Vive+: Calidad de vida, hábitos y estilos de vida de las personas que viven con el VIH en Cataluña y las Islas Baleares

Resultados de la encuesta 2020

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CEEIS Cat
Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

PISCIS
COHORT POBLACIONAL DE VIH CATALANOBALEAR

Fundació La Marató de TV3

Fundació "la Caixa"

Grupo de redacción:
Ivet Bayes-Marin , Laia Egea-Cortés, Jorge Palacio-Vieira, Jocelyn Mesías, Andreu Bruguera, José María Miró, Jordi Casabona, Juliana Reyes-Urueña (Invetigadora principal de Vive+)

Algunos derechos reservados:
© 2021, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

La licencia se puede consultar en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca

Edita:
Centre d'Estudis Epidemiològics sobres les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT)
10 de mayo de 2021

URL:
www.ceeiscat.cat

Citación sugerida:
Ivet Bayes-Marin, Laia Egea-Cortés, Jorge Palacio-Vieira, Jocelyn Mesías, Andreu Bruguera, José María Miró, Jordi Casabona, Juliana Reyes-Urueña. Vive +: Calidad de vida, hábitos y estilos de vida de las personas que viven con VIH en Cataluña y las Islas Baleares. Resultados encuesta 2020. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya – CEEISCAT. 2021. Badalona, España.

Prólogo

Para nosotros es un gran placer presentar el informe de resultados del proyecto Vive Positivo (Vive+), 2020. Llegar hasta este punto ha costado mucho esfuerzo de planificación, implementación y análisis, y refleja el trabajo de un grupo multidisciplinar formado por personas que viven con el VIH, epidemiólogos, clínicos, académicos y personas de la sociedad civil, interesados en crear una encuesta que recoja información representativa de las personas que viven con el VIH en Cataluña y las Islas Baleares, sobre calidad de vida, hábitos y estilos de vida.

Es sabido que con el avance en los tratamientos antirretrovirales la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH es casi similar a la de las personas que no conviven con el virus, si se diagnostican y acceden al tratamiento de manera precoz. Además, con los avances farmacéuticos relacionados con los antiretrovirales, el tratamiento es altamente tolerado y representa muy poca disrupción en la vida de las personas que lo toman. Sumado a lo anterior, tiene un beneficio secundario que es evitar transmitir el virus a otras parejas sexuales, si se toma con una alta adherencia. Así que, vivir con el VIH no debería suponer ninguna diferencia, si se compara a vivir con cualquier otra condición crónica.

Sin embargo, el VIH no es como ninguna otra condición crónica, y esto se refleja en los resultados que se describen en este informe de Vive+, ya que a pesar de que muchas personas que viven con el VIH valoran muy bien su calidad de vida, en general tienen indicadores de salud y estilos de vida peores si se comparan con la población general. La mayoría vive con problemas de salud mental, particularmente depresión y entre éstos un gran porcentaje necesita tratamiento modulador del ánimo. Además, las personas que viven con el VIH continúan siendo tratadas de manera diferente y sufren discriminación relacionada con el VIH, especialmente las mujeres y las personas transgénero.

Esta encuesta es la primera de su tipo a nivel nacional, con una perspectiva de género e interseccionalidad, y una de sus principales fortalezas es que pudimos utilizar los datos de la cohorte PISCIS, la cohorte de base poblacional que sigue a más del 80% de las personas que viven con el VIH en Cataluña y las Islas Baleares, y que ha servido como marco de muestreo para incluir unidades hospitalarias de VIH de todo el territorio catalán y balear y garantizar la participación de personas de todos los orígenes, lo que la convierte en una muestra representativa de las personas que viven con el VIH. Finalmente, el tamaño de la encuesta (1060 personas participaron (1 de cada 26 personas que viven con el diagnóstico de VIH) significa que podemos examinar los datos con gran granularidad y comprender qué personas experimentan o tienen problemas o necesidades en salud.

Agradezemos a todas las personas que viven con el VIH que brindaron su información para la vigilancia y la investigación: es información invaluable y estratégica para comprender los desafíos que implica vivir con el VIH.

Dr. Jordi Casbona
Director científic del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

Dr. José María Miró
Hospital Clínic de Barcelona - Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

Índice de contenidos

Glosario de siglas y términos 9

Resumen ejecutivo 10

1. Introducción 13
Antecedentes 13
Cohorte PISCIS 13

2. Informe Vive+ 15
Justificación 15
Objetivos 15
Estructura del informe 15
Presentación de los resultados 16

3. Métodos 17
Fases proyecto VIVE + 17
Reclutamiento y participación 18
Participación 19
Instrumento 20

4. Características socio-demográficas 23
Representatividad de la muestra VIVE+/ PISCIS 23
Género de los participantes 23
Edad 24
País de origen y tiempo de residencia 25
Nivel educativo 25
Ocupación y nivel de ingresos 26
Tiempo dedicado al ocio y actividades de ocio 27
Convivencia 27

5. Salud psico-social-sexual 28
Perfil serológico de los participantes 28
Modos de transmisión 28
Comorbilidades 29

6. Estigma y discriminación 31
Revelación del estado serológico 31
Estigma autopercibido 31
Experiencias de estigma y discriminación dentro del ámbito sanitario 32

7. Calidad de vida 33
Percepción del estado de salud 33
Síntomas de depresión 34
Satisfacción con los roles sociales 34
Aislamiento social 35
Función cognitiva 36

8. Comportamiento sexual y consumo de sustancias 37
Orientación sexual de los participantes 37
Satisfacción con la vida sexual 37
Uso del preservativo con la pareja estable y seroestatus de la pareja 38

Parejas sexuales en los últimos 6 meses 39
Uso del preservativo con las parejas sexuales ocasionales 40
Sexo comercial 41
Consumo de alcohol 42
Consumo de tabaco y dependencia a la nicotina 43
Consumo de drogas no legales 44
Uso de drogas inyectadas 47
Uso sexualizado de drogas 47

9. Satisfacción y uso del sistema sanitario y de los servicios de apoyo 49
Satisfacción con los servicios sanitarios 49
Experiencias con la Unidad de VIH y el Servicio de Farmacia 50
Acceso y utilización de los servicios médicos 51

10. Fortalezas y limitaciones 52

11. Discusión 53

12. Recomendaciones 56

13. Bibliografía 57

Agradecimientos 60

Financiación y aprobación de comités de ética 61

Anexo 1. Perfil de pacientes con VIH (carga viral, células CD4, tratamiento farmacológico y años viviendo con VIH) 62

Anexo 2. Prevalencia de condiciones médicas de salud según sexo, país de nacimiento, edad y modo de transmisión 63

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio Vive+

Tabla 2. Hospitales participantes y tamaño muestral del estudio Vive+

Tabla 3. Cuestionarios utilizados y constructos evaluados en el estudio Vive+

Tabla 4. Género de los participantes del estudio Vive+, según país de origen, edad y modo de transmisión

Tabla 5. Nivel de estudios de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Tabla 6. Prevalencia de otras condiciones médicas de salud diferentes al VIH

Tabla 7. Estatus de VIH de la pareja estable en el estudio Vive+

Tabla 8. Consumo de alcohol en los participantes del estudio Vive+, según sexo, edad, país de nacimiento y población clave

Tabla 9. Consumo de riesgo de alcohol en mujeres y hombres en los participantes del estudio Vive+, según país de nacimiento, grupo de edad y población clave

Tabla 10. Uso recreacional de drogas entre las PVIH de la encuesta Vive+ durante el último año, según género, edad, país de origen y modo de transmisión

Tabla 11. Uso de sustancias por vía inyectada en los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen y grupo de edad

Índice de figuras

Figura 1. Cronograma de las fases del proyecto Vive+

Figura 2. Representatividad de Vive+ con respecto a las personas en seguimiento de la cohorte PISCIS

Figura 3. Edad de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen y modo de transmisión

Figura 4. Región de procedencia de los participantes nacidos en un país distinto de España del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 5. Nivel de ingresos netos mensuales (en euros) de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 6. Modo de transmisión de los participantes de Vive+, según género, país de origen y edad

Figura 7. Número de comorbilidades (excluyendo el VIH) de los participantes del estudio Vive+, según género, país de nacimiento, edad y modo de transmisión.

Figura 8. Revelación del estado serológico fuera del entorno sanitario en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 9. Estigma auto percibido de los participantes de Vive+ basado en las puntuaciones en el Neuro-QOL Item Bank v1.0, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 10. Preocupaciones de ser tratado/a de manera distinta a otros pacientes con otros problemas de salud en el entorno sanitario en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 11. Puntuaciones en las dimensiones física y mental de salud auto percibida, evaluadas mediante el cuestionario de salud SF-12 v1, en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 12. Puntuaciones severidad de los síntomas de depresión, evaluada mediante el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 13. Puntuaciones satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales evaluadas mediante el NEURO-QOL Item Bank v1, en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 14. Puntuaciones aislamiento social evaluadas mediante PROMIS en el estudio Vive+, según género, país de origen, grupos de edad y modo de transmisión

Figura 15. Función cognitiva evaluada con el Neuro-QOL Item Bank v2.0, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 16. Función cognitiva y años viviendo con VIH (Neuro-QOL Item Bank v2.0) en el estudio Vive+

Figura 17. Identidad sexual de los/las participantes del estudio Vive+

Figura 18. Grado de satisfacción con la vida sexual de los participantes del estudio Vive+, según género,

país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 19. Uso del preservativo en las diferentes prácticas sexuales en personas con pareja estable

Figura 20. Parejas sexuales en los últimos 6 meses de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 21. Número de parejas ocasionales en los últimos 6 meses de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 22. Pagar o haber recibido dinero a cambio de sexo en los últimos seis meses en los participantes de Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 23. Dependencia a la nicotina de los participantes del estudio Vive+, según sexo, edad, país de nacimiento y población clave

Figura 24. Patrón de consumo de sustancias en el estudio Vive+

Figura 25. Uso de sustancias en uso sexualizado de drogas en último mes y año en los participantes del estudio Vive+, según género, país de nacimiento, edad y población clave.

Figura 26. Nivel de satisfacción con la atención recibida por los servicios sanitarios que prestan atención a las PVIH del Estudio Vive+

Figura 27. Nivel de satisfacción con la atención recibida por la Atención Primaria en los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Figura 28. Experiencias con la Unidad de VIH y el Servicio de Farmacia informadas por los participantes del estudio Vive+

Glosario de siglas y términos

- AUDIT-C - Test de identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol
- CEEISCAT - Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i la Sida de Catalunya
- CVRS – calidad de vida relacionada con la salud
- EPOC – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- GHB/GBL – gamma-hidroxibuitirato/ gamma-butirolactona
- HSH – hombres que tienen sexo con hombres
- HTTX - ¿hombres que tienen relaciones sexuales heterosexuales?
- LSD - dietilamida de ácido lisérgico
- Md – Mediana
- MDMA - 3,4-metilendioximetanfetamina
- MHTX - ¿mujeres que tienen relaciones sexuales heterosexuales?
- ONG – organización no gubernamental
- PHQ-9 - Patient Health Questionnaire
- PID – personas que se inyectan drogas
- PISCIS - cohorte poblacional de VIH catalano balear
- PROMIS - Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
- PVIH – personas que viven con VIH
- RI – rango intercuartílico
- SARS-CoV-2 - severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
- SF-36/SF-12 – Cuestionario de salud
- SIDA - síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- TAR - tratamiento antirretroviral
- TARGA - tratamiento antirretroviral de gran actividad
- VIH – virus de inmunodeficiencia humana
- Vive+ - Estudio sobre calidad de vida, hábitos y comportamientos entre las personas que viven con el VIH en Cataluña y las Islas Baleares

Resumen ejecutivo

La encuesta Vive+ es un estudio de calidad de vida entre las personas que viven con VIH (PVIH) en Cataluña y las Islas Baleares, que ha sido desarrollada e implementada por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y el Sida de Cataluña (CEEISCAT). El proyecto se implementó en 17 unidades hospitalarias de VIH que participan en la Cohorte PISCIS, y recogía información sociodemográfica, relacionada con la calidad de vida y el bienestar, conductas sexuales, estilos de vida, percepción de estigma y discriminación, así como el uso y la satisfacción con los servicios de atención en salud dirigidos a esta población. Los datos fueron recolectados desde Octubre de 2019 hasta Marzo 2020. El reclutamiento fue por conveniencia, con una muestra representativa de cada hospital, y se realizó durante las visitas de los usuarios a la unidad de VIH, a través de un cuestionario que se auto-administraba a través de una *Tablet* y que contaba con la ayuda de un monitor del programa.

En este informe se presentan los resultados del estudio Vive+, entre los que destacan los siguientes apartados y resultados:

Perfil sociodemográfico

Un total de 1060 PVIH en Cataluña y las Islas Baleares participaron en el estudio Vive+, entre Octubre de 2019 y Marzo de 2020, de los cuales: Un 78,0% se identificaron como hombres, un 17,9% como mujeres y un 3,3% como personas transgénero. La mediana de edad fue de 50 años. Un 33,4% de los participantes había nacido en un país diferente a España. Concretamente, un 66,9% provenía de países de América Latina y el Caribe, un 17,8% de Europa Occidental y un 5,1% de África Subsahariana. La mitad de la muestra (50,7%) respondió tener estudios superiores, mientras un 26,2% y un 21,0% reportó tener estudios secundarios y primarios, respectivamente, tan sólo un 0,5% respondió no tener ningún nivel de estudios. Del total, un 54,8% refirió estar trabajando en el momento de la encuesta, mientras que un 39,8% refirió estar en situación de desempleo, retirados o de baja laboral. Destaca, que un 10,5% de las mujeres se dedicaban a labores del hogar. El nivel de ingresos fue menor en las mujeres, ya que un 34,7% de mujeres refirió tener unos ingresos mensuales entre 501€ y 1000€, mientras que los HSH refirieron un mayor nivel de ingresos, 17,9% refirió ingresos entre 1501€ y 2000€ y un 14,9% entre 2001€ y 4000€. Las mujeres y las personas transgénero tuvieron una mayor dedicación a trabajos de cuidados de terceros. En particular, estas proporciones fueron superiores en personas mayores de 60 años y PID.

Características clínicas

Las características clínicas de los participantes se extrajeron de la base de datos de la cohorte PISCIS, recuperando 917 registros. De estos, el 90% se encontraban con carga viral indetectable, proporción mayor entre las personas menores de 39 años. En relación al conteo de células CD4, un 88,4% tenía un recuento superior a 350 CD4, mientras que un 2,7% su recuento era inferior a 200 CD4. Un 31,5% de los participantes llevaba viviendo más de 9 años con el VIH, y un 10,5% más de 30 años. Con respecto al modo de transmisión, se observó un efecto de la cohorte, donde la proporción de transmisión a través de drogas inyectadas fue superior en aquellas personas mayores de 60 años. Sin embargo, el modo de transmisión del VIH predominante fue el sexual entre HSH (59,5%).

Estigma y discriminación

Más de la mitad de las personas entrevistadas (56,5%) respondió haber revelado a pocas personas del entorno su seroestatus, mientras que un 15,6% respondió no haber revelado su estado serológico fuera del ámbito sanitario. En relación al estigma percibido, fue mayor en las personas transgénero y las personas menores de 39 años. Las PID presentaron puntuaciones más altas en la escala de estigma, representando una mayor percepción de estigma, comparado con los demás modos de transmisión.

Calidad de vida

La información relativa a la prevalencia de otras enfermedades distintas de VIH se extrajo de la cohorte PISCIS, donde se recuperaron los datos de 487 individuos. Las condiciones médicas de salud con mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial (25,5%) y la enfermedad cardíaca (14,4%). Sin embargo, se encontraron diferencias en relación al género, grupos de edad y modos de transmisión. En particular, las mujeres presentaron una mayor prevalencia en enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias y las personas transgénero mostraron una prevalencia superior de enfermedad hepática. En el caso de las PID, este fue el grupo con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, con altas prevalencias de enfermedad autoinmune, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, EPOC, enfermedad hepática y hepatitis C, así como mayor número de comorbilidades distintas del VIH.

En la muestra general, un 82,8% respondió tener una buena percepción de su estado de salud. De acuerdo con las puntuaciones del cuestionario de salud SF-12, en general, los participantes del estudio Vive+ presentaron peores puntuaciones en la dimensión mental en comparación con la física. En el caso de las mujeres, personas transgénero, PID y MHTX, mostraron peores puntuaciones en ambas dimensiones, en comparación con las demás categorías de cada variable. Las personas de 60 años o más mostraron un peor estado físico que mental, en este último las puntuaciones se mantienen e incluso mejoran en los grupos de mayor edad.

La sintomatología depresiva, evaluada a través del cuestionario PHQ-9, fue referida en un 44% de los participantes. Se encontraron diferencias de género en cuanto a la prevalencia y severidad de los síntomas. Un 61% de las mujeres y un 60% de las personas transgénero presentaron síntomas depresivos, frente a un 40% de los hombres en el momento de la encuesta.

En lo relativo al rol y al aislamiento social, evaluados mediante NEURO-QOL Item Bank v1 y PROMIS Item Bank v2.0 – Aislamiento Social, respectivamente, se observaron ciertas tendencias. Las puntuaciones sobre aislamiento social fueron más bajas respecto a la media poblacional, indicando un menor grado de aislamiento social. Las personas transgénero y las PID son las que presentaron peores resultados tanto en aislamiento social como en la satisfacción con el rol social, apuntando a estos colectivos como focos de atención psico-social. Por el contrario, hombres, HSH y personas de 60 años o más, fueron los que mostraron mejor bienestar psico-social de acuerdo a las escalas utilizadas.

Comportamiento sexual y consumo de sustancias

En lo relativo al sexo, un 83% de los participantes respondieron estar satisfechos con su vida sexual, siendo las proporciones menores en mujeres y personas transgénero. Un 54,9% de personas reportaron tener una pareja estable, de los cuales un 67,1% eran parejas serodiscordantes. En el caso de las personas que respondieron tener pareja estable, el uso del preservativo fue muy bajo en el caso del sexo oral, a diferencia de la penetración vaginal y la penetración anal, donde en un 84,6% y un 61,5% respondieron utilizarlo siempre o casi siempre, respectivamente.

En relación al sexo con parejas ocasionales, un 24,5% mantuvo relaciones sexuales solo con parejas ocasionales y un 15,4% con la pareja estable y parejas ocasionales. Las mayores proporciones de solo sexo con parejas ocasionales, se observaron en HSH y PID en contraposición con MHTX. El uso del preservativo con parejas ocasionales presentó una tendencia similar al de las personas con pareja estable, siendo muy bajo en el sexo oral y muy alto en la penetración vaginal. En cuanto a la penetración anal, un 56,9% respondió utilizar el preservativo siempre o casi siempre, una proporción menor que en las personas con pareja estable. En esta práctica sexual, los HSH y las personas de 60 años o más, fueron las que respondieron hacer un mayor uso del preservativo, a diferencia de las personas transgénero, personas nacidas en España y PID.

Del análisis de consumo de sustancias, se recogió información de consumo de alcohol, tabaco y de drogas,

diferenciando entre el uso recreacional y uso sexualizado de drogas. En cuanto al alcohol, un 73,8% de la muestra reportó haber consumido y según los puntos de cohorte del AUDIT-C, un 28,0% de las mujeres y un 24,2% de los hombres presentaron un consumo de alcohol considerado de riesgo. Según las poblaciones clave, el grupo de hombres PID mostró mayor proporción de consumo de riesgo (33,7%) mientras que entre las mujeres heterosexuales el consumo de riesgo alcanzó el 29,6%. Por otro lado, un 41,8% de la muestra reportó ser fumador de tabaco y un poco más de la mitad de los fumadores (54%) mostraron dependencia media o alta. Los PID, las personas transgénero, las personas entre 40 y 59 años y los nacidos en España mostraron dependencias más elevadas que la del total de la muestra. El consumo de drogas no legales estuvo encabezado por los hombres y las personas transgénero, especialmente los menores de 40 años y las personas nacidos en un país distinto de España. El cannabis fue la droga más consumida en los últimos 12 meses, especialmente en el caso de los hombres, seguida de los sedantes en mujeres y personas transgénero. Por otro lado, las personas nacidas en un país distinto de España tuvieron consumos más elevados durante el último año en todas las sustancias, excepto en sedantes y heroína. Además, las personas de 39 años o menos reportaron consumos más elevados en todas las sustancias, excepto en los sedantes.

El consumo de drogas inyectadas alguna vez en la vida fue del 17,9%, siendo esta proporción mayor en mujeres, personas de entre 40 y 59 años y nacidos en España. En esta clase de consumo, la mayoría (76,6%) respondió haberlo hecho hacía 5 años o más. Por último, las drogas más consumidas para el uso sexualizado de drogas durante el último mes o año fueron los nitratos (12,8%), la cocaína en polvo (8,3%), los fármacos para la disfunción eréctil (13%), el GHB/GBL (7,5%) y el cannabis (8%). Los hombres y las personas transgénero, los nacidos en países diferentes a España, las personas de 39 años o menos y los HSH presentaron patrones superiores de consumo en las drogas para el uso sexualizado de drogas.

Satisfacción y uso del sistema sanitario y servicios de apoyo

Se evaluó el grado de satisfacción con la atención recibida de los siguientes servicios sanitarios que prestan atención a las PVIH: Atención Primaria, unidad de VIH y servicios de apoyo de VIH (ONGs y/o asociaciones de pacientes). La mayoría de participantes refirieron estar satisfechos con la atención recibida, siendo mayor el grado de satisfacción en las Unidades de VIH (99,2%), frente a la Atención Primaria (90,0%) y a los servicios de apoyo/ONGs (87,2%). Hubo algunas variaciones en cuanto al grado de satisfacción con los distintos dispositivos de salud. En relación a la unidad de VIH, prácticamente todas las personas entrevistadas declararon estar satisfechas con el servicio prestado. En cambio, en Atención primaria el nivel de satisfacción fue mayor entre las personas transgénero (96,5%), personas nacidas en España (91,9%), y las personas mayores de 60 años (95,5%). En los servicios de apoyo, la mayor satisfacción se dio entre hombres (88,9%), españoles (87,9%) y personas menores de 39 años (89,0%). Destaca el alto porcentaje de personas que nunca habían tenido contacto con los servicios de apoyo, concretamente el 78,1% de los españoles, el 85,4% de los mayores de 60 años y el 86,4% de los HHTX.

1. Introducción

Antecedentes

La infección por VIH sigue siendo uno de los mayores problemas de salud pública en todo el mundo. En 2020, había 38 millones de personas infectadas en el mundo y afecta a más de 2 millones de personas en la Región de Europa de la OMS (1,2). En Cataluña también es una gran preocupación, ya que en 2019 el número de nuevos diagnósticos de VIH notificados fue de 471, tasa de 6,1 por 100.000 (3). También se ha estimado que 33736 personas vivían con el VIH (PVIH) en Cataluña en 2019, de éstas el 9% tenía diagnóstico desconocido, es decir que alrededor de 30.699 conocían su estado serológico, y 77% de las personas que se estima que están en tratamiento antirretroviral (TAR) (27.6634) han logrado la supresión viral (4).

Diferentes estudios han descrito que a medida que las PVIH envejecen, sus necesidades en salud cambian y difieren a las de las personas que no viven con el virus, ya que tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión y aislamiento social, así como, mayor uso de medicamentos psicotrópicos (5). Estos hallazgos tienen implicaciones para los planificadores de políticas, los cuidadores y otras personas que trabajan en el campo del cuidado de personas seropositivas y que se vinculan en su transición a la vejez.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se reconoce como un factor significativo en la evaluación de la carga en las enfermedades crónicas y para las PVIH. Estudios previos han demostrado que el género, los ingresos, la educación, la raza, las discapacidades, la depresión, el tabaquismo, la gravedad de la infección por el VIH y el propósito en la vida, se asocian significativamente con una mala CVRS (6). Esto sugiere que además de la adherencia al TAR, se deben tener en cuenta muchos otros factores para mejorar la CVRS de las PVIH. Por lo tanto, evaluar la CVRS es necesario para documentar la carga percibida de enfermedad crónica por parte de las PVIH, describir los cambios en la salud a lo largo del tiempo y evaluar los efectos del tratamiento y el entorno en salud.

Al mismo tiempo, las investigaciones muestran que una atención médica adecuada puede disminuir los efectos negativos sobre la salud física, psicológica, social y ambiental, aumentando la autonomía, y consecuentemente la calidad de vida (7). Por lo tanto, se necesitan datos sólidos para identificar las necesidades satisfechas y no satisfechas de las PVIH, que permitan informar la planificación y la prestación de servicios de VIH.

Los resultados y las experiencias informadas por los pacientes son una parte importante de la comprensión y el seguimiento de la salud y el bienestar de las PVIH. Este conocimiento es particularmente crucial en una época en la que se producen cambios significativos en la prestación de asistencia sanitaria y social, especialmente en la época actual, donde la pandemia por el SARS-CoV-2 ha generado una disrupción de la prestación de los servicios sanitarios.

El Vive+ es un proyecto transversal anidado en la cohorte PISCIS catalano-balear de PVIH y que tiene por objetivo identificar los factores que determinan los malos resultados de salud y las disparidades entre las PVIH. Los hallazgos ayudarán a informar la atención centrada en el paciente y adaptar la prestación de servicios clínicos y de apoyo para el VIH, y así mismo satisfacer mejor las necesidades futuras de las personas con VIH. Este informe presenta los resultados de la encuesta Vive+ 2020, de Cataluña y las Islas Baleares.

