

**VARIABLES PSICOSOCIALES Y  
ADHESIÓN TERAPÉUTICA AL  
TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN  
PACIENTES RECLUSOS**

**Félix Herraiz Gonzalo**

**Universidad Autónoma de Barcelona**

**Facultad de Medicina**

**Departamento de psiquiatría y medicina legal**

**VARIABLES PSICOSOCIALES Y ADHESIÓN TERAPÉUTICA AL  
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES RECLUSOS<sup>1</sup>**

**Félix Herraiz Gonzalo**

**Dirección: Francisco Villamarín y Andrés Chamarro**

**Tutor: Rafael Torrubia Beltri**

**Programa de doctorado: Psiquiatría y psicología médica**

**Barcelona 2006**

---

Esta investigación ha sido posible, en parte, gracias a la ayuda del Ministerio de Ciencia y Tecnología al proyecto “Control percibido, afrontamiento y emociones: un estudio experimental de sus interrelaciones” (BSO2002-01123).

“La experiencia es la enfermedad  
que ofrece el menor peligro de contagio”

**Girando, Oliverio**

“El psicólogo – profesional del comportamiento y las emociones humanas –  
es una pieza clave en la lucha contra el SIDA, tanto desde un punto de vista  
investigador como preventivo y asistencial. Como psicólogo su compromiso  
asistencial con el portador del VIH o enfermo de SIDA, la garantía de soporte  
que le ofrezca, debe ser total”

**Bayes, Ramón**

Me gustaría dedicar este trabajo a todos los internos del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona que me han permitido compartir sus experiencias y su sufrimiento.

Y, también, me gustaría agradecer a todos aquellos que han colaborado en que se haya hecho realidad esta investigación, y particularmente,

- A mis directores de tesis por la paciencia que han tenido conmigo y el esfuerzo que han dedicado a este proyecto.
- A la Secretaria General de Serveis Penitenciaris y a la Direcció del C.P.H.B., por permitirme realizar la investigación, y también, a todos los trabajadores que han facilitado las cosas cotidianas en su ejecución.
- A los servicios médicos, y en especial, al doctor Andres Marco por facilitarme al acceso a los datos médicos.
- Y a todos los amigos que me preguntaban, pero bueno, para cuando la tendrás....

## INDICE

Introducción .....	1
--------------------	---

### I. BASES TEÓRICAS

1. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA).....	6
1.1. Proceso evolutivo de la enfermedad.....	6
1.2. Sistema de clasificación de la infección del VIH.....	7
1.3. Epidemiología en la población general.....	10
1.4. Historia de la enfermedad y del tratamiento antirretroviral.....	13
2. El tratamiento antirretroviral.....	17
2.1. Bases y objetivos del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).....	17
2.2. ¿Cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral? .....	20
2.3. Recursos farmacológicos.....	22
2.4. Tratamientos antirretrovirales en la actualidad.....	24
3. Población penitenciaria e infección por VIH .....	27
3.1. Efectos psicológicos del ingreso en prisión.....	27
3.2. Epidemiología de infección por VIH en prisión en la población penitenciaria.....	29
3.3. Población penitenciaria y usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).....	31
3.4. Perfil psicosocial de los reclusos y características del tratamiento antirretroviral de los infectados por VIH en prisión.....	34
4. La adhesión terapéutica.....	36
4.1. El concepto de adhesión.....	36
4.2. Importancia y consecuencias de la no adhesión al TARGA.....	38

4.3. Evaluación de la adhesión.....	40
4.3.1. Prevalencia de la adhesión.....	42
4.3.2. Métodos utilizados para evaluar la adhesión.....	45
5. Variables que influyen en la adhesión.....	57
5.1. Clasificación de las variables.....	57
5.2. Las variables más importantes y tipo de influencia de cada variable.....	58
5.3. Modelos teóricos y adhesión terapéutica .....	67
5.4. Variables predictoras de la adhesión al TARGA.....	72
6. Estrategias de mejora de la adhesión.....	82
6.1. Proceso de intervención: fases de la prescripción terapéutica.....	82
6.2. Estrategias para potenciar la adhesión en función del centro de interés.....	88
6.3. Actuaciones realizadas en el ámbito penitenciario.....	90

## **II. TRABAJO EMPÍRICO**

7. Planteamientos, objetivos e hipótesis.....	94
7.1. Método.....	98
7.1.1. Participantes.....	98
7.1.2. Variables y procedimiento de recogida de datos.....	100
7.1.3. Procedimiento.....	110
7.2. Análisis de datos.....	113
7.3. Resultados.....	115
7.3.1. Análisis descriptivo.....	115
7.3.2. Evolución temporal de la adhesión y de sus predictores.....	135
7.3.3. Análisis de las relaciones entre las variables psicológicas en cada uno de los tres momentos de la evaluación.....	144

7.3.4. Análisis de la capacidad predictiva de los diferentes tipos de variables sobre la adhesión.....	149
7.4. Discusión.....	160
7.4.1. Evolución de la adhesión y sus predictores.....	163
7.4.2. Capacidad predictiva de los distintos tipos de variables.....	166
7.4.3. Información cualitativa.....	171
7.4.4. Limitaciones y perspectivas.....	173
7.5. Conclusiones.....	175
7.6. Referencias bibliográficas.....	178
7.7. Anexos	
Anexo 1. Recogida información datos sobre variables sociodemográficas, penales/penitenciarias, clínicas, características del tratamiento, psicológicas (relacionales, sociocognitivas y emocionales) y adhesión al TARGA.....	202
Anexo 2. Entrevista semiestructurada (análisis cualitativo).....	226
Anexo 3. Consentimiento informado.....	229

## **INTRODUCCIÓN**

Desde que en 1981 aparecieron los primeros casos de la infección de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido), cuyo agente etiológico es el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), el cual fue identificado en 1983, se ha incrementado de forma progresiva la extensión del VIH, calculándose que en la actualidad hay aproximadamente unos 40 millones de personas que están infectadas por este virus.

La aparición del tratamiento actual, que se inició en el año 1996, consistente en la combinación de diversos fármacos antirretrovirales, y que se ha denominado Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) – High Activity Antirretroviral Treatment, HAART -, se ha traducido en una disminución importante de los casos de SIDA y de la mortalidad por esta causa. Por otra parte, la eficacia del TARGA está mediatizada por un cumplimiento “casi perfecto” del tratamiento y un seguimiento satisfactorio de su prescripción permitiría, además, evitar en los pacientes la aparición de nuevas cepas resistentes a los fármacos y la consecuente dificultad para encontrar otras alternativas terapéuticas.

La comunidad científica médica ha dirigido unos enormes esfuerzos para hacer frente a la infección y conseguir que los pacientes sigan correctamente los tratamientos prescritos, lo cual ha reportado en la elaboración de nuevos fármacos antirretrovirales y su combinación, la simplificación de los tratamientos y la reducción de los efectos secundarios que podían dificultar el seguimiento adecuado del régimen.

Aunque se han producido avances importantes, el cumplimiento del tratamiento antirretroviral aún sigue siendo poco satisfactorio. La falta de una adhesión óptima ha llevado a abordar esta problemática desde una perspectiva multidisciplinar, incorporándose en los equipos sanitarios psicólogos clínicos y de la salud, los cuales desde hace cinco décadas están trabajando en aspectos relacionados con la enfermedad

y la promoción de la salud, tales como la evaluación de la calidad de vida, la adaptación y las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, la promoción de las conductas de salud y, también, en la evaluación de la adhesión y la adopción de estrategias para mejorarla.

A pesar de los trabajos desarrollados por los psicólogos clínicos y de la salud en la prevención primaria y secundaria de la infección por VIH, nos encontramos que en las prisiones hay un elevado porcentaje de personas infectadas por VIH, situándose alrededor de un 20%. En las instituciones penitenciarias, la incorporación de estos profesionales en el área sanitaria ha sido casi nula, como consecuencia de “una parcelación” entre las profesiones consideradas sanitarias (médicos, enfermería y auxiliares clínicos) y, por otra parte, las profesiones consideradas del área de tratamiento (psicólogos, juristas criminólogos, educadores, pedagogos, maestros y asistentes sociales). Desde la Secretaría de Servicios Penitenciarios se ha orientado la intervención de los psicólogos hacia actividades relacionadas directamente con la conducta delictiva, dejando de lado algunas otras tareas que también podrían asumir estos profesionales, que son de una importancia extraordinaria, y que estarían relacionadas con la salud de los internos.

La población penitenciaria presenta unas características sociales y psicológicas peculiares, destacando un proceso de socialización en un entorno marginal, unas creencias y valores en que a “la libertad” se le concede un valor máximo, en detrimento de otros como “la salud física”. La mayoría de las personas infectadas por VIH han sido usuarios de drogas por vía parenteral. Como rasgos de personalidad predomina una elevada impulsividad y una baja tolerancia a la frustración.

Por otra parte, en los establecimientos penitenciarios frecuentemente se dan conductas de riesgo, principalmente las relacionadas con el consumo de drogas por vía intravenosa o relaciones sexuales en las comunicaciones íntimas sin adoptar medidas de prevención. El ingreso de personas con VIH en una institución penitenciaria puede suponer algunas ventajas para su estado de salud, tales como la facilidad de acceso a cuidados médicos, la disponibilidad de recursos alternativos al consumo de drogas –administración de tratamiento farmacológico para hacer frente al síndrome de abstinencia– o el suministro de metadona. Pero, también presenta algunas desventajas tales como una calidad asistencial limitada por el escaso número de profesionales sanitarios que intervienen, lo cual revierte en un tiempo escaso de atención a los internos, dificultades para mantener unas habilidades de comunicación óptimas, etc.

El objetivo del presente estudio es evaluar y analizar la capacidad predictiva de las principales variables psicosociales que influyen en la adhesión al tratamiento en internos con VIH en prisión. A partir de estos resultados se podrán diseñar modelos de intervención que permitan hacer una evaluación y seguimiento y adoptar estrategias que les permitan mejorar su adhesión a los antirretrovirales.

Hemos estructurado esta investigación en dos grandes apartados: bases teóricas y estudio empírico.

