

Influencia del apoyo social en la calidad de vida en pacientes mayores con VIH

Roser Font (1), Montse Sanmarti (2), Salvador Quintana (3), David Dalmau (4) y Miguel Angel Escobar-Bravo (5).

(1) Enfermera. Unidad de VIH/Sida, Hospital Universitario MutuaTerrassa. Terrassa. Barcelona

(2) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor.

(3) Medico. Hospital Universitari MútuaTerrassa

(4) Servicio de Medicina Interna, Unidad VIH/Sida, Hospital Universitari MútuaTerrassa.Terrassa,

(5) Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida

E-mail de correspondencia: rfont@mutuaterrassa.es

RESUMEN

Introducción

El objetivo principal de este estudio es analizar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en una cohorte de pacientes mayores de 50 años con VIH. A la vez determinar la fortaleza del apoyo social y otros factores de riesgo.

Método

Estudio observacional transversal en una cohorte de pacientes con VIH del Hospital Universitario Mútua Terrassa (HUMT). Se revisaron historias clínicas y se recogieron variables sociodemográficas, variables clínicas del VIH, variables como uso de alcohol, uso del tabaco, historial de consumo y comorbilidades. El apoyo social fue medido por el cuestionario DUKE y la calidad de vida con el cuestionario EQ-5D.

Resultados

51 pacientes, con una media de edad de 59,2 años (DE 6,8). En 39 casos (76,5%) el apoyo social fue adecuado y en 12 (23,5%) el apoyo fue bajo. Encontramos una mayor mediana (rango intercuartílico) de puntuación de calidad de vida en aquellos pacientes con adecuado apoyo social vs aquellos con bajo apoyo social, tanto en las puntuaciones EQ-5D (0,79 (0,23) vs 0,72 (0,26); $p < 0,05$) como en la escala visual EVA (80 (20) vs 67 (32,5); $p < 0,05$). Otros factores asociados a un menor apoyo social fueron el vivir o sentirse solo, la presencia de enfermedades psiquiátricas y el uso de metadona.

Conclusiones

El apoyo social en este grupo VIH+ mayores de 50 años es importante para mejorar su calidad de vida. El vivir o sentirse solo influyen de manera negativa. En cuanto a las comorbilidades, la presencia de enfermedades psiquiátricas es la comorbilidad que más influye negativamente así como el uso de metadona.

Palabras clave: apoyo social, calidad de vida, VIH, adultos mayores.

Influence of social support on quality of life in elderly patients with HIV

ABSTRACT

Introduction

The study analyse the relationship between social support and quality of life in HIV-positive adults over 50 years of age. At the same time determinate the strength of social support and other risk factors.

Method

Cross-sectional study in a cohort of patients HIV positive adults over 50 years to Hospital Universitari MútuaTerrassa (HUMT). Medical Records were reviewed, and sociodemographic variables, clinical variables of HIV, variables such as alcohol and tobacco use, history of consumption and comorbidities were collected. Social support was measured by the DUKE questionnaire and the quality of life by EQ-5D questionnaire.

Results

51 patients, mean age was 59.2 years (SD 6.8). Social support was adequate in 39 cases (76.5%) and 12 (23.5%) was low. We found a higher median score (interquartile range) for quality of life in those patients with adequate social support vs. those patients with low social support, both in the EQ-5D scores (0.79 (0.23) vs 0.72 (0.26); $p < 0.05$) as in the EVA visual scale (80 (20) vs 67 (32.5), $p < 0.05$). Other factors associated with less social support were living or feeling alone, psychiatric illness and methadone use.

Conclusions

Social support in HIV positive adults over 50 years of age is important to improve the quality of life. Living or feeling alone affects negatively. Comorbidities, such as psychiatric diseases are the most negative influences together with the use methadone.

Key words: social support, quality of life, HIV, older adults.

INTRODUCCIÓN

Las personas que viven con VIH/Sida (PVVS) han logrado una esperanza de vida que se aproxima a la de la población general ^(1,2). Sin embargo, a pesar del control virológico efectivo ⁽³⁾, las PVVS aún experimentan un exceso de morbilidad y mortalidad en comparación con la población general con mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con la edad como enfermedades cardiovasculares, malignidades, deterioro cognitivo y densidad mineral ósea reducida, que afectan la discapacidad y el funcionamiento diario ⁽⁴⁻⁶⁾. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estos pacientes puede verse muy afectada, motivo por el cual se ha convertido en un aspecto ampliamente examinado, y su evaluación supone un objetivo de atención en sí mismo ⁽⁷⁾. Schwartzmann, sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes y debe convertirse, por tanto, en una parte integral del seguimiento. La calidad de vida en PVVS está influenciada por muchos factores concurrentes como son los factores socioeconómicos, el estado inmunológico, la presencia de síntomas, las comorbilidades, sobre todo psiquiátricas, el apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) ^(8,9). Estudios en pacientes con calidad de vida relativamente baja se han asociado a una menor puntuación de apoyo social, a una mayor frecuencia de síntomas durante la infección, a una edad más avanzada, al estigma y al género ^(10,11).