Cohorte PISCIS

En este apartado se presenta resumidamente la cohorte PISCIS, cohorte poblacional de las PVIH y en seguimiento en una de las unidades catalano baleares, así como, su justificación, objetivos generales, pacientes en seguimiento y unidades de VIH participantes. Más información detalla de la cohorte PISCIS se

puede encontrar en otras fuentes de información (8,9).

Justificación
La introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA), en 1996, supuso una disminución de las tasas de incidencia y mortalidad específicas por VIH-SIDA (10–12). Como consecuencia, se produjeron cambios clínicos y asistenciales, además de evidenciar la necesidad de implementar sistemas de información sobre la propia infección por el VIH, la evolución de las pautas de tratamiento antirretroviral (TAR) y sus efectos adversos, los cambios en la historia natural de la infección y las causas de mortalidad de estos pacientes (9). Con el propósito de responder estas preguntas de investigación y de generar información útil para la evaluación de las actuaciones sanitarias, en 1998 se decidió implementar un estudio de cohorte de base poblacional que sigue a PVIH y que están en seguimiento en una unidad hospitalaria de VIH, cohorte PISCIS.

Objetivos

PISCIS es un estudio de cohorte abierto multi-céntrico que tiene como objetivos principales:

1. Realizar la vigilancia clínica-epidemiológica y longitudinal de los pacientes con diagnóstico de VIH
2. Optimizar el manejo integral de las PVIH
3. Dar respuesta a preguntas de carácter clínico y epidemiológico mediante proyectos de investigación anidados

Población en seguimiento

La cohorte PISCIS incluye a todas las personas mayores de 16 años, con diagnóstico confirmado de infección por el VIH y que son visitadas por primera vez en alguno de los hospitales que participan en el estudio, desde el 1 de enero de 1998. Todas aquellas PVIH y que cumplen los criterios de inclusión, se incluyen en la cohorte, independientemente de su grado de infección.

En la cohorte PISCIS participan las unidades de VIH de hospitales públicos de Cataluña (n=16) y de las Islas Baleares (n=2), y es coordinada por el CEEISCAT.

2. Informe Vive+

Justificación

Vive+ es un estudio de corte transversal y multicéntrico basado en una encuesta auto-administrada de pacientes que asisten a las unidades de VIH que forman parte de la cohorte PISCIS. Este informe tiene especial relevancia dado que es el primero que trata de hacer una aproximación a la CVRS en PVIH en Cataluña y las Islas Baleares, información que consideramos útil y estratégica de cara a la planificación e implementación de políticas de salud pública en el ámbito del VIH.

Objetivos

El propósito de este estudio fue generar información para comprender mejor el impacto en la CVRS en los resultados en salud de las PVIH, con el objetivo final de informar a los proveedores de salud y a responsables políticos sobre las necesidades de esta población, generando información estratégica que permita diseñar intervenciones y políticas que permitan mejorar la calidad de vida de las PVIH basadas en la evidencia.

Con este fin, el objetivo general de Vive+ fue describir la CVRS entre las PVIH mayores de 16 años y que participan en la Cohorte PISCIS, así como, conocer la prevalencia de conductas sexuales y hábitos que incluyen tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, la percepción de estigma y discriminación, así como la satisfacción con el sistema de salud actual, con una perspectiva de género.

Para dar respuesta al objetivo general del estudio, se definieron los siguientes objetivos específicos:

- Describir la CVRS y su asociación con las características sociodemográficas, económicas, conductuales y clínicas
- Conocer la prevalencia y las conductas sexuales de riesgo, identificando las características de la población más vulnerable
- Determinar la prevalencia de hábitos que incluyen tabaquismo, abuso de alcohol y drogas
- Determinar la prevalencia de estigma y discriminación percibidos entre las PVIH
- Describir los patrones de acceso al sistema sanitario de las PVIH y su satisfacción con el modelo actual de atención

Se pretende administrar la encuesta cada tres años, con la finalidad de obtener una mirada transversal y a la vez evolutiva de las tendencias relativas a la CVRS, expuestas en los objetivos específicos.

Estructura del informe

El presente informe describe la metodología empleada y los principales hallazgos del estudio Vive+. El informe se ha estructurado en los siguientes capítulos:

Capítulo 3: Métodos
Capítulo 4: Características socio-demográficas
Capítulo 5: Salud psico-social-sexual
Capítulo 6: Estigma y discriminación
Capítulo 7: Calidad de vida
Capítulo 8: Comportamiento sexual y consumo de sustancias
Capítulo 9: Satisfacción y uso del sistema sanitario y servicios de apoyo

Presentación de los resultados

En el presente informe se utilizan de manera reiterada un conjunto de variables de estratificación en la presentación de los resultados: género (hombre, mujer, persona transgénero), país de nacimiento (español o extranjero), grupos de edad (menores de 39, personas entre 40 y 59 años, y personas de 60 años o más) y modos de transmisión o poblaciones clave. Cuando hablamos de modos de transmisión, hacemos referencia a las conductas de mayor riesgo pasadas o presentes, que comportan una mayor probabilidad de haber contraído el VIH. En este caso nos encontraríamos con los siguientes modos de transmisión:

- Transmisión a través de prácticas inseguras de inyección de drogas (PID)
- Transmisión a través de relaciones sexuales entre hombres (HSH)
- Transmisión heterosexual entre hombres (HHTX)
- Transmisión sexual en mujeres (MHTX)

En el caso de las poblaciones clave, se hace referencia a un grupo poblacional bien definido sobre el que se orientan estrategias de prevención del VIH. Los grupos de poblaciones clave son bien definidos según el contexto epidemiológico y social. Entre estos grupos, dentro de nuestro estudio, se encontraron:

- Las personas que se inyectan drogas (PID)
- Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)
- Los hombres que mantienen relaciones sexuales heterosexuales (HHTX)
- Las mujeres que mantienen relaciones sexuales heterosexuales (MHTX)

Estas siglas, referentes a los modos de transmisión y a las poblaciones clave, se utilizarán a lo largo del informe.

3. Métodos

Fases proyecto VIVE +

El proyecto Vive+ se puso en marcha siguiendo un proceso secuencial, organizado en tres fases que se describen resumidamente en la Figura 1.

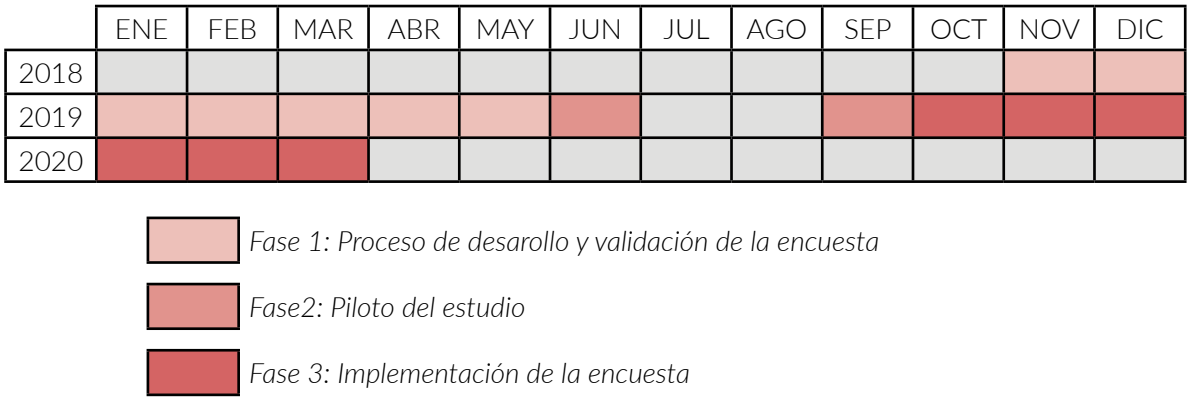

Figura 1. Cronograma de las fases del proyecto Vive+

Fase 1: Proceso de desarrollo y validación de la encuesta

La fase 1 corresponde al desarrollo y validación de la encuesta, programada desde noviembre de 2018 a junio de 2019. En esta fase se emplearon métodos principalmente cualitativos para elaborar la encuesta y evaluar su aceptabilidad.

En primer lugar, se empleó el Método *Delphi* para obtener una primera versión de la encuesta Vive+. Participaron expertos de diferentes áreas (representantes de ONGs, académicos/as, personal clínico e investigador y un usuario experto), con vasto conocimiento en las disciplinas incluidas en el cuestionario dirigido a los pacientes. En el proceso de recogida de información, se envió un cuestionario semi-estructurado a los expertos a través de correo electrónico, previa invitación, de forma individual y autónoma, garantizando el anonimato entre los participantes y evitando que ningún miembro fuera influenciado por la opinión de los demás expertos.

En relación al proceso de desarrollo de la técnica, participaron 10 de 15 personas expertas que habían sido invitadas, resultando en la cumplimentación del 67% de los cuestionarios. Dada la alta consistencia de las respuestas, sólo se realizó una ronda de consultas.

Los datos fueron tratados de forma mixta, es decir, con técnicas de tipo cuantitativo y cualitativo.

En segundo lugar, mediante el *Focus Group*, se obtuvo la segunda versión de la encuesta Vive+, donde se llegó a consenso sobre las técnicas de reclutamiento y participación más adecuadas. Participaron 10 personas expertas sobre la temática del VIH y/o sobre las escalas propuestas para la encuesta Vive+.

Fase 2: Piloto del estudio

La fase 2 explora la aceptabilidad y viabilidad de la encuesta en un entorno clínico. Asimismo, determina el grado de factibilidad de una encuesta auto-administrada de estas características a través de un dispositivo electrónico tipo *Tablet*.

Una vez precisadas las dimensiones de la encuesta y concretadas las preguntas correspondientes a cada

dominio, la encuesta se administró en papel, a cuatro personas que participaron de forma voluntaria. En este caso, diagnosticadas de VIH, mayores de 16 años, seguidas en la Unidad de VIH del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Cada participante respondió a la encuesta en un solo intento, en un entorno privado.

Mediante la entrevista cognitiva se evaluó el contenido y se logró obtener la última versión de la encuesta (disponible en la página web del proyecto). Concretamente, permitió evaluar la aceptabilidad de las preguntas, el grado en que las preguntas se entendían como deseadas, garantizar la claridad de la terminología, estimar el tiempo de realización del cuestionario, así como, la estrategia de cumplimentación más adecuada (auto-cumplimentada o dirigida). Finalmente, se identificaron posibles barreras logísticas que dificultaran la participación en el estudio.

Finalmente, se evaluó la factibilidad del uso de la tecnología para responder la encuesta. En esta oportunidad cinco participantes, VIH+ y mayores de 16 años, accedieron de manera voluntaria a completar la encuesta online en su totalidad a través de un dispositivo portátil tipo Tablet, previo consentimiento informado.

Fase 3: Implementación de la encuesta

La fase 3 incluye la implementación del proyecto, y la recolección de la información a través del reclutamiento de pacientes VIH en seguimiento por la Cohorte PISCIS en los hospitales participantes de Cataluña y Las Islas Baleares. El reclutamiento se inició el 30 de septiembre de 2019 y finalizó el 6 de marzo de 2020.
La población diana del estudio está compuesta por personas mayores de 16 años que viven con el VIH y que asisten de manera rutinaria a una de las unidades de VIH que participan en la Cohorte PISCIS en Cataluña y las Islas Baleares.

Asimismo, se fijaron dos criterios de exclusión: no hablar español y tener discapacidad intelectual que dificultara la capacidad de decidir. La Tabla 1 recoge los criterios de inclusión y exclusión del estudio Vive+.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
VIH positivo	No hablar español
Mayor de 16 años	Tener discapacidad intelectual que influya en la capacidad de decisión
Asistir de manera rutinaria a una de las unidades de VIH que participan en la Cohorte PISCIS en Cataluña o las Islas Baleares	

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio Vive+

Reclutamiento y participación

En este sub-apartado se describe la metodología empleada para el muestreo, así como el procedimiento de reclutamiento llevado a cabo y las tasas de participación final.

Muestreo

El muestreo empleado fue por conveniencia. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró la población atendida durante el año 2017 en las 18 Unidades de VIH, que ascendía a 14.190 pacientes. Se utilizó la prevalencia de depresión-ansiedad como enfermedad crónica no transmisible para obtener un tamaño de muestra conservador y representativo (13,14), que alcanzó un 30% aproximadamente del total de personas en seguimiento, y que además consideró una precisión del 3% y un nivel de significancia del 5%. La muestra final calculada fue de 1150 participantes.

Este tamaño muestral se consideró proporcional al número de pacientes seguidos por cada unidad de VIH, además se incluyó una capa de sobremuestreo de la proporción de mujeres y personas mayores de 60 años, para tener una mayor representación de estos subgrupos en la muestra.

Reclutamiento

El/la paciente que asistía a su seguimiento habitual por la unidad de VIH del hospital participante, fue invitado/a a participar en el proyecto, mediante la cumplimentación de la encuesta Vive+, por parte del/la profesional sanitario/a de la Unidad de VIH o del monitor/a del estudio. Solo los que accedieron a firmar el consentimiento informado y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión se les auto administro la encuesta. A cada usuario/a se les asignó un identificador único y anónimo, para mantener la confidencialidad de los datos y para la posterior recuperación del código de seguimiento de la cohorte PISCIS.

Participación

Un total de 17 hospitales, participantes de la cohorte PISCIS, colaboraron en el proceso de reclutamiento. El Hospital Universitari de Santa María de Lleida, a pesar de formar parte de la cohorte PISCIS, no participó del estudio. En la Tabla 2, se presentan los hospitales involucrados, el municipio en el que se encuentra y el número de participantes por hospital.

Hospital	Municipio	N estimada	N final
Hospital Universitari de Bellvitge	L'Hospitalet de Llobregat	128	136
Hospital Clínic de Barcelona	Barcelona	278	263
Hospital General de l´Hospitalet	Barcelona	38	39
Hospital General de Granollers	Granollers	23	11
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol	Barcelona	129	139
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona	Tarragona	24	24
Hospital de Mataró	Mataró	24	22
Hospital Universitari Mútua Terrassa	Terrassa	18	18
Hospital de Palamós	Palamós	15	14
Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell	Sabadell	36	36
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Barcelona	92	68
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa	Tortosa	14	14
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron	Barcelona	96	84
Hospital Universitari de Vic	Vic	16	19
Hospital del Mar – Parc de Salut Mar	Barcelona	78	68
Hospital Universitari Son Espases	Mallorca	81	46
Hospital Son Llàtzer	Mallorca	60	59
TOTAL		1150	1060

Tabla 2. Hospitales participantes y tamaño muestral del estudio Vive+

En total, se invitó a participar a 1092 personas, de las cuales 32 rechazaron la participación en el estudio, resultando en una muestra final de 1060 participantes y una tasa de respuesta del 97%.

Instrumento

Áreas de información de la encuesta

La encuesta está compuesta por secciones diferenciadas en las que se recoge, de manera detallada, información relevante de cara a estudiar en profundidad la CVRS de las PVIH. Brevemente, se presentan las secciones que constituyen la encuesta Vive+ y los datos que se recogen en éstas:

Sección A: Información general sociodemográfica y diagnóstico de VIH

Recoge información demográfica, como edad, país de nacimiento, estatus migratorio, motivo de la migración, nivel educativo, trabajo, situación de dependencia y ocio. Datos sobre el género y la orientación sexual, e información sobre el año de diagnóstico de VIH y la vía de transmisión de VIH.

Sección B: Calidad de vida y bienestar

Refleja las percepciones sobre el estado de salud física y emocional y la interferencia en las actividades de la vida diaria, síntomas de depresión, satisfacción con la participación en roles y actividades sociales, percepción sobre las relaciones interpersonales y función cognitiva.

Sección C: Relaciones de pareja
Contiene preguntas sobre una pareja sexual estable y otras parejas sexuales ocasionales, en cuanto al género, estatus y conocimiento de seropositividad, prácticas sexuales y uso del preservativo.

Sección D: Estilo de vida

Se formulan preguntas sobre la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, drogas y se enfatiza en el consumo de drogas con la intención de sesiones largas de sexo o uso sexualizado de drogas.

Sección E: Estigma y discriminación

En esta sección se recoge información sobre la percepción de estigma y discriminación debido al VIH, con las personas del entorno social y en el contexto sanitario.

Sección F: Uso de los servicios de salud

Está compuesta por preguntas sobre uso de servicios y la satisfacción con estos. En particular, recoge el grado de satisfacción con la atención médica general, la unidad de VIH y los servicios de apoyo al VIH.

Escalas utilizadas

En el estudio Vive+ se han empleado distintos cuestionarios y escalas validadas, con el objetivo de recoger de manera uniforme, información sobre variables de CVRS. En este sub-apartado se presentan las escalas utilizadas, así como la interpretación de cada una de éstas. En la Tabla 3, se presentan las herramientas empleadas.

Cuestionario de Salud SF-12v1

El cuestionario de Salud SF-12v1 es la versión reducida del cuestionario original SF-36 (15), que evalúa el estado funcional del paciente, reflejando su salud física y mental (16). El SF-12v1 está compuesto por 12 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 3 o 5 puntos. Se recogen dos dimensiones (física y mental) que se obtienen a través de 8 conceptos de salud: Función Física (FF, 2 ítems), Rol Físico (RF, 2 ítems), Dolor Corporal (DC, 1 ítem), Salud General (SG, 1 ítem), Vitalidad (VT,

1 ítem), Función Social (FS, 1 ítem), Rol Emocional (RE, 2 ítems) y Salud Mental (SM, 2 ítems).

Las puntuaciones oscilan de 0 a 100. El cálculo de las puntuaciones utilizado en el estudio Vive+ está basado en el algoritmo Bidimensional Response Process Model Algorithm (BRP-12) (17), basado en la Teoría de Respuesta al Ítem (18). En este caso, mayores puntuaciones son indicadoras de mala salud.

Cuestionario de Salud del Paciente - 9 (PHQ-9)

El PHQ-9 es uno de los módulos del Patient Health Questionnaire (PHQ), compuesto por 9 ítems para evaluar la presencia de síntomas depresivos, basados en criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (19–22). Cada ítem se puntúa de 0 a 3, dando lugar a una puntuación de severidad de los síntomas de depresión entre 0 a 27. Las puntuaciones de 5, 10, 15 y 20, representan los puntos de corte para determinar sintomatología depresiva leve, moderada, moderadamente severa y severa, respectivamente.

PROMIS Item Bank v2.0 - Aislamiento social 8a

Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) es un sistema de información de medición de resultados reportados por los pacientes sobre diferentes aspectos relacionados con la salud (física, mental y social) (23). Se trata de una plataforma universal, con medidas estandarizadas y adaptadas idiomáticamente, y con terminología y métricas comunes que permiten comparaciones entre dominios y con la población. En Vive+ se utilizó la versión abreviada de 8 ítems, del instrumento PROMIS Aislamiento Social 8a. Éste hace referencia a las percepciones de ser evitado, excluido o resultar desconocido por las demás personas, sin establecer un marco temporal (24). En cuanto a su corrección, cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta, puntuadas del 1 al 5. La puntuación total bruta se obtiene sumando los valores de las respuestas de cada ítem y luego son transformadas en puntuaciones T, con media de 50 y desviación estándar de 10. En este constructo, mayores puntuaciones son indicadoras de mayor grado de aislamiento social.

Test de identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT-C)

El AUDIT-C es un cuestionario auto-administrado, compuesto por tres ítems, que se utiliza para el cribaje de pacientes que presentan abuso o dependencia al alcohol (25). Las puntuaciones oscilan del 0 al 12, (el 0 es indicador de no consumo de alcohol). Tiene como referencia 10g de etanol como unidad de bebida estándar (UBE). Los puntos de corte difieren entre hombres y mujeres, siendo 4 o más puntos en el caso de las mujeres y 5 o más en el caso de los hombres.

Test Fageström de dependencia al tabaco

El test de Fagerström de dependencia al tabaco evalúa el grado de dependencia física a la nicotina (26). Está formado por 6 ítems con dos o más opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre 0 y 10, siendo las puntuaciones más altas, indicadoras de un alto grado de dependencia al tabaco. La escala permite clasificar la dependencia a la nicotina en tres niveles: Baja (0-3), Media (4-6) y Alta (7 o más).

Neuro-QOL Item Bank

Neuro-QOL es un conjunto de instrumentos validados, con medidas auto-reportadas, que evalúan la CVRS de adultos y niños (27). Hacen referencia a un periodo temporal de “los últimos 7 días” y cada uno de los 8 ítems que constituyen las versiones abreviadas, tienen cinco opciones de respuesta: 1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=a menudo y 5=siempre. La puntuación total se obtiene tras sumar las puntuaciones de los ítems individuales, dando lugar a una puntuación mínima de 8 y máxima de 40.

En el informe Vive+, se utilizaron las versiones abreviadas de tres de las escalas de la Neuro-QOL:

- Neuro-QOL Item Bank v1.1 - Satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales
- Neuro-QOL Item Bank v2.0 - Función Cognitiva
- Neuro-QOL Item Bank v1.0 - Estigma

En el caso de las escalas de "Satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales" y "Función Cognitiva", mayores puntuaciones indican una mayor satisfacción en los roles sociales y una mejor función cognitiva, respectivamente. Mientras que en la escala de "Estigma", una mayor percepción de estigma está directamente relacionada a mayores puntuaciones.

Cuestionario		Constructo evaluado
Cuestionario de Salud SF-12		Calidad de vida relacionada con la salud
Cuestionario de Salud del Paciente - 9 (PHQ-9)		Sintomatología depresiva
PROMIS Item Bank v2.0 – Aislamiento Social		Aislamiento Social
Test de identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT-C)		Abuso o dependencia al alcohol
Test Fageström de dependencia al tabaco		Nivel de adicción a la nicotina
Neuro-QOL Item Bank	Neuro-QOL Item Bank v1.1 - Satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales	Satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales
	Neuro-QOL Item Bank v2.0 - Función Cognitiva	Función Cognitiva
	Neuro-QOL Item Bank v1.0 - Estigma	Estigma

Tabla 3. Cuestionarios utilizados y constructos evaluados en el estudio Vive+

Análisis estadísticos

El análisis estadístico llevado a cabo corresponde a la creación de tablas descriptivas donde se incluye, para las variables categóricas las frecuencias absolutas y los porcentajes y para las variables continuas mediana y rango intercuartílico del 95% o media y desviación estándar según la normalidad de la variable.

4. Características socio-demográficas

Representatividad de la muestra VIVE+/ PISCIS

La Figura 2 muestra algunas características de la muestra del estudio Vive+ (n=1097) en comparación con la población en seguimiento de la cohorte PISCIS (n=18170, en el año 2019). Como se puede observar, la población de Vive+ es representativa de las personas en seguimiento de la cohorte PISCIS, de acuerdo al sexo, país de origen, franjas de edad y modo de transmisión. En PISCIS se registró únicamente el sexo biológico, por lo que en la Figura 2 no aparece la información relativa a la población transgénero. En general la muestra encuestada es representativa de la cohorte PISCIS, siendo en su mayoría hombres (80,9%, n=858), especialmente aquellos que refieren tener relaciones sexuales con otros hombres (HSH) (59,5%, n=605), españoles (66,6%, n=706), entre 40 y 59 años (58,0%, n=615). Es importante destacar que se hizo un sobremuestreo de la población mayor de 60 años, por este motivo este grupo tiene un 7,7% (n=209) de sobrerepresentación con respecto a la muestra total. Las mayores discrepancias se encuentran en el modo de transmisión, donde Vive+ tiene un 5,4% y un 7,4% más de PID y de HSH, respectivamente, y un 7,8% menos de HTTX, en comparación con el total de personas en seguimiento en la cohorte PISCIS.

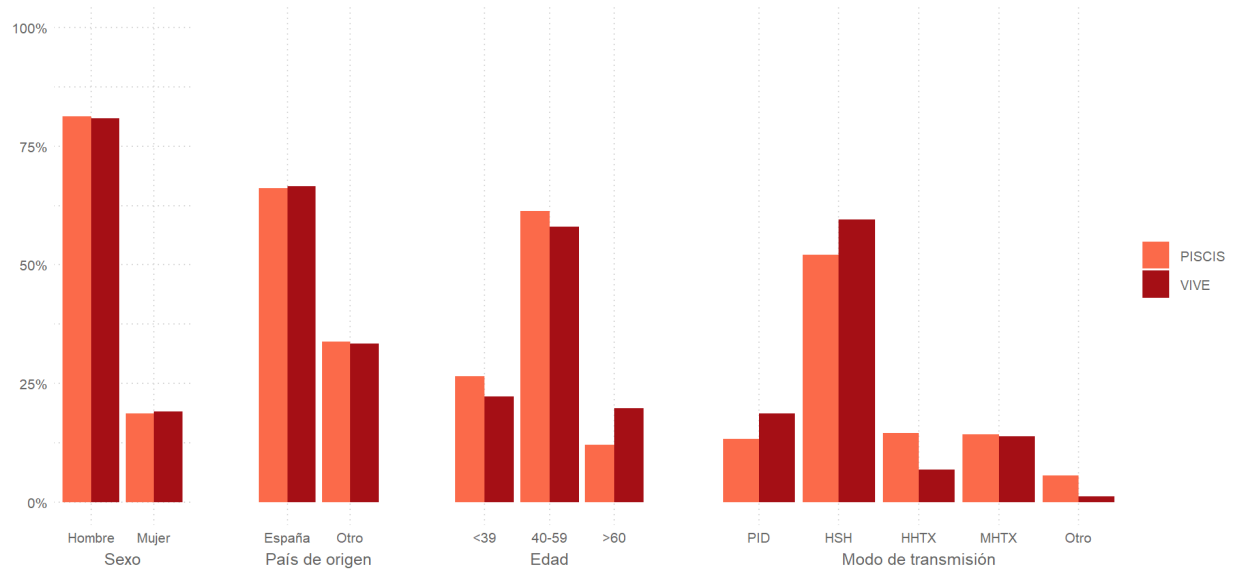

Figura 2. Representatividad de Vive+ con respecto a las personas en seguimiento de la cohorte PISCIS

Género de los participantes

En Vive+ un 78,0% (n=827) se definieron como hombres, un 17,9% (n=190) como mujeres y un 3,3% (n=35) como personas transgénero. De estas últimas, un 2,4% (n=26) se definieron como mujer transgénero y un 0,8% (n=9) como hombre transgénero. Dada la baja prevalencia de hombres transgénero en la muestra del proyecto, en los siguientes apartados mujeres y hombres transgénero se agrupan en una única variable de "personas transgénero". La Tabla 4 muestra la distribución de la muestra por género y por variables sociodemográficas.

