

## Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales

Isabel Ruiz Pérez, Antonio Olry de Labry Lima, Carlos J. Delgado Domínguez, Miguel Marcos Herrero\*, Nuria Muñoz Roca\*\*, Juan Pasquau Liaño\*\*\*, Jesús Rodríguez Baño\*\*\*\*, Miguel Ángel López Ruz\*\*\*, Alfonso del Arco Jiménez\*, Miguel Causse Prados\*\*, Patricia Martín Rico\*\*, Julio Martínez González\*\*, Javier de la Torre Lima, José Luis Prada Pardal\*, Lola Morales Rojas\*\*\*\*, Manuel López Gómez\*\*\*  
e Isabel Muñoz Castillo\*\*

Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada), \* Hospital Costa del Sol (Marbella), \*\* Hospital Universitario Carlos Haya (Málaga), \*\*\* Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) y \*\*\*\* Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

El objeto de este estudio es analizar la relación existente entre la morbilidad psíquica y el apoyo social con la calidad de vida. Por otro, el papel que realiza el apoyo social como amortiguador de la morbilidad psíquica en estos pacientes. Se estudiaron a 320 pacientes VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales, que acudieron a las consultas externas del servicio de infecciosos de cuatro hospitales de la comunidad autónoma andaluza. Así, una mejor calidad de vida se asoció a una ausencia de morbilidad psíquica y a la presencia de apoyo social, a la vez que se observa el papel fundamental que juega el apoyo social como amortiguador de la morbilidad psíquica en este tipo de pacientes. Estos resultados ponen de relieve la importancia que los factores psicosociales tienen durante el transcurso de enfermedades de carácter crónico.

*The impact of the social support and the psychic morbidity on the quality of life of patients with anti-retroviral therapy.* The aim of this study is to analyse the existing relation between the psychic morbidity and social support and the quality of life. Besides this, the paper analyses the buffer role that social support plays on the psychic morbidity in these patients. We studied 320 HIV+ patients in treatment with antiretrovirals, who attended the infectious disease services of four hospitals of the Autonomous Andalusian Community. Being associated a better quality of life to an absence of psychic morbidity and to the presence of social support, it is observed the relevant buffer role that the social support like shock absorber of the psychic morbidity in this one type of patients. These results show the importance that the psycho-social factors have during the course of chronic diseases.

Históricamente la evaluación del estado de salud de los pacientes se ha basado en métodos objetivos basados en la observación o estudios clínicos, como las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas. Sin embargo, tras la conceptualización de salud propuesta por la OMS<sup>1</sup>, donde la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, se empezaron a tener en cuenta otros aspectos como el bienestar físico, psíquico y social.

En este sentido, la evaluación de factores subjetivos tales como los aspectos psicológicos y sociales (Hirabayashi et al., 2002; Swindells et al., 1999; Bastardo y Kimberlin, 2000) permiten una evaluación más global del estado general del paciente, ayudando a optimizar la atención al paciente durante el transcurso de la enfermedad, con el fin de mejorar su calidad de vida (Remor, 2003).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo unipersonal y está multideterminado por la actitud del paciente frente a la vida, las expectativas de salud, creencias, educación, apoyo familiar y social, entre otros aspectos, y que al ser cambiantes y medirse con una carga de subjetividad no siempre coincide con la gravedad atribuida por el médico a su enfermedad (Martínez, García, Sánchez y Juárez, 2000). Es a partir de los años sesenta cuando comenzaron a desarrollarse instrumentos genéricos para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Badia y Podzamczar, 2000)

La CVRS se ha convertido en una medición habitual en las enfermedades de carácter crónico. En la infección por el VIH, la introducción de la terapia antirretroviral de alta actividad (TARGA) ha supuesto una disminución de la morbimortalidad de los pacientes VIH positivos, aunque por otro lado estos tratamientos no están exentos de reacciones adversas (Montessori, Press, Harris, Akagi y Montaner, 2004; Remor, 2002a). En estos dos aspectos, la cronificación de la enfermedad y los efectos secundarios, se sustenta la importancia de evaluar la CVRS en los pacientes con esta patología.