El apoyo social ha surgido también como un área importante de investigación. Desde el inicio en los años cincuenta hasta la actualidad, se han propuesto múltiples definiciones para relacionar el apoyo con las condiciones de salud y su importancia como efecto protector de la misma ⁽¹²⁾. El apoyo social comprende todos los recursos del entorno favorecedores del

mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario ⁽¹³⁾. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo ⁽¹⁴⁾. El apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros ⁽¹⁵⁾.

En PVVS, diversos estudios han observado que altos niveles de percepción de apoyo social mejoran la calidad de vida, y que este apoyo no depende tanto del número de individuos de la red social sino del nivel de satisfacción de la persona ^(13,16). Otros estudios sugieren que el apoyo social de adultos mayores con VIH es insuficiente ⁽¹⁷⁾. A diferencia de la población general, que depende de los cónyuges, socios y familiares, muchos adultos mayores con VIH confían en amigos como la principal fuente de apoyo informal ⁽¹⁶⁾. Muchos de estos amigos también viven con VIH y es posible que no puedan funcionar como cuidadores. Adultos mayores con VIH informan de sentimientos de aislamiento y de una disminución de la capacidad para hacer frente a la gestión de la enfermedad ⁽¹⁸⁾. El apoyo social repercute en la mejora de la adherencia al tratamiento ⁽¹⁹⁾, previene trastornos de salud mental, y es importante para hacer frente a la discriminación y el estigma ⁽²⁰⁾. En este sentido, un estudio cualitativo ⁽²¹⁾ con grupos de pacientes VIH concluyó que necesitaban un mayor apoyo social, especialmente el apoyo emocional de los profesionales sanitarios, de la familia y de sus compañeros también VIH-positivos. Las redes sociales de adultos mayores con VIH se han descrito como frágiles y confían más en los amigos que en la familia, aunque esto puede cambiar dependiendo de los diferentes grupos sociales ⁽¹⁹⁾. Una revisión sistemática del 2017 con PVVS concluye que uno de los factores de protección que determina un mejor envejecimien-

to es el apoyo social junto con el bienestar y el afrontamiento ⁽²²⁾. De hecho se estima que el apoyo social bajo es un factor de riesgo comparable a otras comorbilidades ⁽²³⁾.

La relación directa e influencia mutua entre el apoyo social y la CVRS está ampliamente demostrada en PVVS ^(24,25). Sin embargo, la modificación del apoyo social en PVVS durante la evolución de su enfermedad, los efectos del envejecimiento de esta población y la mayor prevalencia de comorbilidades en PVVS que la población general, hace necesario realizar estudios complementarios de esta relación de apoyo social y calidad de vida en el colectivo de PVVS de mayor edad. El objetivo principal es analizar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en una cohorte de pacientes mayores de 50 años con VIH. Secundariamente se determinará la asociación entre la fortaleza del apoyo social y otros factores de riesgo (socio-demográficos, epidemiológicos, clínicos en relación con el VIH y de adherencia al TARV .

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional transversal en una cohorte de pacientes con VIH del Hospital Universitario MútuaTerrassa (HUMT). Se incluyeron 51 pacientes por aleatorización simple de un total de 113 pacientes >50 años de la cohorte. El período de estudio fue de febrero a junio del 2018. A través de la revisión de las historias clínicas se recogieron las variables sociodemográficas (edad, sexo, años de escolarización, trabajo, las variables clínicas del VIH (tiempo desde el diagnóstico, duración del tratamiento, Cd4 Nadir, criterios de Sida) y otras variables como uso de alcohol, uso del tabaco, historial de consumo (neurolépticos, opioides, cannabis, metadona, benzodiazepinas) y comorbilidades. En cuanto a los hábitos de vida, se les pregunto si vivían solos y si se sentían solos.

El apoyo social fue medido por el cuestionario DUKE ⁽²⁶⁾. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta

tipo likert (1- 5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo adecuado, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

La calidad de vida se midió con el cuestionario EQ-5D ⁽²⁷⁾ que está compuesto por tres partes. La primera permite al encuestado definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ-5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y en cada una de ellas existen 3 niveles de gravedad (1, 2 o 3). La segunda parte del EQ-5D es una EVA (escala visual analógica) vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo marcaba el punto en la línea vertical que mejor reflejaba la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. La tercera parte es sobre información personal del encuestado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una descripción de las variables cuantitativas con medias y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, en el caso que no siguieran una distribución normal, mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia absoluta y porcentaje.

Estadística inferencial bivariable: para comparar medias se utilizaron el test de la t de Student o su equivalente la U de Mann-Withney. Cuando la variable cualitativa tenía más de dos categorías se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA). La asociación entre variables cualitativas se llevó a cabo con el test de la Ji cuadrado, o el test de Fisher según procediera. La variable dependiente, apoyo social, se analizó de dos formas: como variable dicotómica (<32 bajo=1; ≥32 adecuado=0) y como variable cuantitativa utilizando

el total de la puntuación numérica obtenida. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS vs 24 y Stata S/E vs 13.0. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue autorizado por el Comité ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Mútua-Terrasa, y se pidió el correspondiente consentimiento informado a todos los pacientes participantes.

RESULTADOS

Se estudiaron 51 pacientes, con una media de edad de 59,2 años (DE 6,8), la mayoría de los cuales fueron

hombres de nacionalidad española. En la Tabla 1 y Gráfico 1 se muestran las características de la población a estudio.