	Género n (%)				
	Mujer	Hombre	Mujer Transgénero	Hombre Transgénero	Prefiero no contestar
Total	190(17,9)	827(78,0)	26(2,5)	9(0,9)	8(0,8)
País de origen					
Español	144(20,4)	543(76,9)	11(1,6)	4(0,6)	4(0,6)
Extranjero	46(13,0)	284(80,2)	15(4,2)	5(1,4)	4(1,1)
Edad					
<39	25(10,6)	200(84,8)	8 (3,4)	1(0,4)	2(0,9)
40-59	120(19,5)	474(77,1)	11(1,8)	6(1,0)	4(0,7)
>60	45(21,5)	153(73,2)	7(3,3)	2(1,0)	2(1,0)
Modo de transmisión					
PID	48(25,3)	138(72,6)	1(0,5)	3(1,6)	-
HSH	-	577(95,4)	24(4,0)	-	4(0,7)
HHTX	-	69(100,0)	-	-	-
MHTX	137(97,2)	-	-	2(1,4)	2(1,4)
Otro	2(16,7)	10(83,3)	-	-	-
NS/NC	3(7,0)	33(76,7)	1(2,3)	4(9,3)	2(4,7)

Tabla 4. Género de los participantes del estudio Vive+, según país de origen, edad y modo de transmisión

Edad

La edad de los participantes se distribuyó entre los 19 y los 87 años, con una mediana de edad de 50 años (rango intercuartílico (RI)=40-57) para el total de la muestra, (Md=53, (RI=46-58)) en las mujeres, siendo mayor al compararla con la de los hombres y la de las personas transgénero. Asimismo, la mediana de edad de las personas procedentes del extranjero fue de 43 años, (RI=34-52) y la de los HSH fue de 47 años (RI=38-56). (Figura 3).

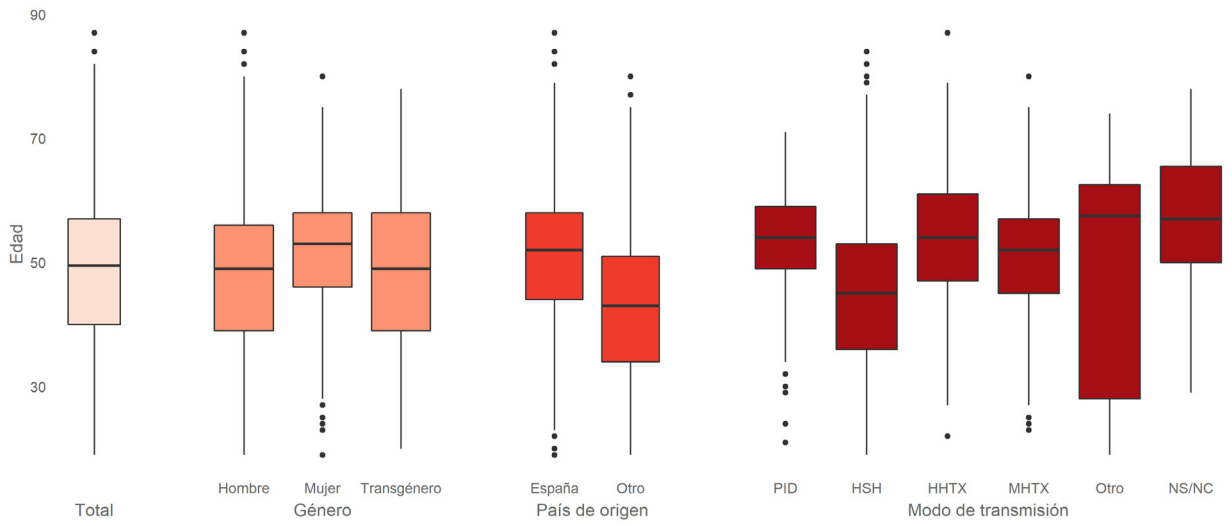

Figura 3. Edad de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen y modo de transmisión

País de origen y tiempo de residencia

En relación al país de origen, un 66,6% (n=706) de los participantes nacieron en España, mientras que un 33,4% (n=209) en el extranjero. Más de la mitad (66,9%) de los participantes extranjeros habían nacido en la región de América Latina y el Caribe, seguida de países de la Europa Occidental (17,8%) y África Subsahariana (5,1%). En la Figura 4 se muestran las proporciones de personas procedentes de las distintas regiones en relación al género, país de origen, edad y modo de transmisión.

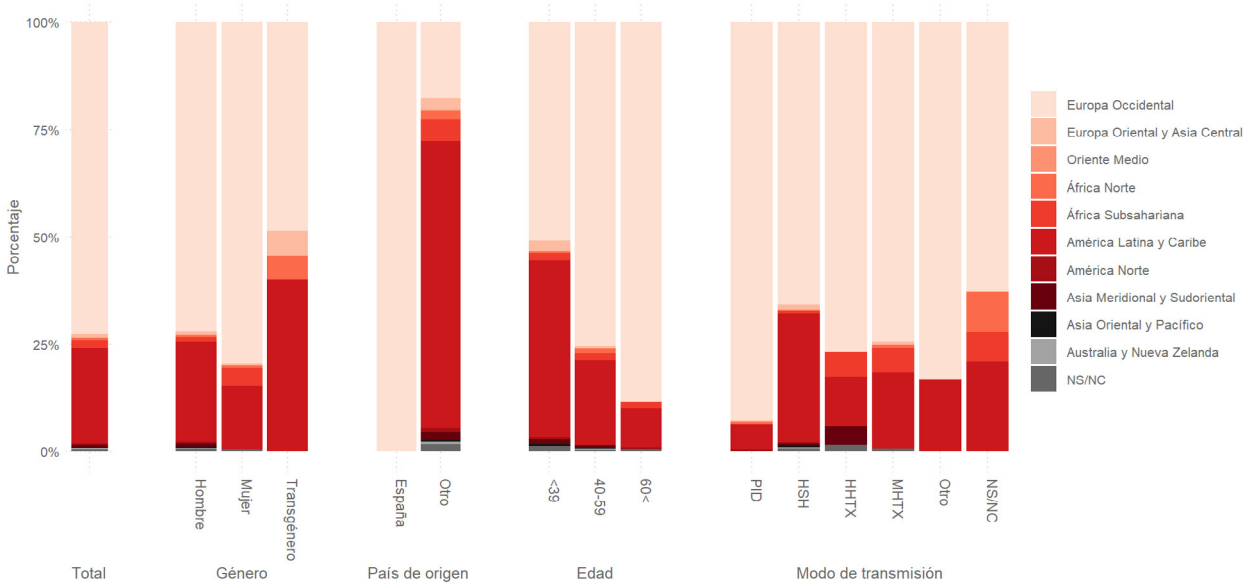

Figura 4. Región de procedencia de los participantes nacidos en un país distinto de España, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

En cuanto al tiempo de residencia de los participantes nacidos en el extranjero, un 26,4% (n=93) llevaban menos de 5 años residiendo en España, mientras que un 27,3% (n=97) y un 22,2% (n=78) llevaban viviendo entre 5 y 15 años, y entre 15 y 20 años en España, respectivamente. El porcentaje de participantes nacidos en el extranjero con más de 20 años de residencia fue del 6,7% (n=72). Además, a los participantes nacidos en el extranjero se les preguntó por los motivos de su migración a España, y los principales motivos fueron por: trabajo (43,2%, n=153), estudios (13,5%, n=48), vivir más abiertamente como persona del colectivo LGTBI+ (n=13,5%, n=48) y estar con la pareja (12,1%, n=43). Un 10,8% (n=5) y 10,0% (n=2) de las mujeres y personas transgénero, respectivamente, respondieron haber migrado por aspectos relacionados con la salud.

Nivel educativo

En cuanto al nivel de estudios, los resultados son bastante heterogéneos. Un 50,7% (n=537) de los participantes respondió tener estudios superiores, mientras un 26,2% (n=278) y un 21,0% (n=223) reportó tener estudios secundarios y primarios, respectivamente. Tan sólo un 0,5% (n=5) respondió no tener estudios. Destaca que un 42,1% (n=80) de las PID respondieron tener estudios primarios, mientras que un 63,6% (n=384) de los HSH reportó tener estudios superiores. Los niveles educativos de los participantes se muestran en la Tabla 5.

	Nivel de estudios, n (%)					
	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios superiores	Otro	NS/NC
Total	5(0,5)	223(21,0)	278(26,2)	537(50,7)	13(1,2)	4(0,4)
Género						
Hombre	2(0,2)	148(17,9)	212(25,6)	455(55,0)	7(0,9)	3(0,4)
Mujer	3(1,6)	64(33,7)	45(23,7)	71(37,4)	6(3,2)	1(0,5)
Transgénero	-	8(22,9)	17(48,6)	10(28,6)	-	-
País de origen						
Español	2(0,3)	187(26,5)	164(23,2)	341(48,3)	9(1,3)	3(0,4)
Extranjero	3(0,9)	36(10,2)	114(32,2)	196(55,4)	4(1,1)	1(0,3)
Edad						
<39	-	17(7,2)	72(30,5)	143(60,6)	1(0,4)	3(1,3)
40-59	5(0,8)	136(22,1)	145(23,6)	319(51,9)	9(1,5)	1(0,2)
>60	-	70(33,5)	61(29,2)	75(35,9)	3(1,4)	-
Modo de transmisión						
PID	2(1,1)	80(42,1)	52(27,4)	52(27,4)	4(2,1)	-
HSH	1(0,2)	62(10,3)	152(25,1)	384(63,5)	3(0,5)	3(0,5)
HHTX	-	21(30,4)	20(29,0)	28(40,6)	-	-
MHTX	2(1,4)	43(30,5)	37(26,2)	55(39,0)	4(2,8)	-
Otro	-	4(33,3)	3(25,0)	3(25,0)	1(8,3)	1(8,3)
NS/NC	-	13(30,2)	14(32,6)	15(34,9)	1(2,3)	-

Tabla 5. Nivel de estudios de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Ocupación y nivel de ingresos

En Vive+ se preguntó a los participantes por su ocupación, un 54,8% (n=581) declaró estar en activo (empleado a jornada completa o media jornada, o autónomo), mientras un 39,8% (n=422) no se encontraba trabajando (se encontraban en paro, retirados/as o bien en baja laboral por una enfermedad de larga duración). En cuanto a las personas que se dedican a las labores del hogar, el porcentaje fue mayor en el caso de las mujeres [10,5% (n=20)], en comparación con los hombres y personas transgénero, con un 0,4% y un 0%, respectivamente. Un 24,2% (n=46) de las PID se encontraban de baja laboral por una enfermedad de larga duración. Entre los HSH, un 48,1% (n=291) respondió estar empleado a jornada completa.

En relación al nivel de ingresos, en Vive+ se preguntó por el ingreso neto mensual (Figura 5). Sobre el total de las personas encuestadas, un 25,9% (n=275) de los participantes respondió percibir unos ingresos mensuales netos entre 501 y 1000 euros, seguido de un 23,2% (n=246) que respondió estar en la franja de los 1001-1500 euros. Por género, se observa un menor nivel de ingresos en el caso de las mujeres, un 34,7% (n=66) refiere ingresos entre 501 y 1000 euros. Mientras que los HSH refieren ingresos de 1501-2000 (17,9%, n=108) y 2001-4000 (14,9%, n=90), muy superior si se compara con las personas que refieren haberse infectado del VIH por otros modos.

Además, se preguntó por el número de personas que dependían económicamente de ese ingreso durante el último año. Alrededor de la mitad los participantes (50,6%, n=536) respondió no tener ninguna persona a cargo de su propio ingreso, mientras que un 11,3% (n=120) declaró tener 3 personas

o más que dependían del ingreso reportado. Las personas extranjeras, las PID y las MHTX, refirieron tener 1,7 (RI=1,0-4,0), 1,8 (RI=1,0-4,9) y 1,9 (RI=1,0-4,0), personas dependiente de su propio salario, respectivamente.

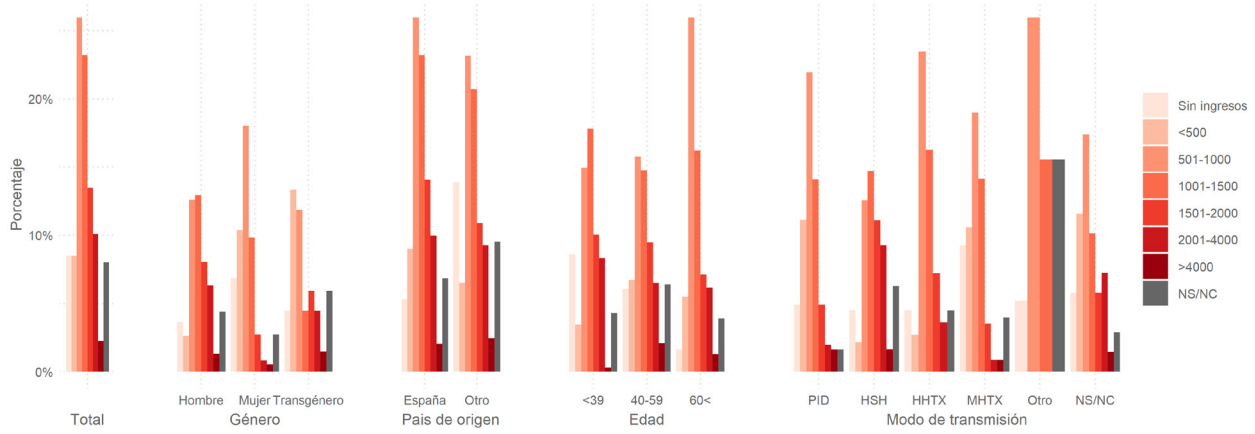

Figura 5. Nivel de ingresos netos mensuales (en euros) de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Tiempo dedicado al ocio y actividades de ocio

En cuanto al número medio de horas semanales dedicadas a trabajos de cuidados y actividades de ocio, las mujeres (12,5 (DE=24,6)) y las personas transgénero (14,5 (DE=36,3)) son las que tienen una mayor dedicación a trabajos de cuidados de otros respecto a los hombres, así como las MHTX (12,4 (DE=22,9)) y las PID (8,3 (DE=18,7)). En el caso de las horas dedicadas al ocio, destacan las personas transgénero (18,3 (DE=20,7)), las personas de 60 años o más (20,3 (DE=17,9)), las PID (18,9 (DE=18,6)) y los HHTX (19,1 (DE=15,4)).

Convivencia

Finalmente, en Vive+ se obtuvo información sobre la convivencia de los participantes. En general, un 31,7% (n=336) de los participantes respondió que vivía solo/a, mientras que un 32,4% (n=343) y un 15,9% (n=168) reportó vivir con la pareja y con la familia, respectivamente. En relación a las personas nacidas en el extranjero, un 12,2% (n=43) declaró convivir con otros adultos, distintos de pareja, familiares y amigos. Un 41,6% (n=87) de las personas de 60 años o más respondió estar viviendo solo/a.

5. Salud psico-social-sexual

Perfil serológico de los participantes

En el Anexo 1 se presentan las características serológicas (carga viral, conteo de células CD4, tratamiento y años viviendo con VIH) de los participantes. En el Vive+ no se recogió esta información, por lo que lo datos presentados se han recuperado de las bases de datos de la cohorte PISCIS con un total de 917 registros. En la muestra total, un 89,8% (n=823) de los participantes tenían carga viral indetectable, frente a un 6,5% (n=60) de personas con carga viral detectable. Destacar que la mayor proporción de detectables se encontró en las personas de 39 años o menos (9,6%, n=20). En relación al conteo de células CD4, un 88,4% (n=811) tenía un recuento superior a 350 CD4, mientras que tan solo un 2,7% (n=25) presentó menos de 200 CD4. Las personas de 60 años o más (4,2% (n=7)), PID (5,4% (n=8)) y MHTX (5,4% (n=7)) fueron las que tuvieron mayores proporciones de <200 CD4, indicando una mayor vulnerabilidad inmunológica. En la muestra analizada, en un 31,5% (n=289) había transcurrido entre 0 y 9 años desde el diagnóstico de VIH, mientras que un 10,5% (n=96) llevaba más de 30 años viviendo con el VIH.

Modos de transmisión

En Vive+, en general, el modo de transmisión del VIH más común fue en el caso de HSH, constituyendo un 59,5% (n=605) de la muestra, seguido de un 18,7% (n=190) de las PID. Estas proporciones fueron muy diferentes en relación al género. Un 73,3% (n=137) de las mujeres refirió haber adquirido el VIH a través de sexo heterosexual (MHTX) y un 25,7% (n=48) debido a la inyección de drogas. En cambio, en hombres y personas transgénero, las proporciones de adquisición debido a inyección de drogas fue más baja (17,4% y 13,3%, respectivamente). En el caso de las personas nacidas en un país distinto de España, la proporción de HSH fue mayor (71,0%, n=252) que en los nacidos en España. Se observa un efecto cohorte, en el que las personas de 60 años o más mostraron una mayor proporción (25,8%, n=49) de haberse infectado por el uso de drogas inyectadas, que se va reduciendo paulatinamente en los grupos de edad hasta conformar tan solo un 8,5% (n=20) en el grupo de edad de las personas de 39 años o menos (Figura 6).

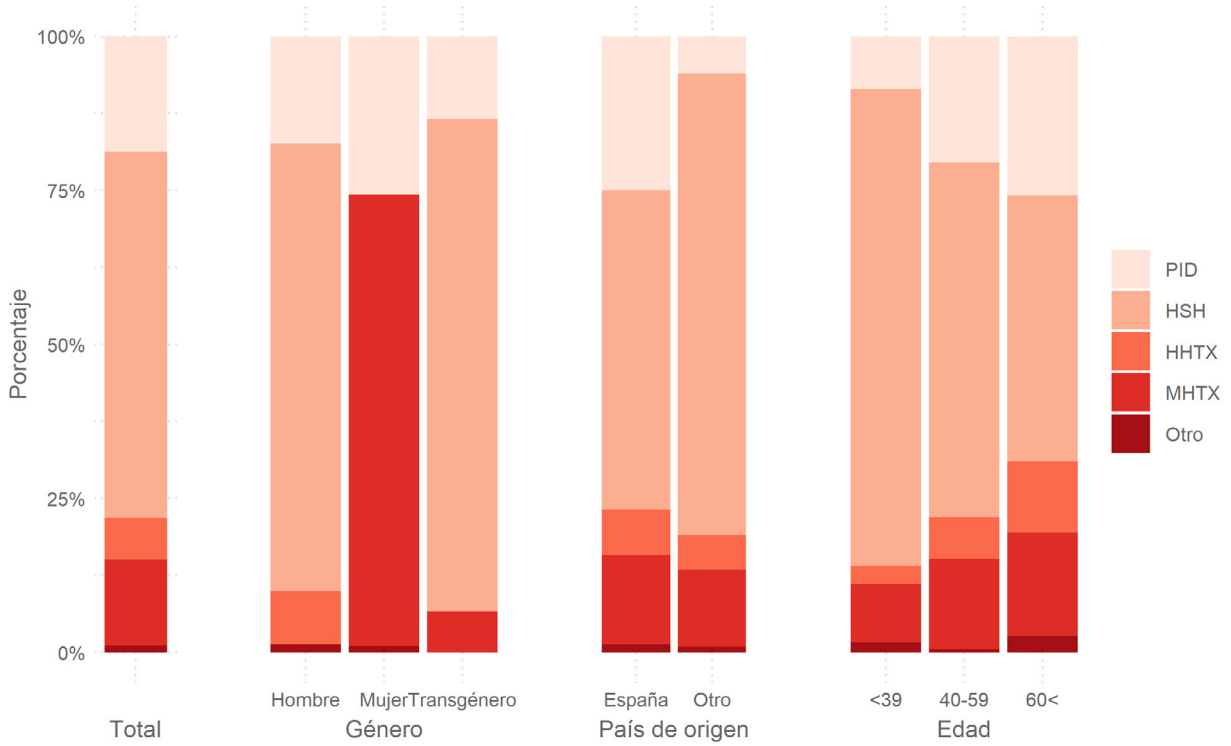

Figura 6. Modo de transmisión de los participantes de Vive+, según género, país de origen y edad

Comorbilidades

La presencia de otras condiciones médicas de salud puede complicar el estado de salud y afectar a la calidad de vida de las PVIH. En Vive+ no se formularon preguntas sobre otras enfermedades distintas de VIH, por lo que la información que se presenta procede de la base de datos de la cohorte PISCIS. Solo a un 45,9% (n=487) de individuos se les pudo analizar la información relacionada con comorbilidad recogida por la base de datos de la cohorte. En la Tabla 6 se muestra la prevalencia de las condiciones médicas de salud recogidas en la cohorte PISCIS de los participantes del estudio Vive+ y en el Anexo 4 se presentan estos datos desglosados por género, país de origen, grupos de edad y modo de transmisión. Sobre el total, la hipertensión arterial fue la enfermedad más prevalente (25,5%, n=124), seguida de la enfermedad cardíaca (14,4%, n=70). La prevalencia de enfermedades autoinmunes y enfermedades renal y hepática fue similar (6,6%, 6,0% y 6,6%, respectivamente) en la muestra total. En el caso de la Hepatitis C, la prevalencia fue la más baja (3,7%, n=18) de todas las condiciones médicas estudiadas.

Condiciones médicas de salud	Prevalencia n (%)
Hipertensión arterial	124 (25,5)
Enfermedad cardíaca	70 (14,4)
Diabetes mellitus	44 (9,0)
Obesidad	44 (9,0)
Enfermedad pulmonar crónica	12 (8,4)
Enfermedad autoinmune	32 (6,6)
Enfermedad hepática	32 (6,6)
Enfermedad renal crónica	29 (6,0)
Asma	24 (5,0)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	41 (5,0)
Hepatitis C	18 (3,7)

Tabla 6. Prevalencia de otras condiciones médicas de salud diferentes al VIH

Sin embargo, teniendo en cuenta el género, el país de origen, las franjas de edad y los modos de transmisión (Anexo 2), se observan diferencias en determinadas condiciones médicas de salud. En cuanto al género, las mujeres presentaron una mayor prevalencia en enfermedades respiratorias (asma (11,2%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; 18,0%) y enfermedad pulmonar crónica (5,6%)), y cardiovasculares y metabólicas (enfermedad cardíaca (16,9%), diabetes mellitus (15,7%) y obesidad (11,2%)). En el caso de las personas transgénero, tuvieron una mayor prevalencia (10,0%) de enfermedad hepática, comparada con hombres y mujeres. Por otro lado, las personas nacidas en España tuvieron una prevalencia más alta de enfermedad cardíaca (17,8%) y EPOC (10,4%), comparada con aquellos nacidos en el extranjero. Por último, las PID y MHTX fueron las que tuvieron mayor morbilidad, con prevalencias mayores en enfermedades cardíacas (20,5% y 21,1%), hipertensión arterial (35,6% y 28,2%) y asma (8,2% y 9,9%). Además las PID mostraron las proporciones más altas de enfermedad renal crónica (13,7%), EPOC (26,0%), enfermedad hepática (22,0%) y Hepatitis C (11,0%).

En la Figura 7 se muestra el número de comorbilidades de acuerdo a la información recogida en la cohorte PISCIS y vinculada a los participantes del estudio Vive+. La comorbilidad suele darse con mayor frecuencia en personas de mayor edad. Un 59,6% (n=94) de las personas de 60 años o más estuvo diagnosticada de 2 o más condiciones médicas de salud, porcentaje que se redujo hasta el 18,8% (n=16) en las personas de 39 años o menos. Asimismo, las mujeres presentaron un mayor número de enfermedades, siendo el porcentaje de 2 o más de 2 del 19,1% (n=17) y 15,7% (n=14), respectivamente. El mayor número de comorbilidades se encontró en las PID, donde un 24,7% (n=18) estaba diagnosticados con más de 2 condiciones médicas de salud.