En pacientes VIH positivos al igual que en otras enfermedades crónicas, dos de los aspectos más utilizados para la valorar el im-

Fecha recepción: 26-4-04 • Fecha aceptación: 16-11-04

Correspondencia: Isabel Ruiz Pérez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Campus Universitario de Cartuja

18080 Granada (Spain)

E-mail: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

pacto de la enfermedad son el apoyo social y la morbilidad psíquica (Swindells et al., 1999; Yang, Chen, Kuo y Wang, 2003; Bastardo y Kimberlin, 2000).

En este sentido, en pacientes VIH/SIDA se ha descrito que la percepción de apoyo social contribuye a la adaptación a su enfermedad y a mejorar su salud. Igualmente, la bibliografía muestra que la presencia de apoyo social disminuye los efectos nocivos del estrés (Tsisis, 2000; Remor 2002b) y su ausencia puede a su vez acelerar el curso de la infección por VIH (Srisurapanont, Sombatmai y Jarusuraisin, 2001).

Por otra parte, los pacientes VIH presentan una mayor frecuencia de morbilidad psíquica que la población general (Luckhurst, 1992; Yang, Chen, Kuo y Wang, 2003).

Hay indicios en la literatura de que ambos constructos se relacionan con la CVRS en estos pacientes. Así, la presencia de morbilidad se ha encontrado asociada a una disminución de la calidad de vida (Vosvick et al., 2003; McDaniel, 1995), mientras que la presencia de apoyo se ha encontrado asociada a una mejor CVRS (Swindells et al., 1999).

Este trabajo pretende abordar dos objetivos: por un lado, estudiar en pacientes con VIH/SIDA, que acuden a las consultas hospitalarias, la relación existente entre la morbilidad psíquica y el apoyo social con la calidad de vida física y mental. Por otro lado, el papel que realiza el apoyo social como amortiguador de la morbilidad psíquica en estos pacientes.

## Metodología

### Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal con pacientes VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales que a finales del 2002 acudieron a las unidades de enfermedades infecciosas de 4 hospitales de la comunidad autónoma andaluza: Virgen de las Nieves (Granada), Virgen Macarena (Sevilla), Hospital General de Málaga y Hospital Costa del Sol (Marbella). Se excluyeron del estudio a todos aquellos que su condición física o psíquica hacía imposible la realización de la entrevista.

Para una prevalencia esperada en el grupo no expuesto del 50% con un nivel de confianza del 95% y un  $\beta = 80\%$ , se necesita estudiar un mínimo de 296 participantes, tamaño muestral suficiente para detectar  $OR = 2$ . Se propuso reclutar 80 pacientes por hospital, lo que dio una muestra final de 320 pacientes.

### Variables

Como variable dependiente se tomó la calidad de vida relacionada con la salud y como variables independientes se tomaron el sexo, estado civil, profesión el último mes, nivel de estudios, apoyo social, morbilidad psíquica y edad.

### Instrumentos

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el MOS-HIV. Este cuestionario ha sido desarrollado a partir del Medical Outcomes Study. Consta de 35 ítems agrupados en 11 dimensiones de salud y permite obtener dos índices globales de salud física (ISF) y de salud mental (ISM). Las puntuaciones obtenidas para cada dimensión se estandarizan para hacer posible la comparación entre escalas con diferentes formatos de respuesta y

oscilan entre 0 a 100, donde mayores puntuaciones representan mejor la calidad de vida (Wu, Revicki, Jacobson y Malitz, 1997). Su tiempo de administración oscila entre 10-15 minutos y la versión española ha demostrado una adecuada fiabilidad y validez para ser usado en investigación clínica (Badía, Podzamcer, García, López-Lavid y Cosiglio, 1999; Badía, Podzamcer y López-Lavid, 1999; Badía, Guerra, García y Podzamcer, 1999).