La media de edad desde el diagnóstico fue de 19,5 años (DE 8,9) y de 15,3 años de tratamiento (DE 7,3). La media de Cd4 nadir de la muestra fue de 222,84 células por milímetro cúbico.

El 39,2% de los pacientes vivían solos. De los que vivían acompañados, el 33,3% vivía con su pareja, el 9,8% con pareja e hijos, y el 7,8% con la madre. El 21,6% referían sentirse solos.

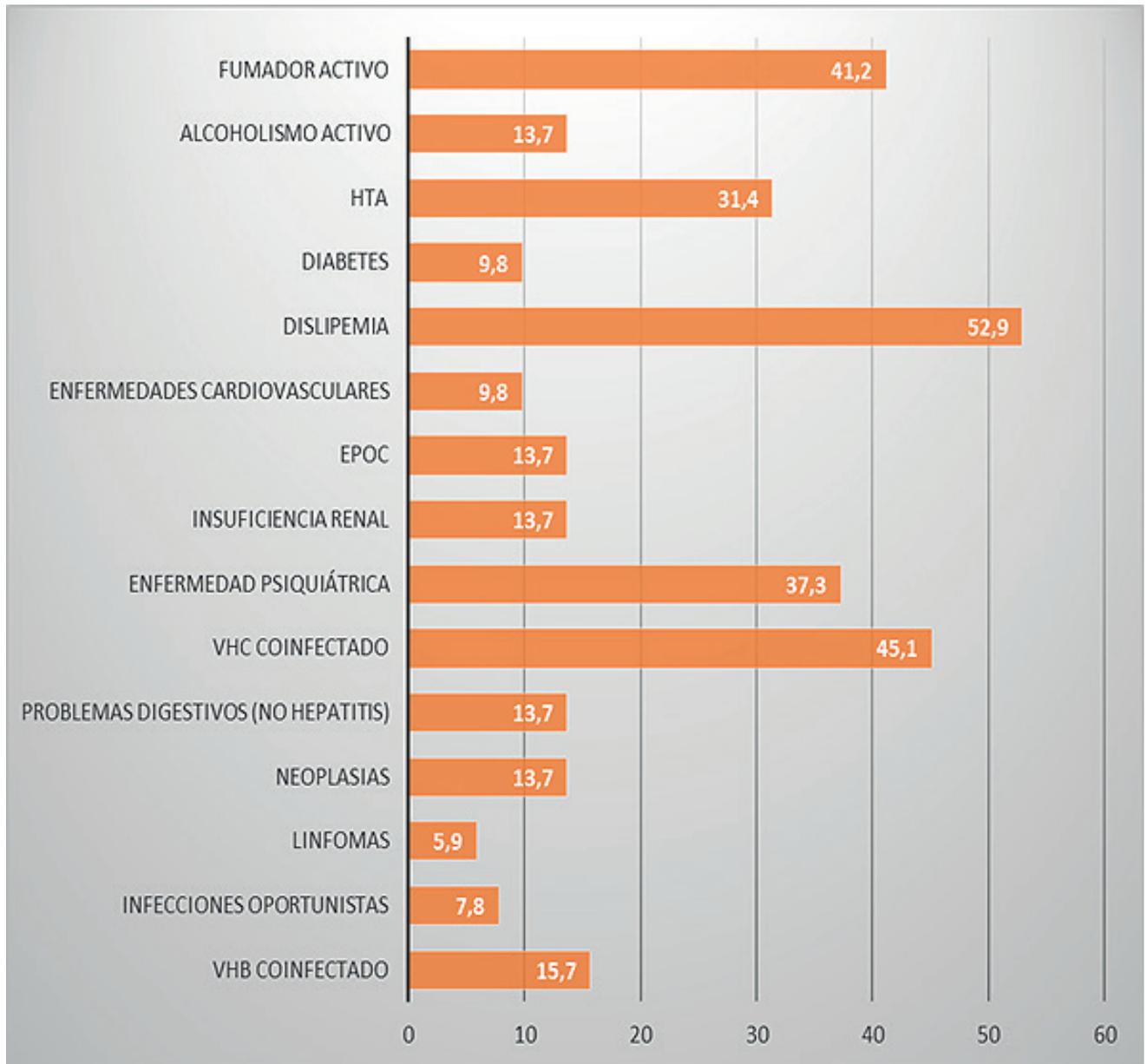
Destacar que el 41,2% de la población era fumadora activa y con un alto historial de toxicomanías. La hipertensión arterial (HTA), la dislipemia, y las enfer-

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.

TOTAL MUESTRA N(%)		
Sexo	Hombre	40(78,4)
	Mujer	11(21,6)
Nacionalidad	Española	47(92,2)
Estudios	Primarios	5(9,8)
	Secundarios	28(54,9)
	Más que secundarios	18(35,2)
Trabajaban		12(24)
Diagnóstico de Sida		20(39,2)
Vía de transmisión	Relaciones homosexuales	16(31,4)
	Relaciones heterosexuales	14(27,5)
	Drogas vía parenteral	20(39,2)
	Desconocida	1(1,9)
Carga Viral	Indetectable	47(92,2)
	40-1000 c/ml	3(5,9)
	>1000 c/ml	1(2)
Cd4	0-200	1(2)
	200-500	12(23,5)
	>=500	38(74,6)

* Estos resultados toman como referencia las personas con pareja.