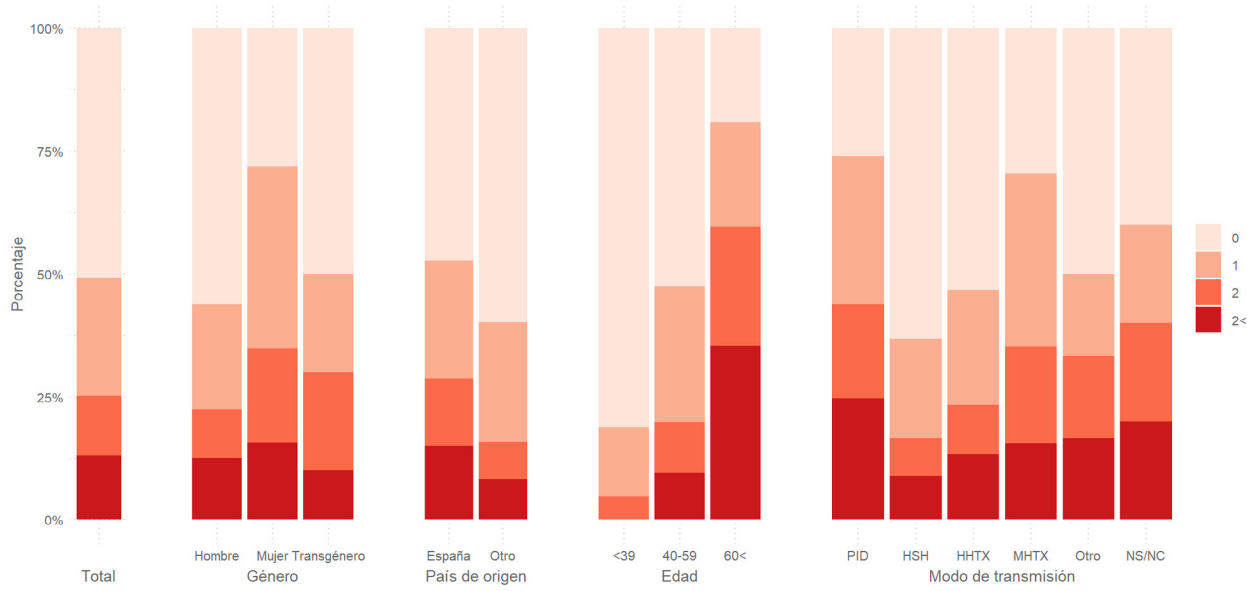

Figura 7. Número de comorbilidades (excluyendo el VIH) de los participantes del estudio Vive+, según género, país de nacimiento, edad y modo de transmisión.

6. Estigma y discriminación

Revelación del estado serológico

Para conocer en qué medida las PVIH revelan su estado serológico frente el VIH fuera del entorno sanitario, se preguntó a los participantes cuántas personas de su entorno conocían que tienen VIH. La pregunta tenía las siguientes opciones de respuesta: "ninguno", "pocos", "menos de la mitad", "más de la mitad", y "todos o casi todos". Más de la mitad de las personas entrevistadas (56,5%, n=599) respondió habérselo revelado a pocas personas del entorno, mientras que un 15,6% (n=165) respondió no haber revelado su estado serológico fuera del ámbito sanitario. En el caso de las personas mayores (40-50 y mayores de 60 años), se encontraron mayores proporciones de la categoría "todos o casi todos", así como en el caso de las PID, donde un 20,5% (n=39), respondió haber revelado su estado serológico a "todas o casi todas" las personas de su entorno. En la Figura 8 se muestran las frecuencias en relación a la revelación del estado serológico fuera del contexto sanitario.

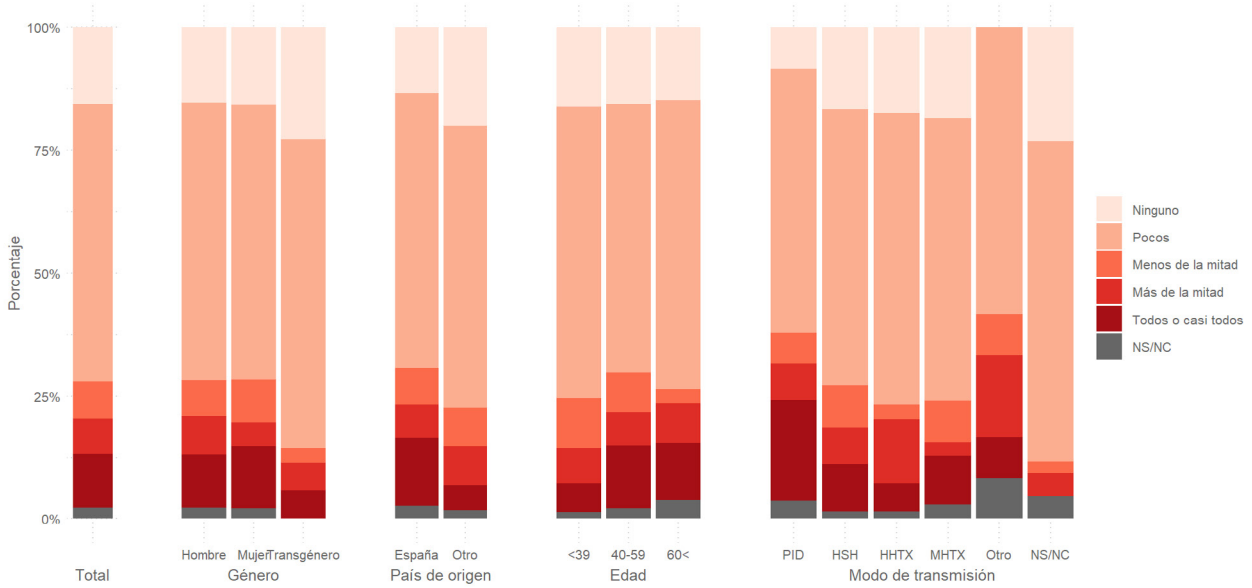

Figura 8. Revelación del estado serológico fuera del entorno sanitario en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Estigma autopercibido

El estigma auto percibido fue evaluado mediante el Neuro-QOL Item Bank v1.0 – estigma, donde mayores puntuaciones representan un mayor grado de estigma auto percibido. En la Figura 9 se presentan las puntuaciones obtenidas, donde el punto indica la media de las puntuaciones y la anchura de cada columna la distribución de las puntuaciones. De acuerdo a las puntuaciones, el estigma fue superior en las personas transgénero (Md=12,0 (RI=8,0-15,5)), comparado con mujeres (Md=10,5 (RI=8,0-16,0)) y hombres (Md=10,0 (RI=8,0-13,0)), siendo mayor la distribución de las puntuaciones en las personas transgénero. Asimismo, la percepción de estigma fue menor en el grupo de edad compuesto por personas de 60 años o más (Md=9 (RI=8,0-12,0)), en comparación con el grupo de personas de 39 años o menos (Md=11 (RI=8,0-14,2)). Por otro lado, las PID presentaron puntuaciones más altas en la escala de estigma (Md=12 (RI=8,0-19,0)), representando una mayor percepción de estigma, comparado con los demás modos de transmisión. Asimismo, la distribución de las puntuaciones en PID fue mayor, indicando mayor heterogeneidad en la percepción de estigma dentro de este grupo. Por el contrario, los hombres, de 60 años o más, los HSH y los HHTX además de tener una menor percepción de estigma, tuvieron una mayor

concentración de puntuaciones bajas en la escala, indicando una mayor homogeneidad.

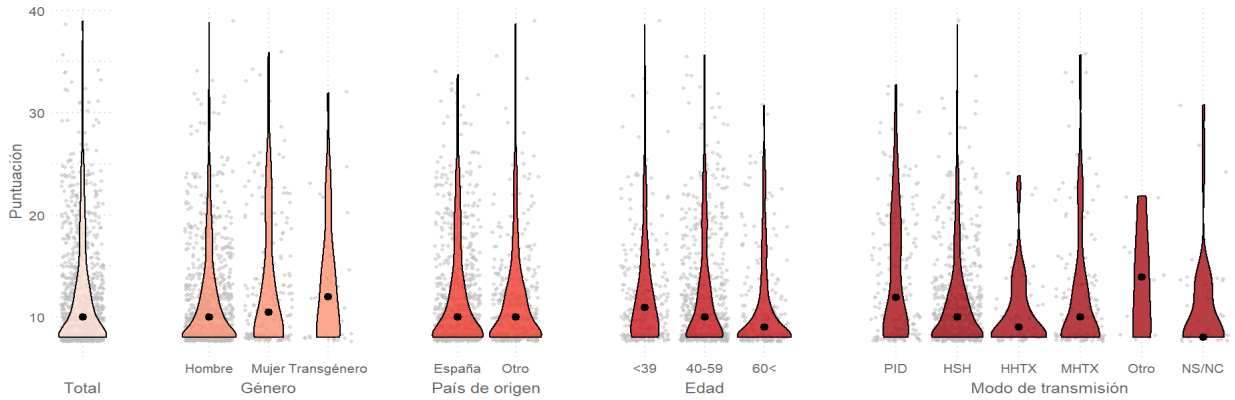

Figura 9. Estigma auto percibido de los participantes de Vive+ basado en las puntuaciones en el Neuro-QOL Item Bank v1.0, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Experiencias de estigma y discriminación dentro del ámbito sanitario

En Vive+ se preguntó además por las experiencias de estigma y discriminación dentro de los entornos sanitarios. En particular, se formularon preguntas sobre: la preocupación de ser tratado/a de manera diferente a otros pacientes, comportamientos de evitación de búsqueda de la atención médica aun necesitándola, la percepción de haber sido tratado/a de manera diferente a otros pacientes y sobre la sensación de negación o retraso de la atención médica y/o tratamiento.

Cabe destacar los resultados sobre las preocupaciones de ser tratado/a de manera distinta a otros pacientes con otros problemas de salud. Un 62,0% (n=647) refirió "nunca" haber experimentado estos pensamientos, mientras que un 15,6% (n=163) y un 5,3% (n=55) respondió haberlo pensado "algunas veces" y "siempre", respectivamente. Las MHTX son el grupo de participantes que respondieron con mayor frecuencia "siempre", con una proporción del 8,6% (n=12) (Figura 10).

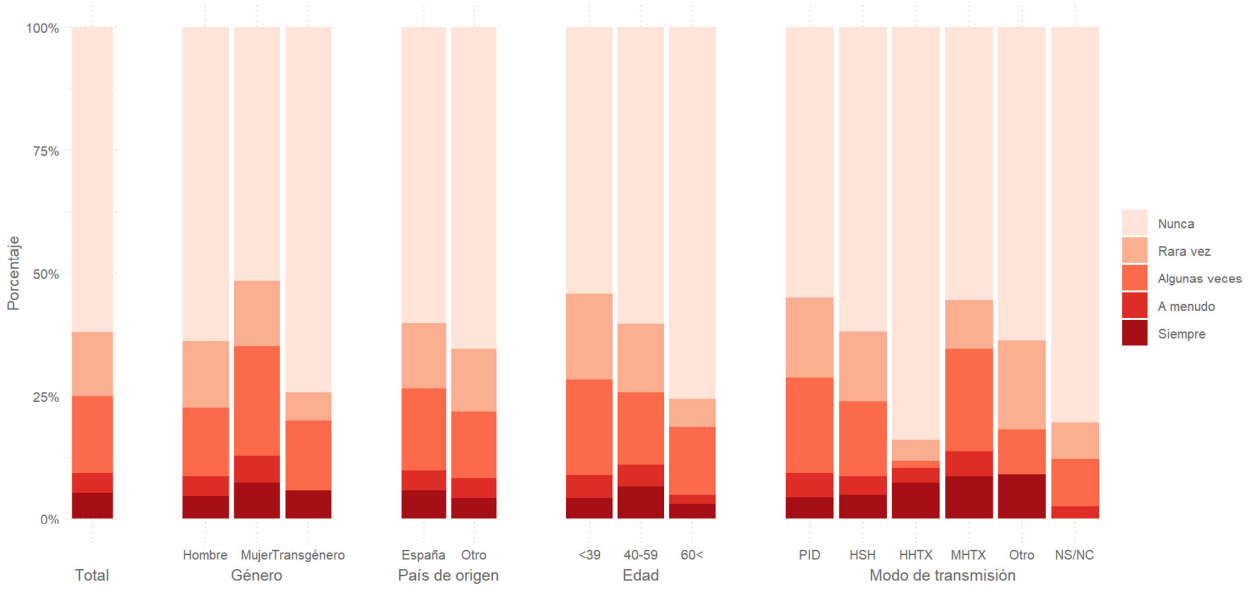

Figura 10. Preocupaciones de ser tratado/a de manera distinta a otros pacientes con otros problemas de salud en el entorno sanitario en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

7. Calidad de vida

Percepción del estado de salud

En Vive+ se preguntó por la percepción general del estado de salud. En la muestra total, un 11,1% (n=118) respondió gozar de una "excelente" salud, un 30,8% (n=326) "muy buena" y un 40,9% (n=434) "buena". Por el contrario, un 14,4% (n=153) refirió tener una salud general "regular" y un 2,7% (n=29) tener "mala" salud. Los colectivos que respondieron con mayor frecuencia tener peores estados de salud, es decir, "regular" o "mala", fueron mujeres (26,3%), personas transgénero (37,2%), personas de 60 años o más (29,1%), y PID (32,1%), respectivamente.

La salud auto percibida, evaluada mediante el cuestionario de salud SF-12 v1, está compuesta de dos dimensiones: física y mental (Figura 11). En la muestra total, la mediana de las puntuaciones de la dimensión física fue de 47,5 (RI=43,1-54,4), mientras que la mediana en la dimensión mental fue superior (Md=56,7 (RI=48,9-65,9)), indicando peor estado de salud mental auto percibida. Las personas transgénero (DF: Md=55,5 (RI=48,1-60,7; DM: Md=60,6 (RI=53,7-65,6)) y las mujeres (DF: Md=51,9 (RI=45,7-57,8; DM: Md=58,7 (RI=50,8-67,4)), obtuvieron puntuaciones mayores en ambas dimensiones en comparación con los hombres (DF: Md=46,4 (RI=42,5-51-9; DM: Md=55,8 (RI=48,8-65,4)). En los diferentes grupos edad, las personas de 60 años o más reportaron un peor estado de salud física (Md=51,3 (RI=46,2-58,1), en comparación con los otros grupos de edad (39 años o menos y personas entre 40 y 59 años). Las PID y MHTX obtuvieron puntuaciones similares en la dimensión de salud física y mental, aunque ligeramente superior en la dimensión mental de las PID (Md=60,6 (RI=52,1-67,7)), indicando un peor estado de salud mental auto percibida.

Además, se analizó la relación entre los años viviendo con VIH y la salud auto reportada, encontrándose una menor salud física y mental auto percibida en aquellas personas que llevaban entre 20 a 29 años (DF: Md=50,2 (RI=44,5-57-1; DM: Md=57,9 (RI=51,0-66,7)) y 30 a 40 años (DF: Md=50,6 (RI=45,7-57,7; DM: Md=57,8 (RI=49,2-67,1)) viviendo con el VIH. En relación a las regiones, en el caso de los participantes extranjeros, las personas nacidas en la región Africana (África norte y África Subsahariana) refirieron un peor estado de salud física y mental (DF: Md=51,7 (RI=46,4-57,2; DM: Md=61,4 (RI=51,8-66,3)). Por otro lado, aquellos participantes procedentes de Europa Oriental, Asia y el Pacífico, son los que puntuaron más bajo (indicando mejor salud) en la dimensión física (Md=43,7 (RI=40,4-50,5)), y más alto (representado peor salud) en la dimensión mental (Md=60,1 (RI=54,9-67,1)).

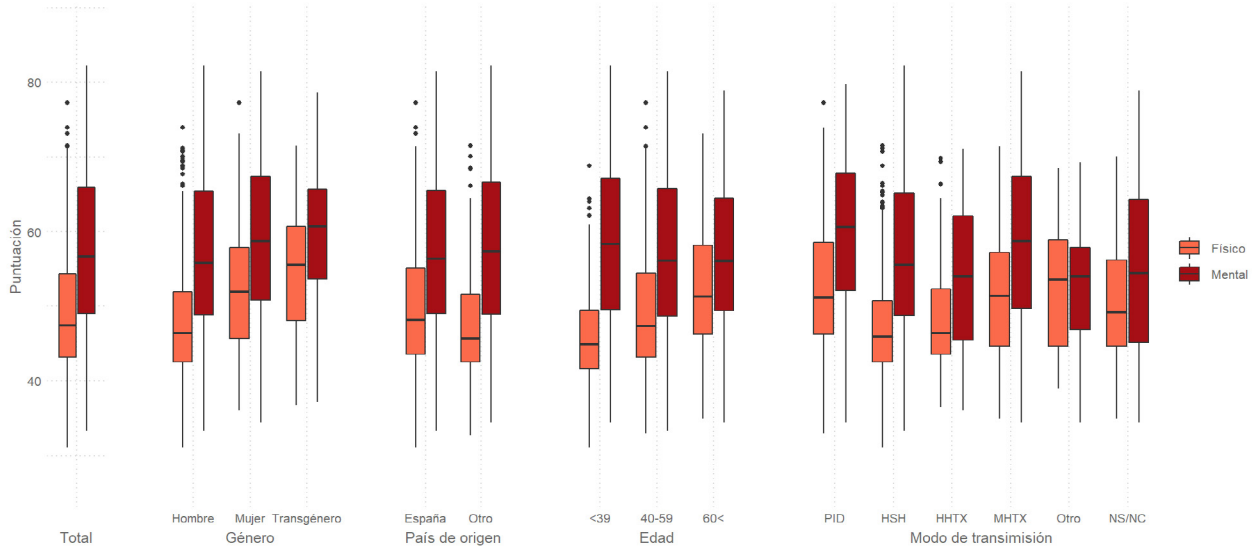

Figura 11. Puntuaciones en las dimensiones física y mental de salud auto percibida, evaluadas mediante el cuestionario de salud SF-12 v1, en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Síntomas de depresión

En relación a la severidad de los síntomas depresivos, evaluados a través del Patient Health Questionnaire (PHQ-9), un 56% de los participantes de la muestra total no presentaban síntomas de depresión (Figura 12). De acuerdo a los puntos de corte, un 23% presentó síntomas leves, un 12% síntomas de depresión moderada, mientras un 5% y un 4% tuvieron síntomas moderadamente severos y severos de depresión, respectivamente. Cabe señalar las diferencias de género en cuanto a la prevalencia y severidad de los síntomas. Un 61% de las mujeres y un 60% de las personas transgénero presentaron síntomas depresivos, frente a un 40% de los hombres. Asimismo, la proporción de sintomatología depresiva moderada y moderadamente severa también fue mayor en mujeres y personas transgénero. Por otro lado, las PID y las MHTX, presentaron mayores proporciones de síntomas de depresión y mayor severidad de los síntomas (PID: 9% severa, 10% moderadamente severa; MHTX: 5% severa, 9% moderadamente severa), comparados con los otros modos de transmisión.

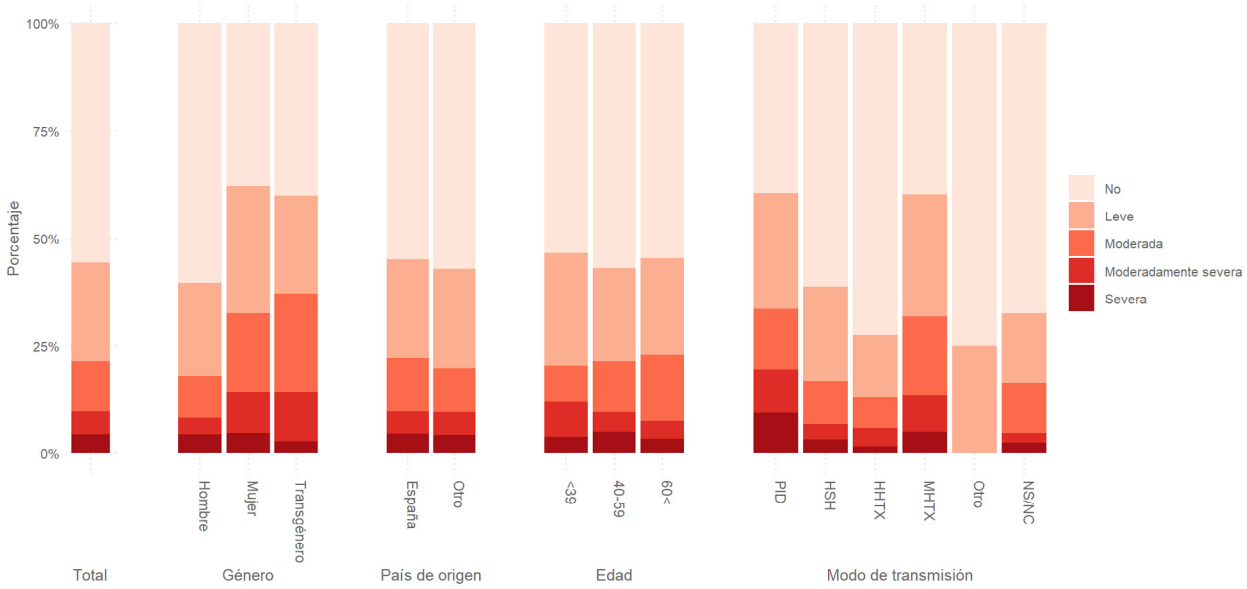

Figura 12. Puntuaciones severidad de los síntomas de depresión, evaluada mediante el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Satisfacción con los roles sociales

En Vive+ se evaluó la satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales mediante el NEURO-QOL Item Bank v1, donde mayores puntuaciones son indicadoras de mayor satisfacción con los roles sociales (Figura 13). Los hombres obtuvieron mayores puntuaciones (Md=47,3 (RI=44,4-49,2)) mientras las personas transgénero presentaron puntuaciones más bajas (Md=45,9 (RI=42,0-48,2)). En los modos de transmisión se encontró una mayor heterogeneidad en cuanto a la satisfacción con el rol social. Las PID se mostraron menos satisfechas con la participación en papeles y actividades sociales (Md=45,3 (RI=42-3-48,5)), seguidas de las MHTX Md=47,1 (RI=43,4-49,2)). En cambio, HHTX y HSH, presentaron mayores puntuaciones (Md=48,6 (RI=45,7-49,2); Md=47,5 (RI=44,7-49,2)), respectivamente).

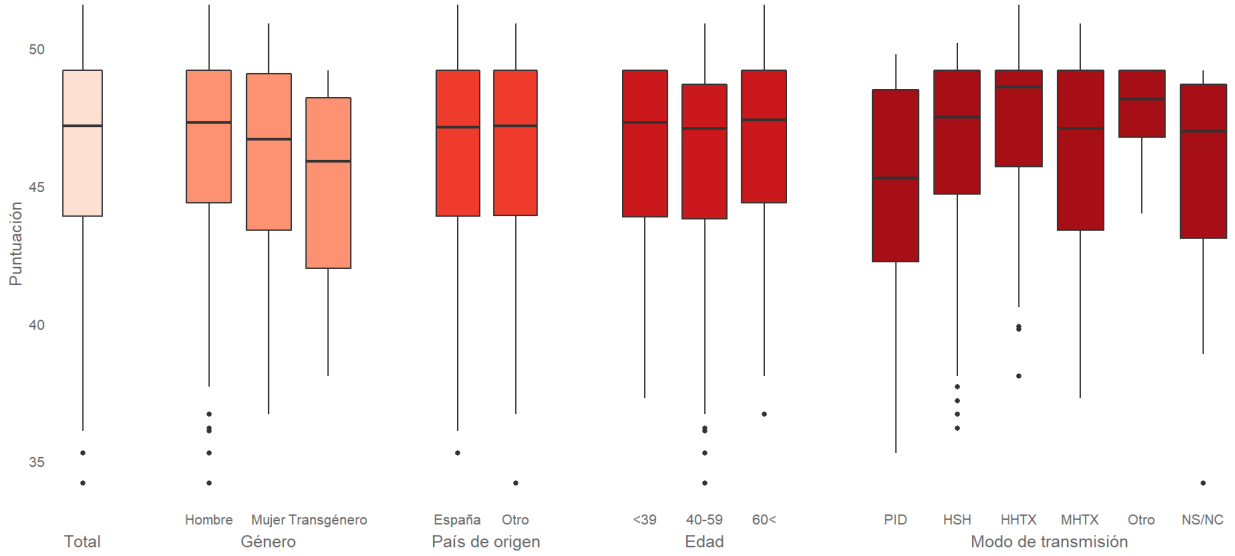

Figura 13. Puntuaciones satisfacción con la participación en papeles y actividades sociales evaluadas mediante el NEURO-QOL Item Bank v1, en el estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Aislamiento social

Relacionado con la esfera relacional, el aislamiento social se evaluó mediante el PROMIS Item Bank v2.0 – Aislamiento Social, donde mayores puntuaciones son indicadoras de un mayor grado de aislamiento social. En la Figura 14 se muestran las puntuaciones T (Media 50; DE=10), según la muestra total, género, país de origen, grupos de edad y modo de transmisión. Las puntuaciones obtenidas en la muestra total, estuvieron por debajo de la media (44,6; DE=9,5). Esta tendencia se mantuvo entre hombres y mujeres, españoles y extranjeros, y las personas de 39 años o menos. En relación a la media, las personas transgénero (46,1; DE=11,7) y las PID (47,0; DE=10,5), presentaron un mayor grado de aislamiento social. Por el contrario, las personas de 60 años o más (42,9; DE=9,3), HHTX (41,4; DE=8,4) y MHTX (43,8; DE=9,8) mostraron un menor aislamiento social.