En las bases teóricas abordaremos, sucesivamente, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (fases de la enfermedad, epidemiología, historia de la enfermedad y de su tratamiento); los tratamientos antirretrovirales (bases y objetivos, momento de inicio, fármacos disponibles); las características de la población penitenciaria infectada por VIH (en especial, los usuarios de drogas por vía parenteral); la adhesión terapéutica (concepto, procedimientos de evaluación); las variables que

influyen sobre la adhesión terapéutica y, por último, trataremos sobre diferentes estrategias de intervención que pueden repercutir en una mejora de la adhesión.

A continuación se describirá un estudio empírico realizado en el Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (prisión “Modelo”) con internos que presentan la infección de VIH y que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral, para examinar cuáles son aquellos factores psicosociales que influyen en la adhesión a los fármacos.

# **I. BASES TEÓRICAS**

# **1. LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH/SIDA)**

## **1.1 Proceso evolutivo de la enfermedad**

La infección por el VIH ha sido descrita por Bueno y Artero (2002) siguiendo un proceso evolutivo que se ha agrupado en cuatro fases:

a) Fase del síndrome clínico agudo: Se presenta con síntomas inespecíficos de escasa gravedad y sigue un curso autolimitado. Es percibido por el propio paciente en un 40 a 90% de los casos, tras un periodo de tiempo de exposición al virus que suele oscilar entre 2 y 4 semanas. Las manifestaciones clínicas más importantes según Clark et al. (1999) son: fiebre (97%), linfadenopatía (77%), faringitis (73%), rash cutáneo (70%) y artromialgias (58%). Se produce un descenso de linfocitos CD4+ en sangre. Tras varias semanas tiene lugar un aumento de linfocitos CD8+ y se produce una inversión del cociente CD4+/CD8+. La duración de los síntomas del síndrome agudo suele ser menor de 2 semanas.

b) Fase asintomática de duración prolongada. Es una fase de latencia clínica en la que persiste la replicación vírica, si bien la producción de viriones se sitúa en niveles de  $10^3$  a  $10^5$  (Coffin, 1995). Existe una gran variabilidad individual en la progresión al SIDA.

c) Fase sintomática precoz: Se caracteriza por la aparición de manifestaciones clínicas (no incluidas en el SIDA) que son indicativas de un cierto grado de inmunodeficiencia. Las manifestaciones más comunes en esta fase son: la candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, herpes zoster, herpes simples recurrentes, condilomas acuminados, úlceras aftosas y trombocitopenia. En los años ochenta se les denomina pre-SIDA o complejo relacionado con el SIDA.

d) Fase del SIDA: Aparición de enfermedades oportunistas que se dan bajo el estado de inmunosupresión.

## 1.2. Sistema de clasificación de la infección por VIH

Martínez (2003) describe como El Center For Disease Control (CDC) de Atlanta, en 1982, propuso un sistema de clasificación de la infección por VIH y que, posteriormente, lo modificó y amplió para ganar sensibilidad, hasta llegar a la definición actual de SIDA y las clasificaciones actuales de la infección por VIH. Más tarde, en el año 1987, el CDC estableció una clasificación de las personas (adolescentes y adultos) infectadas por el VIH, en función de la sintomatología y del estado inmunológico, que incluía una propuesta de la definición de SIDA basada en la detección de la infección de VIH mediante procedimientos de laboratorio y la presencia de una enfermedad indicativa de SIDA diagnosticada por métodos definitivos o, en el caso de algunas patologías, por métodos presuntivos.

**Tabla 1. Clasificación de la infección por VIH en adolescentes y adultos (edad igual o superior a 13 años) propuesta en el año 1987 por el CDC de Atlanta.**

Número de linfocitos CD4	Categorías Clínicas		
	(A) Asintomáticos Infección aguda VIH O LGP*	(B) Infección Sintomática (no A no C)	(C) SIDA Enfermedades Indicativas
(1) 500/ $\mu$ l	A1	B1	C1
(2) 200-499/ $\mu$ l	A2	B2	C2
(3) <200/ $\mu$ l	A3	B3	C3

\* Linfadenopatía generalizada persistente

En la tabla 1 se muestra la clasificación de los infectados según su situación clínica e inmunológica (de linfocitos CD4 en sangre periférica). En ella se incluyen tres categorías inmunológicas (1, 2 y 3) de acuerdo con su grado de deterioro inmunitario y tres categorías clínicas (A, B y C) de acuerdo con la fase de infección en que se encuentra el paciente.

*Categorías inmunológicas:*

*Categoría 1:* El número de linfocitos CD4 está por encima de 500 células/ $\mu$ l y denota una inmunosupresión leve.

*Categoría 2:* El número de linfocitos CD4 se encuentra entre los 200 y las 499 células/ $\mu$ l y denota un inmunosupresión moderada.

*Categoría 3:* El número de linfocitos CD4 es inferior a 200 células/ $\mu$ l y denota una inmunodepresión grave. Cuando el paciente se encuentra en esta categoría, presenta sintomatología definitoria de SIDA.

*Categorías clínicas:*

*Categoría A:* Personas con edad igual o superior a 13 años que presentan: infección aguda por VIH con sintomatología acompañante o historia reciente de infección aguda por VIH, infección documentada por VIH y que se encuentran en fase asintomática, y linfadenopatía generalizada persistente.

*Categoría B:* Pacientes con manifestaciones sintomáticas menores, que no están incluidas en la categoría "C" de esta clasificación y que son atribuidas a la infección por VIH o son indicativas de inmunodeficiencia celular, o bien que tienen un curso o un manejo complicado a causa de la infección por VIH.

Dentro de esta categoría se incluyen, entre otras las siguientes enfermedades: angiomatosis celular, candidiasis orofaríngea, candidiasis vulvovaginal (frecuente o que responde mal al tratamiento), displasia cervical moderada o grave, o bien carcinoma cervical in situ, síntomas constitucionales como fiebre de 38,5° o diarrea persistente durante un periodo superior a un mes, leucopatía vellosa oral, herpes zóster: dos episodios diferentes o que afecta a más de un dermatoma, púrpura trombocitopénica idiopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica (en especial si se complica con abscesos tuboováricos) y neuropatía periférica.

Para poder clasificar un enfermo dentro de esta categoría es necesaria la confirmación mediante técnicas de laboratorio de la infección por VIH.

*Categoría C:* Pacientes que presentan o han presentado una o más enfermedades indicativas de SIDA como:

a) Enfermedades oportunistas:

*Enfermedades bacterianas:* tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, infección diseminada o mycobacterium avium o mycobacterium kansaii, microbacteriosis no tuberculosa diseminada, septicemia recurrente por salmonela y pneumonias bacterianas recurrentes.

*Enfermedades víricas:* infección de órganos por citomegalovirus (CMV), retinitis por CMV, infección mucocutánea persistente por herpes simple, infección bronquial, pulmonar o esofágica por herpes, y leucoencefalopatía multifocal progresiva.

*Enfermedades por hongos:* candidiasis esofágica, candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar, criptococcosi extrapulmonar, coccidioidomicosis diseminada y histoplasmosis diseminada.

*Enfermedades parasitarias:* criptosporidiasis con diarrea persistente, neumonía por Pneumocystis carinii, toxoplasmosis cerebral y isosporiasis con diarrea persistente.

b) Tumores: Sarcoma de Kaposi, linfoma primario del cerebro, linfomas no hodgkinianos y carcinoma invasivo del cuello de útero.

c) Otras enfermedades indicativas: encefalopatía por VIH y el síndrome caquético por VIH.

### **1.3. Epidemiología en la población general**

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2004), correspondiente a 12/04, se estima que la población de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo se sitúa alrededor de los 39 millones (entre 35,9 y 44,3 millones), de los cuales 25,4 millones (entre 23,4 y 28,4 millones) corresponden al África subsahariana, donde la evolución de la infección continúa creciendo. En el año 2003 se habían detectado 4.900.000 (entre 4,3 y 6,4 millones) de nuevos casos de personas con la infección del VIH. En el año 2003 un total de 3 millones (entre 2,5 y 3,5 millones) de personas habían muerto como consecuencia del SIDA.

A nivel global se ha observado que el África Subsahariana sigue siendo la región más afectada, así menos de las dos terceras partes (64%) de todas las personas que viven con VIH corresponden a esta área. La epidemia se ha estabilizado en esta zona con una prevalencia del VIH de alrededor del 7,4% en toda la región. Los aumentos más pronunciados se han producido en las regiones de Asia Oriental y de Europa Oriental. El número de personas que vivían con VIH en Asia Oriental creció un 50% entre 2002 y 2004, como consecuencia del rápido crecimiento que afecta a China. En 2004, en Europa Oriental y Asia Central hubo un 40% más de personas viviendo con el VIH que en 2002, debido en gran parte a la epidemia resurgente en Ucrania y al creciente número de personas que viven con el VIH en la Federación de Rusia.

En los países con ingresos elevados, entre los que se encontraría España, se ha observado que el acceso generalizado a los tratamientos antirretrovíricos ha permitido mantener la cifra de defunciones entre 15.000 y 32.000. Aunque los factores prominentes en las epidemias continúan siendo las relaciones sexuales entre varones y, en menor medida, el consumo de drogas por vía intravenosa, los patrones de

transmisión están cambiando, con una proporción creciente de personas infectadas a través del coito heterosexual no protegido.

Según el European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2004), cuyos datos corresponden a 52 países, a fecha 31/12/2004, y que son presentados en tres áreas geográficas (el Este, el Oeste y el Centro de Europa), el número de casos acumulados por VIH, entre los años 1996 hasta 30 de diciembre de 2004, se sitúa en 633.770. Entre 2000 y el 31 de diciembre de 2004, se diagnosticaron nuevas infecciones con VIH en 238.443 casos de UDVP, 112.942 en personas que habían mantenido contactos heterosexuales, 63.830 en personas que habían tenido contactos homo/bisexuales y 3.059 en personas que se habían infectado en la transmisión madre-hijo.

En referencia a los casos de SIDA, desde 1997 hasta 2004, se contabilizaron 294.571, y las muertes por SIDA, entre 2000 y 2004, alcanzaron la cifra de 163.831 casos.