GRÁFICO 1. COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO*.



* Valores expresados en porcentajes.

medades psiquiátricas son las comorbilidades más prevalentes. El 60,8% (31 casos) presentaba 2 o más comorbilidades y el 29,4% (15 casos) polifarmacia, es decir 3 o más drogas.

En la tabla 2 se muestran los resultados de la escala Duke de apoyo social y de la Escala EQ-5D de calidad de vida. Mayoritariamente, 39 casos (76,5%), los pacientes presentaban un adecuado apoyo social (resultado en la escala Duke ≥ 32), y en 12 (23,5%) el apoyo fue bajo.

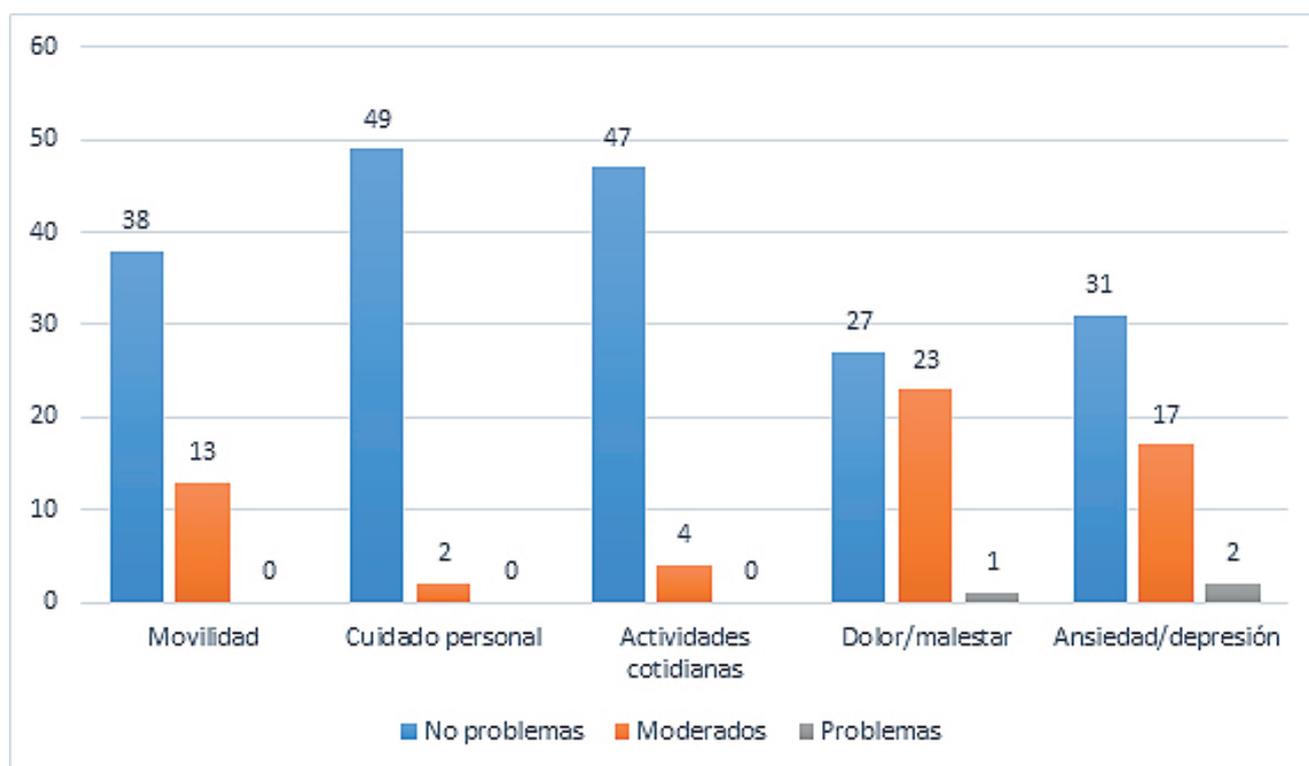
En la calidad de vida, el 60,8% declaraba tener algún problema en algunas de las dimensiones analizadas. 24 sujetos (47,1%) presentaban dolor/males-tar, y 19 (37,3%) ansiedad/depresión. (Ver gráfico 2).

Los resultados del análisis bivalente entre el apoyo social y las diferentes dimensiones de calidad de vida se muestran en la tabla 3. La mayor asociación se observa con las dimensiones de ansiedad/ depresión, ya que hasta un 52,6% de pacientes con alteración en la dimensión ansiedad/depresión muestra un

TABLA 2. RESULTADOS DE LAS DIFERENTES ESCALAS.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	N	MEDIANA	IC (25%-75%)
Apoyo social	51	43	32-49
Escala visual EVA de calidad de vida	51	80	65-90
Escala EQ-5D	51	0.7	0.7-1

GRÁFICO 2. RESULTADO DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN LAS DIFERENTES DIMENSIONES EUROQOL-5D*.



* Valores expresados en número absoluto.

bajo apoyo social. La movilidad también está influenciada por el apoyo social acercándose a la significación.