Para la medición del apoyo social se utilizó el cuestionario Duke-UNC-11 validado y adaptado a nuestro medio (Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli, 1996). Es un instrumento autoadministrado de 11 ítems que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, en dos dimensiones: la confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y la afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía). Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia (escala tipo Likert) que va desde 1 «Mucho menos de lo que deseo» a 5 «Tanto como deseo». La puntuación se realiza sumando las respuestas de cada ítem, de modo que a mayor puntuación mayor apoyo social. El punto de corte de bajo apoyo social se establece en el percentil 15 que corresponde a la puntuación  $\leq 32$ .

Para medir la morbilidad psíquica se utilizó el General Health Questionary de 28 ítems (GHQ-28), que ha sido adaptado y validado en nuestro medio (Lobo, Pérez-Echevarría y Artal, 1986). Se trata de un cuestionario autoadministrado. Para el punto de corte establecido de 6/7, el instrumento tiene una sensibilidad de 76,9% y una especificidad de 90,2%.

Para el resto de variables se utilizó un cuestionario semiestructurado, diseñado específicamente para este estudio, el cual ha sido creado por el equipo investigador basándose en estudios previos.

### Procedimiento

Para la recogida de la información se utilizó una entrevista realizada por personal sanitario ajeno al servicio de enfermedades infecciosas y adiestrado específicamente para este estudio. En cada hospital, al inicio del estudio y de forma consecutiva, se contactó con cada paciente que acudió a consulta, se les explicaron los objetivos del estudio y tras la inclusión al mismo se le hizo firmar el consentimiento informado.

### Análisis estadísticos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo del perfil de la muestra y de la calidad de vida usando las frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar. Se analizó si existían diferencias en las variables de calidad de vida física y mental del MOS según las variables predictoras. Para las variables independientes cualitativas con comportamiento normal y homogeneidad de varianzas se utilizó la prueba t de Student y la tabla Anova, para las demás variables se utilizó la prueba u de Mann Whitney y la prueba h de Kruskal Wallis. Para las variables predictoras continuas se utilizó regresión lineal. Todo se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS v11.5.

## Resultados

En total se estudiaron 320 pacientes. La población a estudio estaba formada por un 73,4% de varones, con una edad media de 39,7 años. El 24,4% estaba casado frente a un 56,3% de solteros, en cuanto a la profesión el 69,1% tenía una profesión manual frente al 9,1% que lo tenía no manual, el 14,1% era jubilado o pensionista y un 38,4% estaba parado en ese mes. Con respecto al nivel

de estudios el 13,8% no tenía estudios básicos frente a un 53,4% que tenían estudios primarios, y un 13,1% poseía estudios universitarios. Un 51,3% tenía pareja habitual en el último mes.

Por otra parte, el 82,2% de la muestra refirió tener apoyo social y un 27,5% presentó morbilidad psíquica en las últimas semanas (Tabla 1).

La media del índice global de salud física ISF fue 50 (19,36-65,99), al igual que el índice global de salud mental ISM (16,64-67,48). Las medias de las puntuaciones de las once dimensiones del MOS-HIV variaron entre 47,39 de *percepción de salud general* y 83,37 de *función de rol* (Tabla 2).

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas y psicosociales (n= 320)

Variable	Frecuencia (%)
Sexo (Hombre)	235 (73,4)
Estado civil	
Soltero	180 (56,3)
Casado	78 (24,4)
Separado / Divorciado	46 (14,4)
Viudo	16 (5,0)
Profesión	
Amas de casa	25 (7,8)
Jubilados / pensionistas	45 (14,1)
Oficios no manuales	29 (9,1)
Oficios manuales	221 (69,1)
Nivel de estudios	
Sin primaria	44 (13,8)
Primaria	171 (53,4)
FP/BUB	63 (19,7)
Universitario	42 (13,1)
Apoyo social (Sí)	263 (82,2)
Morbilidad psíquica (Sí)	88 (27,5)
<b>Media (ds)</b>	<b>Rango</b>
Edad	39,71 (8,597) 21-77

