., Morrison, M., Chiappini, M. S., . . . Wang, Y. L. (2002). Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1752-1759.
- Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Humphries, D. L., & Hansen, N. B. (2015). Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging Ment Health*, 19(11), 1015-1021. doi:10.1080/13607863.2014.1003287
- Fantova, F. (2015). *Innovación social y Tercer Sector de Acción Social*.
- Farber, E., Bhaju, J., Campos, P., Hodari, K., Motley, V., Dennany, B., . . . Sharma, S. (2010). Psychological well-being in persons receiving HIV-related mental health services: the role of personal meaning in a stress and coping model. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(1), 73-79.

- Farber, E., & Marconi, V. (2014). Palliative HIV care: opportunities for biomedical and behavioral change. *Curr HIV/AIDS Rep*, *11*(4), 404-412. doi:10.1007/s11904-014-0226-8
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *34*(1), 45-63.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, *384*(9953), 1529-1540.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, *5*(12), e225.
- Feelemyer, J., Des Jarlais, D., Arasteh, K., & Uuskula, A. (2015). Adherence to antiretroviral medications among persons who inject drugs in transitional, low and middle income countries: an international systematic review. *AIDS Behav*, *19*(4), 575-583. doi:10.1007/s10461-014-0928-3
- Ferguson, T., Stewart, K., Funkhouser, E., Tolson, J., Westfall, A., & Saag, M. (2002). Patient-perceived barriers to antiretroviral adherence: associations with race. *AIDS care*, *14*(5), 607-617.
- Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., & Trussler, T. (2017). Stigma and suicide among gay and bisexual men living with HIV. *AIDS care*, 1-5. doi:10.1080/09540121.2017.1290762
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I., & Paz-Bermúdez, M. (2014). Psychological and socio-demographic variables associated with sexual risk behavior for sexually transmitted infections/HIV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*(2), 120-127. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70045-6
- Fernández, I., Carrera, F., Sánchez, F., Páez, D., Páez, D., Fernández, I., . . . Zubieta, E. (2004). Interacción y comunicación emocional. D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubieta (Coords.), *Psicología social, cultura y educación*, 469-508.
- Fleishman, J., & Fogel, B. (1994). Coping and depressive symptoms among young people with AIDS. *Health Psychology*, *13*(2), 156.

- Fleishman, J., Sherbourne, C., Cleary, P., Wu, A., Crystal, S., & Hays, R. (2003). Patterns of coping among persons with HIV infection: Configurations, correlates, and change. *American Journal of Community Psychology, 32*(1-2), 187-204.
- Fleishman, J., Sherbourne, C., Crystal, S., Collins, R., Marshall, G. N., Kelly, M., . . . Hays, R. D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology, 28*(4), 421-453.
- Florenzano, R., & Dussailant, F. (2011). Felicidad, salud mental y vida familiar. *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina, 247-258*.
- Flores-Sarazúa, E., Mas, M. B., & San Gregorio, M. A. P. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de poliotoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(2), 285-300.
- Flowers, P., Knussen, C., Li, J., & McDaid, L. (2013). Has testing been normalized? An analysis of changes in barriers to HIV testing among men who have sex with men between 2000 and 2010 in Scotland, UK. *HIV Med, 14*(2), 92-98. doi:10.1111/j.1468-1293.2012.01041.x
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., & Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling, 46*(2), 93-108.
- Folayan, M. O., Harrison, A., Brown, B., Odetoyinbo, M., Stockman, J. K., Ajuwon, A. J., & Caceres, C. F. (2016). Associations between Forced Sexual Initiation, HIV Status, Sexual Risk Behavior, Life Stressors, and Coping Strategies among Adolescents in Nigeria. *PLoS One, 11*(5), e0155210. doi:10.1371/journal.pone.0155210
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine, 45*(8), 1207-1221.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L., & Coates, T. (1993). Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and-negative gay men in San Francisco. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(7), 409-416.

- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 745-774.
- Fonseca, E., Fernández, J., Lemos, S., García, E., Paíno, M., Villazón, Ú., & Paños, L. (2008). Propiedades psicométricas del Social Adaptation Self-evaluation Scale en adolescentes españoles. *Psiquiatría. com*, 12(2).
- Font, A., & Bayés, R. (1993). *Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas*. Paper presented at the Aportaciones recientes a la evaluación psicologica.
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Fontana, A. (1971). *Psicoanálisis y cambio* (Vol. 110): Ediciones de la Flor.
- Ford, M. (2012). Monitoring HIV Care in the United States: A Strategy for Generating National Estimates of HIV Care and Coverage. In M. A. Ford & C. M. Spicer (Eds.), *Monitoring HIV Care in the United States: A Strategy for Generating National Estimates of HIV Care and Coverage*. Washington DC: 2012 by the National Academy of Sciences.
- Ford, N., Flexner, C., Vella, S., Ripin, D., & Vitoria, M. (2013). Optimization and simplification of antiretroviral therapy for adults and children. *Curr Opin HIV AIDS*, 8(6), 591-599. doi:10.1097/coh.0000000000000010
- Fortenberry, J. D. (2013). The evolving sexual health paradigm: transforming definitions into sexual health practices. *AIDS*, 27 Suppl 1, S127-133. doi:10.1097/qad.0000000000000048
- Forthal, D., Hope, T. J., & Alter, G. (2013). New paradigms for functional HIV-specific nonneutralizing antibodies. *Curr Opin HIV AIDS*, 8(5), 393-401. doi:10.1097/COH.0b013e328363d486
- Foster, R., Morris, S., Ryder, N., Wray, L., & McNulty, A. (2011). Screening of HIV-infected patients for non-AIDS-related morbidity: an evidence-based model of practice. *Sex Health*, 8(1), 30-42. doi:10.1071/sh10021

- Franco-Paredes, C., Tellez, I., & del Rio, C. (2006). Rapid HIV testing: a review of the literature and implications for the clinician. *Curr HIV/AIDS Rep*, 3(4), 169-175.
- Frankl, V. E. (2000). *Man's search for meaning : an introduction to logotherapy*. Boston, Mass.: Beacon Press.
- Frazier, P., Tix, A., & Barron, K. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of counseling psychology*, 51(1), 115.
- French, H., Greeff, M., Watson, M. J., & Doak, C. M. (2015). A comprehensive HIV stigma-reduction and wellness-enhancement community intervention: a case study. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 26(1), 81-96. doi:10.1016/j.jana.2014.03.007
- French, M., Moore, K., Vernace-Inserra, F., & Hawker, G. (2005). Factors that influence adherence to calcium recommendations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 66(1), 25-29.
- Friedman-Kien, A., Laubenstein, L., Marmor, M., Hymes, K., Green, J., Ragaz, A., . . . Weintraub, M. (1981). Kaposi sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men--New York City and California. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 30(25), 305-308.
- Friedman, E., & Ryff, C. (2012). Living well with medical comorbidities: A biopsychosocial perspective. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 535-544.
- Friedman, S., Rossi, D., & Braine, N. (2009). Theorizing "Big Events" as a potential risk environment for drug use, drug-related harm and HIV epidemic outbreaks. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 283-291.
- Fultz, P. (1998). Dual infections occur more often than realized. *AIDS Alert*, 13(12), 142-143.
- Fundación FOESSA. (2014). VII Informe sobre exclusión social y desarrollo social en España. *Madrid: Cáritas/Fundación FOESSA*.
- Fuster, M., Molero, F., Gil de Montes, L., Aguirrezabal, A., Toledo, J., & Jaen, A. (2014). Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS care*, 26(sup1), S41-S45.

- Gala, C., Pergami, A., Catalan, J., Durbano, F., Musicco, M., Riccio, M., . . . Invernizzi, G. (1993). The psychosocial impact of HIV infection in gay men, drug users and heterosexuals. Controlled investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 163(5), 651-659.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of personality*, 77(4), 1025-1050.
- Gallant, J. E. (2000). Strategies for long-term success in the treatment of HIV infection. *Jama*, 283(10), 1329-1334.
- Gallego, L., & Gordillo, M. (2001). *Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Paper presented at the Anales de Medicina Interna.
- Ganau, M., Prisco, L., Pescador, D., & Ganau, L. (2012). Challenging New Targets for CNS-HIV Infection. *Front Neurol*, 3, 43. doi:10.3389/fneur.2012.00043
- Garay, M., Notario, E., Duque, J., Olaskoaga, A., & Uriarte, J. (2012). Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*(52), 179-190.
- García-Blanco, J. (2012). La exclusión social en la teoría social de Niklas Luhmann. *Século XXI–Revista de Ciências Sociais*, 2(1), 43-71.
- García-Sánchez, I., & Ararteko. (1998). *Rechazo social hacia las personas seropositivas en la CAPV*: Ararteko.
- García-Sánchez, M. (2010). *Calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia, estrategias de afrontamiento y diferencias de género: Un estudio transcultural*. (phD), Universitat Autònoma de Barcelona. (B-9367-2011)
- García-Serrano, C., Malo, M., & Rodríguez-Cabrero, G. (2001). *Un intento de medición de la vulnerabilidad ante la exclusión social*. Paper presented at the Pobreza y exclusión: la "malla de seguridad" en España.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178.
- Garmezy, N. (1991a). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*, 20(9), 459-466.

- Garmezy, N. (1991b). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*, 34(4), 416-430.
- Gavegnano, C., & Schinazi, R. F. (2009). Antiretroviral therapy in macrophages: implication for HIV eradication. *Antivir Chem Chemother*, 20(2), 63-78. doi:10.3851/imp1374
- Gaynes, B. N., O'Donnell, J., Nelson, E., Heine, A., Zinski, A., Edwards, M., . . . Pence, B. W. (2015). Psychiatric comorbidity in depressed HIV-infected individuals: common and clinically consequential. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(4), 277-282. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.03.021
- George, D., & Mallery, M. (2003). Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference.
- George, S., Bergin, C., Clarke, S., Courtney, G., & Codd, M. B. (2016). Health-related quality of life and associated factors in people with HIV: an Irish cohort study. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 115. doi:10.1186/s12955-016-0517-4
- Geretti, A. M., & Tsakiroglou, M. (2014). HIV: new drugs, new guidelines. *Curr Opin Infect Dis*, 27(6), 545-553. doi:10.1097/qco.000000000000106
- Gielen, A., Fogarty, L., O'Campo, P., Anderson, J., Keller, M., & Faden, R. (2000). Women living with HIV: disclosure, violence, and social support. *Journal of Urban Health*, 77(3), 480-491.
- Gielen, A., McDonnell, K., Burke, J., & O'Campo, P. (2000). Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Maternal and child health journal*, 4(2), 111-120.
- Gielen, A., McDonnell, K., Wu, A., O'campo, P., & Faden, R. (2001). Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behaviors. *Social science & medicine*, 52(2), 315-322.
- Gifford, R. J. (2012). Viral evolution in deep time: lentiviruses and mammals. *Trends Genet*, 28(2), 89-100. doi:10.1016/j.tig.2011.11.003
- Gładysz, A., Szymczak, A., & Simon, K. (2002). Natural history of the HIV infection and changes in the central nervous system. *Przegl Epidemiol*, 56 Suppl 1, 6-16.

- Glass, T. R., De Geest, S., Weber, R., Vernazza, P. L., Rickenbach, M., Furrer, H., . . . Battegay, M. (2006). Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(3), 385-392.
- Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre, Ley 15/1999 de 13 de diciembre C.F.R. (1999).
- Gobierno de España. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 15.
- ORDEN de 23 de julio de 1987 del Departamento de Sanidad y Consumo por la que se crea el Plan para la Prevención y el Control del SIDA y de las infecciones relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). 156 C.F.R. (1987).
- Ley 15/1988, de 11 de noviembre, sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de Drogodependencias., (1988).
- Gobierno Vasco. (2008a). Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del País Vasco*(246), 31.840-831.924.
- Ley 12/2008, de 23 de diciembre para la garantía de ingresos y para la inclusión social de la Comunidad Autónoma del País Vasco, N° 2008250-31/12/2008 C.F.R. (2008b).
- Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social., (2008c).
- Gobierno Vasco. (2011). *Observatorio Vasco de Drogodependencias Informe X (2008-2010)* Retrieved from http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_informe_anua/es_8694/adjuntos/Informe10_ovd.pdf.
- DECRETO 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social., (2013).
- Gobierno Vasco. (2016). *Situación epidemiológica del VIH/sida y las ITS (2015). Nuevas infecciones por VIH 2015. Casos de sida 2015. Tratamiento antirretroviral 2015.* Retrieved from http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksida05/es/contenidos/informacion/sida_epidemiologia/es_sida/epidemiologia.html.

- Gobierno Vasco. (2015). *Estrategia para la atención de la hepatitis C en Euskadi*. Retrieved from http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/enfermedades_hepatitis_docum/es_def/adjuntos/hepatitis_c.pdf.
- Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T., & Ferrand, I. (2000). Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients-apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris. *Encephale*, 26(6), 11-20.
- Gogtay, J. A., & Malhotra, G. (2013). Reformulation of existing antiretroviral drugs. *Curr Opin HIV AIDS*, 8(6), 550-555. doi:10.1097/coh.0000000000000006
- Goldman, T. R. (2014). Living with HIV and growing old. *Health Aff (Millwood)*, 33(3), 359-361. doi:10.1377/hlthaff.2014.0059
- Gollub, E., Cyrus-Cameron, E., Armstrong, K., Boney, T., Mercer, D., Fiore, D., & Chhatre, S. (2013). Active Drug-Using Women Use Female-Initiated Barrier Methods to Reduce HIV/STI Risk: Results from a Randomized Trial. *ISRN Addict*, 2013, 768258. doi:10.1155/2013/768258
- Gómez-Serrano, P., Arriola, J., Buendía García, L., Fanjul, G., Gómez Ciriano, E. J., Larrú, J. M., . . . Vicent Valverde, L. (2014). *Documento de trabajo 8.1. para el VII Informe FOESSA. España en el entorno internacional. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*. .
- Gonzalez, J., Penedo, F., Antoni, M., Durán, R., McPherson-Baker, S., Ironson, G., . . . Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4), 413.
- Gorantla, S., Poluektova, L., & Gendelman, H. E. (2012). Rodent models for HIV-associated neurocognitive disorders. *Trends Neurosci*, 35(3), 197-208. doi:10.1016/j.tins.2011.12.006
- Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., & González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13(13), 1763-1769.
- Gorry, P. R., Churchill, M., Crowe, S. M., Cunningham, A. L., & Gabuzda, D. (2005). Pathogenesis of macrophage tropic HIV-1. *Curr HIV Res*, 3(1), 53-60.
- Gosling, J. (2008). HIV/Aids: an encounter with death or a journey into life? *Journal of Analytical Psychology*, 53(2), 261-269. doi:10.1111/j.1468-5922.2008.00720.x

- Gostin, L. O. (2015). A Tale of Two Diseases: Mental Illness and HIV/AIDS. *Milbank Q*, 93(4), 687-690. doi:10.1111/1468-0009.12161
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342.
- Grant, J. S., Vance, D. E., Keltner, N. L., White, W., & Raper, J. L. (2013). Reasons why persons living with HIV include individuals in their chosen families. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 24(1), 50-60. doi:10.1016/j.jana.2012.04.007
- Green, J., & McCreaner, A. (1989). *Counselling in HIV infection and AIDS*: Blackwell Scientific Publications.
- Gregson, S., & Garnett, G. P. (2000). Contrasting gender differentials in HIV-1 prevalence and associated mortality increase in eastern and southern Africa: artefact of data or natural course of epidemics? *AIDS*, 14 Suppl 3, S85-99.
- Grijalbo, J., Insúa, P., & Iruín, A. (2000). Características y evolución de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en un servicio público de salud mental extrahospitalario. *Psiquiatría Biológica*, junio, 7(3), 30-41.
- Gross, A. M., Jaeger, P. A., Kreisberg, J. F., Licon, K., Jepsen, K. L., Khosroheidari, M., . . . Ng, C. T. (2016). Methylome-wide analysis of chronic HIV infection reveals five-year increase in biological age and epigenetic targeting of HLA. *Molecular cell*, 62(2), 157-168.
- Grotberg, E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. *Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa, 216.
- Grupo EPI-VIH. (2012). Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2000–2010. Retrieved from <http://www.isciii.es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe-EPI-VIH-2000-2010.pdf>
- Gu, W. G. (2015). Genome editing-based HIV therapies. *Trends Biotechnol*, 33(3), 172-179. doi:10.1016/j.tibtech.2014.12.006