Las diferencias en las medianas, rangos intercuartílicos (RIC) de las puntuaciones de calidad de vida medida mediante el EQ-5D y la escala visual EVA en función de un adecuado o bajo soporte social se muestran en los Gráficos 3 y 4. Encontramos una mayor mediana (rango intercuartílico) de puntuación de calidad de vida en aquellos pacientes con adecuado apoyo social vs aquellos con bajo apoyo social tanto

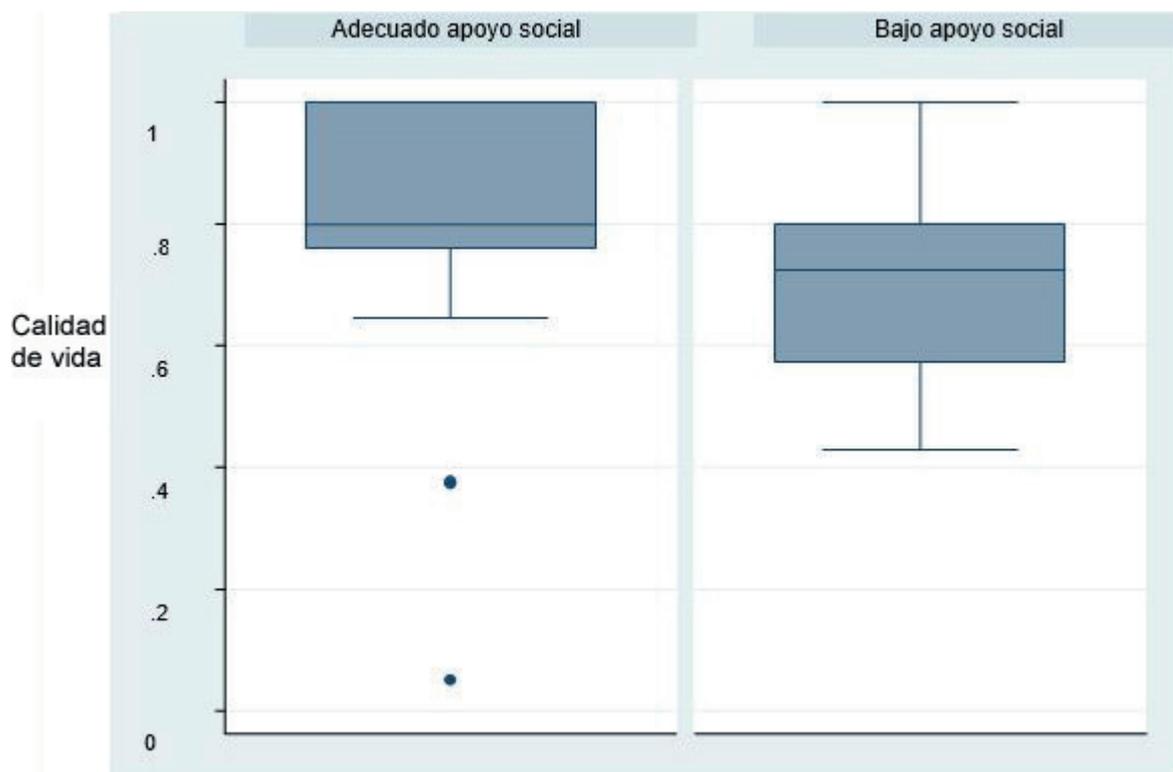
en las puntuaciones EQ-5D (0,79 (0,23) vs 0,72 (0,26); $p < 0.05$) como en la escala EVA (80 (20) social vs 67 (32,5); $p < 0.05$).

Los resultados del análisis bivalente entre apoyo social (puntuación numérica) y otros factores de riesgo se observan en la tabla 4. Se encontraron diferencias significativas en las medianas (rango intercuartílico) del apoyo social siendo éste menor en aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos (34(21) vs 45(13,3)), que vivían solos (35,5(22,2) vs 45(13)), se sentían solos (22(10,7) vs 45(10,7)) y en los que con-

TABLA 3. APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA.

DIMENSIONES	CALIDAD DE VIDA	APOYO SOCIAL		
		Normal n (%)	Bajo n (%)	p
Movilidad	Normal	32(84,2)	6(15,8)	0,053
	Alterada	7(53,9)	6(46,1)	
Cuidado personal	Normal	38(77,5)	11(22,4)	0,419
	Alterada	1(50)	1(50)	
Actividades cotidianas	Normal	36(76,6)	11(23,4)	1,000
	Alterado	3(75)	1(25)	
Dolor/malestar	Normal	22(81,5)	5(18,5)	0,511
	Alterado	17(70,8)	7(29,2)	
Ansiedad/Depresión	Normal	30(93,7)	2(6,2)	<0,0001
	Alterada	9 (47,4)	10(52,6)	

GRÁFICO 3. DIFERENCIAS EN LAS MEDIANAS DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL EQ-5D SEGÚN SOPORTE SOCIAL*.