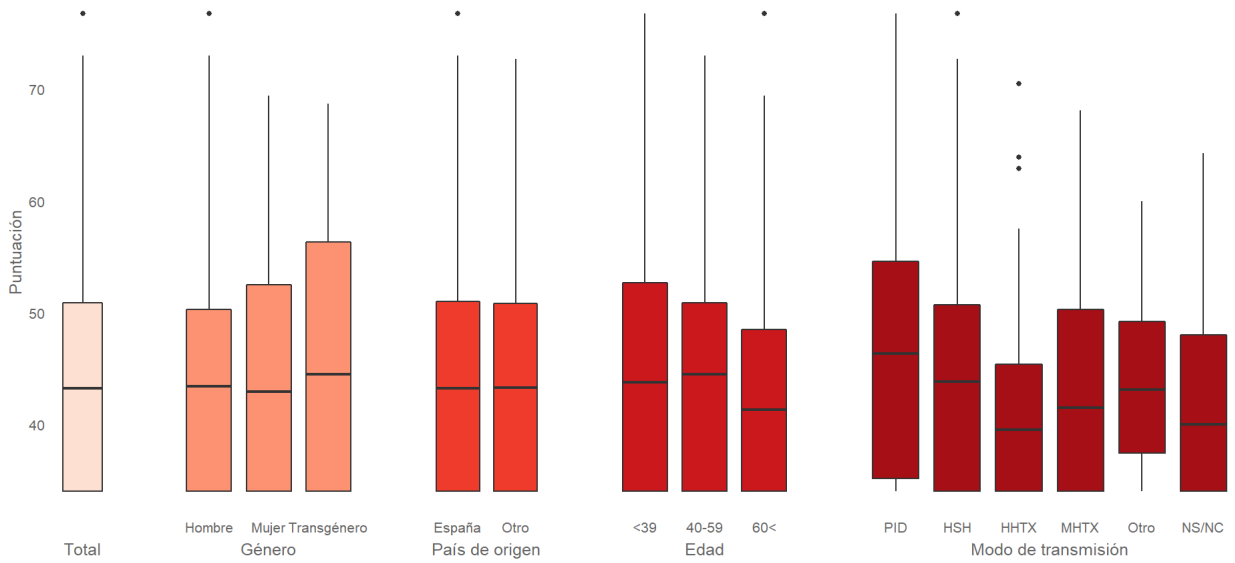

Figura 14. Puntuaciones aislamiento social evaluadas mediante PROMIS en el estudio Vive+, según género, país de origen, grupos de edad y modo de transmisión

Función cognitiva

La función cognitiva fue evaluada con el Neuro-QOL Item Bank v2.0 – Función cognitiva, donde mayores puntuaciones indican mejor funcionamiento cognitivo. En la Figura 15 se presentan las puntuaciones obtenidas, estratificado por género, país de origen, grupos de edad y modo de transmisión. En cuanto al género, encontramos que las personas transgénero obtuvieron puntuaciones más bajas (Md=46,1 (RI=39,9-54,1)), en comparación con los hombres y las mujeres. Del mismo modo que en otras esferas de la CVRS evaluadas, PID y MHTX presentaron una peor función cognitiva que las personas que refieren haberse infectado del VIH por otros modos de transmisión.

Además, se evaluó el efecto de los años viviendo con el VIH en relación a la función cognitiva (Figura 16), observando que conforme aumentan los años viviendo con el VIH, mayor es la afectación de la función cognitiva, resultando en una peor función cognitiva. También encontramos una relación con el nivel de ingresos, en la que aquellas personas en franjas de menores ingresos, presentaron puntuaciones menores en el Neuro-QOL Item Bank v2.0 – Función cognitiva, indicando una peor función cognitiva.

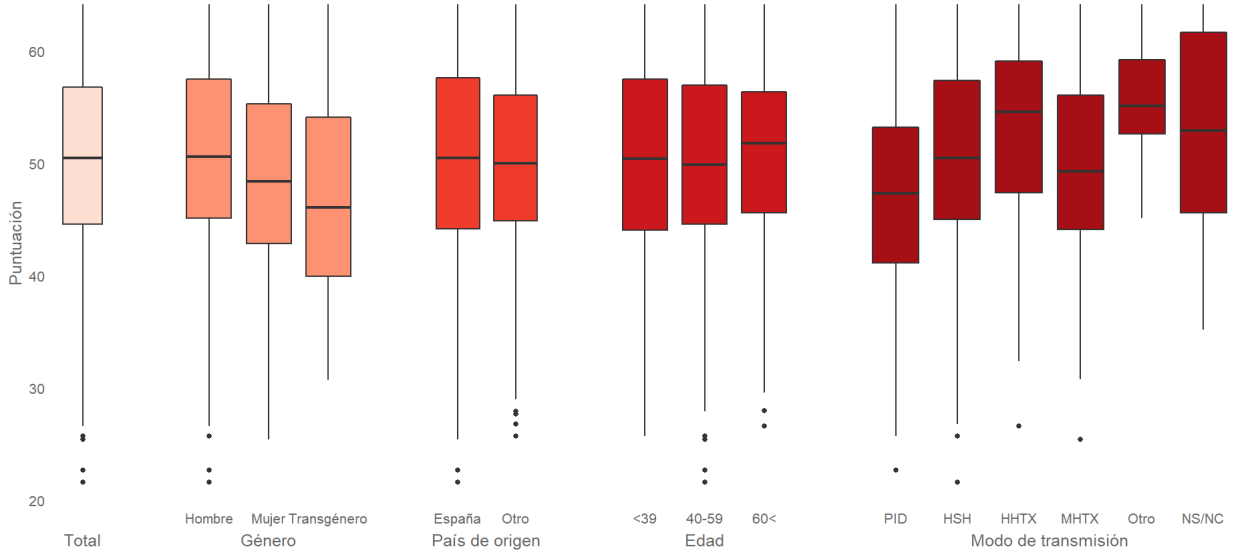

Figura 15. Función cognitiva evaluada con el Neuro-QOL Item Bank v2.0, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

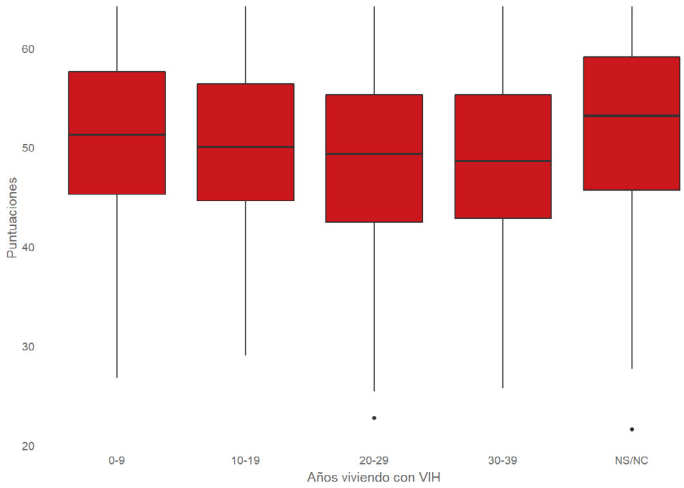

Figura 16. Función cognitiva y años viviendo con VIH (Neuro-QOL Item Bank v2.0) en el estudio Vive+

8. Comportamiento sexual y consumo de sustancias

Orientación sexual de los participantes

El Vive+ incluyó preguntas relacionadas con la identidad sexual de los/las participantes (Figura 17). Un 49,6% (n=526) declaró ser homosexual, un 38,2% (n=405) heterosexual, mientras que un 8,8% (n=93) se identificó como bisexual.

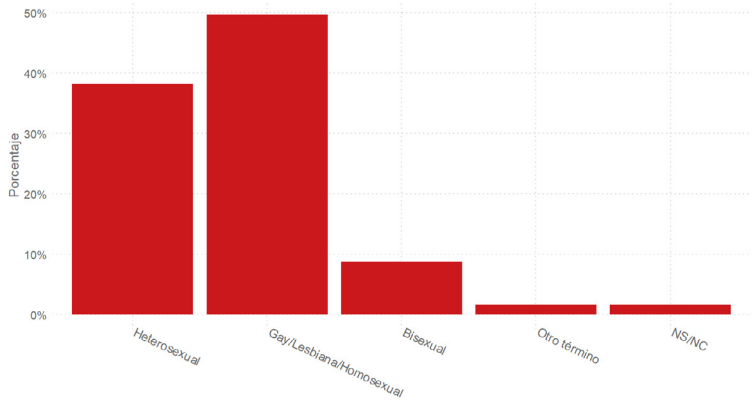

Figura 17. Identidad sexual de los/las participantes del estudio Vive+

Satisfacción con la vida sexual

En relación a la satisfacción con la vida sexual, más de la mitad las personas entrevistadas refirieron estar satisfechas (57,0%, n=552), un 26,0% (n=250) reportó estar "muy satisfecho/a", un 13,3 (n=128) respondió estar "insatisfecho/a" y un 3,0% (n=32) "muy insatisfecho/a" (Figura 18). Las mujeres y personas transgénero fueron las que respondieron con mayor frecuencia estar insatisfechas (17,7% y 9,4%) o muy insatisfechas (4,0% y 9,4%). Del mismo modo, en los grupos de edad analizados, las personas de 60 años o más fueron las que respondieron tener un menor grado de satisfacción sexual (22,8%, n=40). En relación a los modos de transmisión, las PID y MHTX mostraron una mayor insatisfacción sexual, conformando un 25% (n=44) y un 19,4% (n=21), respectivamente.

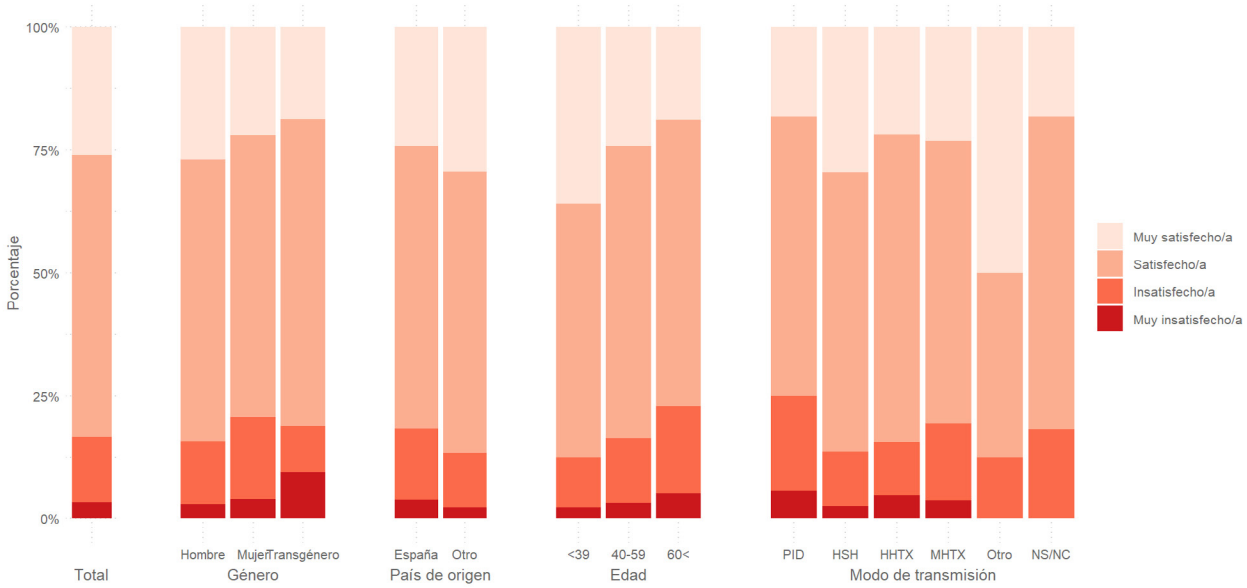

Figura 18. Grado de satisfacción con la vida sexual de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Uso del preservativo con la pareja estable y seroestatus de la pareja

Además, en Vive+ se preguntó por la frecuencia de uso del preservativo en distintas prácticas sexuales (sexo oral, penetración vaginal y penetración anal) durante los últimos 6 meses con la pareja estable. En la Figura 19 se presentan los resultados excluyendo las categorías "Prefiero no contestar" y "No lo sé". Los siguientes resultados se basan en un 54,9% (n=568) de la muestra, los cuales respondieron haber tenido una pareja estable durante los últimos 6 meses. Un 69,5% (n=395) de las personas respondieron haber practicado sexo oral y de éstos un 76,8% (n=96) declaró "nunca" haber hecho uso del preservativo, mientras que un 12,0% (n=15) declaró haberlo empleado "siempre o casi siempre". En el caso de la penetración vaginal, la mayoría (84,6%, n=11) respondió hacer uso del preservativo "siempre o casi siempre", mientras que ningún/a participante refirió "nunca" haber hecho uso del preservativo para este tipo de práctica sexual. Finalmente, en la penetración anal, más de la mitad (61,5%, n=64) respondieron hacer uso "siempre o casi siempre", y un 18,3% (n=19) respondió no haberlo utilizado "nunca".

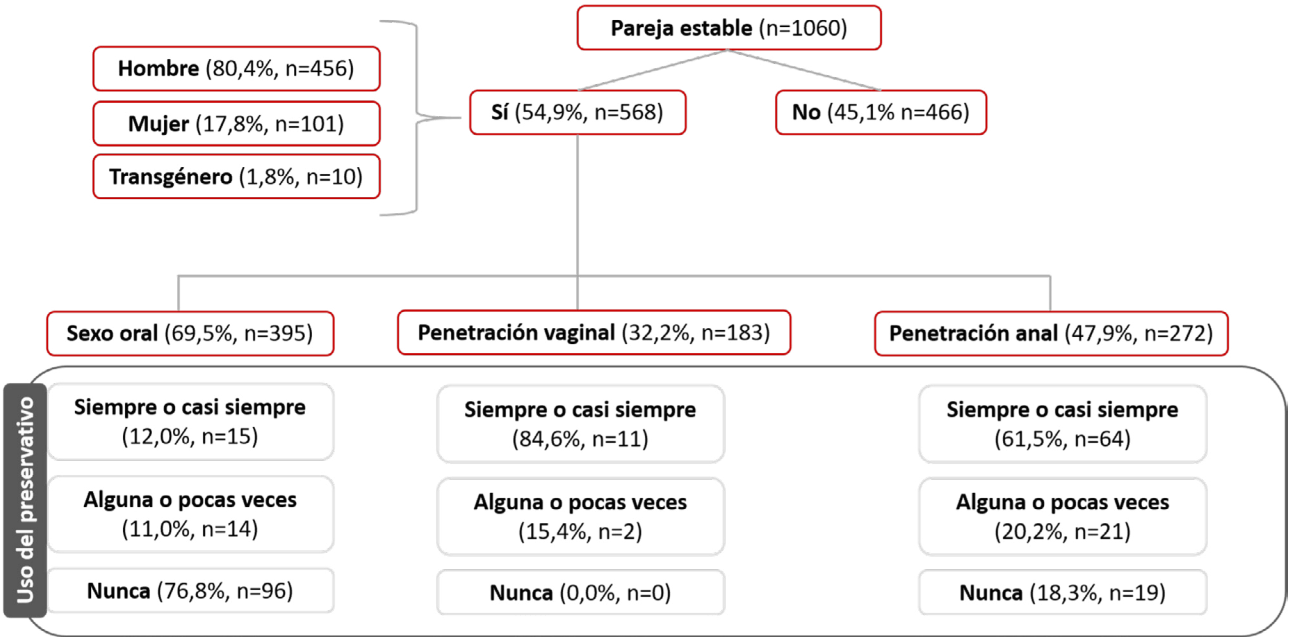

Figura 19. Uso del preservativo en las diferentes prácticas sexuales en personas con pareja estable. Nota: los resultados presentados en el uso del preservativo excluyen las categorías "Prefiero no contestar" y "No lo sé", por este motivo las categorías de frecuencia de uso del preservativo no suman el total muestral de cada práctica sexual

Adicionalmente, a los/la participantes que respondieron tener una pareja estable durante los últimos 6 meses, se les preguntó por el estatus de VIH de su pareja (Tabla 7). La muestra analizada está compuesta por un 67,1% (n=357) de parejas serodiscordantes y un 32,9% (n=175) de parejas seroconcordantes. En el caso de la población transgénero encontramos un 2,5% (n=9) de parejas serodiscordantes y un 0,6% (n=1) en el que la pareja era seroconcordante. Un 91,6% (n=327) de las parejas serodiscordantes afirmó haber revelado su seroestatus a la pareja estable, mientras un 7,6% (n=27) respondió no haberlo hecho. Este último grupo estuvo constituido mayoritariamente por hombres (70,1, n=20), personas de 60 años o menos (92,6, n=25) y HSH (51,85%, n=14).

	Serodiscordante, n (%)	Seroconcordante, n (%)
Total	357 (67,1)	175 (32,9)
Género		
Hombre	286 (80,1)	139 (79,4)
Mujer	61 (17,1)	35 (20,0)
Transgénero	9 (2,5)	1 (0,6)
País de origen		
Español	253 (70,9)	112 (64,0)
Extranjero	104 (29,1)	63 (36,0)
Edad		
<39	90 (25,2)	34 (19,4)
40-59	203 (56,9)	114 (65,1)
>60	64 (17,9)	27 (15,4)
Modo de transmisión		
PID	64 (17,9)	31 (17,7)
HSH	207 (58,0)	100 (57,1)
HHTX	29 (8,1)	10 (5,7)
MHTX	42 (11,8)	24 (13,7)
Otro	5 (1,4)	1 (0,6)
NS/NC	10 (2,8)	9 (5,14)

Tabla 7. Estatus de VIH de la pareja estable en el estudio Vive+

Parejas sexuales en los últimos 6 meses

Dentro del periodo temporal de los últimos 6 meses, se preguntó por las parejas sexuales, estables y ocasionales, y se generaron las siguientes categorías: "no sexo", "solo pareja estable", "pareja estable y pareja ocasional" y "solo parejas ocasionales" (Figura 20). En la muestra total, un 18,4% (n=195) no mantuvo relaciones sexuales, un 15,4% (n=163) las tuvo con la pareja estable y la ocasional, un 36,8% (n=390) solo con la pareja estable y un 24,5% (n=260) con parejas ocasionales. Se observan diferencias notables en relación al género, donde los hombres y las personas transgénero presentan altas proporciones de "solo parejas ocasionales" (27,9%, n=231; 37,1%, n=13, respectivamente) y las mujeres de "no sexo" (37,9%, n=72). En los grupos de edad estudiados, la categoría "no sexo" aumenta a medida que aumenta la edad, siendo del 10,2% (n=24) en personas de 39 años o menos y del 33,0% (n=69) en los de 60 años o más. Asimismo, la categoría "solo parejas ocasionales" presenta una disminución a medida que incrementa la edad. Finalmente, en los modos de transmisión, HSH y PID son los que reportan con mayor frecuencia tener "solo parejas ocasionales" (31,1%, n=188; 21,6%, n=41), en contraposición con las MHTX, donde casi la mitad refiere mantener relaciones sexuales solo con la pareja estable (48,2%, n=68) o no haber tenido sexo (39,7%, n=56) en los últimos seis meses.

En la Figura 21 se muestra el número de parejas ocasionales durante los últimos 6 meses, considerando diferentes prácticas sexuales, como el sexo oral, la penetración vaginal, la penetración anal y la masturbación. Del total de la muestra un 40,6% (n=174) respondió haber tenido 1 o 2 parejas sexuales ocasionales, seguido de un 24,7% (n=106) que tuvo entre 3 y 5. Un 13,3% (n=57) respondió haber tenido más de 20 parejas sexuales de forma ocasional. Al analizar por género, observamos que estas frecuencias se mantienen en el caso de los hombres, pero que en el caso de las mujeres un 73,7% (n=14) tuvo entre 1 y 2 parejas sexuales ocasiones y un 26,3% (n=5) entre 3 y 5, no teniendo representatividad en los

otros rangos de número de parejas ocasionales. En el caso de la población transgénero, un 22,2% (n=4) respondió haber tenido relaciones sexuales con más de 20 personas y un 44,4% (n=8) con 1 o 2 personas. Así como en la Figura 20, el número de parejas ocasionales disminuye conforme la edad aumenta, siendo de 8,3% (n=4) la proporción de personas de 60 años o más que respondieron tener más de 20 parejas sexuales ocasionales, en comparación con el 22,7% (n=29) de los de 39 años o menos.

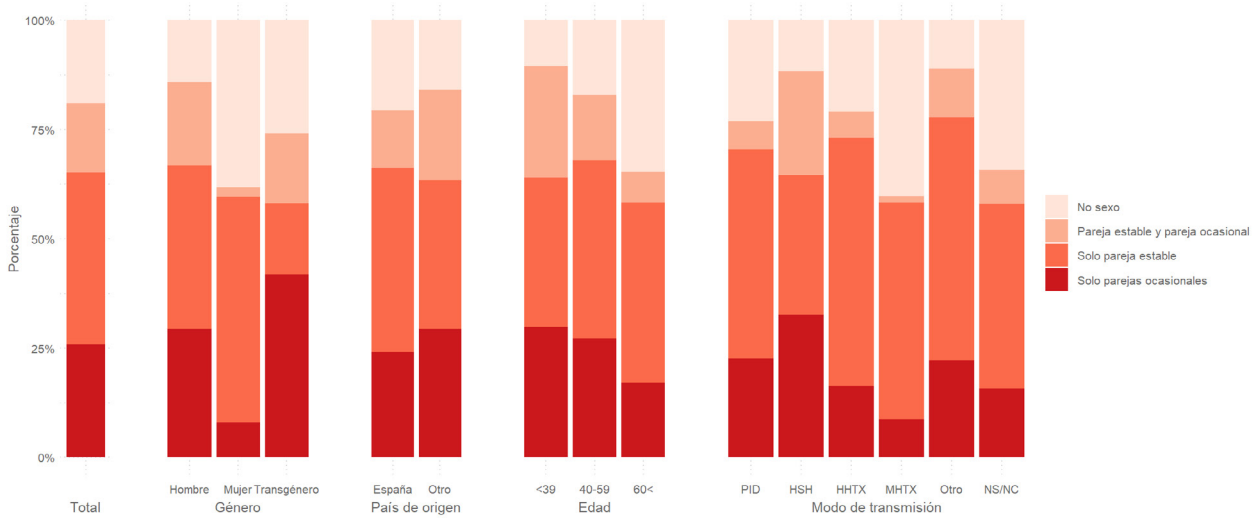

Figura 20. Parejas sexuales en los últimos 6 meses de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

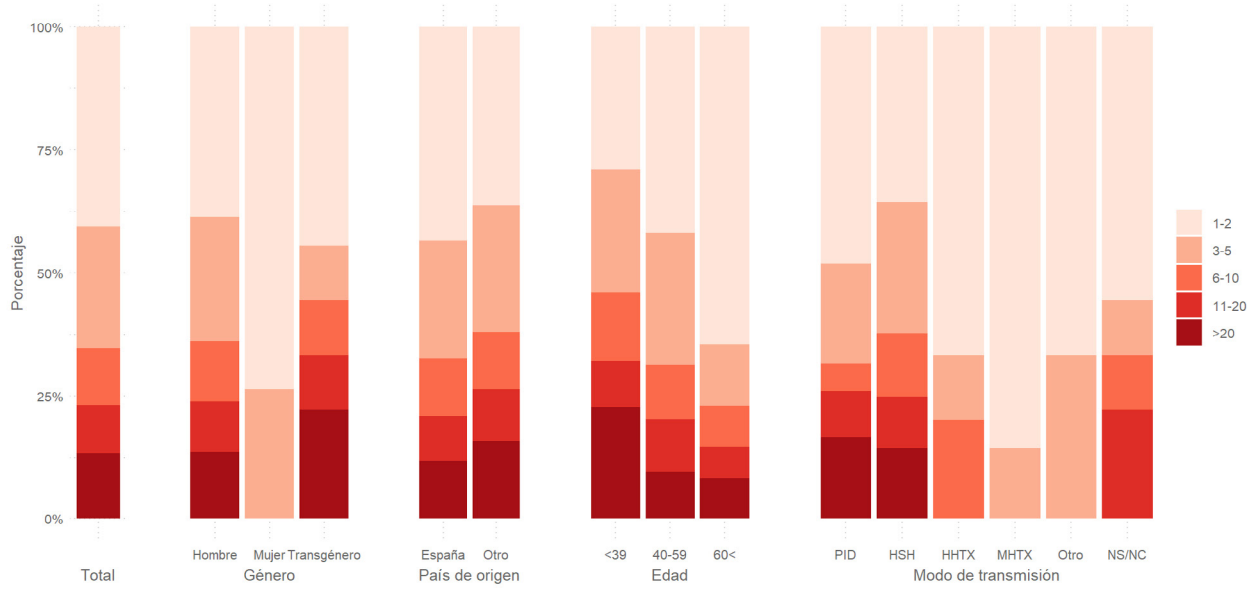

Figura 21. Número de parejas ocasionales en los últimos 6 meses de los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Uso del preservativo con las parejas sexuales ocasionales

La frecuencia del uso de preservativo con las parejas sexuales ocasionales, evaluada a través de las categorías "siempre", "casi siempre", "algunas veces", "pocas veces" y "nunca", difirió entre las prácticas sexuales analizadas (sexo oral, penetración vaginal y penetración anal). En el caso del sexo oral, un 72,9% (n=283) respondió "nunca" utilizar el preservativo, mientras que tan solo un 10,6% (n=41) dijo utilizarlo "siempre". El mayor uso del preservativo ("siempre" o "casi siempre") durante el sexo oral lo refirieron las

personas entre 40 y 59 años (15,7%, n=36) y las personas de 60 años o más (17,5%, n=7), así como las PID (21,7%, n=10) y las MHTX (33,3%, n=3). En el caso del sexo con penetración vaginal, un 85,4% (n=70) contestaron hacer uso del preservativo "siempre" o "casi siempre", mientras que esta proporción fue menor en aquellos individuos que refirieron practicar el sexo con penetración anal (56,9%, n=189). En esta última práctica sexual, un 17,4% (n=31) de las personas nacidas en España respondió "nunca" utilizar el preservativo. A diferencia de un 65,4% (n=17) de las personas de 60 años o más y de un 57,7% (n=169) de los HSH, que respondieron utilizarlo "siempre" o "casi siempre" en el sexo anal con sus parejas sexuales ocasionales.