- Guaraldi, G., Prakash, M., Moecklinghoff, C., & Stellbrink, H. J. (2014). Morbidity in older HIV-infected patients: impact of long-term antiretroviral use. *AIDS Rev*, *16*(2), 75-89.
- Gurtler, L. (1996). Difficulties and strategies of HIV diagnosis. *Lancet*, *348*(9021), 176-179.
- Halkitis, P. N., Parsons, J. T., Wolitski, R., & Remien, R. H. (2003). Characteristics of HIV antiretroviral treatments, access and adherence in an ethnically diverse sample of men who have sex with men. *AIDS care*, *15*(1), 89-102.
- Hammer, S. M., Eron, J. J., Reiss, P., & et al. (2008). Antiretroviral treatment of adult hiv infection: 2008 recommendations of the international aids society–usa panel. *Jama*, *300*(5), 555-570. doi:10.1001/jama.300.5.555
- Handford, C. D., Tynan, A. M., Rackal, J. M., & Glazier, R. H. (2006). Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD004348. doi:10.1002/14651858.CD004348.pub2
- Harding, R., Liu, L., Catalan, J., & Sherr, L. (2011). What is the evidence for effectiveness of interventions to enhance coping among people living with HIV disease? A systematic review. *Psychol Health Med*, *16*(5), 564-587.
- Harding, R., & Molloy, T. (2008). Positive futures? The impact of HIV infection on achieving health, wealth and future planning. *AIDS care*, *20*(5), 565-570.
- Haregu, T. N., Setswe, G., Elliott, J., & Oldenburg, B. (2014). National Responses to HIV/AIDS and Non-Communicable Diseases in Developing Countries: Analysis of Strategic Parallels and Differences. *J Public Health Res*, *3*(1), 99. doi:10.4081/jphr.2014.99
- Haseli, N., Esmaealzadeh, F., Ghahramani, F., Alimohamadi, Y., Hayati, R., & Mahboubi, M. (2014). Health-related quality of life and its related factors in HIV(+) patients referred to Shiraz Behavioral Counseling Center, Iran in 2012. *Med J Islam Repub Iran*, *28*, 13.
- Hawk, M., & Davis, D. (2012). The effects of a harm reduction housing program on the viral loads of homeless individuals living with HIV/AIDS. *AIDS care*, *24*(5), 577-582.
- Hayes, A. F. (2016). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. (Version 2.16). Retrieved from www.afhayes.com

- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care.
- Hays, R., Kravitz, R., Mazel, R., Sherbourne, C., DiMatteo, M., Rogers, W., & Greenfield, S. (1994). The impact of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in the Medical Outcomes Study. *Journal of behavioral medicine*, 17(4), 347-360.
- Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., Kalichman, S., Masten, J., & Goodkin, K. (2000). Late middle-aged and older men living with HIV/AIDS: race differences in coping, social support, and psychological distress. *Journal of the National Medical Association*, 92(9), 436.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Rhodes, T. and Hedrich, D.(eds), *Scientific Monograph Series*(10).
- Hellinger, F. J. (1993). The use of health services by women with HIV infection. *Health Services Research*, 28(5), 543.
- Herdman, M., & Baró, E. (2000). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. *Badía X, Podzamczak D. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1ª ed. Madrid: Jarpyo Editores*, 19-33.
- Herman, J. L. (2004). Introduction: Hidden in plain sight: Clinical observations on prostitution. *Journal of Trauma Practice*, 2(3-4), 1-13.
- Hernando, V., Álvarez-del Arco, D., Alejos, B., Monge, S., Amato-Gauci, A. J., Noori, T., . . . Del Amo, J. (2015). HIV infection in migrant populations in the european union and european economic area in 2007–2012: an epidemic on the move. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 70(2), 204-211.
- Herschhorn, A., & Hizi, A. (2010). Retroviral reverse transcriptases. *Cell Mol Life Sci*, 67(16), 2717-2747. doi:10.1007/s00018-010-0346-2
- Hidalgo, M., & Jiménez, M. (2011). Medición y predicción de la satisfacción con la vida en inmigrantes empleados en España. Diferencias según su situación administrativa. *Anales de psicología*, vol. 27, nº 1, 2011.
- HIV/AIDS, J. U. N. P. o. (2010). Llegar a cero: estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH e el sida (ONUSIDA) para 2011-2015: Ginebra.

- HIV/AIDS., J. U. N. P. o., & UNAIDS. (2005). *Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators*: World Health Organization.
- Hobkirk, A. L., Towe, S. L., Lion, R., & Meade, C. S. (2015). Primary and Secondary HIV Prevention Among Persons with Severe Mental Illness: Recent Findings. *Curr HIV/AIDS Rep*, 12(4), 406-412. doi:10.1007/s11904-015-0294-4
- Hodges-Mameletzis, I., De Bree, G. J., & Rowland-Jones, S. L. (2011). An underestimated lentivirus model: what can HIV-2 research contribute to the development of an effective HIV-1 vaccine? *Expert Rev Anti Infect Ther*, 9(2), 195-206. doi:10.1586/eri.10.176
- Holahan, C., Moos, R., Moerkbak, M., Cronkite, R., Holahan, C., & Kenney, B. (2007). Spousal similarity in coping and depressive symptoms over 10 years. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 551.
- Holahan, C., Moos, R., & Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning.
- Hormes, J. M., Gerhardstein, K. R., & Griffin, P. T. (2012). Under-reporting of alcohol and substance use versus other psychiatric symptoms in individuals living with HIV. *AIDS care*, 24(4), 420-423. doi:10.1080/09540121.2011.608795
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*: Addison-Wesley Pub. Co.
- Hughes, C. A., Tseng, A., & Cooper, R. (2015). Managing drug interactions in HIV-infected adults with comorbid illness. *CMAJ*, 187(1), 36-43. doi:10.1503/cmaj.131626
- Hunt, S. W., & LaRosa, G. J. (1998). Chemokine Receptors As HIV Co-Receptors: Targets for Therapeutic Intervention in AIDS.
- Huntington, S., Folch, C., Gonzalez, V., Merono, M., Ncube, F., & Casabona, J. (2010). Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus, and associated factors among injecting drug users in Catalonia. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 28(4), 236-238. doi:10.1016/j.eimc.2009.06.004
- Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, 384(9953), 1541-1547.

- Ibáñez, E., Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., Velasco, C., Castro, A., . . . González, A. R. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*(82), 45-63.
- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Illangasekare, S., Burke, J., McDonnell, K., & Gielen, A. (2013). The impact of intimate partner violence, substance use, and HIV on depressive symptoms among abused low-income urban women. *J Interpers Violence*, 28(14), 2831-2848. doi:10.1177/0886260513488682
- Inc, S. (2008). SPSS statistics for Windows, version 17.0. *Chicago. Released.*
- INFOSIDA. (2017). Tratamiento del VIH. Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA. Retrieved from <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/58/medicamentos-contr-el-vih-autorizados-por-la-fda>
- Insúa, P. (1996). *La Prevención del SIDA a Nivel Comunitario: Un Programa de Investigación-Acción con el Colectivo de Consumidores de Droga por Vía Parenteral* (C. San Juan Ed.). Colombia: Anthropos.
- Insúa, P., & Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: Conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo, Época III*, 77, 33-45.
- Insúa, P., & Grijalvo, J. (2001). Conceptos y estrategias fundamentales de los Programas de reducción de riesgos y daños asociados al uso de drogas. *Actualizaciones en SIDA*, 9, 35-48.
- Insúa, P., Lledó, M., & Grijalvo, J. (2001). Nuevos conceptos, nuevo discurso: Talleres de Consumo de Menos Riesgo. . *Trastornos Adictivos*, 3, 111-120.
- Insúa, P., & Moncada, S. (2001). ¿Está cambiando el discurso sobre el uso de drogas en las Instituciones?: Un Programa de Formación de Formadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 26, 6-28.
- Insúa, P., & Moncada, S. (2002). Cognición, Actitud y Conducta: Cambio en UDIs hacia la reducción de los riesgos asociados al uso de drogas. *Adicciones*, 14, 161-176.

- Insúa, P., & Ubillos, S. (1999). Parte II: Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de prevención con usuarios de drogas. In P. N. s. D. y. U. d. P. Vasco (Ed.), *Publicación Completa: Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de prevención con usuarios de drogas*. (pp. 169-283). Zarautz.
- Iraurgi, I. (2003a). El estrés y los estresores de ser positivo al VIH antes y después de la terapia antirretroviral de alta eficacia. *Publicación oficial de la sociedad Española interdisciplinaria del SIDA*, 14(5).
- Iraurgi, I. (2003b). *Situación psicosocial de consumidores de heroína adscritos a tratamiento en el País Vasco*.
- Iraurgi, I., Póo, M., & Márkez, I. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Rev Esp Salud Publica*, 78(5), 609-621.
- Iribarren, J. A., Rivas Gonzalez, P., Amador Prous, C., & Velasco Arribas, M. (2008). Clinical manifestations of HIV infection in distinct geographical areas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 26 Suppl 5, 6-11.
- Ironson, G., Balbin, E., Solomon, G., Fahey, J., Klimas, N., Schneiderman, N., & Fletcher, M. (2001). Relative preservation of natural killer cell cytotoxicity and number in healthy AIDS patients with low CD4 cell counts. *AIDS*, 15(16), 2065-2073.
- Ironson, G., & Hayward, H. s. (2008). Do Positive Psychosocial Factors Predict Disease Progression in HIV-1? A Review of the Evidence. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 546-554. doi:10.1097/PSY.0b013e318177216c
- Ironson, G., Kremer, H., & Lucette, A. (2016). Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *J Gen Intern Med*, 31(9), 1068-1076. doi:10.1007/s11606-016-3668-4
- Iskandar, S., Kamal, R., & De Jong, C. A. (2012). Psychiatric comorbidity in injecting drug users in Asia and Africa. *Curr Opin Psychiatry*, 25(3), 213-218. doi:10.1097/YCO.0b013e3283523d66
- Iskandar, S., van Crevel, R., Hidayat, T., Siregar, I. M., Achmad, T. H., van der Ven, A. J., & De Jong, C. A. (2013). Severity of psychiatric and physical problems is associated with lower quality of life in methadone patients in Indonesia. *Am J Addict*, 22(5), 425-431. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00334.x

- Iturbe, I. L. (2008). *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave*. Paper presented at the Intervención en exclusión social y drogodependencia: la confluencia entre políticas sociales y sanitarias: homenaje al" Abbé Pierre".
- Jaffe, H. W., Bregman, D. J., & Selik, R. M. (1983). Acquired immune deficiency syndrome in the United States: the first 1,000 cases. *Journal of Infectious Diseases*, *148*(2), 339-345.
- Jahoda, M. (1959). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic.
- Jakobsen, M. R., Olganier, D., & Hiscott, J. (2015). Innate immune sensing of HIV-1 infection. *Curr Opin HIV AIDS*, *10*(2), 96-102. doi:10.1097/coh.000000000000129
- Jia, C., Mehlum, L., & Qin, P. (2012). AIDS/HIV infection, comorbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *J Clin Psychiatry*, *73*(10), 1315-1321. doi:10.4088/JCP.12m07814
- Jia, H., Uphold, C., Zheng, Y., Wu, S., Chen, G., Findley, K., & Duncan, P. (2007). A further investigation of health-related quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. *Quality of Life research*, *16*(6), 961-968.
- Jiao, M., Gu, J., Xu, H., Hao, C., Lau, J. T., Mo, P., . . . Hao, Y. (2017). Resilience associated with mental health problems among methadone maintenance treatment patients in Guangzhou, China. *AIDS care*, *29*(5), 660-665. doi:10.1080/09540121.2016.1255705
- Jin, Y. H., Potthoff, A., Xu, J., Yu, W. J., Liu, K., Weng, N. C., . . . Wu, N. P. (2012). Evaluation of mental status HIV-infected patients: implications for treatment. *Curr HIV Res*, *10*(6), 546-551.
- Jitmuang, A., Munjit, P., & Foongladda, S. (2015). PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS AT SIRIRAJ HOSPITAL, BANGKOK, THAILAND. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, *46*(4), 697-706.
- Joseph, B., Kerr, T., Puskas, C. M., Montaner, J., Wood, E., & Milloy, M. J. (2015). Factors linked to transitions in adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected illicit drug users in a Canadian setting. *AIDS care*, *27*(9), 1128-1136. doi:10.1080/09540121.2015.1032205

- Kagee, A. (2012). Addressing psychosocial problems among persons living with HIV. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 15(6), 424-426. doi:http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i6.53
- Kagee, A., & Nel, A. (2012). Assessing the association between self-report items for HIV pill adherence and biological measures. *AIDS care*, 24(11), 1448-1452. doi:10.1080/09540121.2012.687816
- Kalichman, S. (2008). Co-occurrence of treatment nonadherence and continued HIV transmission risk behaviors: implications for positive prevention interventions. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 593-597.
- Kalichman, S., Washington, C., Kegler, C., Grebler, T., Kalichman, M. O., Cherry, C., & Eaton, L. (2015). Continued Substance Use Among People Living With HIV-Hepatitis-C Co-Infection and Receiving Antiretroviral Therapy. *Subst Use Misuse*, 50(12), 1536-1543. doi:10.3109/10826084.2015.1023451
- Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2015). Challenges in managing HIV in people who use drugs. *Curr Opin Infect Dis*, 28(1), 10-16. doi:10.1097/qco.0000000000000125
- Kamau, J. W., Kuria, W., Mathai, M., Atwoli, L., & Kangethe, R. (2012). Psychiatric morbidity among HIV-infected children and adolescents in a resource-poor Kenyan urban community. *AIDS care*, 24(7), 836-842. doi:10.1080/09540121.2011.644234
- Kamimura, M., & Oka, S. (2009). HIV infection/AIDS. *Nihon Rinsho*, 67(1), 119-124.
- Kaplan, B., Cassel, J., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Med Care*, 15(5 SUPPL), 47-58.
- Kaplan, R., Patterson, T., Kerner, D., & Grant, I. (1999). Apoyo social y salud en los trastornos por inmunodeficiencia adquirida. *Psicología clínica: perspectivas actuales*. Madrid: Pirámide.
- Kaplan, R., & Simon, H. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions 1, 2.
- Karsz, S. (2004). *La exclusión: concepto falso, problema verdadero*. Paper presented at the La exclusión: bordeando sus fronteras: definiciones y matices.

- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology, 3*(4), 219-233.
- Katz, I. T., Dietrich, J., Tshabalala, G., Essien, T., Rough, K., Wright, A. A., . . . Ware, N. C. (2015). Understanding treatment refusal among adults presenting for HIV-testing in Soweto, South Africa: a qualitative study. *AIDS Behav, 19*(4), 704-714. doi:10.1007/s10461-014-0920-y
- Kearney, F., Moore, A. R., Donegan, C. F., & Lambert, J. (2010). The ageing of HIV: implications for geriatric medicine. *Age Ageing, 39*(5), 536-541. doi:10.1093/ageing/afq083
- Keele-Card, G., Foxall, M., & Barron, C. (1993). Loneliness, Depression, and Social Support of Patients with COPD and Their Spouses. *Public Health Nursing, 10*(4), 245-251. doi:10.1111/j.1525-1446.1993.tb00060.x
- Kekwaletswe, C. T., & Morojele, N. K. (2014). Alcohol use, antiretroviral therapy adherence, and preferences regarding an alcohol-focused adherence intervention in patients with human immunodeficiency virus. *Patient Prefer Adherence, 8*, 401-413. doi:10.2147/ppa.s55547
- Kelly, J., & Kalichman, S. (2002). Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 626.
- Kemeny, M. E. (2003). An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Brain, behavior, and immunity, 17*(1), 62-72.
- Kennedy, C., O'Reilly, K., Medley, A., & Sweat, M. (2007). The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: a systematic review. *AIDS care, 19*(6), 707-720. doi:10.1080/09540120701203261
- Kennedy, D. P., Tucker, J. S., Green, H. D., Jr., Golinelli, D., & Ewing, B. (2012). Unprotected sex of homeless youth: results from a multilevel dyadic analysis of individual, social network, and relationship factors. *AIDS Behav, 16*(7), 2015-2032. doi:10.1007/s10461-012-0195-0
- Keshvari, M., Hajibeigi, B., Azarkeivan, A., Keyvani, H., Behnava, B., Saiedi Hosseini, S. Y., . . . Alavian, S. M. (2014). Seroepidemiology of human T-cell lymphotropic virus among Iranian adult thalassemic patients. *Transfus Med, 24*(4), 227-232. doi:10.1111/tme.12133

- Keuroghlian, A. S., Shtasel, D., & Bassuk, E. L. (2014). Out on the street: a public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. *Am J Orthopsychiatry*, 84(1), 66-72. doi:10.1037/h0098852
- Keyes, C. (1998a). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140.
- Keyes, C. (1998b). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. doi:10.2307/2787065
- Keyes, C. (2012). *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*: Springer Science & Business Media.
- Keyes, C. (2014). Happiness, flourishing, and life satisfaction. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*.
- Keyes, C. (2015). Human flourishing and salutogenetics. *Genetics of Psychological Well-Being: The role of heritability and genetics in positive psychology*, 1.
- Keyes, C., & Magyar-Moe, J. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 411-425.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Khalili, K., Kaminski, R., Gordon, J., Cosentino, L., & Hu, W. (2015). Genome editing strategies: potential tools for eradicating HIV-1/AIDS. *J Neurovirol*, 21(3), 310-321. doi:10.1007/s13365-014-0308-9
- Khalsa, H. K., Kowalewski, M. R., Anglin, M. D., & Wang, J. (1992). HIV-related risk behaviors among cocaine users. *AIDS Educ Prev*, 4(1), 71-83.
- Kidia, K., Machando, D., Bere, T., Macpherson, K., Nyamayaro, P., Potter, L., . . . Abas, M. (2015). 'I was thinking too much': experiences of HIV-positive adults with common mental disorders and poor adherence to antiretroviral therapy in Zimbabwe. *Trop Med Int Health*, 20(7), 903-913. doi:10.1111/tmi.12502
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 569.