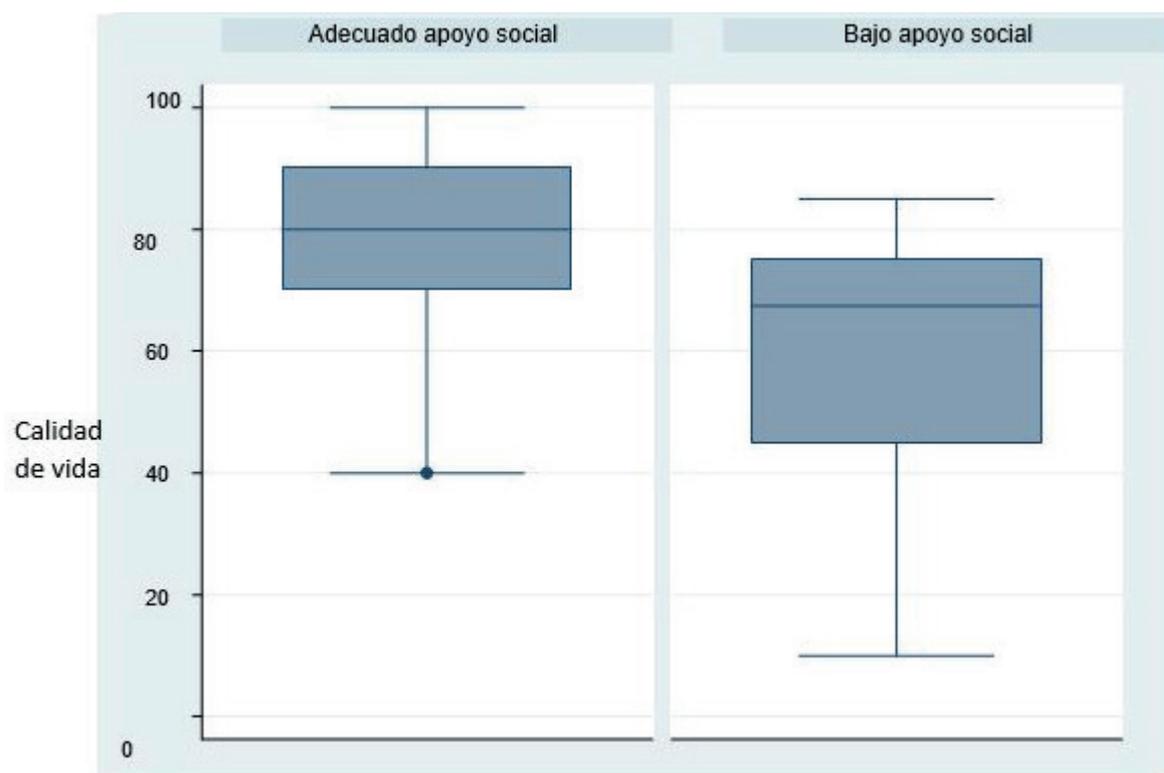
* Valor de p <0.05 mediante la prueba U de Mann-Whitney.

sumían metadona (28(18,7) vs 44(14,5)). En cambio, no se encontró asociación entre apoyo social y otras comorbilidades como HTA, diabetes, etc.

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra la importancia del apoyo social en PPVS mayores de 50 años para mejorar su

GRÁFICO 4. DIFERENCIAS EN LAS MEDIANAS DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE LA ESCALA VISUAL EVA SEGÚN SOPORTE SOCIAL.



* Valor de p <0.05 mediante la prueba U de Mann-Whitney.

TABLA 4. EL APOYO SOCIAL CON LAS MEDIAS DE LAS DIFERENTES VARIABLES.

VARIABLES		N	APOYO SOCIAL	KRUSKAL WALLIS
			Mediana (RIC)	P
Sexo	Hombre	40	39,5 (17,75)	0,582
	Mujer	11	45 (15)	
Trabaja	Sí	12	44(13,75)	0,426
	No	38	41,5(17,75)	
Diagnóstico de SIDA	Sí	20	39(16,75)	0,275
	No	30	45(13,75)	
Vía de transmisión	HsH	16	45(17,25)	0,462
	Heterosexuales	14	41(9,25)	
	ADVP	20	36,5(25,75)	
Vivir solo	Sí	20	35,5(22,25)	0,024
	No	31	45(13)	
Sentirse solo	Sí	11	22(14)	<0,0001
	No	40	45(10,75)	
Carga viral	Detectable	4	47(17,75)	0,334
	Indetectable	47	40(18)	

TABLA 4. EL APOYO SOCIAL CON LAS MEDIAS DE LAS DIFERENTES VARIABLES
(CONTINUACIÓN).