**Tabla 2**  
Dimensiones e índices globales de las puntuaciones de salud física y mental (n= 320)

Índices	Media	D.S.	Rango
Calidad de vida física (ISF)	50	10,6	19,36-65,99
Calidad de vida mental (ISM)	50	9,6	16,64-67,48
<b>Dimensiones</b>			
Percepción general de salud	47,39	25,3	0-100
Dolor	72,91	26,3	0-100
Función física	78,22	22,1	0-100
Función de rol	79,2	36,5	0-100
Función social	83,37	25,4	0-100
Salud mental	62,9	21,2	0-100
Energía / fatiga	61,23	22,6	0-100
Preocupación por la propia salud	74,26	23,4	0-100
Función cognitiva	76,90	21,7	0-100
Calidad de vida	58,12	19,6	0-100
Salud transitoria	59,21	22,5	0-100

En la tabla 3 se recoge la relación entre el apoyo social y la morbilidad psíquica con la calidad de vida relacionada con la salud. Se observó que aquellos que refirieron no tener apoyo social y presentar morbilidad psíquica obtuvieron peores puntuaciones tanto en los índices globales como en las once dimensiones del cuestionario de calidad de vida MOS-HIV, siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas.

Al analizar la relación entre morbilidad psíquica con los índices globales de CVRS estratificando por apoyo social, se observa que aquellos que refirieron no tener morbilidad psíquica en las últimas semanas obtuvieron una mejor calidad de vida tanto los índices globales como en las once dimensiones, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

Cabe destacar que al comparar las puntuaciones entre los dos grupos estratificados por apoyo social, se observó que las diferencias de las puntuaciones medias de los índices globales de calidad de vida son menores según la presencia de morbilidad psíquica en el grupo que afirmó tener apoyo social que entre aquellos que re-

**Tabla 3**  
Análisis bivariante del apoyo social y la morbilidad psíquica con los índices y dimensiones del MOS-HIV (n= 320)

	Apoyo social			Morbilidad psíquica		
	Sí (N= 263)	No (N= 57)	p	No (N= 232)	Sí (N= 88)	p
<b>Índices</b>						
Calidad de vida física (ISF)	51,67	42,26	<0,001*	53,04	41,97	<0,001*
Calidad de vida mental (ISM)	52,01	40,70	<0,001*	53,74	40,12	<0,001*
<b>Dimensiones</b>						
Percepción general de salud	50,99	30,69	<0,001 <sup>+</sup>	54,78	27,9	<0,001 <sup>+</sup>
Dolor	76,26	57,5	<0,001*	79,79	54,80	<0,001*
Función física	81,31	64,04	<0,001*	83,58	64,11	<0,001*
Función de rol	83,27	60,53	<0,001*	85,78	61,93	<0,001*
Función social	87,37	64,91	<0,001*	90,69	64,09	<0,001*
Salud mental	67,00	44,00	<0,001*	70,29	43,41	<0,001 <sup>+</sup>
Energía / fatiga	65,40	42,02	<0,001 <sup>+</sup>	68,32	42,56	<0,001 <sup>+</sup>
Preocupación por la propia salud	78,14	56,40	<0,001*	82,31	53,07	<0,001*
Función cognitiva	80,36	60,96	<0,001*	82,69	61,65	<0,001*
Calidad de vida	60,84	45,61	<0,001 <sup>+</sup>	63,36	44,32	<0,001 <sup>+</sup>
Transición de salud o salud transitoria	60,55	53,07	0,025 <sup>+</sup>	62,28	51,14	<0,001 <sup>+</sup>

<sup>+</sup> Prueba U de Mann Whitney; \* Prueba t de Student

**Tabla 4**  
Relación de la morbilidad psíquica con los índices de calidad de vida física y mental, estratificando por apoyo social (n= 320)

	Ausencia de apoyo social			Presencia de apoyo social			
	Morbilidad psíquica No	Morbilidad psíquica Sí	p+	Morbilidad psíquica No	Morbilidad psíquica Sí	p+	
<b>ISM</b>	49,65	35,08	<0,001	<b>ISM</b>	54,17	43,46	<0,001
<b>ISF</b>	50,95	36,80	<0,001	<b>ISF</b>	53,26	45,38	<0,001

<sup>+</sup> Prueba U de Mann Whitney

firieron carecer de apoyo. Así, las diferencias entre los que afirmaron carecer de apoyo son superiores a 14 puntos, siendo estas diferencias de 7.8 y 10.7 entre los que refieren tener apoyo social (Tabla 4).