En lo que se refiere al área Oeste, en la que se incluiría nuestro país, se han acumulado 219.374 casos de VIH . Este número de casos acumulados de VIH está probablemente infravalorado ya que no todas las infecciones de VIH han sido diagnosticadas e informadas y, sobre todo, porque algunos países, entre los cuales se encuentra España, no tienen un registro sistemático de casos de VIH a nivel nacional. Cabe destacar, según el *European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2003)*, que el número total de personas diagnosticadas con VIH creció ligeramente desde 1998, con un incremento importante en el 2002 (desde 9.657 en el 2001 hasta los 12.135 casos, más de un 26%) que continuó el 2003 (13.184 casos, más de un 9%). Se ha producido un incremento en la infección por contacto heterosexual (siendo el más frecuente modo de transmisión en la mayoría de países), mientras que en los contactos entre homo/bisexuales, después de un marcado incremento en el 2002, se mantuvo estable durante el 2003, después de un suave decremento en años previos. En cambio, el

número de casos de usuarios de drogas por vía intravenosa ha decrecido suavemente desde 1998. Respecto al crecimiento de los diagnósticos por contacto heterosexual, un importante número de casos corresponden a personas originarias de países donde la infección por VIH está generalizada (un 90% son emigrantes procedentes del África Subsahariana). En relación con los 7236 casos estimados de SIDA diagnosticados durante el año 2004, Portugal y España presentan las ratios de incidencia más elevados, 80 casos y 43 por millón, respectivamente.

Según los datos aportados por la Secretaría del Plan Nacional Sobre SIDA (2005), actualizados a 30 de junio del 2005, se han diagnosticado en España el año anterior 2.071 nuevos casos de SIDA, que en comparación con los 2.218 estimados en el 2003, supone una disminución del 6,6%, registrándose un descenso del 10,3% en hombres y un ascenso del 8% en mujeres.

Entre 2003 y 2004 los casos diagnosticados en usuarios de drogas por vía parenteral descendieron un 12%, siendo el grupo más numeroso y el que mayores descensos ha registrado en los últimos años. Dentro de esta categoría predominan los hombres (más del 80%). Los casos contraídos por relaciones heterosexuales no protegidas descendieron un 1,9% y los debidos a relaciones sexuales entre hombres disminuyeron un 1,8%.

Desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales en 1996, la incidencia de SIDA ha descendido en España un 69%, con un importante descenso en el período 1997-1999 y otro más moderado a partir del año 2001. Sin embargo, España sigue siendo uno de los países de mayor incidencia de SIDA en Europa Occidental.

De los 1712 casos de SIDA que se habían notificado (y que probablemente suponen un 82,6% los que se estima que habrá al finalizar la notificación del año 2004), hay un predominio de los hombres (76,7%). La edad media de diagnóstico de SIDA ha

descendido a 40,3 años. Los casos de SIDA se han distribuido de la siguiente forma: un 46,3% de las personas que han desarrollado el SIDA en 2004 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas; un 29,2% a través de contactos heterosexuales y un 16,5% por relaciones sexuales no protegidas entre hombres. Un dato que cabe resaltar es que entre las personas diagnosticadas con SIDA, un 14,5% procedía de un país de origen distinto a España (la mayoría procedían de países en desarrollo de África y Latinoamérica), y el 17,8% de los casos notificados hasta la fecha en 2005.

La tasa de SIDA por millón de habitantes en España en el año 2004 se situó en 40,1 y en nuestra comunidad, en Cataluña, en 39. El número total de casos acumulados en nuestro país desde la aparición de la enfermedad hasta el 30 de junio de 2004 es de 71.039 y de éstos un 63,2% (44.922), corresponden a UDVP (en Cataluña se han contabilizado un total de 14.875 casos, correspondiendo 8.272 a UDVP). Según datos actualizados a 30 de junio de 2005, las franjas de edad donde se acumulan mayor número de casos de SIDA son la de 30-34 años con 20.438, seguida por la de 25-29 años con 15.648 y la de 40-44 años con 13.540. Dentro de las categorías de transmisión se han contabilizado 36.455 hombres y 8.467 mujeres infectados a través del uso de drogas por vía parenteral; y entre los contactos heterosexuales hay 6.705 hombres y 4.306 mujeres.

#### **1.4. Historia de la enfermedad y del tratamiento antirretroviral**

En este apartado describiremos los principales hitos en la historia de la pandemia del VIH/SIDA y en la historia de la terapia antirretroviral desde el principio de la década de los ochenta. Para ello nos basaremos en la información aportada por el Proyecto AMAS (2004). Los principales hitos serían los siguientes:

**1981:** Se identifican los primeros casos de VIH/SIDA.

**1983:** Montagner (Francia) y Gallo (EEUU) identifican el VIH como el causante del SIDA.

**1986:** Se introducen los tests serológicos para medir el antígeno viral y los anticuerpos anti-VIH en las muestras de plasma del paciente.

**1987:** El fármaco AZT (zidovudina) es el primer antirretroviral aprobado (INTI – Inhibidores de la transcriptasa inversa-).

Se reconoce el recuento de CD4 como un marcador de progresión de la enfermedad.

**1990:** Se introduce la terapia antirretroviral secuencial.

Se propone el uso temprano de AZT para controlar la infección del VIH.

**1991:** Se reconoce el tejido linfoide como uno de los grandes reservorios del VIH.

**1992:** Decece la confianza en la terapia antirretroviral.

Se introducen ddi (didanosina) y ddC (zalcitabina) en el arsenal de fármacos aprobados.

**1993:** Pantaleo et al. (1993) y Embretson et al. (1993) alertan sobre una rápida replicación del VIH durante la fase asintomática.

Se introducen nuevas técnicas más sensibles de Reacción en Cadena de la Polimerasa (Polymerase Chain Reaction, – PCR -) para medir el ácido ribonucleico (ARN) viral.

**1995:** Se introduce la terapia antirretroviral de combinación.

Se introducen dos nuevas clases de fármacos antirretrovirales, los IP (inhibidores de la proteasa) y los ITINAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos) aunque ambas clases se asocian a altos niveles de resistencia.

Mejora la eficacia de las terapias antirretrovirales – introducción de los nuevos ITIAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos), los IP y los ITINAN.

**1996:** Se adopta la carga viral como marcador de la progresión de la enfermedad.

**1997:** Se aprueban dos IP nuevos, ritonavir e indinavir.

Empieza la era de la terapia combinada triple.

Los resultados sobre regímenes de triple combinación demuestran una reducción de la carga vírica por debajo de los límites de detección durante prolongados períodos de tiempo.

**1998:** Las combinaciones llegan a ser más complicadas y más difíciles, pero se muestra a lo largo del año que la mortalidad y morbilidad bajan básicamente a causa de un tratamiento antirretroviral precoz, fuerte y continuado.

**1999:** Tiende a igualarse el descenso en muertes y morbilidad del SIDA.

Se aprueba el fármaco Efavirenz.

Se han iniciado importantes ensayos para demostrar que las terapias antirretrovirales de alta potencia (TARGA) pueden convertirse en un doble ataque frontal (por un lado, porque debilitan el virus y, por la otra, porque sostienen el sistema inmunológico).

Surge el interés por los efectos secundarios de los tratamientos (sobre todo la lipodistrofia: redistribución y pérdida simultánea de grasa en diferentes partes del cuerpo).

**2000:** Se aprueban nuevas medicaciones. Al final del año aparece una nueva formulación, el Trizivir, con tres drogas en una cápsula, que puede hacer más fácil la adhesión.

Se impulsa la búsqueda de nuevos métodos alternativos de terapia, incluido el tratamiento con interrupciones estructuradas. Para cada período de tiempo X se suspende el tratamiento por dos razones: para que el paciente pueda disponer de un cierto tiempo para recuperarse un poco de los efectos secundarios; y para probar de estimular su sistema inmunológico para que empiece a reconocer el VIH y construya la respuesta, con una reanudación del tratamiento cuando sea necesario.

**2001:** Se pone de manifiesto que Europa Oriental es una de las zonas más afectadas por la transmisión del VIH en todo el mundo.

Se introducen nuevos fármacos tales como: Lopinavir (IP), tenofovir (Viread), interleukin-2 – medida inmunoterapéutica - y atazanavir (IP).

**2003:** Aparece el T20 perteneciente a una nueva clase de antirretrovirales, los inhibidores de fusión.

## **2. EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

### **2.1. Bases y objetivos del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)**

Barlett y Moore (1998) han descrito como se produce el proceso de replicación del VIH desde el acceso del virus a los linfocitos T CD4 uniéndose al propio CD4 y a otra molécula, un “correceptor” de la superficie celular. Esta unión le permite fusionarse con la membrana celular y liberar su contenido en el citoplasma. Este contenido está formado por varias enzimas y dos hebras de ARN, portadoras, cada una, del genoma entero del VIH, a partir del cual se fabricarán nuevas partículas del virus.

Una de estas enzimas es la transcriptasa inversa, la cual copia el ARN del VIH en un ADN de doble hebra. Luego una segunda enzima, la integrasa, ayuda a empalmar permanentemente el ADN del VIH a un cromosoma de la célula huésped. Cuando una célula T, en cuyo interior se encuentra este ADN integrado (o provirus) entra en actividad para atacar el VIH o a cualquier otro microorganismo, se reproduce y empieza a producir nuevas copias del genoma y de las proteínas del virus, momento en que otra enzima del VIH, la proteasa, corta las nuevas moléculas de proteína en fragmentos que son empaquetados con el genoma ARN del virus para formar nuevas partículas víricas. Estas partículas infectarán posteriormente a otras células.

Cuando se produce la infección por VIH, los linfocitos CD4 son la principal diana del VIH. Después de la primoinfección, la cifra de linfocitos CD4+ bajará a mayor o menor velocidad (en años) en más del 90% de pacientes. En general, cada año se pierden una media de 60 a 100 linfocitos CD4+. Se considera inmunodepresión grave cuando el porcentaje o el cociente CD4/CD8 es menor de 200/ml. de sangre, 15% o 0,3, respectivamente (VN, 1000 ± 400/ml, 51 ± 5%, 2,1 ± 0,9) (Fumarola, 2003).

La base del tratamiento antirretroviral reside en el empleo de una combinación de fármacos que ataque en diferentes etapas del ciclo de reproducción viral o que ataque diferentes aspectos del mismo y que resultará en una inhibición más eficaz del proceso viral y la replicación.