VARIABLES		N	APOYO SOCIAL	KRUSKAL WALLIS
			Mediana (RIC)	P
CD4	<=500	13	45(14)	0,122
	>500	38	39(19)	
VHB	Si	8	42,5(28,5)	0,897
	No	43	43(16)	
Hipertensión	Si	16	45(14,25)	0,164
	No	35	39(19)	
Diabetes	Si	5	45(15)	0,590
	No	46	39,5(17,25)	
Dislipemia	Si	27	43(16)	0,835
	No	24	41(19,75)	
Consumo de benzodiazepinas	Si	20	37,5(23)	0,080
	No	31	44(15)	
Consumo de Metadona	Si	6	28(18,75)	0,005
	No	45	44(14,5)	
Consumo de antidepresivos	Si	6	32(17)	0,095
	No	45	43(16)	
MPOC	Si	7	43(29)	0,945
	No	44	41,5(15,5)	
Consumo de neurolépticos	Si	2	37,5(0)	1,000
	No	49	43(16,5)	
Problemas digestivos (excepto VHC)	Si	7	45(13)	0,451
	No	44	39,5(17,75)	
Insuficiencia renal	Si	7	45(6)	0,528
	No	44	39,5(20,25)	
Neoplasia	Si	7	35(18)	0,317
	No	44	43,5(16,75)	
Linfoma	Si	3	29,9(7,5)	0,096
	No	48	39,7(11,4)	
Infecciones oportunistas	Si	4	44(14,5)	0,574
	No	47	43(18)	
Diagnostico psiquiátrico	Si	19	34(21)	0,003
	No	32	45(13,25)	
Enfermedades cardiovasculares	Si	5	45(20)	0,680
	No	46	41(17,25)	
Consumo de opioides	Si	9	33(14,18)	0,282
	No	42	43(15,25)	
Consumo de cannabis	Si	7	46(19)	0,244
	No	44	41(17,25)	

calidad de vida. Existen ciertos factores asociados a un menor apoyo social, como el vivir solo, el sentirse solo, la presencia de enfermedades psiquiátricas y el uso de metadona que deben alertarnos.

En general, las PVVS participantes en el estudio tenían un apoyo social adecuado, aunque ligeramente inferior respecto a algún otro estudio español en población con VIH ⁽²⁴⁾.

Las investigaciones relacionadas con los niveles de apoyo social, el VIH y sida han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones disfóricas, lo que se asocia con un mejor estado de salud ⁽²⁵⁾.

En los estudios realizados en nuestro medio sobre apoyo social e infección por el VIH destaca la reciprocidad e influencia mutua que presentan el apoyo social y el estado de salud en pacientes con el VIH. El apoyo social influye en cualquier patología crónica a través de la adherencia al tratamiento, de los recursos utilizados y de las comorbilidades ⁽¹²⁾. En la infección por el VIH cada vez será más imprescindible detectar disfunciones sociofamiliares e intervenir potenciando todos los recursos que puedan elevar la calidad de vida de estos pacientes. La ansiedad y depresión han demostrado ser un factor importante que altera la calidad de vida de estos pacientes ⁽²⁶⁾.

En el presente estudio, los resultados entre el apoyo social y las diferentes dimensiones de la escala de calidad de vida muestran que la ansiedad y la depresión están directamente relacionadas con un peor apoyo social, siendo esta relación estadísticamente significativa. Por otro lado, encontramos una asociación entre bajo apoyo social y presencia de enfermedad psiquiátrica, con un 11,8% de la población que tomaba antidepresivos, y un 39,2% benzodiazepinas. En este estudio, el 51% presentaba buena calidad de vida, aunque expresaron malestar en diferentes dimensiones de la calidad de vida como dolor/malestar y ansiedad/depresión. Estos indicadores nos debe-

rían alertar sobre un posible inadecuado apoyo social que nos pudiera permitir detectarlo de forma precoz. En la muestra estudiada, aunque los pacientes presentaban diferentes comorbilidades y factores de riesgo, estos no parecen influir en el apoyo social, a excepción de los trastornos psiquiátricos. Únicamente, encontramos una asociación entre el tratamiento con metadona y un bajo soporte social.

En esta muestra, la media de años desde el diagnóstico de VIH fue de 19 años y la media de años de tratamiento fue de 15,3 años. La mayoría de los pacientes empezó el tratamiento después de la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR) en 1996. En los últimos años ha habido un incremento de nuevos diagnósticos en pacientes VIH mayores de 50 años en España y Europa ⁽²⁹⁾ lo que unido al envejecimiento de la población diagnosticada que sobrevivió gracias a los TAR y la mayor prevalencia de comorbilidades en personas con VIH, hace que la población de esta edad sea especialmente vulnerable y de ahí la importancia de determinar cuál es su apoyo social.

Actualmente hay que prestar atención no sólo a las decisiones estrictamente médicas, sino también a todo aquello que tiene que ver con los diferentes aspectos sociales y profesionales de la vida diaria. En la población estudiada el 21,6% referían sentirse solos. El apoyo social no está relacionado en nuestro estudio con los años de infección, pero sí con el hecho de sentirse solo y vivir solo. Las enfermedades psiquiátricas, el consumo de metadona, la ansiedad y la depresión tienen relación directa con una peor calidad del apoyo social en este grupo de pacientes. No queda claro si el hecho de estar deprimido o ansioso, disminuye el apoyo social o viceversa. Pero sí que un apoyo social frágil provoca un sentimiento de soledad que puede desembocar en peores estados anímicos. Faltan más estudios para demostrar como el hecho de sentirse solo influye en la percepción del apoyo social.

También es importante que los pacientes participen activamente en su cuidado, tratar las enfermedades concomitantes más comunes (p. ej., hipertensión, alteraciones de los lípidos, insuficiencia hepática), evitar el consumo de medicamentos de venta libre y el exceso de alcohol, y hacer ejercicio. Existen cada vez más pruebas de que el ejercicio físico es importante ⁽³⁰⁾. Lo óptimo sería combinar el ejercicio con otras actividades, dado que la integración y las actividades sociales son fundamentales para reforzar el apoyo social.