### Discusión

El objetivo de estudio es doble, por un lado, se pretende estudiar la relación existente entre la morbilidad psíquica y el apoyo social con la calidad de vida física y mental de pacientes con VIH/SIDA que acuden a las consultas hospitalarias. Por otro, se ha comprobado el papel que juega el apoyo social como amortiguador de la morbilidad psíquica en este tipo de pacientes.

La frecuencia de apoyo social es similar a la encontrada en otros estudios realizados entre seropositivos en este país (Remor, 2003; Carboles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Gordillo, M.V., de la Cruz, J.J., 2003).

La frecuencia de morbilidad psíquica en este estudio se encuentra dentro del rango encontrado en otros trabajos realizados entre VIH (15.8%-52%) (Tsao, Dobalian, Moreau y Dobalian, 2004; Judd y Mijch, 1996; Sherbourne et al., 2000; McDaniel et al., 1995). Esta prevalencia es mayor a la encontrada en la literatura en población general que oscila entre 17,42%-24,1% (Canals, Doménech, Carbajo y Bladé, 1997; Gabarron, Abad, Boix, Jover y Arenas, 2002; Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura, 1998).

En cuanto a las puntuaciones medias de los índices de salud física y mental coinciden con las puntuaciones obtenidas en otros estudios realizados con pacientes VIH (Sherbourne et al., 2000; Badia, Podzamcer, García, López-Lavid y Cosiglio, 1999; Miners, Sabin, Youle, Fisher y Johnson, 2001; Delate y Coons, 2001). Igualmente, las puntuaciones de las 11 dimensiones se hallan dentro de los intervalos encontrados en la bibliografía sobre el tema (Krentz y Gill, 2003; Badia, Podzamcer, García, López-Lavid y Cosiglio, 1999; Campsmith, Nakashima y Davidson, 2003).

Se ha descrito la relación entre la morbilidad psíquica con un peor pronóstico y respuesta del paciente al tratamiento con anti-retrovirales (Sherbourne et al., 2000). Dada la elevada prevalencia de morbilidad psíquica en esta población se pone de relieve la importancia del diagnóstico y tratamiento de esta patología (McDaniel, 1995; Leserman et al., 1999). Cabe pensar que, dadas las importantes repercusiones que los trastornos del estado de ánimo tienen sobre la salud de los pacientes, se hace necesario reflexionar sobre la importancia de brindar este servicio a pacientes con esta enfermedad y a su vez de la necesidad de la optimización de la atención a esta población.

En las investigaciones sobre las influencias sociales en la salud, el apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados demostrándose su efecto beneficioso no sólo para el bienestar psicológico, sino para el incremento de la supervivencia en enfermedades crónicas (Barrón y Sánchez, 2001).

La presencia de morbilidad psíquica junto con la falta de apoyo (Yang, Chen, Kuo y Wang, 2003; Burgoyne y Renwick, 2004)

se han asociado a una peor calidad de vida en los pacientes VIH positivos (Holmes, Bix y Meritz, 1997; Sherbourne et al., 2000), lo que a su vez está asociado a una disminución del tiempo de vida (Velarde-Jurado, Ávila, 2002).

En este trabajo se pone de relieve la importancia que el apoyo social tiene sobre los índices de calidad de vida física y mental de los pacientes VIH positivos, lo cual concuerda con resultados de estudios previos (Swindells et al., 1999; Tsasis, 2000; Douaihy y Singh, 2001). La CVRS de los pacientes que refieren tener apoyo social es superior a la de los que refieren carecer del mismo, no sólo en los índices resúmenes, sino en las once dimensiones. Lo mismo se observa para los que no presentan morbilidad psíquica.