- Killian, M. S., & Levy, J. A. (2011). HIV/AIDS: 30 years of progress and future challenges. *Eur J Immunol*, *41*(12), 3401-3411. doi:10.1002/eji.201142082
- Kindelán, J., del Amo, J., Ruiz, C., Saiz de la Hoya, P., & Pulido, F. (2002). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, *20*(Supl 2), 19-28.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., & Brooner, R. K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis*, *19*(4), 65-83. doi:10.1300/J069v19n04_07
- Kirk, J. B., & Goetz, M. B. (2009). Human immunodeficiency virus in an aging population, a complication of success. *J Am Geriatr Soc*, *57*(11), 2129-2138. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02494.x
- Kiwuwa-Muyingo, S., Oja, H., Walker, A., Ilmonen, P., Levin, J., Mambule, . . . Todd, J. (2013). Dynamic logistic regression model and population attributable fraction to investigate the association between adherence, missed visits and mortality: a study of HIV-infected adults surviving the first year of ART. *BMC Infect Dis*, *13*, 395. doi:10.1186/1471-2334-13-395
- Klerman, G., & Weissman, M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*: Jason Aronson, Incorporated.
- Knobel, H., Codina, C., Miró, J., Carmona, A., García, B., Antela, A., . . . Laguna, F. (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, *18*(1), 27-39.
- Knobel, H., Polo, R., & Escobar, I. (2008). *RECOMENDACIONES GESIDA/SEFH/PNS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. (Actualización Junio de 2008)* Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>.
- Knutsen, T., & Waal, H. (1990). Therapeutic and health care needs of HIV positive drug abusers. A study from an emergency institution. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *110*(22), 2861-2863.

- Kober, C., & Paxton, W. (2002). *Asset-based welfare and poverty: Exploring the case for and against asset-based welfare policies*: Institute for Public Policy Research.
- Koff, W. C. (2016). A shot at AIDS. *Curr Opin Biotechnol*, 42, 147-151. doi:10.1016/j.copbio.2016.03.007
- Komano, J., Futahashi, Y., Urano, E., Miyauchi, K., Murakami, T., Matsuda, Z., & Yamamoto, N. (2005). The interaction of HIV-1 with the host factors. *Jpn J Infect Dis*, 58(3), 125-130.
- Kopetz, C., Pickover, A., Magidson, J. F., Richards, J. M., Iwamoto, D., & Lejuez, C. W. (2014). Gender and social rejection as risk factors for engaging in risky sexual behavior among crack/cocaine users. *Prev Sci*, 15(3), 376-384. doi:10.1007/s11121-013-0406-6
- Koziel, M. J. (2006). Influence of HIV co-infection on hepatitis C immunopathogenesis. *J Hepatol*, 44(1 Suppl), S14-18. doi:10.1016/j.jhep.2005.11.006
- Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health*, 98(2), 221-230.
- Krishnan, K. R., DeLong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, C., . . . Wainscott, C. (2002). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry*, 52(6), 559-588.
- Krug, A., Hildebrand, M., & Sun, N. (2015). "We don't need services. We have no problems": exploring the experiences of young people who inject drugs in accessing harm reduction services. *J Int AIDS Soc*, 18(2 Suppl 1), 19442. doi:10.7448/ias.18.2.19442
- Krumme, A. A., Kaigamba, F., Binagwaho, A., Murray, M. B., Rich, M. L., & Franke, M. F. (2015). Depression, adherence and attrition from care in HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy. *J Epidemiol Community Health*, 69(3), 284-289. doi:10.1136/jech-2014-204494
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American statistical Association*, 47(260), 583-621.
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1953). Errata: Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American statistical Association*, 48(264), 907-911.

- Krut, J. J., Price, R. W., Zetterberg, H., Fuchs, D., Hagberg, L., Yilmaz, A., . . . Gisslen, M. (2016). No support for premature central nervous system aging in HIV-1 when measured by cerebrospinal fluid phosphorylated tau (p-tau). *Virulence*, 1-6. doi:10.1080/21505594.2016.1212155
- Kumar, A. (2016). HIV/AIDS Risk and Prevention Issues Among Inuit Living in Nunavut Territory of Canada. *In Vivo*, 30(6), 905-916.
- Kumar, L., Verma, S., Prasad, D. N., Bhardwaj, A., Vaidya, B., & Jain, A. K. (2015). Nanotechnology: a magic bullet for HIV AIDS treatment. *Artif Cells Nanomed Biotechnol*, 43(2), 71-86. doi:10.3109/21691401.2014.883400
- Kuramoto, S. J., Wilcox, H. C., & Latkin, C. A. (2013). Social integration and suicide-related ideation from a social network perspective: a longitudinal study among inner-city African Americans. *Suicide Life Threat Behav*, 43(4), 366-378. doi:10.1111/sltb.12023
- Kuras De Mauer, S., & Resnizky, S. (2011). *El Papel Acompañamiento Terapeutico Como Dispositivo.*: LETRA VIVA.
- Ladero, L., Orejudo, S., & Carrobles, J. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema (Oviedo)*, 575-581.
- Ladero, L., Orejudo, S., Carrobles, J., & Malo, C. (2005). Consumo de drogas y adherencia a la terapia antirretroviral de pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 17(3), 203-214.
- Laespada, M., & Iraurgi, I. (2009). Reducción de Daños, lo Aprendido de la Heroína. *Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto*.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez Yruela, M., Renes, V., Sarasa, S., . . . Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista española del tercer sector*(5).
- Laparra, M., & Pérez, B. (2008). *Exclusión social en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*.
- Laparra, M., & Pérez, B. (2008). Procesos de exclusión e itinerarios de inserción. *Madrid, FOESSA*.
- Laparra, M., Pérez, B., & Lasheras, R. (2012). *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social "la Caixa.

- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American psychologist*, 40(7), 770-779. doi:10.1037/0003-066X.40.7.770
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Leaver, C. A., Bargh, G., Dunn, J. R., & Hwang, S. W. (2007). The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*, 11(2), 85-100.
- Ledergerber, B., Egger, M., Opravil, M., Telenti, A., Hirschel, B., Battegay, M., . . . Furrer, H. (1999). Clinical progression and virological failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patients: a prospective cohort study. *The Lancet*, 353(9156), 863-868.
- Lee, C. T., Guzman, D., Ponath, C., Tieu, L., Riley, E., & Kushel, M. (2016). Residential patterns in older homeless adults: Results of a cluster analysis. *Soc Sci Med*, 153, 131-140. doi:10.1016/j.socscimed.2016.02.004
- Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2002). Internalized Stigma Among People Living with HIV-AIDS. *AIDS Behav*, 6(4), 309-319. doi:10.1023/a:1021144511957
- Lenderking, W., Testa, M., Katzenstein, D., & Hammer, S. (1997). Measuring quality of life in early HIV disease: the modular approach. *Quality of Life research*, 6(6), 515-530.
- Leonidas, C., & Dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 915-927. doi:10.2147/ndt.s60735
- Leserman, J., Jackson, E., Petitto, J., Golden, R., Silva, S., Perkins, D., . . . Evans, D. (1999). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61(3), 397-406.
- Leserman, J., Petitto, J., Golden, R., Gaynes, B., Gu, H., Perkins, D., . . . Evans, D. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*.
- Letendre, S. (2011). Central nervous system complications in HIV disease: HIV-associated neurocognitive disorder. *Top Antivir Med*, 19(4), 137-142.

- Letvin, N. L. (2006). Progress and obstacles in the development of an AIDS vaccine. *Nat Rev Immunol*, 6(12), 930-939. doi:10.1038/nri1959
- Letvin, N. L., & Walker, B. D. (2003). Immunopathogenesis and immunotherapy in AIDS virus infections. *Nat Med*, 9(7), 861-866. doi:10.1038/nm0703-861
- Levesque, A., Roy, E., Jutras-Aswad, D., Zang, G., Artenie, A. A., & Bruneau, J. (2016). Examining the link between psychological distress, mental health disorders and sharing behaviors among cocaine users. *Addict Behav*, 62, 54-59. doi:10.1016/j.addbeh.2016.06.004
- Lewis, N. M. (2014). Rupture, resilience, and risk: relationships between mental health and migration among gay-identified men in North America. *Health Place*, 27, 212-219. doi:10.1016/j.healthplace.2014.03.002
- Lewis, N. M., Bauer, G. R., Coleman, T. A., Blot, S., Pugh, D., Fraser, M., & Powell, L. (2015). Community Cleavages: Gay and Bisexual Men's Perceptions of Gay and Mainstream Community Acceptance in the Post-AIDS, Post-Rights Era. *J Homosex*, 62(9), 1201-1227. doi:10.1080/00918369.2015.1037120
- Leyns, C. C., & De Maeseneer, J. (2013). Conceptualizing person-and people centeredness in primary health care: a literature review. *International Journal of Person Centered Medicine*, 3(1), 13-22.
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American statistical Association*, 62(318), 399-402.
- Lin, C. Y., Chang, K. C., Wang, J. D., & Lee, L. J. (2016). Quality of life and its determinants for heroin addicts receiving a methadone maintenance program: Comparison with matched referents from the general population. *J Formos Med Assoc*, 115(9), 714-727. doi:10.1016/j.jfma.2015.07.007
- Lin, N. (1986a). Conceptualizing social support. *Social support, life events, and depression*, 1730.
- Lin, N. (1986b). Modeling the effects of social support. *Social support, life events, and depression*, 173-209.
- Lin, N., Ensel, W. M., Simeone, R. S., & Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal of health and Social Behavior*, 20(2), 108-119. doi:10.2307/2136433

- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *Journal of health and Social Behavior*.
- Lindemann, D., Steffen, I., & Pohlmann, S. (2013). Cellular entry of retroviruses. *Adv Exp Med Biol*, 790, 128-149. doi:10.1007/978-1-4614-7651-1_7
- Liner, K. J., 2nd, Ro, M. J., & Robertson, K. R. (2010). HIV, antiretroviral therapies, and the brain. *Curr HIV/AIDS Rep*, 7(2), 85-91. doi:10.1007/s11904-010-0042-8
- Livneh, H., & Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research *Coping with chronic illness and disability* (pp. 3-27): Springer.
- Lizán-Tudela, L., & Reig-Ferrer, A. (2002). La Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la Consulta: las Viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 29(6), 378-384.
- Lobritz, M. A., Lassen, K. G., & Arts, E. J. (2011). HIV-1 replicative fitness in elite controllers. *Curr Opin HIV AIDS*, 6(3), 214-220. doi:10.1097/COH.0b013e3283454cf5
- Loeliger, K. B., Marcus, R., Wickersham, J. A., Pillai, V., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2016). The syndemic of HIV, HIV-related risk and multiple co-morbidities among women who use drugs in Malaysia: Important targets for intervention. *Addict Behav*, 53, 31-39. doi:10.1016/j.addbeh.2015.09.013
- Logie, C., & Gadalla, T. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS care*, 21(6), 742-753.
- Logie, C., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc*, 15(2), 17392. doi:10.7448/ias.15.2.17392
- Lopez-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., & Quilis, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7(3), 627-639.
- López Gaurirremalloa, I. (1995). *El desafío del virus*.

- Loutfy, M., Sherr, L., Sonnenberg-Schwan, U., Walmsley, S., Johnson, M., & d'Arminio Monforte, A. (2013). Caring for women living with HIV: gaps in the evidence. *J Int AIDS Soc*, 16(1).
- Low, Y., Goforth, H. W., Omonuwa, T., Preud'homme, X., Edinger, J., & Krystal, A. (2012). Comparison of polysomnographic data in age-, sex- and Axis I psychiatric diagnosis matched HIV-seropositive and HIV-seronegative insomnia patients. *Clin Neurophysiol*, 123(12), 2402-2405. doi:10.1016/j.clinph.2012.05.004
- Luborsky, L., & Luborsky, E. (2006). *Research and psychotherapy: The vital link*: Jason Aronson.
- Lucas, G. M. (2011). Substance abuse, adherence with antiretroviral therapy, and clinical outcomes among HIV-infected individuals. *Life Sci*, 88(21-22), 948-952. doi:10.1016/j.lfs.2010.09.025
- Luckhurst, A. (1991). Mental health, HIV and AIDS: a review of the literature. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 15(1), 76-88.
- Lum, P. J., Little, S., Botsko, M., Hersh, D., Thawley, R. E., Egan, J. E., . . . Fiellin, D. A. (2011). Opioid-prescribing practices and provider confidence recognizing opioid analgesic abuse in HIV primary care settings. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 56 Suppl 1, S91-97. doi:10.1097/QAI.0b013e31820a9a82
- Luma, H. N., Mbatchou Ngahane, B. H., Mapoure, Y. N., Mengjo, N. B., Temfack, E., Joko, H. A., . . . Koulla-Shiro, S. (2016). Cross-sectional assessment of three commonly used measures of adherence to combination antiviral therapy in a resource limited setting. *Int J STD AIDS*. doi:10.1177/0956462415627394
- Lutgendorf, S., Antoni, M., Ironson, G., Starr, K., Costello, N., Zuckerman, M., . . . Schneiderman, N. (1998). Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 204-214.
- Luthar, S., Sawyer, J., & Brown, P. (2006). Conceptual issues in studies of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 105-115.