Bajo esta perspectiva, se han elaborado algunos medicamentos antirretrovirales que intentan detener la replicación del virus dentro de las células inhibiendo la transcriptasa inversa o la proteasa del VIH. Dos clases de fármacos inhiben la transcriptasa inversa y se adelantan a la integración genética y la impiden. Los agentes de una de esas clases, los análogos de nucleósido, se parecen a las sustancias naturales que se convierten en bloques de construcción del ADN del VIH; cuando la transcriptasa inversa trata de añadirlos a una hebra en desarrollo del ADN del virus, los fármacos impiden que se complete la hebra. Los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa, compuestos por otra clase de sustancias, constituyen la segunda clase de antirretrovirales. Una tercera clase, los inhibidores de la proteasa, bloquean el sitio catalítico, activo, de la proteasa del VIH, impidiendo así que escinda las proteínas del VIH recién formada.

Hanna (2000), en un artículo traducido y adaptado por Gotner, hace referencia a la incorporación de una nueva clase de fármacos, presentados en la 7ª Conferencia sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas (CROI) que son los inhibidores de acceso. Estos inhibidores pertenecen a una nueva clase de fármacos antirretrovirales que atacan un nuevo paso en el ciclo de vida del VIH, en concreto, se trata de compuestos que interrumpen las funciones de reproducción del VIH-1, y que incluyen inhibidores de fusión y dos clases denominadas inhibidores de acoplamiento e inhibidores del correceptor. Éstas dos últimas clases todavía se encuentra bajo estudios preclínicos. Respecto a los inhibidores de fusión, éstos actúan en el proceso de acoplamiento del

VIH y su fusión con los receptores celulares, lo cual va seguido del acceso al interior de las células. Este acoplamiento y fusión requiere interacciones entre las glicoproteínas del VIH (gp) 120 y 141, los receptores celulares CD4 y los receptores secundarios de la célula huésped. La teoría que subyace a su funcionamiento, es que podría inhibir el acoplamiento viral con los receptores CD4 de células huéspedes al bloquear una interacción específica de gp120 - CD4 entre virus y célula. Entre esta última clase de fármacos se encuentra el inhibidor de fusión T-20 que ya está comercializado.

Una vez iniciado el tratamiento antirretroviral, el objetivo es conseguir un aumento máximo de la cifra de linfocitos CD4 durante el mayor tiempo posible. En general, el tratamiento antirretroviral produce un aumento de la cifra de linfocitos CD4+ (50/ $\mu$ l, 10% a 100%) que es máxima entre las 4 y las 12 semanas, y que varía según el estado inmunológico basal del paciente y el tipo de tratamiento.

Desde la primoinfección, la replicación vírica es continua y extraordinariamente elevada, produciéndose y eliminándose diariamente una media de  $10^{10}$  nuevos viriones. El nivel de viremia basal propio de cada paciente se establece inmediatamente después de la seroconversión y refleja el equilibrio entre la virulencia de las cepas infectadas y la intensidad de la respuesta antiviral originada por el huésped. La caída de CD4+ ocurre fundamentalmente como consecuencia directa de la replicación del VIH.

La viremia se mide a través de tres métodos comerciales de determinación de la carga viral. Las técnicas utilizadas en la actualidad tienen un límite inferior de detección entre 20 y 50 copias/ml. A través de estas pruebas se cuantifica el número de copias de RNA de VIH-1, como un indicador de la replicación viral (cada virión contiene dos copias de RNA viral). Se realiza fundamentalmente en el plasma y los resultados se expresan en número de copias por ml, o bien en su equivalencia  $\log_{10}$ .

Después de la administración del tratamiento antirretroviral se produce una profunda reducción de los niveles circulantes de virones y una elevación de la cifra de linfocitos CD4+. El objetivo del tratamiento antirretroviral es mantener el valor de la carga viral por debajo de los límites de la detección de la técnica, sobre todo teniendo en cuenta que la replicación viral es la responsable de la “velocidad” de progresión hacia el SIDA. El descenso de la carga viral plasmática después de instaurar el tratamiento antirretroviral ocurre inmediatamente (1 a 2 log<sub>10</sub>/ml de plasma) y el nadir que se obtiene a las 4-8 semanas se correlaciona con la durabilidad de la respuesta. Las concentraciones indetectables de la carga viral suelen obtenerse entre los 3 y los 4 meses desde el inicio de la terapia antirretroviral. Se consideran significativos cambios de más de 0,5 log<sub>10</sub> copias RNA-VIH-1/ml.

## **2.2 ¿Cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral?**

La situación clínica basada en la carga viral, la cifra de células CD4 y la presencia o no de manifestaciones clínicas determinarán en gran medida la recomendación general de inicio de tratamiento antirretroviral (Martínez, 2003).

Las recomendaciones más recientes sobre el momento más adecuado para iniciar el tratamiento antirretroviral son más conservadoras que las que se habían planteado cuando comenzó a aplicarse. Siciliano (2001) demostró como el tratamiento antirretroviral no era capaz de erradicar la infección por VIH, que las pautas potentes actuales se asociaban a un riesgo considerable de toxicidad que comprometían la salud y la calidad de vida y puso de manifiesto la dificultad para mantener la adhesión a largo término y el riesgo de desarrollar resistencia farmacológica en las personas que eran incapaces de conseguir una supresión sostenida de las replications.

En una revisión de las recomendaciones para el inicio del tratamiento TARGA del ESIDGA (Grupo de Estudios de SIDA), Santamaría et al. (2002) comentan cuales son las consecuencias (ventajas e inconvenientes) de un inicio precoz o tardío del Tratamiento Antirretroviral Combinado, que se resumen en la tabla 2:

**Tabla 2. Consecuencias (ventajas e inconvenientes) del tratamiento antirretroviral combinado**

<b>Inicio precoz</b>	<b>Inicio tardío</b>
1. Facilitar erradicación linfocitaria	1. Complejidad terapias antirretrovirales.
2. Preservar respuesta linfocitaria específica frente al VIH-1	2. Efectos secundarios a corto y largo plazo.
3. Prevenir pérdida respuesta linfocitaria T específica patógeno-específica.	3. Necesidad de elevado porcentaje de cumplimiento del tratamiento.
4. Mayor dificultad de supresión viral con cargas virales elevadas.	4. Aparición de cepas virales resistentes.
5. Disminución de transmisión	5. Transmisión de cepas resistentes.
	6. Alto coste económico

Considerando que es un tratamiento de por vida, el inicio precoz o tardío del TARGA hay que balancearlo teniendo en cuenta el riesgo de progresión a SIDA o muerte en ausencia de tratamiento.

Los autores antes citados concluyen respecto al inicio del tratamiento que:

- a) Debe poner más énfasis en la cifra de CD4 que en la carga viral, si bien la depleción de CD4 es más rápida con niveles más altos de carga viral y debería controlarse más estrechamente a los pacientes con cargas virales elevadas.
- b) Se confirma el límite inferior de < de 200 CD4 mm<sup>3</sup> a partir del cual la respuesta al tratamiento es peor.
- c) A corto/medio plazo, los pacientes con cifras CD4 > 350 mm<sup>3</sup>, no parecen tener mayor riesgo por no iniciar el tratamiento antirretroviral incluso con CV superiores a 100.000 copias/ml.
- d) A corto medio/plazo no hay diferencias significativas en lo relativo a progresión clínica ni respuesta virológica o inmunológica, si se empieza el tratamiento con 200-350 CD4/mm<sup>3</sup> o con más de 350 CD4/mm<sup>3</sup>. No obstante, los pacientes con CD4 entre 200

y 350 mm<sup>3</sup> pueden tener un riesgo moderado a corto/medio plazo de progresión clínica o muerte.

Finalmente Santamaría et al. (2002) plantean una serie de recomendaciones respecto al momento adecuado para iniciar el tratamiento antirretroviral, que se resumen en la tabla 3.

**Tabla 3. Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral**

<b>Clínica</b>	<b>CD4/mm<sup>3</sup></b>	<b>CV/ml</b>	<b>Tratamiento</b>
Sintomático	Cualquier valor	Cualquier valor	Recomendado
Asintomático	< 200	Cualquier valor	Recomendado
Asintomático	201-350	Cualquier valor	Recomendar: - En casos con CD4 y CV estable valorar el diferir tratamiento
Asintomático	> 350	Cualquier valor	Diferir tratamiento Considerar tratamiento en CV>50.000 copias/ml. por riesgo de progresión a SIDA en 3 años (> 30%)

### **2.3. Recursos farmacológicos**

Los fármacos se han agrupado en función de su mecanismo de acción antirretroviral en las siguientes categorías: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos, inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos, inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos y los inhibidores de la proteasa.

La Comisión Ciudadana Antisida de Alava (2005) nos ofrece una relación de los fármacos antirretrovirales disponibles en España, los cuales son enumerados en la tabla 4.

**Tabla 4. Fármacos antirretrovirales disponibles en España**

Inhibidores de la proteasa	Inhibidores de la transcriptasa inversa			Inhibidor de la fusina
	Análogo de nucleósido	No análogo de nucleósido	Análogo de nucleótido	
<b>AGENERASE</b> Amprenavir	<b>VIDEX (DDI)</b> Didanosina	<b>RESCRIPTOR</b> Delavirdina	<b>VIREAD</b> Tenofovir	<b>FUZEON (T-20)</b>
<b>CRIXIVAN</b> Indinavir	<b>EPIVIR (3TC)</b> Lamivudina	<b>SUSTIVA</b> Efavirenz		
<b>FORTOVASE</b> Saquinavir-sgc	<b>ZERIT (D4T)</b> Estavudina	<b>VIRAMUNE</b> Nevirapina		
<b>INVIRASE</b> Saquinavir-hgc	<b>RETROVIR (AZT)</b> Zidovudina			
<b>KALETRA</b> Lopinavir Ritonavir	<b>CONVIVIR</b> 3TC + AZT			
<b>NORVIR</b> Ritonavir	<b>HIVID (DDC)</b> Zalcitabina			
<b>VIRACEPT</b> Nelfinavir	<b>TRIZIVIR</b> AZT + 3TC + Abacavir			
	<b>ZIAGEN</b> Abacavir			

Santamaría et al. (2002) ofrecen las pautas a seguir en la administración de los fármacos antirretrovirales en cada una de sus diferentes agrupaciones:

**ITIAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos)**

Las pautas de dos ITIAN combinadas con otro fármaco constituyen la base del TARGA. No se recomienda la asociación AZT + 4DT por antagonismo y se aconseja evitar aquellas que pueden suponer una potenciación de su toxicidad (dDC + dDI, dDI o D4T + Hidroxiurea) (Boxwell y Toerner, 2001).