Tradicionalmente, el apoyo social se ha mostrado como un elemento protector frente a la morbilidad psíquica (Heckman et al., 2004). La literatura describe que el papel amortiguador del apoyo social es debido, por un lado, al significado que tiene para la vida de las personas el poder contar con este apoyo, lo que lleva a disminuir el impacto percibido de la enfermedad y, por otro lado, al efecto moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes (Tsasis, 2000; Martínez, García y Maya, 2001).

Las diferencias en las puntuaciones de calidad de vida según la presencia de morbilidad psíquica y estratificando por apoyo social ponen de relieve la efectividad del apoyo social como un factor protector. La CVRS de los pacientes que no tienen morbilidad psíquica es superior a los que sí la tienen, pero su calidad de vida es inferior en el grupo que refiere carecer de apoyo social.

Este resultado no sólo es significativo desde el punto de vista estadístico, sino que tiene significación clínica. Varios estudios han sugerido que las diferencias de dos o tres puntos en las puntuaciones de calidad de vida física y mental son significativas desde un punto de vista clínico (Wu, Revicki, Jacobson y Malitz, 1997; Revicki, Sorensen y Wu, 1998).

En resumen, los hallazgos aquí encontrados subrayan la importancia que factores psicosociales como el apoyo social y la morbilidad psíquica tienen sobre la CVRS en pacientes VIH, junto con el papel atenuador que el apoyo social ejerce sobre la morbilidad psíquica. Sería importante el que haya una temprana familiarización de éstos por parte de los médicos, para así contribuir al desarrollo de estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

### Agradecimientos

Trabajo subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Exp. número 01/254 y parcialmente por la Red Temática en Epidemiología y Salud Pública (C03/09).

### Nota

<sup>1</sup> (World Health Organization: The Constitutions of the World Health Organization. WHO Chron 1947,1:29).