- Lyons, R., Mickelson, K., Sullivan, M., & Coyne, J. (1998). Coping as a Communal Process. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(5), 579-605. doi:10.1177/0265407598155001
- Magidson, J. F., Seitz-Brown, C. J., Listhaus, A., Lindberg, B., Anderson, K. E., & Daughters, S. B. (2013). Distress tolerance and use of antiretroviral therapy among HIV-infected individuals in substance abuse treatment. *AIDS Patient Care STDS, 27*(9), 518-523. doi:10.1089/apc.2013.0120
- Major, K., Clerc, O., Rochat, S., Cavassini, M., & Bula, C. (2011). HIV infection and the elderly. *Rev Med Suisse, 7*(316), 2170, 2172-2175.
- Mallolas, J., Martinez-Rebollar, M., & Laguno, M. (2011). Treatment of hepatitis C virus in HIV-positive patients. *Gastroenterol Hepatol, 34*(8), 558-567. doi:10.1016/j.gastrohep.2011.01.005
- Malta, M., Magnanini, M. M., Mello, M. B., Pascom, A. R., Linhares, Y., & Bastos, F. I. (2010). HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 10*, 317. doi:10.1186/1471-2458-10-317
- Mannes, Z. L., Burrell, L. E., 2nd, Dunne, E. M., Hearn, L. E., & Whitehead, N. E. (2017). Contextualizing Psychosocial Determinants of Alcohol Use by Age Cohorts of Adults Living With HIV, Ages 50 and Older. *J Assoc Nurses AIDS Care, 28*(2), 279-288. doi:10.1016/j.jana.2016.11.005
- Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., Chesney, M., & Beirn, T. (2002). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for Human Immunodeficiency Virus—infected persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases, 34*(8), 1115-1121.
- Manzardo, C., Guardo, A. C., Letang, E., Plana, M., Gatell, J. M., & Miro, J. M. (2015). Opportunistic infections and immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-1-infected adults in the combined antiretroviral therapy era: a comprehensive review. *Expert Rev Anti Infect Ther, 13*(6), 751-767. doi:10.1586/14787210.2015.1029917
- Maqutu, D., & Zewotir, T. (2011). Optimal HAART adherence over time and time interval between successive visits: their association and determinants. *AIDS care, 23*(11), 1417-1424. doi:10.1080/09540121.2011.565028

- Marco, A., Knobel, H., & Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enf Emerg*, 2(1), 45-53.
- Markez, I., & Póo, M. (2000). *Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos*: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high- risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a. *Addiction*, 91(12s1), 37-50.
- Marrone, G., Mellgren, A., Eriksson, L. E., & Svedhem, V. (2016). High Concordance between Self-Reported Adherence, Treatment Outcome and Satisfaction with Care Using a Nine-Item Health Questionnaire in InfCareHIV. *PLoS One*, 11(6), e0156916. doi:10.1371/journal.pone.0156916
- Marsch, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta- analysis. *Addiction*, 93(4), 515-532.
- Marsden, M. D., & Zack, J. A. (2013). HIV/AIDS eradication. *Bioorg Med Chem Lett*, 23(14), 4003-4010. doi:10.1016/j.bmcl.2013.05.032
- Marshall, B. D., Elston, B., Dobrer, S., Parashar, S., Hogg, R. S., Montaner, J. S., . . . Milloy, M. J. (2016). The population impact of eliminating homelessness on HIV viral suppression among people who use drugs. *AIDS*, 30(6), 933-942. doi:10.1097/qad.0000000000000990
- Martín-Sánchez, V., Ortega-Valín, L., Pérez-Simón, M., Mostaza-Fernández, J., Ortiz de Urbina-González, J., Rodríguez-María, M., . . . Grupo de Trabajo sobre Adhesión a TARGA. (2002). Factors predicting lack of adherence to highly active antiretroviral treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 20(10), 491-497.
- Martín-Suárez, I., Cano, R., Pérez de Ayala, P., Aguayo, M., Cuesta, F., Rodríguez, P., & Pujol de la Llave, E. (2002). *Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada*. Paper presented at the Anales de Medicina Interna.
- Martin, E., Gonzalez, R., Vassileva, J., Maki, P. M., Bechara, A., & Brand, M. (2016). Sex and HIV serostatus differences in decision making under risk among substance-dependent individuals. *J Clin Exp Neuropsychol*, 38(4), 404-415. doi:10.1080/13803395.2015.1119806

- Martín, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud, 14*(1), 89-99.
- Martin, V., Cayla, J., Gonzalez, M., Herrero, L., & Vicente, R. (1997). Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. *Rev Esp Salud Publica, 71*(3), 269-280.
- Martinez-Rebollar, M., Larrousse, M., Calvo, M., Munoz, A., Gonzalez, A., Lonca, M., . . . Laguno, M. (2011). Current status of acute hepatitis C. *Enferm Infecc Microbiol Clin, 29*(3), 210-215. doi:10.1016/j.eimc.2010.12.005
- Martinez, E., & Nelson, M. (2010). Simplification of antiretroviral therapy with etravirine. *AIDS Rev, 12*(1), 52-59.
- Martínez, T. (2013). Decálogo de la atención centrada en la persona.
- Masten, A., & Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in development and psychopathology: the legacy of Norman Garmezy. *Dev Psychopathol, 24*(2), 333-334. doi:10.1017/s0954579412000016
- Masten, A., & Obradović, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 13-27. doi:10.1196/annals.1376.003
- Masten, A., Powell, J., & Luthar, S. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities, 1-25*.
- Masten, A., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Dev Psychopathol, 24*(2), 345-361. doi:10.1017/S095457941200003X
- Masters, N. T., Stappenbeck, C. A., Kaysen, D., Kajumulo, K. F., Davis, K. C., George, W., . . . Heiman, J. R. (2015). A person-centered approach to examining heterogeneity and subgroups among survivors of sexual assault. *J Abnorm Psychol, 124*(3), 685-696. doi:10.1037/abn0000055
- Matijasevic, M. T., Ramírez, M., & Villada, C. (2012). Bienestar subjetivo: una revisión crítica de sus resultados, alcances y limitaciones.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental, 25*(2), 32-37.

- May, M. T., & Ingle, S. M. (2011). Life expectancy of HIV-positive adults: a review. *Sex Health*, 8(4), 526-533. doi:10.1071/sh11046
- Mboup, S., Musonda, R., Mhalu, F., & Essex, M. (2006). HIV/AIDS. In D. T. Jamison, R. G. Feachem, M. W. Makgoba, E. R. Bos, F. K. Baingana, K. J. Hofman, & K. O. Rogo (Eds.), *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- McCall-Hosenfeld, J. S., Weisman, C. S., Camacho, F., Hillemeier, M. M., & Chuang, C. H. (2012). Multilevel analysis of the determinants of receipt of clinical preventive services among reproductive-age women. *Womens Health Issues*, 22(3), e243-251. doi:10.1016/j.whi.2011.11.005
- McDaniel, J., Fowlie, E., Summerville, M., Farber, E., & Cohen-Cole, S. (1995). An assessment of rates of psychiatric morbidity and functioning in HIV disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 17(5), 346-352.
- McGee, B., Smith, N., & Aweeka, F. (2006). HIV pharmacology: barriers to the eradication of HIV from the CNS. *HIV Clin Trials*, 7(3), 142-153. doi:10.1310/aw2h-tp5c-np43-k6by
- McHugh, R. K., Weitzman, M., Safren, S. A., Murray, H. W., Pollack, M. H., & Otto, M. W. (2012). Sexual HIV risk behaviors in a treatment-refractory opioid-dependent sample. *J Psychoactive Drugs*, 44(3), 237-242. doi:10.1080/02791072.2012.703507
- McIntosh, R., Seay, J. S., Antoni, M., & Schneiderman, N. (2013). Cognitive vulnerability for depression in HIV. *J Affect Disord*, 150(3), 908-915. doi:10.1016/j.jad.2013.05.014
- McNeil, R., Guirguis-Younger, M., & Dilley, L. B. (2012). Recommendations for improving the end-of-life care system for homeless populations: A qualitative study of the views of Canadian health and social services professionals. *BMC Palliat Care*, 11, 14. doi:10.1186/1472-684x-11-14
- McNeil, R., Guirguis-Younger, M., Dilley, L. B., Turnbull, J., & Hwang, S. W. (2013). Learning to account for the social determinants of health affecting homeless persons. *Med Educ*, 47(5), 485-494. doi:10.1111/medu.12132
- McNulty, J. K., & Fincham, F. D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American psychologist*, 67(2), 101.

- Mdege, N. D., Chindove, S., & Ali, S. (2013). The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. *Health Policy Plan*, 28(3), 223-236. doi:10.1093/heapol/czs058
- Meade, C. S., & Sikkema, K. J. (2005). HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clin Psychol Rev*, 25(4), 433-457.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos:: guía práctica para los profesionales de la salud*: Desclée de Brouwer.
- Melis, G., Pia, G., Piras, I., & Tusconi, M. (2015). Mental disorders and HIV infection in the emergency department: epidemiology and gender differences. *Intern Emerg Med*, 10(4), 465-469. doi:10.1007/s11739-014-1175-3
- Mellors, J. (1998). Viral-load tests provide valuable answers. *Sci Am*, 279(1), 90-93.
- Mellors, J., Munoz, A., Giorgi, J. V., Margolick, J. B., Tassoni, C. J., Gupta, P., . . . Detels, R. (1997). Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Annals of Internal Medicine*, 126(12), 946-954.
- Mendez-Lagares, G., Diaz, L., Correa-Rocha, R., Leon Leal, J. A., Ferrando-Martinez, S., Ruiz-Mateos, E., . . . Pacheco, Y. M. (2013). Specific patterns of CD4-associated immunosenescence in vertically HIV-infected subjects. *Clin Microbiol Infect*, 19(6), 558-565. doi:10.1111/j.1469-0691.2012.03934.x
- Mertens, A. (2014). HIV infection and depression. *MMW Fortschr Med*, 156 Suppl 1, 15-18.
- Meyer, J. P., Springer, S. A., & Altice, F. L. (2011). Substance abuse, violence, and HIV in women: a literature review of the syndemic. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(7), 991-1006. doi:10.1089/jwh.2010.2328
- Mickelson, K., Lyons, R., Sullivan, M., & Coyne, J. (2001). Yours, mine, ours: The relational context of communal coping. In B. R. S. S. Duck (Ed.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 181-200). New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.

- Miedema, F. (1992). Immunological abnormalities in the natural history of HIV infection: mechanisms and clinical relevance. *Immunodeficiency Rev*, 3(3), 173-193.
- Miguez-Burbano, M. J., Espinoza, L., Vargas, M., & LaForest, D. (2014). Mood Disorders and BDNF Relationship with Alcohol Drinking Trajectories among PLWH Receiving Care. *J Alcohol Drug Depend*, 2(2), 148. doi:10.4172/2329-6488.1000148
- Miller, C., Grover, K., Bunn, J., & Solomon, S. (2011). Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychol Sci*, 22(5), 579-583. doi:10.1177/0956797611404898
- Miller, L., & Hays, R. (2000). Adherence to combination antiretroviral therapy: synthesis of the literature and clinical implications. *AIDS Read*, 10(3), 177-185.
- Milloy, M. J., Marshall, B. D., Montaner, J., & Wood, E. (2012). Housing status and the health of people living with HIV/AIDS. *Curr HIV/AIDS Rep*, 9(4), 364-374. doi:10.1007/s11904-012-0137-5
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Informe de evaluación plan multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012. Actualización a Diciembre de 2013 con datos epidemiológicos de 2012*. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf.
- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2006). Goal motives, well-being, and physical health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motivation and Emotion*, 30(4), 259-272.
- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2008). Goal motives, well-being, and physical health: An integrative model. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 241.
- Molero, F., Fuster, M., Jetten, J., & Moriano, J. (2011). Living with HIV/AIDS: A psychosocial perspective on coping with prejudice and Discrimination1. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(3), 609-626.
- Moneyham, L., Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B., & Mizuno, Y. (1998). The effectiveness of coping strategies used by HIV- seropositive women. *Research in Nursing & Health*, 21(4), 351-362.

- Monroe, A. K., Chander, G., & Moore, R. D. (2011). Control of medical comorbidities in individuals with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58(5), 458-462. doi:10.1097/QAI.0b013e31823801c4
- Montorio, I., & Losada, A. (2004). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. *Boletín sobre envejecimiento*, 13.
- Moos, R., & Holahan, C. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability *Coping with chronic illness and disability* (pp. 107-126): Springer.
- Moos, R., & Schaefer, J. (1984). The Crisis of Physical Illness. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with Physical Illness: 2: New Perspectives* (pp. 3-25). Boston, MA: Springer US.
- Moos, R., & Schaefer, J. (1986). Life Transitions and Crises. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with Life Crises: An Integrated Approach* (pp. 3-28). Boston, MA: Springer US.
- Moreno, G. (2013). El impacto de la crisis en las personas sin hogar: rupturas y continuidades en un contexto de cambio. El caso de Bizkaia1/The Impact of the Crisis on the Homeless: Breaks and Continuities in the Context of Change. The Case of Biscay (Bizkaia). *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 479.
- Moreno, M., Ríos, M., Canto, J., Martín, S., & Perles, F. (2010). Satisfacción laboral y Burnout en trabajos poco cualificados: diferencias entre sexos en población inmigrante. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 255-265.
- Moreno, S. (2006). Infección por VIH: consejos.
- Morojele, N. K., Kekwaletswe, C. T., & Nkosi, S. (2014). Associations between alcohol use, other psychosocial factors, structural factors and antiretroviral therapy (ART) adherence among South African ART recipients. *AIDS Behav*, 18(3), 519-524. doi:10.1007/s10461-013-0583-0
- Morris, L. (2002). Neutralizing antibody responses to HIV-1 infection. *IUBMB Life*, 53(4-5), 197-199. doi:10.1080/15216540212656
- Morrison, M. F., Petitto, J. M., Ten Have, T., Gettes, D. R., Chiappini, M. S., Weber, A. L., . . . Evans, D. L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*, 159(5), 789-796. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.789

- Moskowitz, J., Hult, J., Bussolari, C., & Acree, M. (2009a). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychol Bull*, *135*(1), 121-141. doi:10.1037/a0014210
- Moskowitz, J., Hult, J., Bussolari, C., & Acree, M. (2009b). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness: American Psychological Association.
- Moskowitz, J., & Wrubel, J. (2005). Coping with HIV as a chronic illness: A longitudinal analysis of illness appraisals. *Psychology & Health*, *20*(4), 509-531.
- Mounier-Jack, S., Nielsen, S., & Coker, R. J. (2008). HIV testing strategies across European countries. *HIV Med*, *9 Suppl 2*, 13-19. doi:10.1111/j.1468-1293.2008.00585.x
- Moyle, G., Gatell, J., Perno, C. F., Ratanasuwan, W., Schechter, M., & Tsoukas, C. (2008). Potential for new antiretrovirals to address unmet needs in the management of HIV-1 infection. *AIDS Patient Care STDS*, *22*(6), 459-471. doi:10.1089/apc.2007.0136
- Mrus, J., Williams, P., Tsevat, J., Cohn, S., & Wu, A. (2005). Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Qual Life Res*, *14*(2), 479-491.
- Mudd, P. A., & Watkins, D. I. (2011). Understanding animal models of elite control: windows on effective immune responses against immunodeficiency viruses. *Curr Opin HIV AIDS*, *6*(3), 197-201. doi:10.1097/COH.0b013e3283453e16
- Müller-Klug, S., & Dias de Mattos, L. (2015). An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad Saude Publica*, *31*, 800-814.
- Muñagorri, I. (2008). Privación de libertad y derechos fundamentales. *AAVV RIVERA BEIRAS, I. Y CANO, F.(coord.) Privación de libertades y Derechos Humanos. La tortura y otras formas de violencia institucional. Icaria Editorial, Barcelona.*
- Muñagorri, I. (2009). *Los legados de la Convención de N.U. (Viena 1988) y de la Asamblea General de N.U. sobre drogas (New York 1998)*. Paper presented at the III Symposium Internacional sobre Reducción de Riesgos, San Sebastián (2008).
- Muratori, M., Delino, G., & Zubieta, E. (2012). Sucesos vitales y bienestar. *Anuario de investigaciones*, *19*(1), 49-57.

- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2014). A Dynamic Cycle of Familial Mental Illness. *Issues Ment Health Nurs*, 35(12), 948-953. doi:10.3109/01612840.2014.927543
- Murphy, P., Hevey, D., O'Dea, S., Ni Rathaille, N., & Mulcahy, F. (2016). Serostatus Disclosure, Stigma Resistance, and Identity Management Among HIV-Positive Gay Men in Ireland. *Qual Health Res*, 26(11), 1459-1472. doi:10.1177/1049732315606687
- Nachega, J., Hislop, M., Dowdy, D., Chaisson, R., Regensberg, L., & Maartens, G. (2007). Adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor–based HIV therapy and virologic outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 146(8), 564-573.
- Nachega, J., Hsu, A., Uthman, O., Spinewine, A., & Pham, P. (2012). Antiretroviral therapy adherence and drug-drug interactions in the aging HIV population. *AIDS*, 26 Suppl 1, S39-53. doi:10.1097/QAD.0b013e32835584ea
- Namir, S., Wolcott, D. L., Fawzy, F. I., & Alumbaugh, M. J. (1987). Coping with AIDS: Psychological and Health Implications1. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(3), 309-328.
- Nan, L., Dayton, P. W., & Greenwald, P. (1978). Analyzing the Instrumental Use of Relations in the Context of Social Structure. *Sociological Methods & Research*, 7(2), 149-166. doi:10.1177/004912417800700203
- Narasimhan, M., Payne, C., Caldas, S., Beard, J. R., & Kennedy, C. E. (2016). Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*, 24(48), 43-51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001
- Neupane, S. R., & Mishra, S. R. (2014). Knowledge about human immunodeficiency virus infection and sexual behavior among drug users: a cross sectional study in Pokhara submetropolitan city, Nepal. *HIV AIDS (Auckl)*, 6, 1-7. doi:10.2147/hiv.s57176
- Nichols, J., & Stuart, E. (1983). Psychiatric aspects of AIDS. *Psychosomatics*, 24(12), 1083-1089. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73107-5
- Nichols, J., & Stuart, E. (1985). Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103(5), 765-767.
- Nicholson, I. (1994). Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects.