Una limitación de este estudio está relacionada con el uso de la escala que mide el apoyo social, en la que no queda clara la amplitud de este apoyo social ni su calidad. Muchos de los pacientes refieren tener el apoyo de la pareja o algún familiar, expresando no tener necesidad de más apoyo, aunque esté limitado a pocas personas. Esto podría ir relacionado con la dificultad de compartir el estado de portador con más familiares o conocidos. Otra limitación, es el número de PPV estudiados, una muestra mayor detectaría seguramente mayor número de asociaciones con otras comorbilidades y factores de riesgo.

En conclusión, nuestro estudio confirma la relación entre apoyo social y calidad de vida en PPV mayores de 50 años, y aporta evidencia sobre aspectos que habrá que tener en cuenta desde la atención sanitaria si queremos contribuir a la ampliación del apoyo social en este grupo de pacientes, como son el vivir o sentirse solo, enfermedades psiquiátricas y el uso de metadona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trickey A, May MT, Vehreschild JJ, Obel N, Gill MJ, Crane HM, et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e349–56.
2. Deeks SG, Lewin SR, Havlir D V. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013;382(9903):1525–33.
3. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration A, May MT, Vehreschild J-J, Obel N, Gill MJ, Crane HM, et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2017 ;4(8):e349–56.
4. Greene M, Hessel NA, Perissinotto C, Zepf R, Hutton Parrott A, Foreman C, et al. Loneliness in older adults living with HIV. *AIDS Behav*. 2017 ;1–10.
5. Negro E, Back D, Blanco JR, Blanco J, Erlandson KM, Garolera M, et al. Aging in HIV-infected subjects: a new scenario and a new view. *Biomed Res Int*. 2017; 2017.
6. McGettrick P, Barco EA, Mallon PWG. Ageing with HIV. *Healthcare*. 2018;6(1):17.
7. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Rev Iberoam Investig*. 2003;9(2):9–21.
8. Degroote S, Vogelaers D, Vandijck DM. What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. *Arch Public Health*. 2014;72(1):40.
9. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis*. 2010 ;31(2):75–80.
10. Miners A, Phillips A, Kreif N, Rodger A, Speakman A, Fisher M, et al. Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: a cross-sectional comparison with the general population. *Lancet HIV*. 2014;1:e32–40.
11. Nideröst S, Imhof C. Aging with HIV in the era of antiretroviral treatment: living conditions and the quality of life of people aged above 50 living with HIV/AIDS in Switzerland. *Gerontol Geriatr Med*. 2016 ;2(0):1–9.
12. Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig Psicol*. 2014;16(1):233–45.
13. Rodríguez Alzamora L, Carroles Isabel JA, Remor Bittencourt E. Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*. 2003;15(3):420–6.
14. Guzmán JM, Huenchuan S. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. 2003; p. 51.
15. Ángel M, Cuba S. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz*. 2011;17(1):60–7.
16. Brennan-Ing M, Seidel L, Larson B, Karpiak SE. Social care networks and older LGBT adults: challenges for the future. *J Homosex*. 2014 ;61(1):21–52.
17. Shippy RA, Karpiak SE. The aging HIV/AIDS population: fragile social networks. *Aging Ment Health*. 2005; 9(3):246–54.

18. Emler CA. HIV/AIDS and older adults: challenges for individuals, families, and communities. Springer ; 2004.
19. Brennan-Ing M, Seidel L, Karpiak SE. Social support systems and social network characteristics of older adults with HIV. En: *Interdisciplinary topics in gerontology and geriatrics*. 2017. p. 159–72.
20. Bekele T, Rourke SB, Tucker R, Greene S, Sobota M, Koornstra J, et al. Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2013 ;25(3):337–46.
21. Warren-Jeanpiere L, Dillaway H, Hamilton P, Young M, Goparaju L. Life begins at 60: identifying the social support needs of African American women aging with HIV. *J Health Care Poor Underserved*. 2017;28(1):389–405.
22. Rubtsova AA, Kempf M-C, Taylor TN, Konkle-Parker D, Wingood GM, Holstad MM. Healthy aging in older women living with HIV infection: a systematic review of psychosocial factors. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2017 ;14(1):17–30.
23. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7).
24. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*. 2002;30(3):143–8.
25. Alpi SV, Fernández H, Margarita J, Mónica Q, Posada L, Otaño C. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Rev Científicas América Lat y el Caribe, España y Port* . 2008;26(1):125–32.
26. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionario DUKE-UNC. 2015; Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_duke_unc.pdf. (Consulta marzo 2019)
27. Llach XB, Herdman M, DipStat ASA. Determining correspondence between Scores on the EQ-5D "Thermometer" and a 5-Point Categorical Rating Scale. vol. 37. *Medical Care*:Lippincott Williams & Wilkins; p. 671–7.
28. Emuren L, Welles S, Evans AA, Polansky M, Okulicz JF, Macalino G, et al. Health-related quality of life among military HIV patients on antiretroviral therapy. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178953.
29. Tavošchi L, Gomes Dias J, Pharris A. Articles New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. 2017;4.
30. Martin K, Naclerio F, Karsten B, Vera JH. Physical activity and quality of life in people living with HIV. *AIDS Care*. 2019 ;1–10.