**ITINAN (Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos)**

Están disponibles en España la nevirapina y el efavirenz. La nevirapina puede prescribirse en una sola toma diaria –siendo incluso superior a dos tomas diarias. No presentan interferencias con la comidas. Permiten que las variaciones en los intervalos de horarios o incluso la pérdida de una dosis, no se asocien con una pérdida significativa de la eficacia o riesgo significativo de desarrollo de resistencias (Moreno, 2000). Los efectos adversos de ambos fármacos son diferentes, característicamente neurológicos

para EFV, mientras que con la nevirapina se han descrito casos aislados de hepatitis grave o mortal por hipersensibilidad, así como una mayor incidencia de hepatotoxicidad respecto a efivarenc.

### **Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos**

Está comercializado el tenofovir que es administrado con alimentos para aumentar su biodisponibilidad. Se administra en una dosis cada 24 horas. Entre sus efectos adversos cabe destacar la neutropenia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, alteración de la función hepática, etc.

### **IP (Inhibidores de la proteasa)**

En España están comercializados seis fármacos de esta clase: Indinavir, nelfinavir, ritonavir (líquido y gelatina blanda), saquinavir (gelatina dura y blanda), amprenavir y lopinavir/ritonavir. Debe considerarse cuales de ellos presentan mejor tolerancia, comodidad, requerimientos alimenticios e interacciones farmacológicas marcadas. Saquinavir y amprenavir tienen como inconvenientes el alto número de comprimidos necesarios cuando se utilizan como IP único.

### **Combinaciones de 2 IP**

En los últimos años, se ha generalizado el uso combinado de ritonavir con otro IP para aumentar sus concentraciones plasmáticas, facilitando el control virológico incluso frente a cepas de virus con resistencia moderada. Las dosis de ritonavir utilizadas tienen diferente importancia según el IP de la combinación.

## **2.4 Tratamientos antirretrovirales en la actualidad**

A la hora de escoger un tratamiento antirretroviral inicial se debe valorar la potencia intrínseca de los fármacos, el número de comprimidos, los requerimientos alimenticios, los efectos adversos a corto y largo plazo, las interacciones farmacológicas y el precio.

Se deben considerar nuevos factores de comorbilidad, especialmente la coinfección con hepatitis B y C, que constituiría un factor de riesgo añadido para una mayor incidencia de hepatotoxicidad grave con algunos fármacos.

Santamaría et al. (2002) han formulado algunas orientaciones respecto a los fármacos para el inicio del tratamiento antirretroviral:

a) En pacientes sintomáticos o muy inmunosuprimidos con  $CD4 < 50 \text{ mm}^3$  las combinaciones de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa más un inhibidor de la proteasa (INTI + IP) son las que presentan una eficacia mejor documentada.

b) En pacientes con menor inmunosupresión ( $CD4 < 100 \text{ mm}^3$ ), se ha demostrado que la eficacia del Efavirenz es similar o superior a la de los regímenes con IP, por lo que sería indistinto comenzar con 2 ITIAN + IP que con 2 ITIAN + Efavirenz.

c) Los regímenes de ITIAN con nevirapina y la combinación de 3 ITIAN han demostrado ser eficaces, pero se disponen de escasos datos de eficacia de nevirapina en pacientes con carga viral  $> 100.000$  copias/ml., y la eficacia para las combinaciones con 3 ITIAN (abacavir) parece ser de menor impacto y de menor duración en pacientes con carga viral  $> 100.000$  copias/ml, que la de las pautas con IP.

d) Las nuevas combinaciones de ritonavir con otros IP permiten mejorar la farmacocinética y la potencia de acción contra determinadas cepas virales con sensibilidad disminuida, aunque existen pocos datos de eficacia clínica en pacientes sin tratamiento antirretroviral previo.

e) Deben considerarse las nuevas formulaciones de fármacos previamente disponibles, (dDi, D4T), las nuevas pautas simplificadas (nevirapina o 3TC) o las formulaciones de combinaciones de fármacos (AZT + 3TC, AZT + 3TC + abacavir) que ofrecen mayor comodidad y similar garantía de eficacia y seguridad.

En la tabla 5 se presentan de forma resumida cuáles podrían ser las recomendaciones farmacológicas, según Santamaría et al. (2002).

**Tabla 5. Tratamiento antirretroviral ¿Con qué empezar?**

<b>CD4</b>	<b>Carga Viral (CV)</b>	<b>Elección de fármaco</b>
SIDA o CD4<50 mm <sup>3</sup>		IP
CD4>50 mm <sup>3</sup>	> 100.000 c/ml.	IP EFV NVP?
	< 100.000 c/ml	IP ITINAN ABV

### 3. POBLACIÓN PENITENCIARIA E INFECCIÓN POR VIH

#### 3.1. Efectos psicológicos del ingreso en prisión

Antes de abordar las características de la población reclusa infectada con el VIH, basándonos en el trabajo de Cooke, Baldwin y Howison (1990) haremos una reseña de los cambios que afectan a una persona cuando ingresa en prisión y, cambios que con toda seguridad, también afectarán a la población objetivo de nuestro estudio. Según los autores citados el ingreso en prisión comporta:

a) *Pérdida de control.* Se pierde la oportunidad de elegir acerca de funciones básicas de la vida diaria como lavarse, vestirse, ir al baño, dormir, comer, etc. Esto puede llevarle a experimentar rabia, frustración, desconcierto, agitación, sentimientos de desesperanza o depresión. Algunos internos lo encuentran humillante y atemorizante, particularmente la primera vez que sucede.

b) *Pérdida de la familia.* Cuando alguien ingresa en prisión deja fuera a su familia y amigos. Las personas en las cuales más confía no están disponibles. Esta situación se hace más difícil cuando tienen una familia y la carga de los hijos. La separación que se produce es bastante dolorosa, y la comunicación se reduce considerablemente a las comunicaciones íntimas, orales – cuya duración es corta y poco frecuente o bien no les permite tener un contacto directo, al haber algún obstáculo por medio- y por otros medios, como las cartas y el teléfono. En estas situaciones no pueden afrontar y resolver algunos problemas, que por el contrario crecen.

c) *Falta de estimulación.* La vida se convierte en monótona por la baja disponibilidad de actividad. Frente a esto, intenta controlar su medio ambiente, a través de formas no permitidas por el reglamento penitenciario. Un efecto que se produce de forma bastante habitual es la institucionalización.

d) *Problemas psicológicos* descritos en personas que ingresan en prisión son:

*Ansiedad:* Frente a esta ansiedad pueden reaccionar de forma diferente: sin percibirla, perdiendo el control –gritando, amenazando o agrediendo a otros internos o funcionarios-, dañando material del centro o autolesionándose, etc.

*Depresión:* Frente a la depresión disponen de escasas oportunidades para hablar y no hay forma de escapar de la situación, y no disponen de actividades que sean realmente agradables. Algunas reacciones que se dan son la evitación del resto de internos, incomunicación, hostilidad o rechazo. Frecuentemente experimentan sentimientos de soledad y desesperanza.

*Suicidio:* Parece que hay ciertos momentos en que la probabilidad de suicidio es mayor, sobre todo durante la primera parte de la condena.

*Autolesiones:* Incluye conductas como cortarse en las muñecas o brazos, tragarse diversos objetos, coserse la boca, una sobredosis, o saltar desde lo alto de la galería. Estas conductas pueden obedecer a un intento real de suicidio en personas que buscan una salida; una no planificación real o bien puede ser un medio para controlar su entorno y conseguir que se atiendan sus peticiones. A veces les procura una sensación de relajación, cuando ven brotar la sangre.

*Falta de comunicación:* Una posible respuesta que se da cuando ingresan en prisión es aislarse de los otros, con una dificultad para comunicarse y hablar con los demás. Es frecuente la desconfianza del entorno, tanto de los profesionales como de los internos.

Estos problemas psicológicos pueden agravarse o cobrar una especial importancia en la población penitenciaria infectada por el VIH, pues, por sí misma, suele generar problemas a nivel emocional, somático y cognitivo. En este sentido, García (2002) ha descrito en las personas infectadas por VIH:

*A nivel emocional;* comportamientos de ansiedad y depresivos, entendidos como mecanismos de adaptación del organismo.

*A nivel somático;* respuestas de tensión, alteraciones en el sueño, llanto, fatiga, cansancio, labilidad emocional, alteración en el ritmo cardíaco, en el ritmo respiratorio, sudoración, tensión muscular, etc. El sistema motor puede presentar una lentificación con un descenso del nivel de actividad o un estado de agitación.

*A nivel cognitivo;* dificultades para la toma de decisiones, minusvaloración personal e inseguridad, ideas de culpa y autopuniciones, dificultades de concentración y memoria y preocupaciones excesivas por la salud. Los sujetos afectados tienen pocas posibilidades de compartir socialmente sus preocupaciones, más bien aparecen comportamientos de ocultación.

Por otra parte, algunos infectados presentan trastornos neurológicos, siendo el más frecuente la encefalitis subaguda o también denominado “complejo demencia SIDA”. Su incidencia se ha observado en el 30% de las personas que ya han desarrollado el SIDA, unido a otras alteraciones del SNC. Su sintomatología es la siguiente: estados de apatía, pérdidas de memoria, dificultades de concentración, cuadros depresivos, hipertensión y/o temblores, cuadros atáxicos, cambios de personalidad, etc.

### **3.2. Epidemiología de infección por VIH en la población penitenciaria**

En las prisiones se halla la más alta concentración de personas infectadas con VIH y es uno de los focos donde el riesgo de adquirir la infección por el uso de drogas es mayor.