- Nicolas, D., Ambrosioni, J., Paredes, R., Marcos, M. A., Manzardo, C., Moreno, A., & Miro, J. M. (2015). Infection with human retroviruses other than HIV-1: HIV-2, HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3 and HTLV-4. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 13(8), 947-963. doi:10.1586/14787210.2015.1056157
- Nkolola, J. P., & Essex, M. (2006). Progress towards an HIV-1 subtype C vaccine. *Vaccine*, 24(4), 391-401. doi:10.1016/j.vaccine.2005.08.007
- Nojomi, M., Anbary, K., & Ranjbar, M. (2008). Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Archives of Iranian medicine*, 11(6), 608-612.
- Nomoto, S. H., Longhi, R. M., de Barros, B. P., Croda, J., Ziff, E. B., & Castelon Konkiewitz, E. (2015). Socioeconomic disadvantage increasing risk for depression among recently diagnosed HIV patients in an urban area in Brazil: cross-sectional study. *AIDS care*, 27(8), 979-985. doi:10.1080/09540121.2015.1017442
- Norman, L. R., & Basso, M. (2015). An Update of the Review of Neuropsychological Consequences of HIV and Substance Abuse: A Literature Review and Implications for Treatment and Future Research. *Curr Drug Abuse Rev*, 8(1), 50-71.
- Norton, B. L., Park, L., McGrath, L. J., Proeschold Bell, R. J., Muir, A. J., & Naggie, S. (2012). Health care utilization in HIV-infected patients: assessing the burden of hepatitis C virus coinfection. *AIDS Patient Care STDS*, 26(9), 541-545. doi:10.1089/apc.2012.0170
- Nosyk, B., Bray, J. W., Wittenberg, E., Aden, B., Eggman, A. A., Weiss, R. D., . . . Schackman, B. R. (2015). Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment. *Drug Alcohol Depend*, 157, 121-128. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.10.009
- Nosyk, B., Krebs, E., Min, J. E., Ahamad, K., Buxton, J., Goldsmith, C., . . . Montaner, J. S. (2015). The Expanded HIV care in opioid substitution treatment' (EHOST) cluster-randomized, stepped-wedge trial: A study protocol. *Contemp Clin Trials*, 45(Pt B), 201-209. doi:10.1016/j.cct.2015.08.020
- Nosyk, B., Min, J. E., Lima, V. D., Hogg, R. S., & Montaner, J. S. (2015). Cost-effectiveness of population-level expansion of highly active antiretroviral treatment for HIV in British Columbia, Canada: a modelling study. *Lancet HIV*, 2(9), e393-400. doi:10.1016/s2352-3018(15)00127-7

- Nozza, S., Svicher, V., Saracino, A., d'Ettoire, G., De Luca, A., Maggiolo, F., . . . Mussini, C. (2015). State of the Art of Dual Therapy in 2015. *AIDS Rev*, *17*(3), 127-134.
- Nurutdinova, D., Chrusciel, T., Zeringue, A., Scherrer, J. F., Al-Aly, Z., McDonald, J. R., & Overton, E. T. (2012). Mental health disorders and the risk of AIDS-defining illness and death in HIV-infected veterans. *AIDS*, *26*(2), 229-234. doi:10.1097/QAD.0b013e32834e1404
- Nwabueze, S. A., Adogu, P. O., Ilika, A. L., Asuzu, M. C., & Adinma, E. D. (2011). Perception of quality of care in HIV/AIDS programmes among patients in a tertiary health care facility in Anambra State. *Niger J Med*, *20*(1), 144-150.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Antoni, M., Fletcher, M., McGuffey, L., Balbin, E., . . . Solomon, G. (2003). Emotional expression and depth processing of trauma and their relation to long-term survival in patients with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*(3), 225-235.
- O'Connell, K., Bailey, J., & Blankson, J. (2009). Elucidating the elite: mechanisms of control in HIV-1 infection. *Trends Pharmacol Sci*, *30*(12), 631-637. doi:10.1016/j.tips.2009.09.005
- O'Reilly, K. R., Kennedy, C. E., Fonner, V. A., & Sweat, M. D. (2013). Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of effectiveness on contraceptive uptake and pregnancy incidence, 1990 to 2011. *BMC Public Health*, *13*, 935. doi:10.1186/1471-2458-13-935
- O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *Journal of Urban Health*, *86*(6), 965.
- Oberjé, E. J., Dima, A. L., van Hulzen, A. G., Prins, J. M., & de Bruin, M. (2015). Looking beyond health-related quality of life: predictors of subjective well-being among people living with HIV in the Netherlands. *AIDS Behav*, *19*(8), 1398-1407.
- Obermeit, L. C., Morgan, E. E., Casaletto, K. B., Grant, I., & Woods, S. P. (2015). Antiretroviral Non-Adherence is Associated With a Retrieval Profile of Deficits in Verbal Episodic Memory. *Clin Neuropsychol*, *29*(2), 197-213. doi:10.1080/13854046.2015.1018950

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2015). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades 2015*. Retrieved from Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001ESN.pdf
- OEDT. (2016). *INFORME 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT),
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Retrieved from http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/INFORME_2015.pdf.
- Ogden, J., Nyblade, L., Ashburn, K., Becker, J., Kalibala, S., Kimani, V., . . . Olenja, J. (2005). Common at its core: HIV-related stigma across contexts.
- Oguntibeju, O. O. (2012). Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV AIDS (Auckl)*, 4, 117-124. doi:10.2147/hiv.s32321
- Okomo, U., Togun, T., Oko, F., Peterson, K., Townend, J., Peterson, I., & Jaye, A. (2012). Treatment outcomes among HIV-1 and HIV-2 infected children initiating antiretroviral therapy in a concentrated low prevalence setting in West Africa. *BMC Pediatr*, 12, 95. doi:10.1186/1471-2431-12-95
- Okulicz, J., & Lambotte, O. (2011). Epidemiology and clinical characteristics of elite controllers. *Curr Opin HIV AIDS*, 6(3), 163-168. doi:10.1097/COH.0b013e328344f35e
- Oliveira, S., Benzaken, A., Saraceni, V., & Sabido, M. (2015). HIV/AIDS epidemic in the State of Amazonas: characteristics and trends from 2001 to 2012. *Rev Soc Bras Med Trop*, 48 Suppl 1, 70-78. doi:10.1590/0037-8682-0121-2013
- Olley, B. O., Ogunde, M. J., Oso, P. O., & Ishola, A. (2016). HIV-related stigma and self-disclosure: the mediating and moderating role of anticipated discrimination among people living with HIV/AIDS in Akure Nigeria. *AIDS care*, 28(6), 726-730. doi:10.1080/09540121.2016.1140894
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of personality*, 77(6), 1777-1804.

- Onono, M., Kwena, Z., Turan, J., Bukusi, E. A., Cohen, C. R., & Gray, G. E. (2015). "You Know You Are Sick, Why Do You Carry A Pregnancy Again?" Applying the Socio-Ecological Model to Understand Barriers to PMTCT Service Utilization in Western Kenya. *J AIDS Clin Res*, 6(6). doi:10.4172/2155-6113.1000467
- Onwumere, J., Holttum, S., & Hirst, F. (2002). Determinants of quality of life in black African women with HIV living in London. *Psychol Health Med*, 7(1), 61-74. doi:10.1080/13548500120101568
- Onyebujoh, P. C., Ribeiro, I., & Whalen, C. C. (2007). Treatment Options for HIV-Associated Tuberculosis. *J Infect Dis*, 196 Suppl 1, S35-45. doi:10.1086/518657
- Oomen, J. (2005). Las políticas de drogas desde los movimientos antiglobalización. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 19.
- Organización Panamericana de la Salud, & OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC*.
- Orsulic-Jeras, S., Shepherd, J. B., & Britton, P. J. (2003). Counseling older adults with HIV/AIDS: A strength-based model of treatment. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(3), 233-244.
- Orza, L., Bewley, S., Logie, C. H., Crone, E. T., Moroz, S., Strachan, S., . . . Welbourn, A. (2015). How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc*, 18(Suppl 5), 20289. doi:10.7448/ias.18.6.20289
- Osuna, J. R. (1991). *Métodos de muestreo*: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2015). Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*, 29(10), 1239-1246. doi:10.1097/qad.0000000000000724
- Páez, D., Bilbao, M., Javaloy, F., & Casullo, M. (2008). Del trauma a la felicidad. Los hechos negativos extremos pueden generar creencias positivas y crecimiento personal. *Prácticas de Psicología Positiva*, 159-202.
- Paez, D., & Usieto, R. (1991). *Sida: imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.

- Palys, T. S., & Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of personality and social psychology*, 44(6), 1221.
- Pan, Y., Metsch, L. R., Wang, W., Wang, K. S., Duan, R., Kyle, T. L., . . . Feaster, D. J. (2016). Gender Differences in HIV Sexual Risk Behaviors Among Clients of Substance Use Disorder Treatment Programs in the U.S. *Arch Sex Behav*. doi:10.1007/s10508-015-0686-y
- Panel de expertos de GESIDA. (2007). Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2007). *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 25(01), 32-53.
- Panel de Expertos de GESIDA. (2011). Documento de Consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2011). *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29(3), 209. e201-209. e103.
- Panel de Expertos de GESIDA. (2013). Plan Nacional sobre el Sida. Documento de Consenso del Grupo de Estudio de SIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2010). *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 31(9), 602.
- Panel de Expertos de GESIDA. (2016). Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 34(2), 121.e121-121.e115. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.08.005>
- Panel de expertos de la SPNS y GESIDA. (2013). *Documento de Consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Grupo de Estudio de Sida, sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH*. Retrieved from https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/RecomendacionesMujeresVIHAbril2013_2.pdf.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31, 11-19.

- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine*, 57(1), 13-24. doi:http://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0
- Parker, R., Stein, D. J., & Jelsma, J. (2014). Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *J Int AIDS Soc*, 17, 18719. doi:10.7448/ias.17.1.18719
- Parsons, A., Frydenberg, E., & Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescent males. *British Journal of Educational Psychology*, 66(1), 109-114. doi:10.1111/j.2044-8279.1996.tb01180.x
- Pathai, S., Bajillan, H., Landay, A. L., & High, K. P. (2014). Is HIV a model of accelerated or accentuated aging? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69(7), 833-842. doi:10.1093/gerona/glt168
- Paudel, V., & Baral, K. P. (2015). Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health*, 12, 53. doi:10.1186/s12978-015-0032-9
- Pedrero, E. F., Piñeiro, M. d. I. M. P., Giráldez, S. L., Cueto, E. G., Álvarez, Á. C., García, U. V., & Fernández, J. M. (2008). Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 577-593.
- Peltzer, K., Naidoo, P., Matseke, G., Louw, J., McHunu, G., & Tutshana, B. (2012). Prevalence of psychological distress and associated factors in tuberculosis patients in public primary care clinics in South Africa. *BMC Psychiatry*, 12, 89. doi:10.1186/1471-244x-12-89
- Penedo, F., Gonzalez, J., Dahn, J., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 271-278.
- Peragallo, N., Gonzalez-Guarda, R. M., McCabe, B. E., & Cianelli, R. (2012). The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women. *AIDS Behav*, 16(5), 1316-1326. doi:10.1007/s10461-011-0052-6
- Pereira, D., Antoni, M., Danielson, A., Simon, T., Efantis-Potter, J., Carver, C., . . . O'sullivan, M. (2003). Life stress and cervical squamous intraepithelial lesions in women with human papillomavirus and human immunodeficiency virus. *Psychosomatic Medicine*, 65(3), 427-434.

- Pereira, M., & Canavarro, M. (2011). Gender and age differences in quality of life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-infected patients. *AIDS Behav*, *15*(8), 1857-1869.
- Perez-Matute, P., Perez-Martinez, L., Blanco, J. R., Ibarra, V., Metola, L., Sanz, M., . . . Oteo, J. A. (2013). Multiple frequency bioimpedance is an adequate tool to assess total and regional fat mass in HIV-positive patients but not to diagnose HIV-associated lipoatrophy: a pilot study. *J Int AIDS Soc*, *16*, 18609. doi:10.7448/ias.16.1.18609
- Pergami, A., & Gala, C. (1994). Personality disorder and HIV disease.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D., & Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, *13*(4), 393-398.
- Perreau, M., Levy, Y., & Pantaleo, G. (2013). Immune response to HIV. *Curr Opin HIV AIDS*, *8*(4), 333-340. doi:10.1097/COH.0b013e328361faf4
- Peters, P. J., Marston, B. J., Weidle, P. J., & Brooks, J. T. (2013). 27 - Human Immunodeficiency Virus Infection A2 - Magill, Alan J. In D. R. Hill, T. Solomon, & E. T. Ryan (Eds.), *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease (Ninth Edition)* (pp. 217-247). London: W.B. Saunders.
- Petersen, Z., Myers, B., van Hout, M. C., Pluddemann, A., & Parry, C. (2013). Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: findings from 21 countries. *Harm Reduct J*, *10*, 13. doi:10.1186/1477-7517-10-13
- Peto, T. (1996). Surrogate markers in HIV disease. *J Antimicrob Chemother*, *37 Suppl B*, 161-170.
- Piggott, D. A., Muzaale, A. D., Mehta, S. H., Brown, T. T., Patel, K. V., Leng, S. X., & Kirk, G. D. (2013). Frailty, HIV infection, and mortality in an aging cohort of injection drug users. *PLoS One*, *8*(1), e54910. doi:10.1371/journal.pone.0054910
- Piña, J., & Sánchez-Sosa, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, *6*(2), 399-407.

- Pineda, J., Gonzalez, J., Ortega, E., Tural, C., Macías, J., Griffa, L., & Burgos, A. (2010). Prevalence and factors associated with significant liver fibrosis assessed by transient elastometry in HIV/hepatitis C virus- coinfecting patients. *Journal of viral hepatitis*, *17*(10), 714-719.
- Piroth, L. (2009). HIV-HCV co-infection: where are we now? *Gastroenterol Clin Biol*, *33 Suppl 2*, S94-96. doi:10.1016/s0399-8320(09)72446-7
- Piroth, L., Carrat, F., Larrat, S., Goderel, I., Martha, B., Payan, C., . . . Morand, P. (2008). Prevalence and impact of GBV-C, SEN-V and HBV occult infections in HIV-HCV co-infected patients on HCV therapy. *J Hepatol*, *49*(6), 892-898. doi:10.1016/j.jhep.2008.06.024
- Plana, M., Garcia, F., Darwich, L., Romeu, J., Lopez, A., Cabrera, C., . . . Bofill, M. (2011). The reconstitution of the thymus in immunosuppressed individuals restores CD4-specific cellular and humoral immune responses. *Immunology*, *133*(3), 318-328. doi:10.1111/j.1365-2567.2011.03442.x
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2006). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção*, 19-44.
- Poo, M., Markez, I., Etxegoien, R., Ruiz, J., Presser, E., Ordieres, E., . . . DIEZ, M. (1997). Programa de mantenimiento con metadona en farmacias. *Valoraciones tras un año de funcionamiento en Bizkaia. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia*.
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Burr, J. A., Dugan, E., & Karpiak, S. E. (2017). Stigma and Psychological Well-being Among Older Adults With HIV: The Impact of Spirituality and Integrative Health Approaches. *Gerontologist*, *57*(2), 219-228. doi:10.1093/geront/gnv128
- Poudel, K. C., Buchanan, D. R., Amiya, R. M., & Poudel-Tandukar, K. (2015). Perceived Family Support and Antiretroviral Adherence in HIV-Positive Individuals: Results from a Community-Based Positive Living With HIV Study. *Int Q Community Health Educ*, *36*(1), 71-91. doi:10.1177/0272684x15614220
- Power, R., Koopman, C., Volk, J., Israelski, D., Stone, L., Chesney, M., & Spiegel, D. (2003). Social support, substance use, and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV-infected persons. *AIDS Patient Care STDS*, *17*(5), 245-252.