Sexo comercial

Asimismo, en Vive+ se preguntó por el pago por sexo, tanto el hecho de pagar por sexo como haber recibido dinero por sexo, en el periodo temporal de los últimos seis meses. En la Figura 22, se presentan las frecuencias totales, así como por género, país de origen, grupos de edad y modo de transmisión. Del total de la muestra, un 5,8% (n=61) respondieron haber pagado por sexo y un 3,5% (n=37) haber recibido dinero a cambio de sexo. Encontramos grandes diferencias en ambas conductas en cuanto al género, ya que las mujeres niegan en su totalidad haber pagado por sexo y solo un 1,1% (n=2) de mujeres refiere haber recibido dinero por sexo. Las proporciones de pago por sexo fueron similares entre hombres y personas transgénero (7,0% y 5,7%, respectivamente), sin embargo, se encuentran diferencias notables en el haber recibido dinero a cambio de sexo, ya que el 20,0% (n=7) de las personas transgénero refirieron haber recibido dinero por sexo. En relación al país de origen, las proporciones de "pagar por sexo" fueron similares entre españoles y personas nacidas en un país distinto de España, aunque una mayor proporción de personas extranjeras (6,2%, n=22) respondieron haber recibido dinero por sexo, en comparación con los españoles (2,1%, n=15). Además, se observó una tendencia inversa en los grupos de edad estudiados, mientras las personas de 39 años o menos mostraron frecuencias bajas (3,4%, n=8) de pagar por sexo, las personas más mayores (40-59 y mayores de 60 años) presentaron frecuencias más altas (6,5%, n=40; 6,2%, n=13). Asimismo, el recibir dinero por sexo se refirió en mayor proporción entre las personas de 39 años o menos (11,0%, n=26), mientras que, en la categoría de edad de los 40 a los 59 (1,8%, n=11) fue muy baja y en los de 60 años o más, nula.

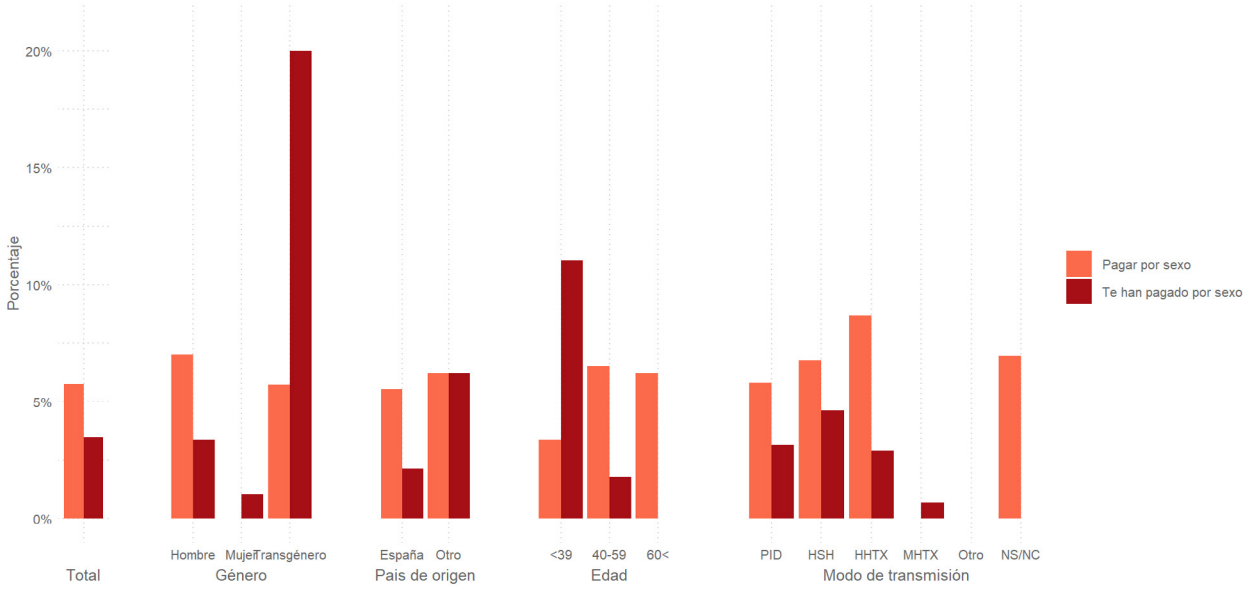

Figura 22. Pago o haber recibido dinero a cambio de sexo en los últimos seis meses, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Consumo de alcohol

A lo largo de este informe, se han presentado los resultados teniendo en consideración el modo de transmisión. En el análisis de los estilos de vida y consumo de sustancias, diferenciamos entre modos de transmisión y poblaciones clave en función de los resultados expuestos, tal y como explica el apartado de métodos.

En la Tabla 8 se presenta el consumo de alcohol durante el último año, según sexo, grupo de edad, país de nacimiento y población clave. Un 26,2% (n=274) de las personas entrevistadas no reportaron consumo de alcohol, de los cuales un 22,9% fueron hombres, un 40,2% mujeres y un 42,3% personas transgénero; el 63,1% (n=521) tenía un consumo de alcohol de al menos una vez al mes; y un 13,3% (n=119) respondió tomar bebidas alcohólicas cuatro o más veces a la semana, siendo la proporción mayor en el caso de los hombres (14,3%, n=121). Las personas que no consumen alcohol "nunca" tuvieron mayoritariamente entre 40-59 años (63,5%), fueron nacidos en España (72,3%) y eran HSH (42,3%).

	Consumo de alcohol durante el último año, n (%)		
	Nunca	Al menos una vez al mes	Cuatro o más veces a la semana
Total	274 (26,2)	633 (60,5)	139 (13,3)
Género			
Hombre	194 (22,9)	532 (62,8)	121 (14,3)
Mujer	80 (40,2)	101 (50,7)	18 (9,1)
Transgénero	11 (42,3)	12 (46,2)	3 (11,5)
País de origen			
Español	198 (28,6)	393 (56,7)	102 (14,7)
Extranjero	76 (21,5)	240 (68,0)	37 (10,5)
Edad			
<39	31 (13,1)	183 (77,6)	22 (9,3)
40-59	171 (28,3)	359 (59,3)	75 (12,4)
>60	72 (35,1)	91 (44,4)	42 (20,5)
Modo de transmisión			
PID	64 (34,4)	85 (45,7)	37 (19,9)
HSH	116 (19,3)	413 (68,8)	71 (11,9)
HHTX	14 (20,6)	42 (61,8)	12 (18,6)
MHTX	57 (41,1)	71 (52,1)	11 (7,9)
Otro	5 (45,5)	6 (54,5)	-
NS/NC	18 (42,9)	16 (38,1)	8 (19,0)

Tabla 8. Consumo de alcohol en los participantes del estudio Vive+, según sexo, edad, país de nacimiento y población clave

Para determinar consumo de alcohol de riesgo, se aplicaron los puntos de corte del AUDIT-C. En este caso, puesto que no existen puntos de corte para la población transgénero, este análisis compara por sexo (Tabla 9). En la muestra total, un 28,0% (n=33) de las mujeres y un 24,2% (n=158) de los hombres presentaron un consumo considerado de riesgo. En función de los grupos de edad, las mujeres entre 40 y 59 años presentaron menor riesgo de consumo (23,8%) que las más más jóvenes (31,6%) y las más mayores (46,7%). Entre los hombres a medida que aumenta la edad, disminuye la proporción de consumo

de riesgo (29,6%, 23,4 y 16,6%). Entre las personas nacidas en España, la proporción de bebedores de riesgo fue superior en las mujeres que en los hombres (30,0% vs. 23,5%), mientras que entre las personas nacidas fuera de España, la proporción de bebedores de riesgo fue superior en los hombres que entre las mujeres (25,3% vs. 21,4%). En relación a las poblaciones clave, los hombres usuarios de drogas inyectadas, mostraron mayores proporciones de consumo de riesgo de alcohol (33,7%, n=31), y en el caso de las mujeres, la mayor proporción se encontró entre las MHTX (29,6%, n=24).

	Consumo de riesgo de alcohol en mujeres, n (%)		Consumo de riesgo de alcohol en hombres, n (%)	
	No	Sí	No	Sí
Total	85 (72,0)	33 (28,0)	495 (75,8)	158 (24,2)
País de origen				
Español	63 (70,0)	27 (30,0)	309 (76,5)	95 (23,5)
Extranjero	22 (78,6)	6 (21,4)	186 (74,7)	63 (25,3)
Edad				
<39	13 (68,4)	6 (31,6)	143 (70,4)	60 (29,5)
40-59	64 (76,2)	20 (23,8)	271 (76,5)	83 (23,5)
>60	8 (53,3)	7 (46,7)	81 (84,4)	15 (15,6)
Modo de transmisión				
PID	24 (80,0)	6 (20,0)	61 (66,3)	31 (33,7)
HSH	-	-	373 (77,1)	111 (22,9)
HHTX	-	-	39 (72,2)	15 (27,8)
MHTX	57 (70,4)	24 (29,6)	-	-
Otro	1 (100)	0	5 (100)	0
NS/NC	3 (50,0)	3 (50,0)	17 (95,4)	1 (5,6)

Tabla 9. Consumo de riesgo de alcohol en mujeres y hombres en los participantes del estudio Vive+, según país de nacimiento, grupo de edad y población clave

Consumo de tabaco y dependencia a la nicotina

En Vive+, se evaluó el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström, obteniendo tres niveles de dependencia tabáquica: baja, media y alta (Figura 23). Del total de participantes, un 41,8% (n=443) reportó fumar tabaco actualmente, de los cuales un 46,5% (n=206) refirió una dependencia tabáquica baja, un 39,5% (n=175) media y un 14,0% (n=62) alta. En relación al género, las categorías de dependencia media y alta presentaron una mayor proporción en las personas transgénero (60%, n=9 y 20%, n=3, respectivamente) y las mujeres (41,2%, n=33; 18,8%, n=15, respectivamente). En los grupos de edad, el 54,2% (n=65) de las personas de 39 años o menos, mostraron una dependencia baja a la nicotina, mientras que en el grupo de 40 a 59 años, la dependencias “media” y “alta” conformaron el 55,7% (n=160). En relación a las poblaciones clave, las PID mostraron niveles de dependencia media y alta más elevados (43,6%, n=51; 23,9%, n=51, respectivamente), mientras que en el caso de los HSH, el 55,7% (n=121) presentaron una dependencia baja a la nicotina, similar a la de los HHTX (55,2%, n=16) y las MHTX (48,9%, n=22).

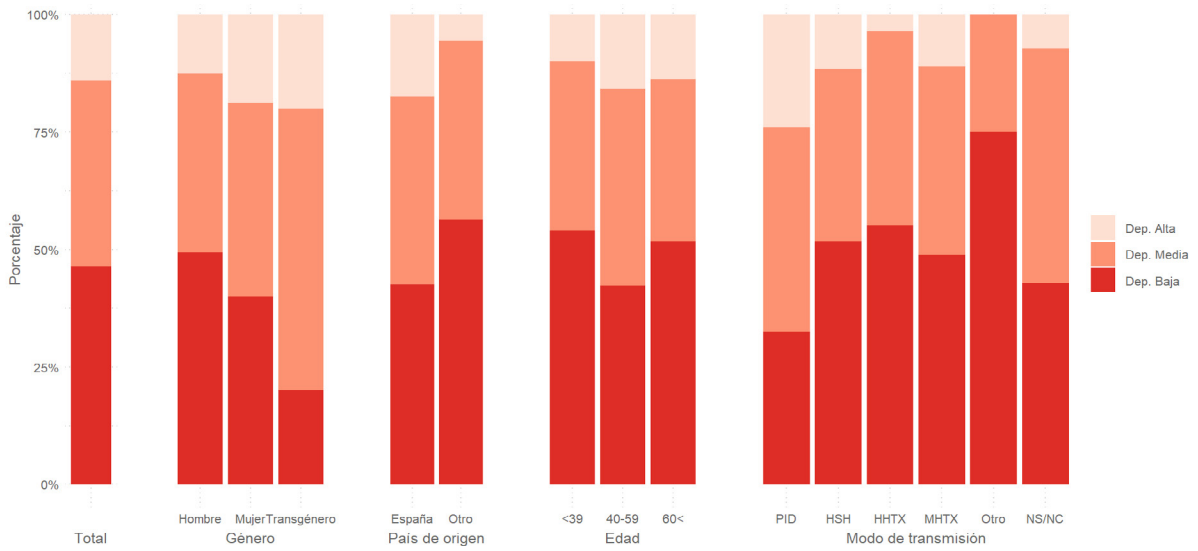

Figura 23. Dependencia a la nicotina, según sexo, edad, país de nacimiento y población clave

Consumo de drogas no legales

Para el análisis del consumo de sustancias diferentes al alcohol y el tabaco, en Vive+ se incluyó un listado de 17 grupos de sustancias (nitratos, fármacos para la disfunción eréctil, sedantes, cannabis, cannabinoides sintéticos, éxtasis, MDMA, anfetamina, metanfetamina, heroína, mefedrona, estimulantes sintéticos, GHB/GBL, ketamina, LSD, cocaína en polvo y cocaína base), en el que se preguntó por cuatro patrones de consumo: alguna vez en la vida, durante el último año, durante el último mes, y más frecuentemente. En la Figura 24 se muestran los resultados de estos patrones de consumo. La sustancia más consumida alguna vez en la vida es la cocaína en polvo (38,5%), seguido del cannabis (36,2%) y los nitratos (30,1%). Sin embargo, teniendo en cuenta los patrones de consumo durante el último año y último mes, los sedantes fueron las sustancias más consumidas (patrón anual 9,1% y patrón mensual 15,4%), seguidos de los nitratos (8,1% y 12,6%), la cocaína en polvo (7,9% y 6,9%) y el cannabis (7,9% 17, 3%). Por otro lado, las sustancias menos consumidas alguna vez en la vida fueron los estimulantes sintéticos (2,4%), mientras que en el último año la menos consumida fue la heroína (0,2%) y en el último mes solo el 4 personas consumieron cocaína base (0,4%).

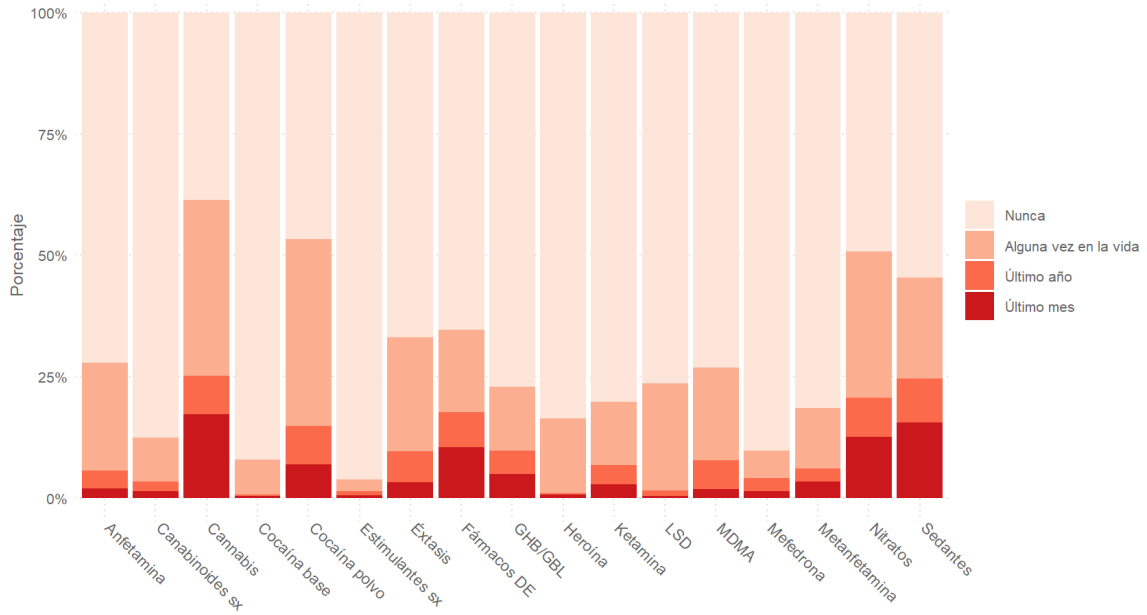

Figura 24. Patrón de consumo de sustancias en el estudio Vive+

Al analizar el consumo de sustancias durante el último año (incluyendo el consumo del último mes) entre los grupos de edad, género, población clave y país de nacimiento (Tabla 10), se observó que la sustancia más consumida en ese periodo de tiempo fueron el cannabis (25,1%), los sedantes (24,6%), los nitratos (20,7%) y los fármacos para la disfunción eréctil (17,7%). Por el contrario, las sustancias menos consumidas fueron la heroína (1%), los estimulantes sintéticos (1,3%), la cocaína base (0,8%) yel LSD (1,6%).. En función de la edad, los mayores consumos durante el último año se observaron entre las personas de 39 años o menos, especialmente en sustancias como el cannabis (39,1%), los nitratos (38,9%) y la cocaína en polvo (29,7%), pero en los sedantes el consumo fue superior entre las personas de 40 a 59 años (26,8%). En el caso del género, los hombres tuvieron mayores consumos en cannabis, nitratos, MDMA y éxtasis, anfetaminas, metanfetamina, GHB/GBL y ketamina, mientras que las personas transgénero tuvieron mayores consumos de sedantes, fármacos para la disfunción eréctil y cocaína en polvo. En relación al país de origen, las personas nacidas en países diferentes a España tuvieron mayores consumos durante el último año en todas las sustancias analizadas, excepto en los sedantes y la heroína, sustancias en las que los nacidos en España tuvieron una prevalencia mayor, 27,3% vs. 19,4% y 1,3% 0,3% respectivamente. Finalmente, las PID y HSH presentaron prevalencias de consumo en el último año más elevadas.

	Cannabis	Sedantes	Nitratos	Fármacos para la disfunción eréctil	Cocaína en polvo	Éxtasis	GHB/GBL	MDMA	Ketamina	Metanfetamina	Anfetamina	Mefedrona	Cannabis sint.	LSD	Estimulantes sint.	Heroína	Cocaína base
Total	262 (25,1)	252 (24,6)	214 (20,7)	184 (17,7)	155 (14,8)	101 (9,7)	101 (9,7)	81 (7,8)	70 (6,7)	63 (6,0)	59 (5,7)	43 (4,1)	35 (3,4)	17 (1,6)	14 (1,3)	10 (1,0)	8 (0,8)
Género																	
Hombre	222 (27,3)	187 (23,3)	207 (25,6)	172 (20,2)	135 (16,6)	95 (11,7)	96 (11,8)	76 (9,3)	2 (1,1)	1 (0,5)	2 (1,1)	-	4 (2,1)	-	1 (0,5)	1 (0,5)	7 (0,9)
Mujer	30 (16,0)	51 (28,0)	1 (0,5)	1 (0,5)	11 (5,8)	4 (2,1)	1 (0,5)	4 (2,1)	1 (2,9)	-	-	-	1 (2,9)	1 (2,9)	-	-	-
Transgénero	9 (25,7)	12 (35,3)	6 (17,1)	10 (28,6)	8 (22,9)	2 (5,7)	3 (8,6)	1 (2,9)	33 (4,8)	25 (3,6)	34 (4,9)	20 (2,9)	19 (2,8)	5 (0,7)	8 (1,2)	9 (1,3)	1 (2,7)
País de orígen																	
Español	161 (23,3)	184 (27,3)	115 (16,7)	100 (14,6)	92 (13,3)	52 (7,5)	50 (7,3)	47 (6,8)	39 (16,5)	34 (13,4)	34 (13,4)	28 (11,0)	19 (7,4)	14 (5,4)	10 (3,9)	1 (0,4)	2 (0,3)
Extranjero	101 (28,7)	68 (19,4)	99 (28,4)	84 (23,8)	63 (17,9)	49 (13,9)	51 (14,5)	34 (9,7)	29 (4,7)	28 (4,6)	24 (3,9)	15 (2,5)	14 (2,3)	3 (0,5)	4 (0,7)	7 (1,1)	6 (1,7)
Edad																	
<39	100 (39,1)	46 (19,2)	99 (38,9)	59 (23,0)	76 (29,7)	58 (22,6)	58 (22,7)	47 (18,4)	18 (9,9)	21 (11,4)	18 (9,7)	12 (6,6)	8 (4,4)	4 (2,2)	7 (3,9)	10 (5,4)	5 (1,9)
40-59	148 (24,3)	162 (26,8)	108 (17,8)	107 (17,6)	75 (12,3)	41 (6,7)	42 (6,9)	33 (5,4)	50 (8,4)	41 (6,9)	38 (6,9)	31 (5,2)	20 (3,4)	13 (2,2)	7 (1,2)	-	3 (0,5)
>60	14 (7,9)	41 (24,5)	7 (3,9)	18 (10,3)	4 (2,3)	2 (1,1)	1 (0,6)	1 (0,6)	-	-	-	-	4 (5,9)	-	-	-	-
Modo de transmisión																	
PID	64 (33,7)	75 (42,4)	23 (12,7)	30 (16,6)	29 (15,7)	18 (9,7)	19 (10,4)	17 (9,2)	-	-	-	-	1 (9,1)	-	-	-	5 (2,7)
HSH	162 (27,0)	123 (20,7)	189 (31,8)	143 (23,9)	107 (17,9)	78 (13,0)	81 (13,5)	59 (9,9)	-	-	1 (2,4)	-	-	-	-	-	2 (0,3)
HHTX	15 (22,1)	13 (19,7)	1 (1,5)	6 (8,8)	9 (13,2)	-	-	1 (1,5)	15 (22,1)	13 (19,7)	1 (1,5)	6 (8,8)	9 (13,2)	-	-	1 (1,5)	1 (1,4)
MHTX	17 (12,3)	33 (24,3)	-	1 (0,7)	8 (5,7)	4 (2,9)	1 (0,7)	4 (2,9)	17 (12,3)	33 (24,3)	-	1 (0,7)	8 (5,7)	4 (2,9)	1 (0,7)	4 (2,9)	-
Otro	3 (27,3)	2 (20,0)	-	1 (9,1)	-	-	-	-	3 (27,3)	2 (20,0)	-	1 (9,1)	-	-	-	-	-
NS/NC	1 (2,4)	6 (14,3)	1 (2,4)	3 (7,1)	2 (4,8)	1 (2,4)	-	-	1 (2,4)	6 (14,3)	1 (2,4)	3 (7,1)	2 (4,8)	1 (2,4)	-	-	-

Tabla 10. Uso recreacional de drogas entre las PVIH de la encuesta Vive+ durante el último año, según género, edad, país de origen y población clave

Uso de drogas inyectadas

De las 1060 personas que participaron en Vive+, 873 (n=82,4%) respondieron a la pregunta sobre el uso de drogas por vía inyectada, y 154 (n=17,6%) reportaron haber utilizado sustancias por esta vía. En la Tabla 11 se muestran las características de los/las participantes que reportaron consumo de drogas por vía intravenosa. El consumo de sustancias por vía inyectada "alguna vez en la vida" fue superior en los hombres (74,0%, n=114), las personas entre 40 y 59 años (70,8%, n=109) y las personas nacidas en España (89,6%, n=138). Esta tendencia se observó también en el consumo en los últimos 12 meses.

	Consumo alguna vez en la vida		Frecuencia de consumo entre los que reportaron haber consumido alguna vez		
	Nunca	Alguna vez en la vida	Hace más de 5 años	Entre 1 y 5 años	12 meses o menos
Total	719 (82,3)	154 (17,7)	118 (76,6)	11 (7,1)	25 (16,2)
Género					
Hombre	598 (83,9)	114 (74,0)	81 (68,6)	11 (100)	22 (88,0)
Mujer	88 (12,3)	37 (24,1)	35 (29,7)	-	2 (8,0)
Transgénero	27 (3,8)	3 (1,9)	2 (1,7)	-	1 (4,0)
País de origen					
Español	450 (62,8)	138 (89,6)	114 (96,6)	11 (100)	13 (52,0)
Extranjero	267 (37,2)	16(10,4)	4 (3,4)	-	12 (48,0)
Edad					
<39	210 (29,3)	16 (10,4)	3 (2,5)	2 (18,2)	11 (44,0)
40-59	414 (57,8)	109 (70,8)	89 (75,5)	7 (63,6)	13 (52,0)
>60	93 (13,0)	29 (18,8)	26 (22,0)	2 (18,2)	1 (4,0)

Tabla 11. Uso de sustancias por vía inyectada en los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen y grupo de edad

Uso sexualizado de drogas

Finalmente, se formularon preguntas sobre el consumo intencional de drogas (sustancias) para tener una sesión larga de sexo uno a uno, trío o fiesta de sexo en grupo en una casa privada o en un local comercial donde se practica sexo (uso sexualizado de drogas), tanto alguna vez en la vida, durante el último año o durante el último mes. El uso sexualizado de drogas, alguna vez en la vida, ronda el 30% de la muestra dependiendo del tipo de sustancia, la frecuencia de consumo y el grupo de edad, por lo que los resultados que se presentan corresponden a esta proporción de la muestra. En el caso del tipo de sustancia, los nitratos (16,8%) y la cocaína en polvo (16,3%) fueron las sustancias más consumidas para el uso sexualizado de drogas, en el marco temporal de "al menos una vez en la vida", y las más poco usadas fueron los estimulantes sintéticos (1,1%) y la cocaína base (1,9%). En relación al consumo durante el último mes y último año (Figura 25), los hombres reportaron mayores consumos de sustancias relacionadas con el uso sexualizado de drogas (nitratos (15,7%), cocaína en polvo (9,6%), fármacos para la disfunción eréctil (15,5%), GHB/GBL (9,4%) y cannabis (8,8%). Asimismo, se observó una relación directa con la edad, en la que en todas las sustancias los consumos fueron mayores en las personas de 39 años o menos. Por último, los HSH fueron los que reportaron mayores consumos durante el último año en estos grupos de sustancias, seguidos de las PID.