Su elevada prevalencia ha estado confirmada en diversos países. Así, por ejemplo, MacDougall (1998) indica, en un informe del Bureau of Justice Statistics de Estados Unidos, que la media de casos confirmados de SIDA es seis veces mayor en las prisiones del estado y federales que en la población general, indicando que un 2,3% de

todas las personas encarceladas en Estados Unidos en 1995 eran VIH+, y alrededor del 0,51% tenían el SIDA confirmado. En un seguimiento durante 16 meses realizado por un Comité de Expertos Canadiense en Prisiones (CECAP) se informó de un incremento en el número de casos conocidos de VIH/SIDA y uso de drogas en las prisiones canadienses federales, un incremento del número de prisioneros con infección sintomática del VIH y un incremento en conductas de alto riesgo para la transmisión del VIH. Informaron también de una ratio de la seroprevalencia de la hepatitis C en prisiones canadienses entre el 28% al 40%.

Sobre la prevalencia de la infección en las prisiones españolas se estima que oscila entre el 47-67% (Marco y Saiz de la Hoya, 1999; Pérez, Alonso y Urbina, 1998; Martín, Caylà, Morís, Alonso y Pérez, 1998). En referencia a estos datos, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (1999), en un documento publicado sobre el control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/SIDA, sitúa la prevalencia de la infección por VIH en los reclusos españoles en un 20%, aunque indica que hay centros concretos con prevalencias mucho más altas debido a la localización geográfica del establecimiento y a características de la población interna. También, Marco, Martín y Garrote (1996) en un artículo sobre el SIDA y la población reclusa en España, hablan de una estimación de la prevalencia global de la infección por VIH en las prisiones españolas entre un 25 y 40%, llegando al 60-65% en la población UDVP, en función de la variabilidad de la localización geográfica, del centro penitenciario estudiado y de las características de la población interna. En un informe sobre la asistencia sanitaria en prisión, de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias (2001) se indica que a partir de encuestas realizadas entre abril y octubre de 2000, se detectaron un promedio de internos con infección por VIH de un 16,6%, y un diagnóstico de 101 casos de SIDA durante el año 2000, con un perfil de reclusos con

una media de 33 años, de los cuales un 95% habían contraído el virus siendo UDVP. Durante ese año se produjeron 23 muertes por SIDA y otros 65 penados fallecieron en libertad condicional después que se les había aplicado un artículo del reglamento penitenciario por el cual habían sido excarcelados al padecer una infección en estadio avanzado.

Esta prevalencia elevada de reclusos con VIH en España se corresponde con una población que en un alto porcentaje es consumidora o ha sido consumidora de drogas, presentando las tasas más altas en los consumidores más antiguos.

Sobre la seroprevalencia de la infección por el VIH en la población penitenciaria de Cataluña, Laliga (2005), señala que sobre una población penitenciaria de 7978 reclusos, en octubre de 2004, los equipos sanitarios habían estudiado a 6535 personas (81,91%), y del porcentaje analizado, un total de 1484 (22,71%) se encontraban infectados por el VIH. Concretamente en el establecimiento penitenciario donde realizamos el presente estudio, en fecha 26/1/05, los datos obtenidos mediante la aplicación del programa Servicios Médicos, del programa SIPC (Sistema Informático Penitenciario Catalán), de una población de 2060 internos, se habían realizado pruebas a 1134 (55,05%) y la prevalencia de personas con VIH+ era de 239 (21,08%). Sobre el registro de casos de SIDA, a partir de las declaraciones oficiales de la enfermedad, entre los años 1985 y 2003, el porcentaje de personas que lo habían contraído por vía sanguínea se situaba en el 92,9%.

### **3.3. Población penitenciaria y usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)**

Entre la población penitenciaria el grupo de riesgo más importante en relación con la infección por VIH son los usuarios de drogas por vía parenteral. La mayor parte de los UDVP en prisión, continúan aprovisionándose. Una pequeña parte deja las drogas o las

consume con menos frecuencia o pasa a otras drogas u otras formas de ingestión. Algunas personas que hasta aquel momento no se habían inyectado drogas comienzan a hacerlo durante la reclusión. El consumo de drogas, además de aliviar el síndrome de abstinencia, satisface el impulso de huir temporalmente de manera artificial de la vida cotidiana en la prisión. Así, uno puede evadirse de un entorno caracterizado por el aburrimiento, la pasividad, la lejanía de la realidad y la soledad, estableciéndose una relación con la diversión, las vivencias grupales y la presunta superación de las dificultades. El grupo denominado “needle sharing” son aquellos que comparten la misma aguja y constituyen la vía de contagio del VIH más importante en prisión. Se calcula que aproximadamente uno de cada dos UDVP se inyecta, de tanto en tanto, drogas durante su estancia en la prisión. Suelen utilizar jeringuillas obtenidas del departamento de enfermería, jeringuillas de otros reclusos, y también minas de bolígrafos (Kreuzer, 1994).

Si además tienen la infección por VIH hay que realizar una serie de consideraciones:

- a) El problema de la enfermedad hepática. La hepatopatía crónica es un problema limitante de primera magnitud entre los pacientes coinfectados por VIH y VHC, que supone alrededor del 70% de los pacientes seropositivos que han adquirido la infección del VIH a través del consumo intravenoso de drogas. Se debe evitar en lo posible aquellos fármacos con mayor potencial hepatotóxico – los no análogos de nucleósidos (nevirapina y efavirenz) y ritonavir dentro de los inhibidores de la proteasa (Antela, 2002).
- b) Las interacciones farmacológicas: En los adictos destacan las interacciones con psicofármacos y metadona (Antela, 2002).
- c) Una historia pasada de consumo de drogas y la participación en un programa de metadona no son contraindicaciones para la administración de la terapia antirretroviral.

En este contexto, muchos profesionales de la salud han mostrado creencias negativas acerca de un seguimiento correcto del tratamiento antirretroviral por los infectados por VIH debido al consumo de drogas, limitando la indicación de éstos al sospechar que los pacientes presentarían una menor adhesión al tratamiento (Antela, 2002). Se ha encontrado que la aceptación de la terapia antirretroviral se ha retrasado una media de dos meses en UDVP comparado con un mes para no UDVP (Broers, Morabia y Hirschel, 1994). En el estudio de estos autores, los usuarios de drogas tendieron a acceder a los servicios médicos más tarde en el curso de la enfermedad, manifestando menos pensamientos positivos hacia la enfermedad y recibiendo menos tratamientos preventivos. Una vez aceptaron el tratamiento fueron tan cumplidores como los pacientes de otros grupos de riesgo. Los que recibían tratamiento con metadona empezaron terapia con zidovudina más frecuentemente y cumplían mejor con el tratamiento que los usuarios activos de drogas. Además de esta reticencia con respecto a prescribir el tratamiento en este tipo de pacientes, frecuentemente a los profesionales de la salud les falta un entrenamiento en el cuidado de los UDVP manteniendo una actitud negativa hacia ellos (O'Connor, Selwyn y Schottenfeld, 1994).

d) El uso de alcohol u otras drogas son una razón para diferir, aunque no negar, la terapia a sujetos con infección VIH mientras intentan comprometerse en el tratamiento de abuso de sustancias (Bond y Hussar, 1991). Mientras tanto, pueden tratarse algunas infecciones oportunistas y resolver problemas psicosociales, tales como la inestabilidad del hogar, enfermedad mental aguda o crisis mayores de la vida. También es un momento oportuno para educarles y prepararles para el inicio del tratamiento (horarios, posibilidad de efectos adversos, entender las consecuencias de dejar de tomar algunas dosis) (Sherer, 1998).

e) El consumo de drogas en estos pacientes conduce al desarrollo de patologías asociadas al propio consumo y a un seguimiento incorrecto de su infección crónica por VIH. Probablemente el paciente desarrollará un estado de desnutrición y de inmunodepresión grave lo que contribuirá a acelerar la progresión de la infección por VIH (Antela, 2002).

Finalmente, en el tratamiento del paciente adicto con infección de VIH se pretende, además de instaurar el tratamiento antirretroviral, dar información sobre el manejo y pronóstico de la infección por VIH, recomendar medidas higiénicas para impedir la transmisión del virus a otras personas, promover el abandono de hábitos tóxicos y la adquisición de hábitos saludables y descartar las patologías oportunistas más frecuentes (Antela 2002).

#### **3.4. Perfil psicosocial de los reclusos y características del tratamiento antirretroviral de los infectados por VIH en prisión**

El perfil social del recluso español infectado por el VIH es el de una persona relativamente joven, entre 20 y 40 años, generalmente usuaria de drogas por vía parenteral, considerados usualmente activos, con estudios básicos o primarios – en más de la mitad, incompletos –, con cierta estabilidad familiar, pero frecuente desarraigo social y con experiencia laboral previa, aunque habitualmente sin trabajo en el momento de su detención. No es infrecuente que presente antecedentes de alteraciones o trastornos psiquiátricos (Saiz de la Hoya y Marco, 1999). Muestran una elevada prevalencia de infecciones unidas al uso de drogas por vía parenteral como la hepatitis B y C (Crofts et al., 1995) y enfermedades de transmisión sexual (Cohen, Scribner, Clarke y Cory, 1992).

Son pacientes con elevada tendencia al desvío de responsabilidades, insuficiente capacidad autocrítica, con escasa tolerancia al dolor inmediato y dificultad para pedir ayuda, solicitándola muchas veces como exigencia (Saiz de la Hoya y Marco, 1999).

Muchos internos UDVP están incluidos en programas de mantenimiento con metadona. Es de destacar, que la combinación de la metadona y los fármacos antirretrovirales es frecuente y no siempre bien tolerada, lo que puede afectar a la adhesión al tratamiento (Marco, 2000).

La situación de internamiento en prisión conlleva algunas ventajas y desventajas en relación con el tratamiento de la infección por VIH (Kreuzer, 1994; Saiz de la Hoya y Marco, 1999; MacDougall, 1998) que enumeramos en la tabla 6.