- Powers, C., Comfort, M., Lopez, A. M., Kral, A. H., Murdoch, O., & Lorvick, J. (2017). Addressing Structural Barriers to HIV Care among Triply Diagnosed Adults: Project Bridge Oakland. *Health Soc Work*, 1-9. doi:10.1093/hsw/hlx013
- Pozo, C., Hernández, S., & Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes: ¿ Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*(80), 79-96.
- Preble, O. T., & Sonnabend, J. A. (1983). AIDS from the perspective of experimental pathology. *J Exp Pathol*, 1(1), 3-6.
- Prochaska, J. O. (2013). Transtheoretical model of behavior change *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1997-2000): Springer.
- Proulx-Boucher, K., Fernet, M., Blais, M., Lapointe, N., Samson, J., Levy, J. J., . . . Trottier, G. (2017). Stigma Management Trajectories in Youth with Perinatally Acquired HIV and Their Families: A Qualitative Perspective. *AIDS Behav*. doi:10.1007/s10461-016-1667-4
- Psaros, C., Remmert, J. E., Bangsberg, D. R., Safren, S. A., & Smit, J. A. (2015). Adherence to HIV care after pregnancy among women in sub-Saharan Africa: falling off the cliff of the treatment cascade. *Curr HIV/AIDS Rep*, 12(1), 1-5. doi:10.1007/s11904-014-0252-6
- Pychyl, T. A., & Little, B. R. (1998). Dimensional specificity in the prediction of subjective well-being: Personal projects in pursuit of the PhD. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 423-473.
- Qiu, Y., Luo, D., Cheng, R., Xiao, Y., Chen, X., Huang, Z., & Xiao, S. (2014). Emotional problems and related factors in patients with HIV/AIDS. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 39(8), 835-841. doi:10.3969/j.issn.1672-7347.2014.08.014
- Rackal, J. M., Tynan, A. M., Handford, C. D., Rzeznikewicz, D., Agha, A., & Glazier, R. (2011). Provider training and experience for people living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD003938. doi:10.1002/14651858.CD003938.pub2
- Rafael-Valdivia, L., Miró, J., & Rimola, A. (2010). Trasplante hepático en pacientes con infección por VIH. *Gastroenterol Hepatol*, 33(9), 660-669.

- Ramaiya, M. K., Sullivan, K. A., K, O. D., Cunningham, C. K., Shayo, A. M., Mmbaga, B. T., & Dow, D. E. (2016). A Qualitative Exploration of the Mental Health and Psychosocial Contexts of HIV-Positive Adolescents in Tanzania. *PLoS One*, *11*(11), e0165936. doi:10.1371/journal.pone.0165936
- Ramírez, M. T. G. (2012). Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, *12*(2), 173-184.
- Rapp, S., Shumaker, S., Schmidt, S., & Naughton, M. (1995). Social resourcefulness scale: development and preliminary validation. *Unpublished manuscript*.
- Ratanawongsa, N., Korthuis, P. T., Saha, S., Roter, D., Moore, R. D., Sharp, V. L., & Beach, M. C. (2012). Clinician stress and patient-clinician communication in HIV care. *J Gen Intern Med*, *27*(12), 1635-1642. doi:10.1007/s11606-012-2157-7
- Rausch, D. M., & Stover, E. S. (2001). Neuroscience research in AIDS. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, *25*(1), 231-257.
- Read, G., & Ingersoll, K. S. (2016). Which Patient Characteristics Among Cocaine Users with HIV Relate to Drug Use and Adherence Outcomes Following a Dual-Focused Intervention? *AIDS Behav*, *20*(3), 633-645. doi:10.1007/s10461-015-1119-6
- Reif, S. S., Pence, B. W., LeGrand, S., Wilson, E. S., Swartz, M., Ellington, T., & Whetten, K. (2012). In-home mental health treatment for individuals with HIV. *AIDS Patient Care STDS*, *26*(11), 655-661. doi:10.1089/apc.2012.0242
- Reis, H., Sheldon, K., Gable, S., Roscoe, J., & Ryan, R. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and social psychology bulletin*, *26*(4), 419-435.
- Remien, R. H., Hirky, A. E., Johnson, M. O., Weinhardt, L. S., Whittier, D., & Le, G. M. (2003). Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four US cities. *AIDS Behav*, *7*(1), 61-72.
- Remor, E. (2002a). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*, *30*(3), 143-148. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2

- Remor, E. (2002b). Manual de utilización del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) en personas con infección por VIH y sida: Información sobre el cuestionario e instrucciones para la codificación de las respuestas. In U. A. d. Madrid (Ed.), (pp. 1-25).
- Remor, E. (2002c). Social support and quality of life in the HIV infection. *Aten Primaria*, 30(3), 143-148.
- Remor, E. (2002d). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Remor, E. (2003). Reliability and validity of the Spanish version of the MOS-SF-30 to assess the health related quality of life in people infected by HIV. *Aten Primaria*, 32(1), 15-22.
- Remor, E. (2009). Determinantes psicosociales de la calidad de vida relacionada con la salud en personas viviendo con el VIH y SIDA. *SUPERANDO BARRERAS SUPERANDO BARRERAS*, 88.
- Remor, E., Fuster, M., Ballester, R., Gómez, S., Fumaz, C., González, M., . . . Molero, F. (2012). Development of a new instrument for the assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or AIDS. *AIDS Behav*, 16(8), 2414-2423.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Brazilian adaptation of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire. *Rev Saude Publica*, 41(5), 685-694.
- Remor, E., Penedo, F., Shen, B., & Schneiderman, N. (2007). Perceived stress is associated with CD4+ cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS care*, 19(2), 215-219.
- Remor, E., Rodriguez-Alzamora, L., & Carrobles, J. (2002). *Relationship of coping style to affective state and perceived social support in people living with HIV. Health through the life cycle: A life span perspective*. Lisboa.
- Reniers, G., & Watkins, S. (2010). Polygyny and the spread of HIV in Sub Saharan Africa: a case of benign concurrency. *AIDS*, 24(2), 299.
- Renjifo, B., van Wyk, J., Salem, A. H., Bow, D., Ng, J., & Norton, M. (2015). Pharmacokinetic enhancement in HIV antiretroviral therapy: a comparison of ritonavir and cobicistat. *AIDS Rev*, 17(1), 37-46.

- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 25(2), 248-255.
- Requena, G. C., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687-691.
- Resnicow, K., & Page, S. E. (2008). Embracing chaos and complexity: a quantum change for public health. *Am J Public Health*, 98(8), 1382-1389.
- Reus, S., Portilla, J., Gimeno, A., Sánchez-Payá, J., García-Henarejos, J., Martínez-Madrid, O., . . . López-Aldeguer, J. (2004). Predictores de progresión y muerte en pacientes con infección avanzada por el VIH en la era de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 22(3), 142-149.
- Revilla-Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón-Muñoz, E., & Medina-Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- Reyes-Teran, G., & Alcocer-Varela, J. (1994). Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Rev Invest Clin*, 46(2), 113-147.
- Rezaei, S., Taramian, S., & Kafie, S. M. (2013). Psychopathological Dimensions in Substance Abusers with and without HIV/AIDS and Healthy Matched Group. *Addict Health*, 5(3-4), 115-125.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010a). Harm reduction and the mainstream. *MONOGRAPHS*, 19.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010b). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*: Office for Official Publ. of the European Communities.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010c). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges: EMCDDA Monographs*: Publications Office.
- Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S., & Strathdee, S. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social science & medicine*, 61(5), 1026-1044.
- Riera, M., La Fuente, L. L., Castanyer, B., Puigventos, F., Villalonga, C., Ribas, M., . . . Salas, A. (2002). Adherence to antiretroviral therapy measured by pill count and drug serum concentrations. Variables associated with a bad adherence. *Medicina Clínica*, 119(8), 286-292.

- Ries, R., Krupski, A., West, II, Maynard, C., Bumgardner, K., Donovan, D., . . . Roy-Byrne, P. (2015). Correlates of Opioid Use in Adults With Self-Reported Drug Use Recruited From Public Safety-Net Primary Care Clinics. *J Addict Med*, 9(5), 417-426. doi:10.1097/adm.0000000000000151
- Rigueira, G. A. (2001). Treatment compliance: what do we know about Spain? *Atención Primaria*, 27(8), 559.
- Ríos, M., & Moreno, M. (2010). Influencia de la participación comunitaria y la identidad con el lugar en la satisfacción vital en inmigrantes. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 8-16.
- Robbins, R. N., Spector, A. Y., Mellins, C. A., & Remien, R. H. (2014). Optimizing ART adherence: update for HIV treatment and prevention. *Curr HIV/AIDS Rep*, 11(4), 423-433. doi:10.1007/s11904-014-0229-5
- Robertson, M., Clark, R., Charlebois, E., Tulsy, J., Long, H., Bangsberg, D. R., & Moss, A. R. (2004). HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *Am J Public Health*, 94(7), 1207-1217.
- Robinson, F. P., Mathews, H. L., & Witek-Janusek, L. (2003). Psychoendocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 9(5), 683-694.
- Roca, B. (2002). Adherencia al tratamiento antirretroviral. *Medicina Clínica*, 118(10), 379-381.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. *Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis*, 151-160.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., & Lopez-Roig, S. (1993a). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Suplemento), 349-372.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., & Lopez-Roig, S. (1993b). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5(Suplem.1), 349-372

- Rodriguez-Penney, A. T., Iudicello, J. E., Riggs, P. K., Doyle, K., Ellis, R. J., Letendre, S. L., . . . Woods, S. P. (2013). Co-morbidities in persons infected with HIV: increased burden with older age and negative effects on health-related quality of life. *AIDS Patient Care STDS*, 27(1), 5-16. doi:10.1089/apc.2012.0329
- Rodríguez-Sierra, N. (2016). *Sistema de información sobre toxicomanías en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2014*. Retrieved from http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/drogodependencias/es_seit/adjuntos/Informe%20SEIT%202014_biling%C3%BCe.pdf.
- Rodríguez, F., Zulaika, D., Agirrebengoa, K., Andía, A., Arrizabalaga, J., Bustillo, J., . . . Goikoetxea, J. (2004). Características epidemiológicas de las nuevas infecciones causadas por el VIH comparadas con los casos de sida. La epidemia de VIH/sida en el País Vasco. *Gaceta sanitaria*, 18(2), 145-149.
- Rodriguez Fumaz, M. D. C. (2009). *Adherencia y aspectos psicológicos en pacientes adultos infectados por el vih con prolongada exposición a tratamiento antirretroviral*. (phD Doctoral), Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rogers, C. (1962). The interpersonal relationship. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416-429.
- Rogers, T. (2011). Immunology as it pertains to drugs of abuse, AIDS and the neuroimmune axis: mediators and traffic. *J Neuroimmune Pharmacol*, 6(1), 20-27. doi:10.1007/s11481-010-9247-2
- Rogowska-Szadkowska, D. (1996). Parasitic infections in AIDS. *Wiad Parazytol*, 42(2), 145-157.
- Rojas, A., Pérez, C., González-Sáiz, F., Ballesta, R., & Bilbao, I. (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema*, 20(2), 317-323.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres.
- Romo, N., & Gil, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 243-250.
- Ross, D. A., South, A., Weller, I., & Hakim, J. (2012). HIV treatment and care systems: the way forward. *AIDS*, 26 Suppl 2, S147-152. doi:10.1097/QAD.0b013e32835bde37

- Rotheram-Borus, M. J., Tomlinson, M., Durkin, A., Baird, K., DeCelles, J., & Swendeman, D. (2016). Feasibility of Using Soccer and Job Training to Prevent Drug Abuse and HIV. *AIDS Behav*, *20*(9), 1841-1850. doi:10.1007/s10461-015-1262-0
- Roulston, A., Lin, R., Beauparlant, P., Wainberg, M. A., & Hiscott, J. (1995). Regulation of human immunodeficiency virus type 1 and cytokine gene expression in myeloid cells by NF-kappa B/Rel transcription factors. *Microbiol Rev*, *59*(3), 481-505.
- Rourke, S., Bekele, T., Tucker, R., Greene, S., Sobota, M., Koornstra, J., . . . Rueda, S. (2012). Housing characteristics and their influence on health-related quality of life in persons living with HIV in Ontario, Canada: results from the positive spaces, healthy places study. *AIDS Behav*, *16*(8), 2361-2373.
- Rourke, S., Sobota, M., Tucker, R., Bekele, T., Gibson, K., Greene, S., . . . Bacon, J. (2011). Social determinants of health associated with hepatitis C co-infection among people living with HIV: results from the Positive Spaces, Healthy Places study. *Open Med*, *5*(3), e120-131.
- Rovira, D. P., Techio, E. M., Liu, J., & Beristain, C. M. (2007). *Representaciones sociales de la historia: estudios y aplicación a sociedades con un pasado traumático*. Paper presented at the Psicología social.
- Roy, E., Arruda, N., Jutras-Aswad, D., Berbiche, D., Perreault, M., Bertrand, K., . . . Bruneau, J. (2017). Examining the link between cocaine bingeing and individual, social and behavioral factors among street-based cocaine users. *Addict Behav*, *68*, 66-72. doi:10.1016/j.addbeh.2017.01.012
- Rubenstein, L. S., Amon, J. J., McLemore, M., Eba, P., Dolan, K., Lines, R., & Beyrer, C. (2016). HIV, prisoners, and human rights. *Lancet*, *388*(10050), 1202-1214. doi:10.1016/s0140-6736(16)30663-8
- Rubio, J. M. L. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*: Editorial UOC.
- Ruiz, I., Olry de Labry, A., Delgado, C., Marcos, M., Muñoz, N., Pasquau, J., . . . Causse, M. (2005). Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, *21*(2), 119-144. doi:10.1111/1467-6427.00108

- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. (1989b). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, 4(2), 195.
- Ryff, C. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Ryff, C., Friedman, E., Fuller-Rowell, T., Love, G., Miyamoto, Y., Morozink, J., . . . Tsenkova, V. (2012). Varieties of resilience in MIDUS. *Social and personality psychology compass*, 6(11), 792-806.
- Ryff, C., & Heidrich, S. (1997). Experience and well-being: Explorations on domains of life and how they matter. *International Journal of Behavioral Development*, 20(2), 193-206.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C., Keyes, C., & Hughes, D. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of health and Social Behavior*, 275-291.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, C., & Singer, B. (2000a). Biopsychosocial challenges of the new millennium. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(4), 170-177.

- Ryff, C., & Singer, B. (2000b). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and social psychology review*, 4(1), 30-44.
- Ryff, C., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*, 15-36.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). The Integrative Science of Human Resilience. *Interdisciplinary Research: Case Studies from Health and Social Science: Case Studies from Health and Social Science*, 198.
- Ryff, C., & Singer, B. (2013). Know Thyself and Become What You are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. In A. Delle Fave (Ed.), *The Exploration of Happiness: Present and Future Perspectives* (pp. 97-116). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 32-40.
- Sabate, E. (2001). WHO adherence meeting report. *Geneva: World Health Organization*.
- Sachs, L. (2012). *Applied statistics: a handbook of techniques*: Springer Science & Business Media.
- Sacktor, N., Skolasky, R. L., Seaberg, E., Munro, C., Becker, J. T., Martin, E., . . . Miller, E. (2016). Prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Neurology*, 86(4), 334-340. doi:10.1212/wnl.0000000000002277
- Sadler, K., Bahwere, P., Guerrero, S., & Collins, S. (2006). Community-based therapeutic care in HIV-affected populations. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 100(1), 6-9. doi:10.1016/j.trstmh.2005.07.004
- Saeidi, A., Buggert, M., Che, K. F., Kong, Y. Y., Velu, V., Larsson, M., & Shankar, E. M. (2015). Regulation of CD8+ T-cell cytotoxicity in HIV-1 infection. *Cell Immunol*, 298(1-2), 126-133. doi:10.1016/j.cellimm.2015.10.009
- Saffran, M. (Ed.) (1996) Henderson's dictionary of biological terms (11th edition ed., Vols. 7). New York: Wiley.

- Sahay, S., Reddy, K. S., & Dhayarkar, S. (2011). Optimizing adherence to antiretroviral therapy. *Indian J Med Res*, 134(6), 835-849. doi:10.4103/0971-5916.92629
- Saiz-Galdós, J., & Chévez, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Transtorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*, 18(1), 75-88.
- Saki, M., Mohammadi, S., Mohammadi, E., & Mohraz, M. (2015). Perception of Patients With HIV/AIDS From Stigma and Discrimination. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6), e23638. doi:10.5812/ircmj.23638v2
- Saleem, H. T., Narasimhan, M., Denison, J. A., & Kennedy, C. E. (2017). Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc*, 20(Suppl 1), 18-23. doi:10.7448/ias.20.2.21331
- Samhkaniyan, E., Mahdavi, A., Mohamadpour, S., & Rahmani, S. (2015). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and loneliness of women with HIV. *J Med Life*, 8(Spec Iss 4), 107-113.
- SAMHSA. (2014). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/>
- Samuel, M., Winston, A., & Peters, B. (2015). Drug treatment for adults with HIV infection. *BMJ*, 350, h1555. doi:10.1136/bmj.h1555
- Sánchez-Vidal, A. (1988). Psicología Comunitaria: Definición y características. *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promoción y Publicación Universitaria SA Barcelona.*
- Sánchez-Vidal, A. (1995). Potencial y límites de la" Intervención psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 4(10).
- Sánchez-Vidal, A., & Morales-Díaz, J. (2002). Acción psicológica e intervención psicosocial [Psychological action and psychosocial intervention]. *Acción psicológica*, 1(1), 11-24.
- Sangaramoorthy, T., Jamison, A. M., & Dyer, T. V. (2017). HIV Stigma, Retention in Care, and Adherence Among Older Black Women Living With HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. doi:10.1016/j.jana.2017.03.003
- Sanjuán, P., Molero, F., Fuster, M., & Nouvilas, E. (2013). Coping with HIV related stigma and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 709-722.