## Referencias

- Badía, X., Guerra, L., García, M. y Podzamcer, D. (1999). La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y sida. *Medicina clínica*, 112(19), 739-744.
- Badía, X., Podzamcer, D., García, M., López-Lavid, C. y Cosiglio, E. (1999). A randomised study comparing instruments for measuring Health-Related Quality of Life in HIV-infected patients. *AIDS*, 13, 1.727-1.735.
- Badía, X., Podzamcer, D., López-Lavid, C. (1999). Medicina basada en la evidencia y validación de cuestionarios de calidad de vida. La versión española del MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 17(2), 103-113.
- Badía, X., Podzamcer, D., Casado, A., López-Lavid, C. y García, M. (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, 1.439-1.447.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bastardo, Y.M. y Kimberlin, C.L. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care*, 12, 673-684.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria*, 18(4), 153-163.
- Burgoyne, R. y Renwick, R. (2004). Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. *Social Science and Medicine*, 58(7), 1.353-1.366.
- Campsmith, M.L., Nakashima, A.K. y Davidson, A.J. (2003). Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview project. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 12-18.
- Canals, J., Domènech, E., Carbajo, G. y Bladé, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-years-olds. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 287-294.
- Carroles, J. Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Delate, T. y Coons, S. (2001). The use of 2 health-related quality-of-life measures in a sample of persons infected with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Disease*, 32, 47-52.
- Douaihy, A. y Singh, N. (2001). Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS read* 11(9), 450-461.
- Gabarron, J., Abad, J., Boix, I., Jover, A. y Arenas, M. (2002) Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Atención primaria*, 29(6), 336-337.
- Gordillo, M.V., de la Cruz J.J. (2003) Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, 15(2), 227-233.
- Heckman, T., Anderson, E., Sikkema, K., Kochman, A., Kalichman, S. y Anderson T. (2004) Emotional distress in nonmetropolitan persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention. *Health Psychology*, 23(1), 94-100.
- Hirabayashi, N., Fukunishi, I., Kenichi, K., Tomoko, K., Yamashita, Y. y Fukutake, K. (2002). Psychosocial factors associated with quality of life in Japanese patients with human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatics*, 42(16), 16-23.
- Holmes, W., Bix, B. y Meritz, M. (1997). Human immunodeficiency virus (HIV) infection and quality of life: the potential impact of Axis I psychiatric disorders in a sample of 95 HIV seropositive men. *Psychosomatic Medicine*, 59, 187-192.
- Judd, F.K. y Mijch, A.M. (1996). Depressive symptoms in patients with HIV infection. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 104-109.
- Krentz, B. y Gill, M.J. (2003). The impact on health-related quality of life of treatment interruptions in HIV-1- infected patients. *AIDS*, 17(4), 631-633.
- Leserman, J., Jackson, E.D., Petito, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O., Cai, J., Folds, J.D. y Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms and social support. *Psychosomatics Medicine*, 61, 397-406.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish populations. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-40.
- Luckhurst A. (1992). Mental health, HIV and AIDS: a review of the literature. *Aust Health Review*, 15(1), 76-88.
- Martínez, J., García, M.A., Sánchez, M.V., Juárez, C. (2000). Infección por VIH, calidad de vida e inhibidores de la proteasa. *Medicina clínica*, 114(5), 196.
- Martínez, M.F., García, M. y Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.
- McDaniel, J.S., Fowlie, E., Summerville, M.B., Farber, E.W. y Cohen-Cole, S. (1995). An assesment of rates of psychiatry morbidity and functioning in HIV disease. *General Hospital Psychiatry*, 17, 346-352.
- Miners, A., Sabin, C., Youle, M., Fisher, M. y Johnson, M. (2001). Health-related quality of life in individuals infected with HIV the era of HAART. *HIV Clinical Trials*, 2(6), 484-492.
- Montessori, V., Press, N., Harris, M., Akagi, L. y Montaner, J.S. (2004). Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection *Journal of the Canadian Medical Association*, 170(2), 229-238.
- Rajmil, L., Gisbert, R., Roset, M., Muñoz, P.E. y Segura, A. (1998). Prevalencia de desórdenes mentales en población general de Cataluña Equipo Team of the Health Survey of Catalonia. *Gaceta Sanitaria*, 12(4), 153-159.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Remor, E. (2002b). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con infección VIH. *Atención primaria*, 30(3), 1.432-1.438.
- Remor, E. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención primaria*, 32(1), 1-10.
- Revicki, D.A., Sorensen, S. y Wu, A.W. (1998). Reliability and validity of physical and mental health summary scores from the MOS-HIV Health Survey. *Medical Care*, 36, 126-137.
- Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Fleishman, J.A., Vitiello, B., Magruder, K.M., Bing, E.G., McCaffrey, D., Burnam, A., Longshore, D., Eggan, F., Bozzette, S.A. y Shapiro, M.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.
- Srisurapanont, M., Sombatmai, S. y Jarusuraisin, N. (2001). HIV-Seropositive Results, Health Related Quality of Life, and Social Support: A 24-Week Prospective Study in Thailand. *Aids patient care and STDs*, 15(4), 211-215.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J.C., Berman, S., Squier, C., Wagener, M.M. y Singh, N. (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, 383-391.
- Tsao, J.C., Dobbalian, A., Moreau, C. y Dobbalian, K. (2004). Stability of Anxiety and Depression in a National Sample of Adults With Human Immunodeficiency Virus. *The Journal of nervous and Mental Disease*, 192(2), 111-118.
- Tsasis, P. (2000). The Multidimensional Context of HIV/AIDS Patient Care. *Aids patient care and STDs*, 14(10), 555-559.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila, C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mexicana*, 44(4), 349-361.
- Vosvick, M., Koopman, C., Gore-Felton, C., Thoresen, C., Krumboltz, J. y 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.
- Wu, A.W., Revicki, D.A., Jacobson, D. y Malitz, F.E. (1997). Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Quality of Life Research*, 6, 481-493.
- Yang, M.H., Chen, Y.M., Kuo, B.I. y Wang, K.Y. (2003). Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. *Journal of Nurse Research*, 11(3), 217-226.