**Tabla 6. Ventajas y desventajas que conlleva el tratamiento antirretroviral en prisión**

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proximidad, inmediatez y accesibilidad a los servicios sanitarios.</li> <li>- Posibilidad de realizar una revisión médica periódicamente.</li> <li>- La convivencia con infectados o el diálogo sobre la enfermedad o sobre sus controles y el tratamiento es un hecho habitual en prisión que ha facilitado la ausencia de conductas o actitudes discriminatorias hacia los afectados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se puede elegir libremente al médico (es perjudicial si la comunicación con el profesional sanitario no es buena).</li> <li>- La relación médico-paciente está condicionada negativamente por su estancia obligatoria en el centro (escasa colaboración).</li> <li>- Servicios sanitarios saturados (falta de disponibilidad de tiempo) y su disponibilidad de horario es limitado, tanto en lo referente a la consulta médica como a la prescripción de fármacos (salvo urgencias muy graves).</li> <li>- Influencia negativa de los compañeros (ej., escepticismo importante sobre la terapéutica proveniente de la época anterior a la introducción de las nuevas terapias de combinación).</li> <li>- Distorsión de la escala de valores, priorizándose la “libertad” sobre la “salud”.</li> <li>- Movimientos de los internos intracentro e intercentros que dificulta el seguimiento médico y cambios frecuente de los profesionales sanitarios.</li> </ul>

Mac Dougall (1998) concluye que los factores relacionados con la adhesión al TARGA en prisión son el estatus de salud y las creencias de los internos, las dosis de medicación, los efectos secundarios y la disponibilidad de los servicios sanitarios.

## **4. LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA**

### **4.1. El concepto de adhesión**

Antes de introducirnos en el concepto de adhesión, podríamos hacer referencia al individuo que desarrolla la conducta de adhesión, el paciente. Es definido como aquella persona que está siendo animada a proteger y promover su salud, que está activamente implicada en su tratamiento y que vive una enfermedad crónica (Meichenbaum y Turk, 1991). Contrariamente, un sujeto no adherente sería aquel que no toma toda o parte de la medicación, la toma en cantidades reducidas o bien no toma las dosis con la frecuencia y en los intervalos establecidos (Altice y Friedland, 1998).

La naturaleza multifactorial de la adhesión y el hecho frecuente de que la no adhesión es volitiva ha generado un cambio en la conceptualización de la adhesión y ha llevado también a cambiar el foco de investigación, considerando la adhesión como un estado, más que como una variable de rasgo. Así, pacientes individuales pueden adherirse a algunos aspectos del tratamiento y no a otros, y además el grado de adhesión puede variar con el tiempo. Por tanto, no se trata de un fenómeno de todo o nada, sino de una serie de conductas dinámicas (Lerner, Gulick y Dubler, 1998).

Kjellgren, Ahlner y Säljö (1995) sugieren que los tratamientos, más que rechazados o admitidos por completo, son modificados o alterados, y que por tanto, la adhesión se puede contemplar como una cuestión de más o menos, y no de “todo o nada”. Algunas de las modificaciones que el paciente puede hacer son:

- a) No intencionales, como resultado de no haber entendido o no recordar la prescripción.
- b) Una respuesta activa, en la cual modifica o cambia el tratamiento prescrito en alguna de las siguientes formas: con una adhesión parcial a las recomendaciones –que

puede o no ser complementada con otros remedios caseros del propio paciente– y con una sobreadhesión (consistente en un incremento de la frecuencia o intensidad del tratamiento prescrito).

Por lo que se refiere a la conducta de toma de medicación (régimen farmacológico) nos podemos encontrar los siguientes problemas de no adhesión (Puente, 1984):

- a) *Errores de omisión*: el paciente no toma el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón.
- b) *Errores de dosis*: el paciente no se toma la dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiere una dosis mayor o menor.
- c) *Errores en el tiempo*: el paciente no se toma los medicamentos a las horas indicadas.
- d) *Errores en el propósito*: el paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida por su médico resulte inadecuada.
- e) *Automedicación*: el paciente se administra medicamentos no prescritos.

El término adhesión puede referirse a varias conductas, tales como tomar parte y continuar el programa de tratamiento, mantener horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones, tomar correctamente la medicación prescrita, llevar a cabo cambios adecuados en el estilo de vida, realizar correctamente el régimen terapéutico y evitar comportamientos de riesgo para la salud (Ballester, Reinoso, García y Campos, 2000).

A veces adhesión y cumplimiento –compliance- se han utilizado como términos intercambiables con el significado siguiente: “la acción o calidad de ser consistente con la administración de la medicación prescrita” (Altice y Friedland, 1998). Haynes, Taylor y Sackett (1979) lo definen como “el punto en el cual la conducta de la persona, en

términos de toma de medicación, seguimiento de dietas, o ejecución de cambio de estilo de vida, coincide con el consejo médico”.

En este sentido, Bayes (1998) ha hecho referencia a las diferentes connotaciones que entrañan los términos cumplimiento (compliance) y adhesión (adherence), prefiriendo utilizar este último. El término cumplimiento hace referencia a una mera obediencia a las instrucciones dadas por el profesional de la salud, mientras que el término adhesión incorpora una implicación activa y una colaboración voluntaria de la persona en un curso de comportamiento aceptado en acuerdo mutuo con el profesional de la salud en relación a la planificación e implementación del régimen de tratamiento, que hace que éste último sea preferible en su uso (Ballester et al., 2000).

#### **4.2. Importancia y consecuencias de la no adhesión al TARGA**

El objetivo de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. Es conocido que, diariamente, el VIH produce alrededor de  $10^{10}$  viriones en cada persona infectada. Si no se asegura la existencia de concentraciones terapéuticas de los fármacos suficientes para inhibir esta replicación, la aparición de resistencias es altamente probable (Iribarren et al., 2000).

Entre los numerosos factores que pueden contribuir a la no consecución de los objetivos terapéuticos deseados destaca, por su importancia, la adhesión incorrecta al tratamiento (Knobel, Codina y Tuldrà, 2002). La adhesión constituye, pues, un objetivo importante de una intervención global junto con otros como la calidad de vida, la adaptación al medio y los propios esfuerzos del paciente para enfrentarse a la enfermedad (Meichenbaum y Turk, 1991).

El incumplimiento con la medicación antirretroviral es difícil de contrarrestar ya que no suele comportar para el sujeto consecuencias perceptibles inmediatas, y es posible que

los efectos de la interrupción del tratamiento solo aparezcan a medio o largo plazo. Sin embargo, está comprobado que las consecuencias, aunque no sean perceptibles, son inmediatas. Así, no ingerir medicación durante tres días puede dar lugar a un fracaso del tratamiento (Vanhove, Schapiro, Winters, Meringa y Baschke; 1996).

En el caso del TARGA, su incumplimiento tiene repercusiones en diversas áreas:

a) *Salud del paciente.* La consecuencia más importante es el fracaso terapéutico, tras alcanzarse unos niveles subóptimos de los niveles de fármacos en la sangre con una inadecuada carga de la supresión viral y una rápida emergencia de mutaciones resistentes a los fármacos e incluso una resistencia cruzada entre fármacos. Esto conlleva una disminución en el arsenal de terapéuticas disponibles y una dificultad para encontrar terapias farmacológicas alternativas eficaces ante la aparición de cepas resistentes.

b) *Área sanitaria.* Para el profesional sanitario supone un desgaste en la práctica diaria y puede tener dificultades para evaluar la eficacia de los tratamientos. También debe considerarse el riesgo de que estas nuevas cepas se transmitan a la comunidad con una mayor facilidad.

c) *Área económica.* El coste de la medicación antirretroviral es extremadamente elevado y los recursos que se empleen en la financiación de programas de apoyo y soporte orientados a aumentar la adhesión se compensarían sobradamente con el ahorro obtenido en el mejor uso del tratamiento antirretroviral (Knobel et al., 2002). Iribarren et al. (2001) señalan que el coste de los fármacos antirretrovirales en nuestro país se ha valorado en una media de 1,2-1,5 millones de las antiguas pesetas por paciente y año. A partir de la estimación de 50.000 pacientes bajo tratamiento, en nuestro país, el gasto anual en fármacos antirretrovirales podría ascender a un total de 75.000 millones de pesetas/año. Si además, añadimos que los fracasos terapéuticos por una mala adhesión

obligarían a introducir terapias de rescate con más fármacos se podrían encarecer los costos de los fármacos antirretrovirales en un 20-60% respecto a las terapias habituales. Según un informe de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias (2001), el coste de los fármacos antirretrovirales consumidos en las prisiones españolas durante el año 2000 fue de 3.643 millones de pesetas, lo cual representó un coste aproximado de 1.112.000 pesetas por cada interno en tratamiento. Sobre los gastos farmacéuticos de los centros penitenciarios de Cataluña, un 78% del total corresponde a los medicamentos antirretrovirales (Laliga, 2005)

d) *Área social*. El aumento de morbilidad produce un mayor absentismo laboral y un mayor coste familiar, por el sobreesfuerzo que supone el cuidado de los pacientes.

### **4.3. Evaluación de la adhesión**

Es difícil conocer con precisión la adhesión ya que se conceptualiza de diversos modos, los criterios para definir a los sujetos como adherentes y no adherentes suelen variar, dependiendo incluso de la situación, y puede evaluarse por métodos diferentes que entrañan problemas específicos. Se han establecido diferentes criterios para determinar el grado de adhesión en función del método utilizado. Así, por ejemplo, la medida de cumplimiento se podría estratificar en base a: % de dosis tomadas; % de días con número correcto dosis y % de dosis tomadas a tiempo, etc. (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 1999).

Por otra parte, el resultado puede expresarse como variable continua o dicotómica, y la elección del tipo de medida depende de varios factores, por un lado, de la fiabilidad del resultado de medición y, por otro, de la relación dosis/respuesta.

Forgaty et al. (2002) en una revisión de 57 abstracts y 18 artículos sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral, encontraron que distintos estudios la definían de forma

diferente: “como dosis no olvidadas” o “no reducidas” (durante un periodo de tiempo dado, usualmente la semana previa”); un nivel mínimo de consumo de la medicación mayor que un 70, 80 o 90%; el ratio de días transcurridos desde la dispensación de los fármacos y el subsiguiente suministro que fuera mayor del 90%; el porcentaje de semanas en que el paciente tomó al menos un 70% de la medicación, o un porcentaje de consumo mayor que el 80% basado en el conteo de pastillas; que hubieran transcurrido menos de 7 días respecto de la fecha esperada de dispensación, etc. En la mayoría de los estudios no se había establecido unos umbrales mínimos para clasificar a los sujetos en adherentes y no adherentes. En vez de ellos, la adhesión fue medida como un continuo, usualmente descrito como la proporción de dosis tomadas (medida a través de la monitorización de la medicación, autoinforme de la semana previa), el porcentaje de pastillas realmente tomado o el número de dosis dejadas de tomar durante un periodo de tiempo.