- Sanmarti, M., Ibanez, L., Huertas, S., Badenes, D., Dalmau, D., Slevin, M., . . . Jaen, A. (2014). HIV-associated neurocognitive disorders. *J Mol Psychiatry*, 2(1), 2. doi:10.1186/2049-9256-2-2
- Santa Maria, D., Narendorf, S. C., Ha, Y., & Bezette-Flores, N. (2015). Exploring Contextual Factors of Youth Homelessness And Sexual Risk Behaviors: A Qualitative Study. *Perspect Sex Reprod Health*, 47(4), 195-201. doi:10.1363/47e6715
- Santos, J., Valencia, E., & Panel de Expertos de GESIDA. (2014). Guía de práctica clínica sobre los tumores no definitorios de sida e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 32(8), 515-522.
- Satre, D. D., DeLorenze, G. N., Quesenberry, C. P., Tsai, A., & Weisner, C. (2013). Factors associated with treatment initiation for psychiatric and substance use disorders among persons with HIV. *Psychiatr Serv*, 64(8), 745-753. doi:10.1176/appi.ps.201200064
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*: Alianza editorial.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2012). A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 63-72.
- Schmitz, M. F., & Crystal, S. (2000). Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 665-685.
- Schneiderman, N., Antoni, M., Saab, P., & Ironson, G. (2001). Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual review of psychology*, 52(1), 555-580.
- Schulden, J. D., Lopez, M. F., & Compton, W. M. (2012). Clinical implications of drug abuse epidemiology. *Psychiatr Clin North Am*, 35(2), 411-423. doi:10.1016/j.psc.2012.03.007
- Schumacher, J. E., Fischer, G., & Qian, H. Z. (2007). Policy drives harm reduction for drug abuse and HIV/AIDS prevention in some developing countries. *Drug Alcohol Depend*, 91(2-3), 300-305.
- Schupbach, J. (2002). Measurement of HIV-1 p24 antigen by signal-amplification-boostered ELISA of heat-denatured plasma is a simple and inexpensive alternative to tests for viral RNA. *AIDS Rev*, 4(2), 83-92.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G., & Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*, 15(2), 103-109.
- Scully, E., & Alter, G. (2016). NK Cells in HIV Disease. *Curr HIV/AIDS Rep*, 13(2), 85-94. doi:10.1007/s11904-016-0310-3
- Seeman, M. V. (2015). The Role of Mental Health Services in Addressing HIV Infection Among Women With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*, 66(9), 966-974. doi:10.1176/appi.ps.201400411
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*: Vergara.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000a). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American psychologist*, 55(1), 5-183.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000b). Special issue: Positive psychology. *American psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive psychology: An introduction*: Springer.
- Selltiz, C. J., Deutsch, M., M Cook, S., Scherr, S., Medina , H., Tripp, R., . . . AKH Potts, G. (1959). *Research methods in social relations*: ICRAF, Nairobi (Kenia).
- Shacham, E., Estlund, A. L., Tanner, A. E., & Presti, R. (2017). Challenges to HIV management among youth engaged in HIV care. *AIDS care*, 29(2), 189-196. doi:10.1080/09540121.2016.1204422
- Shacham, E., Rosenburg, N., Onen, N. F., Donovan, M. F., & Overton, E. T. (2015). Persistent HIV-related stigma among an outpatient US clinic population. *Int J STD AIDS*, 26(4), 243-250. doi:10.1177/0956462414533318
- Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med*, 1(1), a006841. doi:10.1101/cshperspect.a006841

- Sheldon, K., Kasser, T., Smith, K., & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of personality, 70*(1), 5-31.
- Sherbourne, C., Hays, R., Fleishman, J., Vitiello, B., Magruder, K., Bing, E., . . . Eggan, F. (2000). Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. *American Journal of Psychiatry, 157*(2), 248-254.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine, 32*(6), 705-714.
- Sherman, K. E. (2004). HCV and HIV: a tale of two viruses. *Rev Gastroenterol Disord, 4 Suppl 1*, S48-54.
- Shie, F. S., Chen, Y. H., Chen, C. H., & Ho, I. K. (2011). Neuroimmune pharmacology of neurodegenerative and mental diseases. *J Neuroimmune Pharmacol, 6*(1), 28-40. doi:10.1007/s11481-010-9241-8
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues, 40*(4), 11-36.
- Shuter, J. (2008). Forgiveness of non-adherence to HIV-1 antiretroviral therapy. *J Antimicrob Chemother, 61*(4), 769-773. doi:10.1093/jac/dkn020
- Siegel, K., Lekas, H. M., Ramjohn, D., Schrimshaw, E., & VanDevanter, N. (2014). Early life circumstances as contributors to HIV infection. *Soc Work Health Care, 53*(9), 969-993. doi:10.1080/00981389.2014.931321
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2005). Stress, appraisal, and coping: A comparison of HIV-infected women in the pre-HAART and HAART eras. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 225-233.
- Siegrist, J., Fernández-López, J., & Hernández-Mejía, R. (2000). Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Medicina Clínica, 114*(1), 22-24. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71176-6
- SIIS. (2011). *I Informe sobre la situación de los servicios sociales en la CAPV*
CONSEJO VASCO DE SERVICIOS SOCIALES
- Fundación Eguía-Careaga,
Gobierno Vasco,
Centro de Documentación y Estudios SIIS,.

- SIIS. (2013). *Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV. Junio 2013*. Retrieved from http://mintegia2014.siiis.net/files/descargas/Kale_Gorrian_2012_CA.pdf.
- Sikkema, K. J., Ranby, K. W., Meade, C. S., Hansen, N. B., Wilson, P. A., & Kochman, A. (2013). Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*, *81*(2), 274-283. doi:10.1037/a0030144
- Simmons, R., & Siliciano, R. F. (2004). Can antiretroviral therapy ever be stopped? An update. *AIDS Read*, *14*(8), 435-438, 441-432.
- Singer, M. (2004). The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin*, *69*(1), 9-16.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*, *17*(4), 423-441. doi:10.1525/maq.2003.17.4.423
- Skalski, L. M., Sikkema, K. J., Heckman, T. G., & Meade, C. S. (2013). Coping styles and illicit drug use in older adults with HIV/AIDS. *Psychol Addict Behav*, *27*(4), 1050-1058. doi:10.1037/a0031044
- Slater, L., Moneyham, L., Vance, D., Raper, J., Mugavero, M. J., & Childs, G. (2015). The multiple stigma experience and quality of life in older gay men with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *26*(1), 24-35.
- Sliva, K. (2015). Latest animal models for anti-HIV drug discovery. *Expert Opin Drug Discov*, *10*(2), 111-123. doi:10.1517/17460441.2015.975201
- Smit, P. J., Brady, M., Carter, M., Fernandes, R., Lamore, L., Meulbroek, M., . . . Thompson, M. (2012). HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS care*, *24*(4), 405-412. doi:10.1080/09540121.2011.613910
- Smith, D. M., Richman, D. D., & Little, S. J. (2005). HIV superinfection. *J Infect Dis*, *192*(3), 438-444. doi:10.1086/431682
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*: Oxford University Press, USA.
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. (2017). GESIDA. Retrieved from <http://www.gesida-seimc.org/>

- Soller, M., Kharrazi, N., Prentiss, D., Cummings, S., Balmas, G., Koopman, C., & Israelski, D. (2011). Utilization of psychiatric services among low-income HIV-infected patients with psychiatric comorbidity. *AIDS care*, 23(11), 1351-1359. doi:10.1080/09540121.2011.565024
- Sollis, K. A., Smit, P. W., Fiscus, S., Ford, N., Vitoria, M., Essajee, S., . . . Peeling, R. W. (2014). Systematic review of the performance of HIV viral load technologies on plasma samples. *PLoS One*, 9(2), e85869. doi:10.1371/journal.pone.0085869
- Sorg, T., & Methali, M. (1997). Gene therapy for AIDS. *Transfus Sci*, 18(2), 277-289.
- Sosnik, A., & Augustine, R. (2016). Challenges in oral drug delivery of antiretrovirals and the innovative strategies to overcome them. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 103, 105-120. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.addr.2015.12.022
- Spadari, F., Fazio, N., Lauritano, D., & Zambellini Artini, M. (1997). Clinico-diagnostic and odonto-stomatologic therapeutic problems in patients with HIV infection and AIDS. *Minerva Stomatol*, 46(6), 307-328.
- Sripada, R. K., Pfeiffer, P. N., Valenstein, M., & Bohnert, K. M. (2014). Medical illness burden is associated with greater PTSD service utilization in a nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry*, 36(6), 589-593. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.09.007
- StatSoft, I. (2007). STATISTICA (data analysis software system) (Version 8.0). Retrieved from www.statsoft.com
- Stein, J. (2003). HIV/AIDS stigma: The latest dirty secret. *Afr J AIDS Res*, 2(2), 95-101. doi:10.2989/16085906.2003.9626564
- Sternhell, P. S., & Corr, M. J. (2002). Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(4), 528-533.
- Stone, V. E. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: lessons from research and clinical practice. *Clin Infect Dis*, 33(6), 865-872. doi:10.1086/322698
- Stoskopf, C. H., Kim, Y. K., & Glover, S. H. (2001). Dual diagnosis: HIV and mental illness, a population-based study. *Community Ment Health J*, 37(6), 469-479.

- Strathdee, S., O'Shaughnessy, M. V., Montaner, J. S., & Schechter, M. T. (1996). A decade of research on the natural history of HIV infection: Part 1. Markers. *Clin Invest Med*, 19(2), 111-120.
- Strathdee, S., Palepu, A., Cornelisse, P., Yip, B., O'Shaughnessy, M., Montaner, J., . . . Hogg, R. (1998). Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *Jama*, 280(6), 547-549.
- Strauss, G. P., Sandt, A. R., Catalano, L. T., & Allen, D. N. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 53(8), 1137-1144.
- Stuifbergen, A., Seraphine, A., & Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing research*, 49(3), 122-129.
- Subirats, J. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. *Colección de Estudios Sociales. Fundación la Caixa*(16).
- Subirats, J., Gomà, R., & Brugué, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. *Documentos de trabajo*, 6.
- Sun, W., Wu, M., Qu, P., Lu, C., & Wang, L. (2013). Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *PLoS One*, 8(5), e64562. doi:10.1371/journal.pone.0064562
- Surratt, H. L., Kurtz, S. P., Levi-Minzi, M. A., Cicero, T. J., Tsuyuki, K., & O'Grady, C. L. (2015). Pain treatment and antiretroviral medication adherence among vulnerable HIV-positive patients. *AIDS Patient Care STDS*, 29(4), 186-192. doi:10.1089/apc.2014.0104
- Sweeney, S. M., & Venable, P. A. (2016). The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS Behav*, 20(1), 29-50. doi:10.1007/s10461-015-1164-1
- Swindells, S., Mohr, J., Justic, J. C., & Berman, S. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *International journal of STD & AIDS*, 10(6), 383.

- Tafur-Valderrama, E., Ortiz, C., Alfaro, C., García, E., & Faus, M. (2008). Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm*, 49(3), 183-198.
- Takacs, J., Kelly, J. A., T, P. T., Mocsonaki, L., & Amirkhanian, Y. A. (2013). Effects of Stigmatization on Gay Men Living with HIV/AIDS in a Central-Eastern European Context: A Qualitative Analysis from Hungary. *Sex Res Social Policy*, 10(1), 24-34. doi:10.1007/s13178-012-0102-5
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202. doi:10.1007/BF00905728
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 25(4), 249-256.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 460.
- Tello-Velasquez, J. R., Diaz-Llanes, B. E., Mezones-Holguin, E., Rodriguez-Morales, A. J., Huamani, C., Hernandez, A. V., & Arevalo-Abanto, J. (2015). Poor quality of sleep associated with low adherence to highly active antiretroviral therapy in Peruvian patients with HIV/AIDS. *Cad Saude Publica*, 31(5), 989-1002. doi:10.1590/0102-311x00010014
- Temoshok, L. (1993). Emotions and health outcomes: Some theoretical and methodological considerations.
- Tendero, D. T. (2001). Laboratory diagnosis of cytomegalovirus (CMV) infections in immunodepressed patients, mainly in patients with AIDS. *Clin Lab*, 47(3-4), 169-183.
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández-Quero, J., & Buela-Casal, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia psicológica*, 22(2), 111-121.
- Thaler, N. S., Sayegh, P., Arentoft, A., Thames, A. D., Castellon, S. A., & Hinkin, C. H. (2015). Increased neurocognitive intra-individual variability is associated with declines in medication adherence in HIV-infected adults. *Neuropsychology*, 29(6), 919-925. doi:10.1037/neu0000191

- Thompson, M. A., Aberg, J. A., Hoy, J. F., Telenti, A., Benson, C., Cahn, P., . . . Reiss, P. (2012). Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2012 recommendations of the International Antiviral Society–USA panel. *Jama*, *308*(4), 387-402.
- Thomson, M. M., Perez-Alvarez, L., & Najera, R. (2002). Molecular epidemiology of HIV-1 genetic forms and its significance for vaccine development and therapy. *Lancet Infect Dis*, *2*(8), 461-471.
- Togun, T., Peterson, I., Jaffar, S., Oko, F., Okomo, U., Peterson, K., & Jaye, A. (2011). Pre-treatment mortality and loss-to-follow-up in HIV-1, HIV-2 and HIV-1/HIV-2 dually infected patients eligible for antiretroviral therapy in The Gambia, West Africa. *AIDS Res Ther*, *8*(1), 24. doi:10.1186/1742-6405-8-24
- Torres, R. A., & Lewis, W. (2014). Aging and HIV/AIDS: pathogenetic role of therapeutic side effects. *Lab Invest*, *94*(2), 120-128. doi:10.1038/labinvest.2013.142
- Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, *3*(4), 145-151.
- Trujols, J., Iraurgi, I., Solà, I., Ballesteros, J., Siñol, N., Batlle, F., & Pérez de los Cobos, J. (2010). Infección por VIH y usuarios de drogas por vía parenteral: Urgencia de la revitalización de los programas de reducción de daños. *Adicciones*, *22*(2), 135-140.
- Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Fung, K. M., Shi, K., Lam, C., Larson, J., . . . Chung, R. C. (2012). Sino-American employer perspective about behavioral-driven health conditions: predictive analyses. *Int J Psychiatry Clin Pract*, *16*(4), 284-292. doi:10.3109/13651501.2011.644562
- Tsasis, P. (2000). Health-related quality-of-life measurements in HIV/AIDS care. *AIDS Patient Care STDS*, *14*(8), 427-438.
- Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Kennedy, D. P., Golinelli, D., & Ewing, B. (2013). Sex trade behavior among heterosexually active homeless men. *Arch Sex Behav*, *42*(8), 1535-1544. doi:10.1007/s10508-013-0122-0
- Tufano, C. S., Amaral, R. A., Cardoso, L. R., & Malbergier, A. (2015). The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. *Sao Paulo Med J*, *133*(3), 179-186. doi:10.1590/1516-3180.2013.7450010

- Tur, C. T., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13*(3), 152-162.
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS Behav, 21*(1), 283-291. doi:10.1007/s10461-016-1451-5
- Turner, B., Fleishman, J., Wenger, N., London, A., Burnam, M., Shapiro, M., . . . Bozzette, S. (2001). Effects of Drug Abuse and Mental Disorders on Use and Type of Antiretroviral Therapy in HIV- infected Persons. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 625-633.
- Turrina, C., Fiorazzo, A., Turano, A., Cacciani, P., Regini, C., Castelli, F., & Sacchetti, E. (2016). Depressive disorders and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug-users. *J Affect Disord, 65*(1), 45-53. doi:10.1016/S0165-0327(00)00269-X
- Ulla, S., & Remor, E. (2002). Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção. *Psicologia: reflexão e crítica, 15*(1), 113-119.
- UNAIDS. (2015). El sida en cifras 2015. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- Underwood, J., & Winston, A. (2016). Guidelines for Evaluation and Management of Cognitive Disorders in HIV-Positive Individuals. *Curr HIV/AIDS Rep.* doi:10.1007/s11904-016-0324-x
- UNODC. (2015). *World Drug Report 2015. Executive summary*: UN.
- Urbano, A., & Aróstegi, E. (2004). La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados. *Universidad de Deusto. Bilbao.*
- Urstad, H. (2008). Harm Reduction and Interdisciplinary HealthCare: North Americas First Safe Injection Site. *The international journal of social sciences, 3.*
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile, 138*(3), 358-365.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica, 30*(1), 61-71.