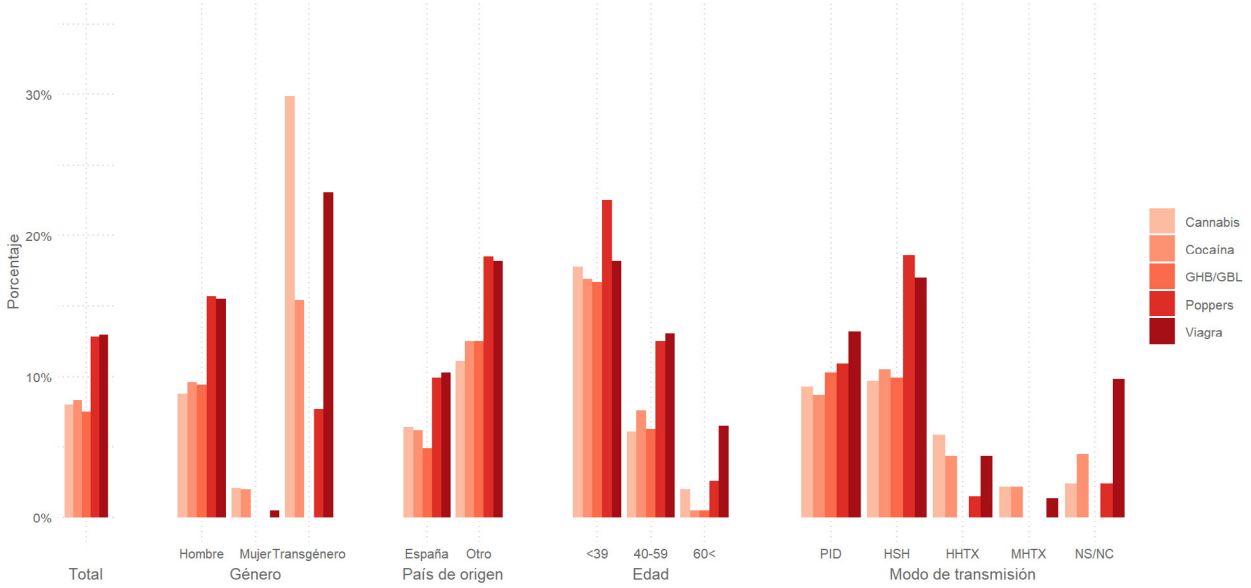

Figura 25. Uso de sustancias en el uso sexualizado de drogas en último mes y año en los participantes del estudio Vive+, según género, país de nacimiento, edad y población clave.

9. Satisfacción y uso del sistema sanitario y de los servicios de apoyo

Satisfacción con los servicios sanitarios

En el Vive+, se preguntó sobre el grado de satisfacción con la atención recibida en los servicios sanitarios que prestan atención a las PVIH, tales como la Atención Primaria, la Unidad de VIH y los servicios de apoyo de VIH, que en muchos casos son proporcionados por ONGs y/o asociaciones de pacientes; en relación a las siguientes categorías de respuesta: "muy insatisfecho/a", "insatisfecho/a", "poco satisfecho/a", "satisfecho/a" y "muy satisfecho/a". Entre aquellos usuarios que respondieron haber utilizado los servicios sanitarios, la mayoría refirieron estar satisfechos ("muy satisfecho/a" y "satisfecho/a") con la atención recibida, siendo mayor el grado de satisfacción en las Unidades de VIH (99,2%, n=1031), frente a la Atención Primaria (90,0%, n=763) y a los servicios de apoyo/ONGs (87,2%, n=211) (Figura 26).

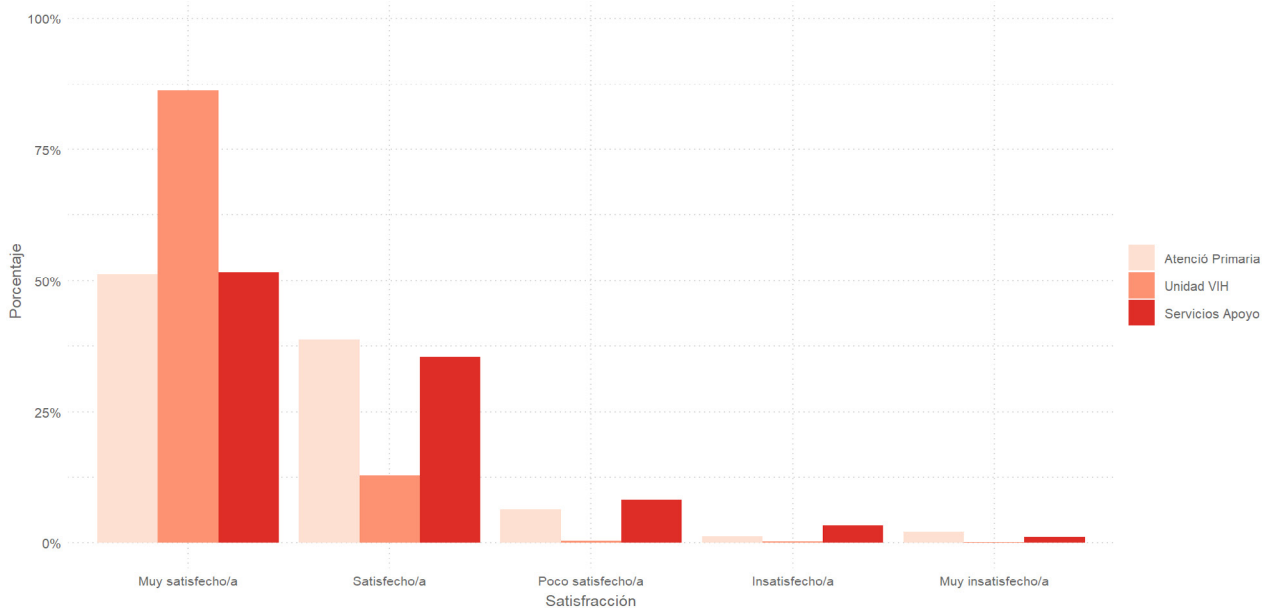

Figura 26. Nivel de satisfacción con la atención recibida por los servicios sanitarios que prestan atención a las PVIH en Cataluña y las Islas Baleares

Respecto al nivel de satisfacción con los servicios recibidos en Atención Primaria, encontramos que las personas transgénero (96,5%, n=28), personas nacidas en España (91,9%, n=532), y las personas de 60 años o más (95,5%, n=149), fueron las que reportaron un buen nivel de satisfacción, recogido en las opciones de respuesta "muy satisfecho/a" y "satisfecho/a" (Figura 27). En el caso de la Unidades de VIH, se observó poca variación en cuanto a las características sociodemográficas, pues prácticamente la totalidad de la muestra (sobre el 98%) indicó estar satisfecho/a. Por último, en relación a la satisfacción con los servicios de apoyo, se encontró que los mayores niveles de satisfacción fueron entre hombres (88,9%, n=168), españoles (87,9%, n=123) y personas de 39 años o menos (89,0%, n=73). En este caso, las personas de mayor edad (9,2%, n=2) y los HHTX (12,5%, n=1), dijeron sentirse "insatisfechos" o "muy insatisfechos".

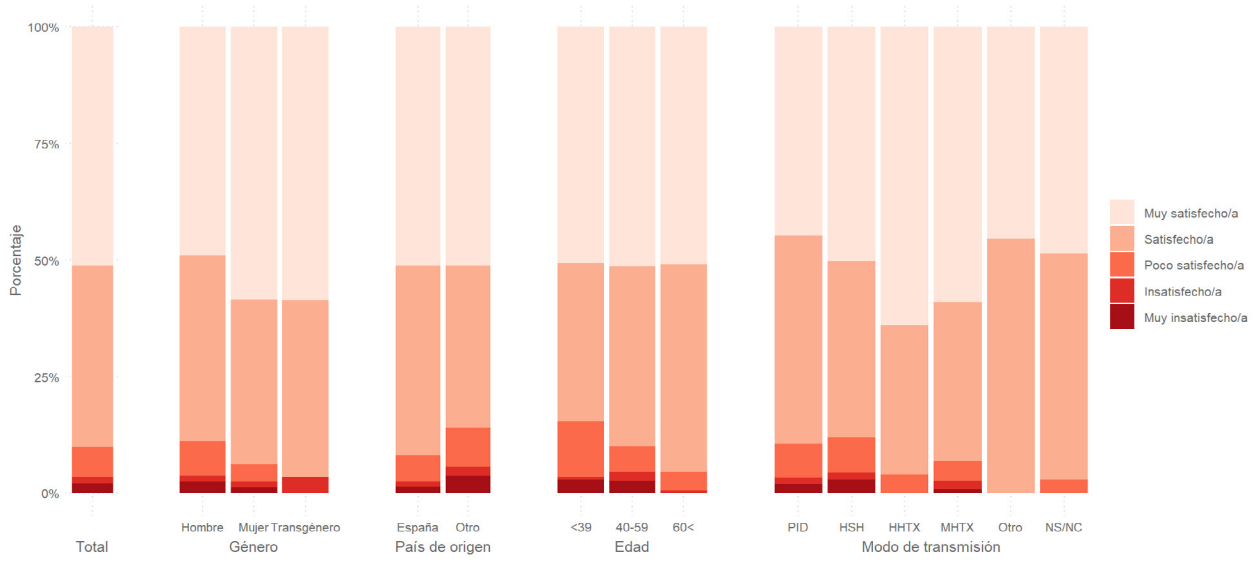

Figura 27. Nivel de satisfacción con la atención recibida por la Atención Primaria en los participantes del estudio Vive+, según género, país de origen, edad y modo de transmisión

Experiencias con la Unidad de VIH y el Servicio de Farmacia

Además, se recogió información sobre las experiencias con la Unidad de VIH y el Servicio de Farmacia (Figura 28). Las opciones de respuesta se recogieron en escala tipo Likert ("muy en desacuerdo", "en desacuerdo", "de acuerdo" y "muy de acuerdo"), que para el propósito de este informe se han agrupado de la siguiente manera: estar de acuerdo ("de acuerdo" y "muy de acuerdo") y estar en desacuerdo ("en desacuerdo" y "muy en desacuerdo"). En relación con la Unidad de VIH, en general más del 95% indicó experiencias positivas con la mayoría de las preguntas abordadas. La mayor diferencia, se encontró en el ítem referente a la lejanía de la Unidad de VIH asignada, donde el 34,7% (n=349) declaró que el centro hospitalario se encontraba lejos. En el caso de las experiencias con el Servicio de Farmacia, se observó que la mayoría estaba de acuerdo con la frecuencia de dispensación del TAR y el horario de atención (84,7% (n=867) y 88,7% (n=906), respectivamente).

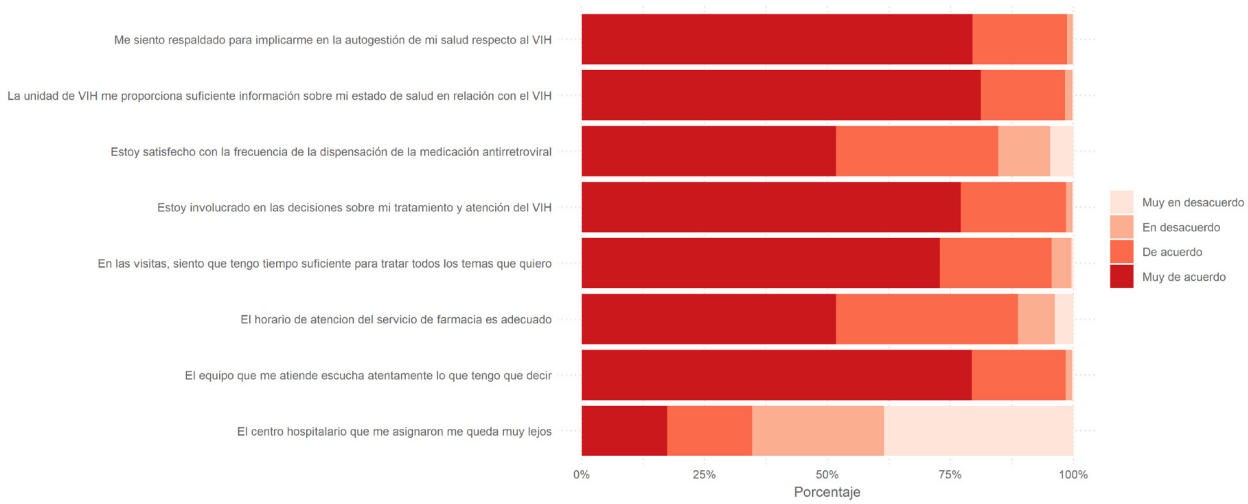

Figura 28. Experiencias con la Unidad de VIH y el Servicio de Farmacia informadas por los participantes del estudio Vive+

Acceso y utilización de los servicios médicos

Con tal de conocer el acceso y el uso de servicios médicos (Atención Primaria, Unidad de VIH y servicios de apoyo), se formularon distintas preguntas a los/las participantes. A la pregunta, "¿Conoces a tu médico de cabecera?", un 85,5% (n=893) respondió conocer a su médico de cabecera y un 97,9% (n=844) había compartido su condición serológica con éste. Cabe hacer mención de que la revelación del estado serológico fue menor entre españoles (83,3%, n=15) y HSH (66,7%, n=12).

En relación con el número de visitas, un 88,1% (n=778) realizó al menos una visita durante los últimos 12 meses al centro de Atención Primaria: el 27,6% (n=244) entre 3 a 5 veces y un 13,8% (n=120) 6 o más veces. Las mujeres (17,8%, n=29) y las PID (18,2%, n=29) fueron quienes más visitaron a su médico de cabecera. El 19,3% (n=11) de los HTTX refirió no haber realizado ninguna visita. En el caso de las visitas a la Unidad de VIH, prácticamente toda la muestra (99,3%, n=1028) refirió haber realizado al menos una visita en los últimos 12 meses y el 3,5% (n=36) más de 10 visitas. En particular, quienes más frecuentaron los servicios fueron las personas transgénero (14,7%, n=5), personas nacidas fuera de España (14,3%, n=50), personas de 39 años o menos (18,2%, n=46) y quienes refirieron haber contraído el VIH de un modo distinto a las relaciones sexuales y al consumo de drogas por vía inyectada (25,0%, n=3). Por último, se preguntó si habían tenido contacto alguna vez con servicios de apoyo, a lo que el 13,7% (n=138) respondió haber tenido contacto alguna vez y el 11,2% (n=113) durante el último año. El 78,1% (n=523) de los españoles, el 85,4% (n=146) de las personas de 60 años o más y el 86,4% (n=57) de los HHTX respondieron no haber tenido nunca contacto con los servicios de apoyo/ONGs. En el periodo de los últimos 12 meses, el 37,1% (n=92) visitó alguna vez una ONGs y el 6,9% (n=17) lo hizo más de 10 veces. Las personas nacidas fuera de España (10,9%, n=11), las personas de 39 años o menos (11,8%, n=10) y las PID (15,0%, n=6) fueron quienes visitaron estos servicios con mayor frecuencia (entre 6 o más veces).

10. Fortalezas y limitaciones

El estudio Vive+ es el primer estudio de CVRS de las PVIH en Cataluña y las Islas Baleares y cuenta con una serie de fortalezas que lo convierten en un estudio de calidad y de referencia. En primer lugar, se trata de una muestra representativa de las características de las PVIH de Cataluña y las Islas Baleares, en el que estuvieron involucrados 17 hospitales de diversas áreas territoriales. Asimismo, el amplio tamaño muestral obtenido (N=1060) facilita el análisis por subgrupos. En segundo lugar, a pesar del carácter transversal del estudio, su vinculación con la cohorte PISCIS ofrece la posibilidad de obtener información retrospectiva de los participantes. En tercer lugar, el cuestionario de Vive+ fue desarrollado siguiendo un proceso estructurado y consensuado con expertos sobre la temática, y validado en la fase Piloto del estudio con pacientes. Durante el periodo de desarrollo de la encuesta se seleccionaron instrumentos de evaluación validados, como es el caso del PROMIS, que tiene medidas estandarizadas que permiten comparaciones con la población general. Además, se incluyeron distintos dominios de información relacionados con la calidad de vida de las PVIH, como información general sociodemográfica y diagnóstico de VIH, calidad de vida y bienestar, relaciones de pareja, estilo de vida, percepción de estigma y discriminación y uso de los servicios de salud; incorporando también medidas de función cognitiva. Este es un aspecto a destacar porque en estudios previos no ha sido evaluada, siendo un elemento clave en el funcionamiento de la persona que se ha podido ver afectado por el TAR. En cuarto lugar, la perspectiva de género ha sido prioritaria tanto en el manejo y presentación de los datos, como en la redacción del presente informe. Por último, en Vive+ se recogió información relevante sobre el consumo de una extensa lista de sustancias y sus patrones de consumo, diferenciando en el consumo dirigido al uso sexualizado de drogas. Esto ofrece la posibilidad de realizar un análisis más exhaustivo de los patrones y perfiles de consumo para alentar acciones de reducción de daños.

Sin embargo, hay algunas limitaciones relativas al estudio que deben tomarse en consideración a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de una muestra por conveniencia. La muestra no se aleatorizó pero se hicieron estratos de elección, es decir, fue estratificada por género, edad y hospital de reclutamiento, por lo que se considera representativa de la población con VIH. Además, se decidió hacer un sobre-muestreo de mujeres y personas de 60 años o más. En segundo lugar, uno de los criterios de exclusión era no hablar español, por lo que los pacientes extranjeros con VIH que llevaran poco tiempo residiendo en España o que no hablaran español, no quedarían representados en la muestra. En tercer lugar, los datos recopilados son auto-reportados, por lo que pueden estar sujetos a sesgos. Finalmente, recalcar que los resultados presentados a lo largo de este informe son meramente descriptivos y no han sido ajustados por otras variables de confusión. Futuros análisis multivariantes permitirán un análisis más exhaustivo de estos resultados.

11. Discusión

El objetivo general de Vive+ fue describir la CVRS de las PVIH mayores de 16 años y que participan en la Cohorte PISCIS, además de conocer la prevalencia de conductas sexuales y hábitos como el tabaquismo, y el consumo de alcohol y drogas, la percepción de estigma y discriminación, así como la satisfacción con el sistema de salud actual. A continuación, se presentan las principales conclusiones tras analizar los datos de los 1060 participantes, agrupadas en bloques temáticos.

Estado de salud física

En relación al perfil serológico relacionado con el VIH, se observó que un 89,8% tenía carga viral indetectable y un 88,4% un conteo de CD4 superior a 350, siendo indicador de un buen estado de salud. A pesar que un 29,7% de los participantes llevaba más de 20 años viviendo con el VIH. En cuanto a la prevalencia de otras enfermedades distintas de VIH se encontraron diferencias en relación al género, grupos de edad y modos de transmisión. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia en enfermedades cardiovasculares y respiratorias y las personas transgénero mostraron una prevalencia superior de enfermedad hepática. En el caso de las PID, fueron el grupo con mayor prevalencia de enfermedades, presentando prevalencias más altas de enfermedad autoinmune, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, EPOC, enfermedad hepática y hepatitis C, así como mayor número de comorbilidades distintas del VIH. Esta alta prevalencia de enfermedades crónicas de salud, comparado con los otros modos de transmisión, podría ser debida a las consecuencias a largo plazo del consumo de drogas inyectadas (28). Además, en nuestro estudio, el colectivo de las PID estuvo compuesto por personas de mayor edad, acentuando la prevalencia de enfermedades de carácter crónico. En la muestra general, un 82,8% respondió tener una buena percepción de su estado de salud. Estas proporciones fueron superiores a las reportadas en informe de Positive Voices realizado con población de Inglaterra y Gales , donde este porcentaje fue del 73% (29).

Estado de salud mental

En concordancia con estudios previos, las dificultades en torno a la salud mental se han visto evidenciadas en Vive+. Respecto a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de salud SF-12, la dimensión mental tuvo peores puntuaciones en comparación con la dimensión física. Concretamente, en nuestro estudio, las mujeres, las personas transgénero, las PID y las MHTX fueron las que obtuvieron peores resultados. Observamos que en la dimensión física las puntuaciones empeoraron a medida que incrementa la edad. Sin embargo, en la dimensión mental se observa la tendencia inversa, es decir, a mayor edad, mejores puntuaciones en la esfera mental. Estos resultados podrían ser explicados porque son personas que llevan más tiempo viviendo con el VIH, por tanto tienen una mayor asimilación y conocimiento de la enfermedad, así como una red de apoyo más sólida. Además, en muchas ocasiones estas personas actúan como referentes y mentores en personas con un nuevo diagnóstico por el VIH. Todos estos aspectos podrían incidir en una mejor salud mental.

En cuanto a los síntomas de depresión, un 44% de la muestra presentó sintomatología depresiva en algún grado. Específicamente, un 4% presentó sintomatología depresiva severa, un 5% moderadamente severa, un 12% moderada y un 23% leve. A pesar de que el test utilizado es una medida de cribado de sintomatología depresiva, podríamos decir que la prevalencia de depresión en Vive+ fue superior a la de población general. Según el Instituto Nacional de Estadística, un 6,68% de la población española había recibido un diagnóstico de depresión en el último año (30), y de acuerdo con una investigación basada en datos del estudio ESEMED, la prevalencia de depresión en los últimos 12 meses fue del 4,0% (31). Cabe tener en consideración que la información relativa a la prevalencia de depresión difiere según las herramientas de medición utilizadas y las poblaciones de estudio, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela.

En el caso de las mujeres y las personas transgénero estás proporciones fueron mayores, conformando un 61% y un 60%, respectivamente. Finalmente, en cuanto a la población migrante, se observaron tendencias similares a las personas nacidas en España en lo que se refiere a la salud mental. Si bien es cierto que la prevalencia de trastornos del estado de ánimo suele ser superior en personas que han experimentado un proceso migratorio (32), estas diferencias se equiparan tras el diagnóstico de VIH, presentando prevalencias similares.

Estigma, rol y aislamiento social

En Vive+, se observó que el grado de revelación del estado serológico fuera del ámbito sanitario fue bajo. Concretamente, un 56,5% respondió haberlo revelado a pocas personas del entorno, aunque se encontraron diferencias entre géneros, grupos de edad y modos de transmisión. En particular, el menor grado de revelación se dio en las personas transgénero, mientras que las personas de entre 40 y 56 años, los de 60 años o más, las PID y los HSH, fueron los que refirieron haberlo revelado a más personas del entorno.

También se encontraron diferencias en cuanto a la percepción de estigma dentro y fuera del ámbito sanitario. En el primer caso, el estigma percibido fue mayor en mujeres heterosexuales. Estos resultados podrían indicar que la atención sanitaria prestada en relación al VIH está más enfocada a HSH, quedando poco representados otros colectivos o grupos poblacionales. En el segundo caso, la percepción de estigma fuera del ámbito sanitario fue mayor en personas menores de 39 años y PID. En el caso de las PID podría deberse al doble estigma social: ser seroprevalente y ser o haber sido usuario de drogas inyectadas.

En relación al nivel de satisfacción con el rol social y al aislamiento social, se observaron ciertas tendencias a las que cabe hacer mención. Las puntuaciones sobre aislamiento social fueron más bajas respecto a la media poblacional, indicando un menor grado de aislamiento social. Las personas transgénero y las PID son las que presentaron peores resultados tanto en aislamiento social como en la satisfacción con el rol social, apuntando a estos colectivos como focos de atención psico-social. Por el contrario, hombres, HSH y personas de 60 años o más, fueron las que mostraron mejor bienestar psico-social de acuerdo a las escalas utilizadas. Cabe destacar los resultados relacionados con el estado mental y social de las personas de 60 años o más.

Conductas sexuales y uso del preservativo

En la muestra de Vive+ un 83% respondieron estar satisfechos con su vida sexual, frente a un 16,3% que respondieron estar insatisfechos. Estas proporciones fueron mayores en el caso de las mujeres, personas transgénero, personas de 60 años o más y PID.

Un 54,9% de personas reportaron tener una pareja estable y de éstos un 67,1% fueron parejas serodiscordantes. El uso del preservativo fue muy bajo en el caso del sexo oral, a diferencia de la penetración vaginal y la penetración anal, donde en un 84,6% y un 61,5% respondieron utilizarlo siempre o casi siempre, respectivamente.

En relación al sexo con parejas ocasionales, un 24,5% mantuvo relaciones sexuales solo con parejas ocasionales y un 15,4% con la pareja estable y parejas ocasionales. Las mayores proporciones de solo sexo con parejas ocasionales, se observaron en HSH y PID en contraposición con MHTX. El uso del preservativo con parejas ocasionales presentó una tendencia similar que en el caso de la pareja estable, siendo muy bajo en el sexo oral y muy alto en la penetración vaginal. En cuanto a la penetración anal, un 56,9% respondió utilizar el preservativo siempre o casi siempre, una proporción menor que en las personas con pareja estable. En esta práctica sexual, los HSH y las personas de 60 años o más, fueron las que respondieron hacer un mayor uso del preservativo, a diferencia de las personas transgénero, personas nacidas en España y PID, donde se observaron las mayores tasas de no utilización del preservativo en la

penetración anal.

Consumo de sustancias

Según la clasificación del AUDIT-C, un 28,0% de las mujeres y un 24,2% de los hombres presentaron un consumo de alcohol considerado de riesgo. Comparados con otras poblaciones, los niveles de consumo de riesgo aquí descritos están por encima de los reportados en otros estudios realizados en población de Catalunya o España. Por ejemplo, en usuarios de Atención Primaria los niveles de consumo de riesgo alcanzan el 15% en las mujeres y el 23% en los hombres (33) y en población general, considerando ambos sexos, estos niveles alcanzan el 22% (34). Las diferencias entre mujeres y hombres en el consumo de riesgo de alcohol han sido descritas en otros estudios (35) siendo 31% y 25% respectivamente, en una encuesta a población universitaria. En relación a las poblaciones clave, los hombres y PID mostraron mayores proporciones de consumo de riesgo de alcohol (33,7%), y en el caso de las mujeres, las mayores proporciones se encontraron entre MHTX (29,6%). Otros estudios muestran que el consumo moderado y de riesgo de alcohol (AUDIT-C) aumenta entre las PID, especialmente entre los hombres (36).