- Usieto, R., & Sastre, J. (2002). La información y educación sobre el SIDA como estrategia de prevención en los jóvenes. Una experiencia concreta entre los adolescentes escolarizados de Cantabria.
- Monográfico, VIH/SIDA. *Revista Española de Drogodependencia*, 27(3) (3), 445-465.
- Uys, H. (2013). Prevalence and clinical presentation of HIV positive female psychiatric inpatients. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 16(1), 23-28. doi:http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.4
- Valdiserri, R., Khalsa, J., Dan, C., Holmberg, S., Zibbell, J., Holtzman, D., . . . Compton, W. (2014). Confronting the emerging epidemic of HCV infection among young injection drug users. *Am J Public Health*, 104(5), 816-821. doi:10.2105/ajph.2013.301812
- van den Brink, W., & van Ree, J. M. (2003). Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 13(6), 476-487.
- Van Nguyen, H., Nguyen, H. L., Mai, H. T., Le, H. Q., Tran, B. X., Hoang, C. D., . . . Vu, T. M. (2017). Stigmatization among methadone maintenance treatment patients in mountainous areas in northern Vietnam. *Harm Reduct J*, 14(1), 1. doi:10.1186/s12954-016-0127-9
- Varas, N., Neilands, T. B., Rodriguez, S., & Padilla, M. (2016). The role of emotions in the reduction of HIV/AIDS stigma among physicians in training. *AIDS care*, 28(3), 376-383. doi:10.1080/09540121.2015.1090537
- Varas, N., Serrano, I., & Toro, J. (2005). AIDS-Related Stigma and Social Interaction: Puerto Ricans Living With HIV/AIDS. *Qual Health Res*, 15(2), 169-187. doi:10.1177/1049732304272059
- Varas, N., Toro, J., & Serrano, I. (2005). My body, my stigma: Body interpretations in a sample of people living with HIV/AIDS in Puerto Rico. *The Qualitative Report*, 10(1), 122-142.
- Varela, M., Salazar, I., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida: Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje.
- Vaux, A., & Athanassopoulou, M. (1987). Social support appraisals and network resources. *Journal of Community Psychology*, 15(4), 537-556. doi:10.1002/1520-6629(198710)15:4<537::AID-JCOP2290150411>3.0.CO;2-C

- Vaux, A., Riedel, S., & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The social support behaviors (SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology, 15*(2), 209-232. doi:10.1007/BF00919279
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial, 3*, 87-116.
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002a). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México, 44*(5), 448-463.
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002b). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México, 44*(4), 349-361.
- Viciano, P., Ocampo, A., Hevia, H., Palazuelos, M., & Ledesma, F. (2016). Sociodemographic and clinical factors associated with the preference between NNRTIs and PIs for the initial treatment of HIV infection: Profiles study. *AIDS care, 28*(10), 1321-1326. doi:10.1080/09540121.2016.1173640
- Vielma-Rangel, J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere, 14*(049).
- Vigna-Taglianti, F. D., Burrioni, P., Mathis, F., Versino, E., Beccaria, F., Rotelli, M., . . . Bargagli, A. M. (2016). Gender Differences in Heroin Addiction and Treatment: Results from the VEdeTTE Cohort. *Subst Use Misuse, 51*(3), 295-309. doi:10.3109/10826084.2015.1108339
- Vigneshwaran, E., Padmanabhareddy, Y., Devanna, N., & Alvarez-Uria, G. (2013). Gender Differences in Health Related Quality of Life of People Living with HIV/AIDS in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *N Am J Med Sci, 5*(2), 102-107. doi:10.4103/1947-2714.107526
- Vitellone, N. (2004). Habitus and social suffering: Culture, addiction and the syringe. *The Sociological Review, 52*(s2), 129-147.
- Vitoria, M., Ford, N., Doherty, M., & Flexner, C. (2014). Simplification of antiretroviral therapy: a necessary step in the public health response to HIV/AIDS in resource-limited settings. *Antivir Ther, 19 Suppl 3*, 31-37. doi:10.3851/imp2898
- Vlahakis, S. R. (2006). Human immunodeficiency virus and hepatitis C virus co-infection. *J Med Liban, 54*(2), 106-110.

- Vlahov, D., Robertson, A. M., & Strathdee, S. A. (2010). Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clin Infect Dis*, 50 Suppl 3, S114-121. doi:10.1086/651482
- Volkow, N. (2007). Addiction and Co-occurring mental disorders. Directors perspective. *NIDA notes*, 21(2).
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Telang, F., Jayne, M., & Wong, C. (2007). Stimulant-induced enhanced sexual desire as a potential contributing factor in HIV transmission. *Am J Psychiatry*, 164(1), 157-160. doi:10.1176/ajp.2007.164.1.157
- Vosvick, M., Koopman, C., Gore-Felton, C., Thoresen, C., Krumboltz, J., & Spiegel, D. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44(1), 51-58. doi:10.1176/appi.psy.44.1.51
- Walker, B. D. (2007). Elite control of HIV Infection: implications for vaccines and treatment. *Top HIV Med*, 15(4), 134-136.
- Walker, B. D., & Burton, D. R. (2008). Toward an AIDS vaccine. *Science*, 320(5877), 760-764. doi:10.1126/science.1152622
- Walkup, J., Blank, M. B., Gonzalez, J. S., Safren, S., Schwartz, R., Brown, L., . . . Schumacher, J. E. (2008). The impact of mental health and substance abuse factors on HIV prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 47 Suppl 1, S15-19. doi:10.1097/QAI.0b013e3181605b26
- Wang, E. A., McGinnis, K. A., Long, J. B., Akgun, K. M., Edelman, E. J., Rimland, D., . . . Fiellin, D. A. (2015). Incarceration and health outcomes in HIV-infected patients: the impact of substance use, primary care engagement, and antiretroviral adherence. *Am J Addict*, 24(2), 178-184. doi:10.1111/ajad.12177
- Wang, K., Rendina, H. J., & Pachankis, J. E. (2016). Looking on the Bright Side of Stigma: How Stress-related Growth Facilitates Adaptive Coping among Gay and Bisexual Men. *J Gay Lesbian Ment Health*, 20(4), 363-375. doi:10.1080/19359705.2016.1175396
- Wang, L., Panagiotoglou, D., Min, J. E., DeBeck, K., Milloy, M. J., Kerr, T., . . . Nosyk, B. (2016). Inability to access health and social services associated with mental health among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend*, 168, 22-29. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.08.631

- Ware, N. C., Wyatt, M. A., & Tugenberg, T. (2006). Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS care, 18*(8), 904-910. doi:10.1080/09540120500330554
- Watkins, C. C., & Treisman, G. J. (2012). Neuropsychiatric complications of aging with HIV. *J Neurovirol, 18*(4), 277-290. doi:10.1007/s13365-012-0108-z
- Webel, A. R., Sattar, A., Schreiner, N., Kinley, B., Moore, S. M., & Salata, R. A. (2016). The Impact of Mental Wellness on HIV Self-Management. *J Assoc Nurses AIDS Care, 27*(4), 468-475. doi:10.1016/j.jana.2016.03.002
- Webel, A. R., Sattar, A., Schreiner, N., & Phillips, J. C. (2016). Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV. *Appl Nurs Res, 30*, 204-209. doi:10.1016/j.apnr.2015.08.001
- Weissman, M. (1975). The assessment of social adjustment: A review of techniques. *Archives of general psychiatry, 32*(3), 357-365. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760210091006
- Weissman, M., & Klerman, G. (1985). Gender and depression. *Trends in Neurosciences, 8*, 416-420. doi:http://doi.org/10.1016/0166-2236(85)90145-6
- WHO. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine, 41*(10), 1403-1409.
- WHO. (2007). WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children.
- WHO. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*: World Health Organization,
- World Organization of National Colleges,
Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians,.
- WHO. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*: World Health Organization,
Department of Mental Health
Substance Abuse
World Health Organization

International Narcotics Control Board

United Nations Office on Drugs Crime.

WHO. (2011). *Guide for Monitoring and Evaluating National HIV Testing and Counselling (HTC) Programmes: Field-Test Version*. Geneva: World Health Organization 2011.

WHO. (2016). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee *Guideline: Updates on HIV and Infant Feeding: The Duration of Breastfeeding, and Support from Health Services to Improve Feeding Practices Among Mothers Living with HIV*. Geneva: World Health Organization

Copyright (c) World Health Organization 2016.

WHO. (2017). WHO. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/about/copyright/en/>

Wibbeler, T., Reichelt, D., Husstedt, I. W., & Evers, S. (2012). Sleepiness and sleep quality in patients with HIV infection. *J Psychosom Res*, 72(6), 439-442. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.03.003

Wielding, S., & Scott, A. (2017). What women want: social characteristics, gender-based violence and social support preferences in a cohort of women living with HIV. *Int J STD AIDS*, 28(5), 486-490. doi:10.1177/0956462416654046

Williams, E. C., Bradley, K. A., Balderson, B. H., McClure, J. B., Grothaus, L., McCoy, K., . . . Catz, S. L. (2014). Alcohol and associated characteristics among older persons living with human immunodeficiency virus on antiretroviral therapy. *Subst Abus*, 35(3), 245-253. doi:10.1080/08897077.2014.890997

Wilson, S. M., Sikkema, K. J., & Ranby, K. W. (2014). Gender moderates the influence of psychosocial factors and drug use on HAART adherence in the context of HIV and childhood sexual abuse. *AIDS care*, 26(8), 959-967. doi:10.1080/09540121.2013.873765

Winnock, M., Bani-Sadr, F., Pambrun, E., Loko, M. A., Carrieri, P., Neau, D., . . . Salmon, D. (2013). Factors associated with guideline-based hepatitis C virus (HCV) treatment initiation in HIV/HCV-coinfected patients: role of comorbidities and physicians' perceptions. *HIV Med*, 14(7), 430-436. doi:10.1111/hiv.12023

- Wojcik, K., Piekarska, A., & Jablonowska, E. (2016). Adherence to antiviral therapy in HIV or HBV-infected patients. *Przegl Epidemiol*, 70(1), 27-32, 115-118.
- Wood, E., Hogg, R., Yip, B., Harrigan, P., O'Shaughnessy, M., & Montaner, J. (2003). Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350× 10⁹ cells/L. *Annals of Internal Medicine*, 139(10), 810-816.
- Wood, E., Hogg, R. S., Yip, B., Harrigan, P. R., & Montaner, J. S. (2004). Using baseline CD4 cell count and plasma HIV RNA to guide the initiation of highly active antiretroviral therapy. *Rev Invest Clin*, 56(2), 232-236.
- Wood, E., Tyndall, M., Spittal, P., Li, K., Anis, A., Hogg, R., . . . Schechter, M. (2003). Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure. *Canadian Medical Association Journal*, 168(2), 165-169.
- Woods, S. P., Dawson, M. S., Weber, E., Gibson, S., Grant, I., & Atkinson, J. H. (2009). Timing is everything: antiretroviral nonadherence is associated with impairment in time-based prospective memory. *J Int Neuropsychol Soc*, 15(1), 42-52. doi:10.1017/s1355617708090012
- Wright, N., Akhtar, A., Tosh, G. E., & Clifton, A. V. (2014). HIV prevention advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*(12), Cd009639. doi:10.1002/14651858.CD009639.pub2
- Wu, A., Hays, R., Kelly, S., Malitz, F., & Bozzette, S. (1997). Applications of the Medical Outcomes Study Health-Related Quality of Life Measures in HIV/AIDS. *Quality of Life research*, 6(6), 531-554.
- Wu, A., Revicki, D., Jacobson, D., & Malitz, F. (1997). Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Quality of Life research*, 6(6), 481-493.
- Xiao, Z., Li, X., Qiao, S., Zhou, Y., & Shen, Z. (2017). Social support, depression, and quality of life among people living with HIV in Guangxi, China. *AIDS care*, 29(3), 319-325. doi:10.1080/09540121.2016.1224298
- Yang, M.-H., Chen, Y.-M., Kuo, B. I.-T., & Wang, K.-Y. (2003). Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 217-226.
- Yarhouse, M. A. (2003). Working with families affected by HIV/AIDS. *American Journal of Family Therapy*, 31(2), 125-137.

- Yarns, B. C., Abrams, J. M., Meeks, T. W., & Sewell, D. D. (2016). The Mental Health of Older LGBT Adults. *Curr Psychiatry Rep*, 18(6), 60. doi:10.1007/s11920-016-0697-y
- Yehia, B. R., Stephens-Shield, A. J., Momplaisir, F., Taylor, L., Gross, R., Dube, B., . . . Brady, K. A. (2015). Health Outcomes of HIV-Infected People with Mental Illness. *AIDS Behav*, 19(8), 1491-1500. doi:10.1007/s10461-015-1080-4
- Yehia, B. R., Stewart, L., Momplaisir, F., Mody, A., Holtzman, C. W., Jacobs, L. M., . . . Shea, J. A. (2015). Barriers and facilitators to patient retention in HIV care. *BMC Infect Dis*, 15, 246. doi:10.1186/s12879-015-0990-0
- Yoder, P. S., Nsabagasani, X., Eckert, E., Moran, A., & Ye, Y. (2015). Perspectives of health care providers on the provision of intermittent preventive treatment in pregnancy in health facilities in Malawi. *BMC Health Serv Res*, 15, 354. doi:10.1186/s12913-015-0986-x
- Youngs, J., & Hooper, C. (2015). Ethical implications of HIV self-testing. *J Med Ethics*, 41(10), 809-813. doi:10.1136/medethics-2014-102599
- Yu, N. X., Chan, C. L., Zhang, J., & Stewart, S. M. (2016). Resilience and vulnerability: prolonged grief in the bereaved spouses of marital partners who died of AIDS. *AIDS care*, 28(4), 441-444. doi:10.1080/09540121.2015.1112354
- Zahari, M. M., Hwan Bae, W., Zainal, N. Z., Habil, H., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2010). Psychiatric and substance abuse comorbidity among HIV seropositive and HIV seronegative prisoners in Malaysia. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36(1), 31-38. doi:10.3109/00952990903544828
- Zamora, L., & Gatell, J. M. (2014). Efficacy of initial antiretroviral therapy based on lopinavir/ritonavir plus 2 nucleoside/nucleotide analogs in patients with human immunodeficiency virus type 1 infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 32 Suppl 3, 2-6. doi:10.1016/s0213-005x(14)70160-0
- Zhang, X. D., Kelly-Hanku, A., Chai, J. J., Luo, J., Temmerman, M., & Luchters, S. (2015). Sexual and reproductive health risks amongst female adolescents who use amphetamine-type stimulants and sell sex: a qualitative inquiry in Yunnan, China. *Harm Reduct J*, 12, 34. doi:10.1186/s12954-015-0065-y

- Zlobina, A., Basabe, N., & Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*(15), 43-84.
- Zubieta, E. (1997). La Psicología Social y el estudio de las Representaciones Sociales. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(2), 119-136.
- Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 17, 277-283.
- Zubieta, E., Fernández, O., & Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.
- Zubieta, E., & Páez-Rovira, D. (2002). *Psicología social, salud y bienestar*. Paper presented at the Psicología social.
- Zulaika, D., Agirrebengoa, K., Andía, A., Arrizabalaga, J., Bustillo, J., Cámara, M., . . . Iribarren, J. (2004). Epidemiological characteristics of new HIV infections compared with AIDS cases: The HIV/AIDS epidemic in the Basque Country. Spain. *Gaceta sanitaria*, 18(2), 145-149.
- Zunner, B., Dworkin, S. L., Neylan, T. C., Bukusi, E. A., Oyaro, P., Cohen, C. R., . . . Meffert, S. M. (2015). HIV, violence and women: unmet mental health care needs. *J Affect Disord*, 174, 619-626. doi:10.1016/j.jad.2014.12.017