La proporción total de fumadores fue del 41,8%, en particular un 41,6% en el caso de los hombres, un 41,1% en las mujeres y un 42,8% en las personas transgénero. Estos valores se encuentran por encima de los mostrados por el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad que sitúan el consumo, en hombres el 37,7% y en mujeres el 29,5% (37). Estos resultados confirman que las PVIH tienen patrones de consumo de tabaco superiores a los de la población general (38).

Considerando el periodo temporal del último año, los consumos de drogas estuvieron encabezados por los hombres y las personas transgénero, especialmente los menores de 40 años y las personas nacidos en un país distinto de España. Aunque destaca el consumo de sedantes en las mujeres. El cannabis fue la droga más consumida en contextos recreativos durante los últimos 12 meses, seguido de los sedantes. Comparado con los datos más recientes de población general presentados por el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad (37), los patrones de consumo en Vive+ son superiores ambas sustancias (11,0% vs. 25,1% en cannabis y 11,1% vs. 24,6% en sedantes).

El uso de drogas inyectadas alguna vez en la vida fue reportado por 154 personas (17,7%) y la gran mayoría lo hizo hace cinco años o más (76,6%). El grupo de hombres, españoles y personas entre 40-59 años fueron los que más consumieron drogas por vía inyectada.

El uso alguna vez en la vida de drogas en contextos de sexo alcanzó el 34,8% de la muestra. En este caso, las drogas más consumidas fueron los Nitratos, la cocaína en polvo, los fármacos para la disfunción eréctil, el GHB/GBL y el cannabis. Según el informe del estudio Positive Voices (29), la proporción de personas involucradas en el uso sexualizado de drogas fue inferior (20%), y las drogas más utilizadas fueron la metanfetamina y la mefedrona, dos sustancias poco consumidas en el Vive+ (metanfetamina: 4,8% Vive+ vs. 13,0% Positive Voices; mefedrona: 3,3% Vive+ vs. 11,0% Positive Voices). La proporción de consumo de GHB/GBL fue inferior en Vive+ (7,5% vs. 12% en Positive Voices), mientras que el consumo de cocaína en polvo fue del 8,3% en Vive+ y del 11% en Positive Voices. En relación a los perfiles de los consumidores, los resultados encontrados son similares a los observados en el consumo de drogas en contextos recreativos: los consumos fueron superiores en hombres y personas transgénero, las personas nacidas fuera de España y aquellos de 39 años o menos. Nuevamente, un patrón similar a lo reportado en Positive Voices.

12. Recomendaciones

Tal y como se ha descrito en el apartado de discusión de los resultados, en Vive+ se han evidenciado necesidades relacionadas con la CVRS de las PVIH de Cataluña y las Islas Baleares. Estas necesidades guardan relación con la dimensionalidad del concepto de "salud", abarcando además cuestiones psico-sociales que impactan sobre la calidad de vida de las PVIH, como las barreras sociales y estructurales.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de intervenciones de carácter psicológico, teniendo en cuenta una perspectiva de género. Por un lado, estas intervenciones serían requeridas con el fin de abordar la sintomatología depresiva, pues impacta enormemente en el estado de salud de la persona. Por otro lado, destaca el elevado consumo de sustancias (legales y no legales), siendo mayor que el de la población general. Estos resultados podrían traducirse en una mayor vulnerabilidad y un mayor requerimiento de acciones para evaluar e intervenir sobre estas problemáticas.

Asimismo, el aún elevado estigma percibido, especialmente en mujeres y personas transgénero, podría traducirse en una necesidad de visibilizar la realidad del VIH, y desencapsular el imaginario de que el VIH es algo asociado al colectivo LGTBI+, el consumo de drogas inyectadas y la prostitución. Esta disociación debería ser aplicada tanto en la atención médica relacionada con el cribado y atención al VIH, actualmente focalizada en HSH, como a un nivel macro, es decir, socialmente.

13. Bibliografía

1. UNAIDS. Global HIV Statistics 2020. End AIDS epidemic. 2020;(June):1–3.

2. European Centre for, Disease Prevention and Control WRO for E. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data. Copenhagen; 2020.

3. (CEEISCAT) C d'Estudis E sobre les I de TS i S de C. Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Informe anual 2019. 2020.

4. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya - CEEISCAT. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS/VHC a Catalunya (SIVES 2020) [Internet]. 2021. Available from: http://www.ceesicat.cat

5. Foebel AD, Hirdes JP, Lemick R, Tai JWY. Comparing the characteristics of people living with and without HIV in long-term care and home care in Ontario, Canada. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV [Internet]. 2015 Oct 3 [cited 2021 Feb 19];27(10):1343–53. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26367102/

6. Nguyen AL, McNeil CJ, Han SD, Rhodes SD. Risk and protective factors for health-related quality of life among persons aging with HIV. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV [Internet]. 2018 Apr 3 [cited 2020 Oct 29];30(4):518–22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28944679/

7. Cooper V, Clatworthy J, Harding R, Whetham J. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):1–20.

8. PISCIS : memòria de resultats de la Cohort Poblacional de VIH Catalano Balear, PISCIS 1998-2018. SIDA STUDI [Internet]. [cited 2020 Oct 29]. Available from: http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb3673c3a9f0167c548f0e401e5

9. Jaén Á, Casabona J, Esteve A, Miró JM, Tural C, Ferrer E, et al. Características clinicoepidemiológicas y tendencias en el tratamiento antirretroviral de una cohorte de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Cohorte PISCIS. Med Clin (Barc). 2005;124(14):525–31.

10. Michaels SH, Clark R, Kissinger P. Declining Morbidity and Mortality among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. N Engl J Med [Internet]. 1998 Aug 6 [cited 2020 Nov 5];339(6):405–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9696654/

11. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, D'Arminio Monforte A, et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: An observational study. Lancet [Internet]. 2003 Jul 5 [cited 2020 Nov 5];362(9377):22–9. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673603138020/fulltext

12. Moore RD, Chaisson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. AIDS [Internet]. 1999 [cited 2020 Nov 5];13(14):1933–42. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10513653/

13. Slot M, Sodemann M, Gabel C, Holmskov J, Laursen T, Rodkjaer L. Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: A cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. HIV Med [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 29];16(7):393–402. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25585857/

14. Heras Criado S, Astorga García E, Herencias Nevado A, Cervigon Portaencasa R, Galvez Moral J. Prevalencia y tipos de trastornos psiquiátricos en la población VIH de un Centro de

Salud. Rev Multidiscip del Sida, ISSN-e 2340-3365, Vol 6, No 13, 2018, págs 20-28 [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 29];6(13):20–8. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6541350&info=resumen&idioma=SPA

15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. [Internet]. Vol. 19, Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S. Elsevier; 2005 [cited 2020 Nov 6]. p. 135–50. Available from: http://www.gacetasanitaria.org/es-el-cuestionario-salud-sf-36-espanol-articulo-S0213911105713418

16. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. Med Clin (Barc) [Internet]. 2012 Dec 8 [cited 2020 Nov 6];139(14):613–25. Available from: http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-normas-referencia-el-cuestionario-salud-S0025775311011304

17. Forero CG, Vilagut G, Alonso J. Obtención de puntuaciones en cuestionario SF-12 mediante modelos IRT multidimensionales. In: XXIX Reunión Científica de la SEE y XIV CongresoSESPAS. Madrid, Spain; 2011.

18. Forero CG, Vilagut G, Adroher ND, Alonso J. Multidimensional item response theory models yielded good fit and reliable scores for the Short Form-12 questionnaire. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2020 Nov 12];66(7):790–801. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23707080/

19. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D JJ. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA [Internet]. 1994 [cited 2020 Nov 12];272:1749–56. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7966923/

20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med [Internet]. 2001 [cited 2020 Nov 12];16(9):606–13. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/

21. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. Med Care [Internet]. 2004 [cited 2020 Nov 12];42(12):1194–201. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15550799/

22. Kroenke K, Spitzer RL WJ. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating somatic symptom severity. Psychosom Med [Internet]. 2002 [cited 2020 Nov 12];64:258–66. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2002/03000/The_PHQ_15__Validity_of_a_New_Measure_for.8.aspx

23. Cella D, Riley W, Stone A, Rothrock N, Reeve B, Yount S, et al. The patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. J Clin Epidemiol [Internet]. 2010 Nov [cited 2020 Nov 12];63(11):1179–94. Available from: /pmc/articles/PMC2965562/?report=abstract

24. Hahn EA, DeWalt DA, Bode RK, Garcia SF, DeVellis RF, Correia H, et al. New English and Spanish social health measures will facilitate evaluating health determinants. Health Psychol [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 12];33(5):490–9. Available from: /pmc/articles/PMC4159098/?report=abstract

25. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2020 Nov 12];37(6):591–6. Available from: https://academic.oup.com/alcalc/article/37/6/591/205078

26. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. Psychol Rep [Internet]. 1998 [cited 2020 Nov 12];83(3 PART 2):1455–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079737/

27. (NINDS) NI of ND and S. User Manual for the Quality of Life in Neurological Disorders (Neuro-QoL) Measures, Version 2.0. 2015.

28. Torres LR, Kaplan C, Valdez A. Health consequences of long-term injection heroin use among aging Mexican American men. J Aging Health [Internet]. 2011 Sep [cited 2021 Feb 15];23(6):912–32. Available from: /pmc/articles/PMC3339484/

29. Positive Voices: The national survey of people living with HIV | Institute for Global Health - UCL – University College London [Internet]. [cited 2020 Oct 29]. Available from: https://www.ucl.ac.uk/global-health/research/z-research/positive-voices-national-survey-people-living-hiv

30. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de salud. 2017.

31. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord [Internet]. 2010 Jan [cited 2021 Feb 15];120(1–3):76–85. Available from: /pmc/articles/PMC3756284/

32. Gkiouleka A, Avrami L, Kostaki A, Huijts T, Eikemo TA, Stathopoulou T. Depressive symptoms among migrants and non-migrants in Europe: documenting and explaining inequalities in times of socio-economic instability. Eur J Public Health [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2021 Feb 15];28(suppl_5):54–60. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/28/suppl_5/54/5196844

33. Segura Garcia L, Gual Solé A, Montserrat Mestre O, Bueno Belmonte Á, Colom Farran J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. Aten Primaria [Internet]. 2006 May 31 [cited 2021 Feb 15];37(9):484–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16756871/

34. Gual Solé A, Arbesú JÁ, Zarco J, López-Pelayo H, Miquel L, Bobes J. Alcoholism and its treatment approach from a citizen perspective. Adicciones [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 15];28(3):163–73. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27399226/

35. Carretero MÁG, Ruiz JPN, Delgado JMM, González CO. Validation of the alcohol use disorders identification test in university students: AUDIT and AUDIT-C. Adicciones [Internet]. 2016 Mar 2 [cited 2020 Nov 12];28(4):194–204. Available from: http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775

36. Irvin R, Chander G, Falade-Nwulia O, Astemborski J, Starbird L, Kirk GD, et al. Overlapping epidemics of alcohol and illicit drug use among HCV-infected persons who inject drugs. Addict Behav [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Feb 15];96:56–61. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035079/

37. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017 [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/

38. Peter I Johnston, Shanie W Wright, Martin Orr, Fiona A Pearce, John W Stevens, Richard B Hubbard PJC. Worldwide relative smoking prevalence among people living with and without HIV: a systematic review and meta-analysis. AIDS. 2021

Agradecimientos

Vive positivo (Vive+) es un proyecto que ha sido construido con la implicación de diferentes personas y actores a través de las diferentes fases del proyecto, anidado en la cohorte PISCIS, lo que ha permitido la construcción de un equipo sólido y multidisciplinario.

Inicialmente queremos agradecer enormemente a todas y todos las/los participantes de Vive+, somos conscientes del tiempo y el esfuerzo que necesitaron para completar el cuestionario, y a las personas que viven con el VIH que nos acompañaron a lo largo del proceso, tanto en el diseño como en la implementación.

Agradecemos además al grupo ascensor, por su consejo y guía en la elaboración del instrumento Vive+: Dr. Carlos García (Universitat Internacional de Catalunya), Dr. Josep Llibre Codina (Hospital Germans Trias i Pujol), Dr. Arkaitz Imaz (Hospital Universitari de Bellvitge), Dr. Melchor Riera (Hospital Universitari Son Espases), Dra. Cristina Agusti (CEEISCAT), Dra. Cinta Folch (CEEISCAT), Dr. Jorge Palacio Vieira (CEEISCAT), Emma Fernandez (Hospital Clínic de Barcelona), Juan Sebastian Hernández (Grupo Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)) y Rafael Muñoz Castro (Instituto Catalán de Oncología).

Obviamente todo este esfuerzo no hubiera sido posible sin un grupo de campo activo, reactivo y resolutivo que permitió que la implementación de la encuesta fuera un éxito. Agradecemos a Jocelyn Mesías Gazmuríipor la coordinación de todo el trabajo de campo, a Andreu Bruguera Riera por la coordinación con todos los Hospitales que participaron y hacen parte de la cohorte PISCIS, a Esteve Muntada Molas por su implicación en el soporte y la resolución de problemas tecnológicos, a Pol Romano de Gea por su apoyo en la creación del material de comunicación, a Montse Galdón Muñoz por su ayuda y soporte administrativo, a Pili Bonamusa Rico por su soporte logístico y en la entrada de datos, y obviamente a gTT-VIH, Juan Sebastián Hernández y Miguel Ángel Vázquez Naveira y nuestros queridos monitores, Carmen Valls Todoli, Enric Batet Pages y José Antonio Sánchez Pérez, que se esmeraron por invitar a participar en todas las unidades de VIH a las que fueron.

Agradecer también la implicación del personal clínico y de investigación de 17 unidades hospitalarias de VIH que trabajaron para reclutar participantes durante el período de implementación de Vive+:

- Hospital Clínic de Barcelona (Dr. José María Miró)
- Hospital de Universitari de Bellvitge (Dr. Arkaitz Imaz)
- Hospital Universitari Son Espases (Dr. Melchor Riera)
- Hospital Germans Trias i Pujol (Dr. Josep Llibre Codina)
- Hospital Universitario Vall d'Hebron (Dr. Vicenç Falco)
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Dr. Pere Domingo)
- Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Dr. Gemma Navarro)
- Hospital Son Llàtzer (Dr. Francisco Homar)
- Hospital Joan XXIII (Dr. Joaquín Peraire)
- Hospital de Mataró-Consorci Sanitari del Maresme (Dr. Lluís Force)
- Consorci Sanitari Integral (Dra. Elena León)
- Hospital de Palamós (Dra. Àngels Masabeu)
- Hospital General de Vic (Dr. Josep Vilaró)
- Hospital Verge de la Cinta de Tortosa (Dr. Amat Orti)
- Hospital Universitari Mútua Terrassa (Dr. David Dalmau y la Dra. Àngels Jaén)
- Hospital General de Granollers (Elisabet Deig)
- Hospital Parc de Salut mar (Dr. Emilli Letang y Dr. Hernando Knobel)

Finalmente agradecer a Juliana Reyes-Urueña, Laia Egea Cortés, Ivet Bayés Marín, Jorge Palacio Vieira y a Jocelyn Mesías Gazmuri, por el análisis, interpretación y redacción de este informe.

Financiación y aprobación de comités de ética

Financiación

Vive+ fue realizado por el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya – CEEISCAT y financiado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, por la Fundació La Marató de TV3 a través del proyecto "Impacte de la pèrdues en seguiment clínic i l'envelliment a la població infectada per VIH de Catalunya i les Illes Balears: estudi de cohort en base poblacional" (código de proyecto 239/C/2018) y por la Fundació "la Caixa" a través del convenio "COVIHCAT".

Aprobación comités de ética

Vive+ fue revisado y aprobado por los siguientes comités de ética médica:

- Comité de ética de la investigación del Hospital Universitari de Bellvitge (ID: PR250/19 (CSI19/50).
- Comité de ética de la investigación CEI FPHAG (ID: 20202007)
- Comité de ética de la investigación con medicamentos Institut d'investigació Sanitaria Pere Virgili (ID: 129/2019)
- Comité de ética de la investigación con medicamentos Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (ID: EC/19/292/5693)
- Comité de ética de la investigación con medicamentos Fundació Asisitencial Mútua Terrassa
- Comité de ética de la investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar (ID: 2019/8881/I)
- Comité de ética de la investigación de las Islas Baleares (ID: 09/19)
- Comité de ética de la investigación con medicamentos Instituto de investigación Sanitaria Pere Virgili (ID: 129/2019)
- Comité de ética de la investigación con medicamentos Hospital Universitari Vall d'Hebron (ID: PR(AG)365/2019)
- Comité de ética de la investigación Hospital Germans Trias i Pujol (ID: PI-19-172)

Anexo 1. Perfil de pacientes con VIH (carga viral, células CD4, tratamiento farmacológico y años viviendo con VIH)

	Carga Viral (CV)		CD4			Tratamiento						Años viviendo con VIH				
	Detectables	Indetectables	<200	200-350	>350	Basado en 3AN	Biterapia	Basado en II	Basado en IP	Basado en IP/ BOOSTER	Basado en NN	0-9	10-19	20-29	30-39	NS/NC
Total	60 (6,5)	823 (89,8)	25 (2,7)	70 (7,6)	811 (88,4)	4 (0,4)	82 (8,9)	334 (36,4)	1 (0,1)	56 (6,1)	150 (16,4)	289 (31,5)	238 (25,9)	176 (19,2)	96 (10,5)	118 (12,9)
Género																
Hombre	47 (6,5)	643 (90,0)	15 (2,1)	56 (7,8)	635 (88,8)	3 (0,4)	64 (9,0)	264 (36,9)	1 (0,1)	42 (5,9)	119 (16,6)	247 (34,6)	195 (27,3)	117 (16,4)	65 (9,1)	91 (12,7)
Mujer	12 (7,2)	149 (90,0)	10 (6,0)	8 (4,8)	148 (88,6)	1 (0,6)	16 (9,6)	56 (33,5)	-	9 (5,4)	28 (16,8)	31 (18,6)	34 (20,3)	53 (31,7)	30 (18,0)	19 (11,4)
Transgénero	1 (3,5)	25 (86,2)	-	4 (13,8)	24 (82,8)	-	1 (3,5)	12 (41,4)	-	4 (13,8)	3 (10,3)	11 (37,9)	8 (27,6)	4 (13,8)	1 (3,5)	5 (17,2)
País de orígen																
Español	36 (5,9)	556 (91,0)	18 (3,0)	45 (7,4)	542 (88,6)	3 (0,5)	60 (9,8)	223 (36,4)	-	32 (5,2)	107 (17,5)	144 (23,5)	153 (25,0)	143 (23,4)	92 (15,0)	80 (13,1)
Extranjero	24 (7,9)	267 (87,5)	7 (2,3)	25 (8,2)	269 (88,2)	1 (0,3)	22 (7,2)	111 (36,4)	1 (0,3)	24 (7,9)	43 (14,1)	145 (47,5)	85 (27,9)	33 (10,8)	4 (1,3)	38 (12,5)
Edad																
<39	20 (9,6)	178 (85,6)	3 (1,4)	10 (4,8)	193 (92,8)	-	22 (10,6)	72 (34,6)	-	15 (7,2)	21 (10,1)	150 (72,1)	33 (15,9)	6 (2,9)	1 (0,5)	18 (8,7)
40-59	31 (5,7)	494 (91,1)	15 (2,8)	41 (7,6)	479 (88,4)	2 (0,4)	40 (7,4)	204 (37,6)	1 (0,2)	32 (5,9)	99 (18,3)	123 (22,7)	173 (31,9)	118 (21,8)	56 (10,3)	72 (13,3)
>60	9 (5,4)	151 (90,4)	7 (4,2)	19 (11,4)	139 (83,2)	2 (1,2)	20 (12,0)	58 (34,7)	-	9 (5,4)	30 (18,0)	16 (9,6)	32 (19,2)	52 (31,1)	39 (23,4)	28 (16,8)
Modo de transmisión																
PID	9 (6,0)	136 (91,3)	8 (5,4)	20 (13,4)	118 (79,2)	1 (0,7)	8 (5,4)	58 (38,9)	-	11 (7,4)	21 (14,1)	19 (12,8)	19 (12,8)	37 (24,8)	55 (36,9)	19 (12,8)
HSH	37 (6,9)	477 (89,3)	7 (1,3)	38 (7,1)	483 (90,5)	1 (0,2)	53 (9,9)	200 (37,5)	1 (0,2)	31 (5,8)	86 (16,1)	215 (40,3)	161 (30,2)	72 (13,5)	19 (3,6)	67 (12,6)
HHTX	2 (3,4)	54 (91,5)	2 (3,4)	5 (8,5)	52 (88,1)	1 (1,7)	3 (5,1)	18 (30,5)	-	3 (5,1)	12 (20,3)	16 (27,1)	15 (25,4)	13 (22,0)	8 (13,6)	7 (11,9)
MHTX	10 (7,7)	114 (87,7)	7 (5,4)	4 (3,1)	118 (90,8)	1 (0,8)	12 (9,2)	45 (34,6)	-	8 (6,2)	22 (16,9)	28 (21,5)	30 (23,1)	45 (34,6)	11 (8,5)	16 (12,3)
Otro	-	9 (100,0)	-	1 (11,1)	8 (88,9)	-	2 (22,2)	-	-	-	3 (33,3)	1 (11,1)	1 (11,1)	4 (44,4)	1 (11,1)	2 (22,2)
NS/NC	2 (5,6)	33 (91,7)	1 (2,8)	2 (5,6)	32 (88,9)	-	4 (11,1)	13 (36,1)	-	3 (8,3)	6 (16,7)	10 (27,78)	12 (33,33)	5 (13,89)	2 (5,56)	7 (19,44)

Anexo 2. Prevalencia de condiciones médicas de salud según sexo, país de nacimiento, edad y modo de transmisión

	Hipertensión arterial	Enfermedad cardíaca	Diabetes mellitus	Obesidad	Enfermedad pulmonar crónica	Enfermedad autoinmune	Enfermedad hepática	Enfermedad renal crónica	Asma	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Hepatitis C
Total	124 (25,5)	70 (14,4)	44 (9,0)	44 (9,0)	12 (8,4)	32 (6,6)	32 (6,6)	29 (6,0)	24 (5,0)	41 (5,0)	18 (3,7)
Género											
Hombre	93 (25,0)	52 (13,9)	29 (7,7)	31 (8,3)	7 (1,9)	27 (7,2)	24 (6,4)	21 (5,6)	12 (3,2)	22 (5,9)	13 (3,5)
Mujer	25 (28,1)	15 (16,9)	14 (15,7)	10 (11,2)	5 (5,6)	4 (4,5)	6 (6.7)	6 (6,8)	10 (11,2)	16 (18,0)	4 (4,5)
Transgénero	5 (25,0)	2 (10,0)	-	10 (10,0)	-	-	10 (10,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	5 (5,0)
País de origen											
Español	97 (27,3)	63 (17,8)	32 (9,0)	30 (8,5)	11 (3,1)	25 (7,0)	27 (7,6)	24 (6,8)	19 (5,4)	37 (10,4)	15 (4,2)
Extranjero	27 (20,5)	7 (5,3)	12 (9,1)	14 (10,6)	1 (0,8)	7 (5,3)	5 (3,8)	5 (3,8)	5 (3,8)	4 (3,0)	3 (2,3)
Edad											
<39	4 (4,8)	2 (2,4)	-	5 (5,9)	1 (1,2)	1 (1,2)	-	-	5 (5,9)	2 (2,4)	-
40-59	66 (21,8)	33 (10,9)	25 (8,3)	23 (7,6)	7 (2,3)	17 (5,6)	20 (6,6)	13 (4,3)	16 (5,3)	20 (6,6)	11 (3,6)
>60	54 (54,6)	35 (35,4)	19 (19,2)	16 (16,2)	4 (4,1)	14 (14,1)	12 (12,1)	16 (16,2)	3 (3,0)	19 (19,2)	7 (7,1)
Modo de transmisión											
PID	26 (35,6)	15 (20,6)	5 (6,9)	4 (5,5)	2 (2,7)	7 (9,6)	16 (22,0)	10 (13,7)	6 (8,2)	19 (26,0)	8 (11,0)
HSH	61 (21,6)	32 (11,4)	20 (7,1)	22 (7,8)	3 (1,1)	17 (6,0)	10 (3,6)	10 (3,6)	10 (3,6)	9 (3,2)	4 (1,4)
HHTX	6 (20,0)	3 (10,0)	4 (13,3)	3 (10,0)	1 (3,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	2 (6,7)	1 (3,3)	2 (6,7)	-
MHTX	20 (28,2)	15 (21,1)	12 (17,0)	9 (12,7)	5 (7,0)	4 (5,6)	3 (4,2)	2 (2,8)	7 (10,0)	9 (12,7)	4 (5,6)
Otro	2 (33,3)	1 (16,7)	-	1 (16,7)	1 (16,7)	-	-	-	-	-	1 (16,7)
NS/NC	9 (36,0)	4 (16,0)	3 (12,0)	5 (20,0)	-	1 (4,0)	1 (4,0)	5 (20,0)	-	2 (8,0)	1 (4,0)

VIVE+