De forma general, en la mayoría de enfermedades crónicas se considera cumplidor al paciente que efectúa correctamente un mínimo del 80% de las pautas y dosis prescritas. Sin embargo, el tratamiento de la infección por VIH, requiere un mayor nivel de exigencia respecto al cumplimiento. Se estima actualmente más prudente establecer el punto de corte al menos en el 90%, clasificando al paciente como cumplidor cuando supera este porcentaje ( $> 90\%$ ) y sólo como cumplidor parcial cuando está por debajo de este umbral ( $<90\%$ ) (Marco, Knobel y Guelar, 2000; Knobel, Carmona, Grau, Pedro y Diez, 1998).

En la etapa de tratamiento con los inhibidores de la proteasa, al relacionar el grado de adhesión con la efectividad del tratamiento, se ha constatado que breves periodos de bajo cumplimiento o descanso en la ingesta de la medicación se asocian con aumentos de la viremia (Vanhove et al., 1996), y que sólo una adhesión mayor del 90% de las

dosis prescritas, respetando los intervalos entre dosis y la relación con las comidas, obtenía resultados satisfactorios (Knobel et al., 1998). Algunos autores son incluso más exigentes (Forgaty et al., 2002; Tuldrà, 2005), y proponen que el nivel de adhesión al TARGA, para que tenga los resultados clínicos adecuados, ha de ser  $\geq 95\%$ . Estos autores se basan en los estudios de Paterson et al. (1999) en el cual conseguían viremias indetectables el 81% de los pacientes con un cumplimiento superior al 95% de adhesión, el 64% con cumplimiento del 90-95%, el 50% de cumplimiento del 80-90%, el 25% con cumplimiento del 70-80% y solo el 6% de los que cumplían menos del 70%.

#### **4.3.1. Prevalencia de la adhesión**

El nivel de adhesión es difícil de medir con precisión porque: (a) la adhesión puede conceptualizarse de diversos modos; (b) los criterios empleados para definir la adhesión pueden variar; (c) la adhesión varía mucho de una situación a otra dependiendo del contexto y (d) la adhesión puede evaluarse por métodos muy diferentes y cada método entraña sus propios problemas.

Para ilustrar este punto podemos señalar que cuando sugerimos que la tasa de falta de adhesión se sitúa entre un 30-60% de los pacientes, estamos incluyendo a aquellos pacientes que: a) nunca se adhieren a ningún aspecto del tratamiento; b) pueden adherirse a algunos puntos pero no a todas las conductas recomendables; c) inicialmente se adhieren pero al cabo de un tiempo abandonan y d) llevan a cabo los comportamientos y conductas indicadas pero de manera inadecuada (Meichenbaum y Turk, 1991).

En relación con la prevalencia de la adhesión los resultados que se ofrecen son muy dispares. Wright (1993) afirma que un tercio de los pacientes cumplen adecuadamente, un tercio más o menos, y un tercio no son cumplidores, por tanto que la media del

cumplimiento farmacológico se sitúa en un 50%. Dunbar, Burke y Puczynski (1995), indican que aunque entre un 20-80% de pacientes se adhieren a tratamientos específicos, diversos estudios han sugerido que entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes, en un amplio rango de enfermedades, se adhieren al tratamiento, al menos hasta el punto de alcanzar un beneficio terapéutico. Estos autores afirman que hasta un 80% de los pacientes han mostrado una pobre adhesión hacia su régimen de tratamiento en algún momento.

Por otra parte, otros autores, como Haynes et al. (1979) y Meinchenbaum y Turk (1991), han encontrado que la adhesión a la medicación informada varía entre un 4 y un 92% a través de diversos estudios, convergiendo entre 30-50% en enfermedades crónicas. El problema de la adhesión es frecuente en pacientes crónicos. Las tasas de cumplimiento en pacientes sometidos a tratamientos prolongados varían entre un 10-90%, con un promedio de cumplimiento de un 50% (Iribarren et al., 2000). Sackett y Snow (1976) sitúan la tasa de cumplimiento en enfermedades crónicas en un amplio rango que va del 0 al 90%, con una media del 50%.

Por lo que respecta a los índices de adhesión a los antirretrovirales los resultados varían según los estudios realizados. Veamos algunos:

a) Fätkenheuer et al. (1997) encontraron hasta un 44% de fracaso virológico en una serie de pacientes en TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad) Las causas que explicaron la alta tasa de fracasos son: la baja absorción de los fármacos y/o la rápida destrucción de los metabolitos activos, la presencia de compartimentos o “santuarios” en el organismo donde no se alcanzan los niveles apropiados del fármaco y, la más importante, la falta de adhesión al tratamiento por parte del paciente.

b) Según Moreno (2000), en estudios llevados a cabo en el Hospital General de San Francisco entre pacientes que participaban en ensayos clínicos, el 30% de los pacientes

confesaban haber perdido más del 20% de las dosis en los días previos. En la mayoría de las consultas, se admitía que entre el 30 y el 50% de los pacientes no realizaban bien el tratamiento.

c) Singh et al. (1996), en un estudio longitudinal con 46 pacientes, evaluaron la adhesión a los 6 y 12 meses, y encontraron que el 63% de los pacientes fueron cumplidores.

d) Knobel, Serrano, Hernández, Pavesa y Díez (1997) en un estudio sobre la aceptación, el seguimiento y la tolerancia hacia el tratamiento antirretroviral en una muestra de 567 pacientes atendidos en una consulta externa hospitalaria, encontraron que un 16,6% de los enfermos rechazó el tratamiento (sobre todo UDVP), un 17,3% se perdió en el seguimiento y un 23% realizó el tratamiento de forma irregular (destacándose nuevamente los UDVP).

e) En una editorial de *Annals of Internal Medicine*, Altice y Friedland (1998) afirman que según la información recogida en diversos estudios sobre la enfermedad del VIH/SIDA, la adhesión a los antirretrovirales recogida mediante autoinforme se situó entre un 46 y un 86%.

f) Gordillo, Amo, Soriano y González-LaHoz (1999) evaluaron el grado de cumplimiento a la terapia antirretroviral en una muestra de 366 pacientes infectados con VIH mediante la implementación de un cuestionario con variables sociodemográficas y psicológicas. En este estudio obtuvieron una buena adhesión un 57,6% de los pacientes.

g) López, Fernández, Pérez y Girón (1998) en un estudio con 65 pacientes con VIH asintomáticos naive evaluaron la media de la adhesión al tratamiento antirretroviral y los factores asociados a su no cumplimiento durante un periodo de seis meses desde el inicio del tratamiento. Obtuvieron resultados que indicaban que un 40% de pacientes no se adherían al régimen de tratamiento. En el seguimiento efectuado en los meses 3 y 6,

sólo los pacientes adherentes mostraban un incremento en las células CD4 y un decremento en la carga viral.

h) Finalmente, algunos estudios realizados en Cataluña, sitúan el índice de no adhesión al TARGA a un 30% (Bernaus, 2004) o un 56,9% (Knobel et al., 1997).

#### **4.3.2. Métodos utilizados para evaluar la adhesión**

Los métodos para evaluar la adhesión se han agrupado bajo dos categorías: métodos directos (determinación del nivel de fármacos) y métodos indirectos (entrevistas o autoinformes, asistencia a citas programadas de dispensación, recuento de medicación sobrante, monitorización electrónica, estimación del médico, resultados clínicos, etc.). En la tabla 7 presentamos, siguiendo a Knobel et al. (2002), una síntesis de las ventajas e inconvenientes de los diferentes procedimientos.

La Secretaría del Plan Nacional del SIDA (1999) en sus recomendaciones para mejorar la adhesión, indica que el cumplimiento debería expresarse como tasa de adhesión global y si es posible medirlo para cada uno de los medicamentos del régimen terapéutico. La medida de cumplimiento debe reflejar la toma de medicación en unidades galénicas respetando los intervalos de tiempo necesarios. Es útil expresar esta tasa de las tres formas siguientes: como porcentaje de dosis tomadas, como porcentaje de días con el número correcto de dosis o como porcentaje de dosis tomadas en el momento prescrito. Se puede representar como una variable continua o dicotómica y la elección del tipo de medida estará en función de factores, tales como la fiabilidad del resultado de medición y, por otro, de la relación dosis/respuesta.

Según Pullar y Feely (1990) la medida de cumplimiento debería ser llevada a cabo a través de un prolongado periodo de tiempo, y siempre que no sea obtrusiva, invasiva y

que cumpla las siguientes condiciones: practicabilidad, barata y que proporcione resultados inmediatos y no sea susceptible de manipulación.

**Tabla 7. Ventajas e inconvenientes de métodos para la evaluación de la adhesión**

<b>Método</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Métodos directos</b> Determinación del nivel del fármaco	Objetivo	Caro No disponible de forma generalizada Problemas farmacocinéticos pueden dificultar la interpretación
<b>Métodos indirectos</b> Estimación del personal sanitario	Accesible Sencillo	Subjetivo Bajo valor predictivo
Información del paciente	Accesible Sencillo Aporta información de motivos de mala adhesión	Subjetivo Sobrestima la adhesión Valor predictivo ante mala adhesión referida
Asistencia a citas	Accesible Sencillo	Información parcial sobre el problema
Recuento de la medicación	Información más objetiva que la aportada por el paciente	Fácil de manipular Información poco detallada
Monitorización electrónica	Relativamente objetivo Información cuantitativa y detallada	Generalmente no disponible Caro Posible manipulación
Datos analíticos (VCM, ácido úrico)	Sencillo Accesible	Información parcial Otros factores pueden alterar estos parámetros
Evolución del paciente	Sencillo Accesible	Otros factores pueden determinar la eficacia del tratamiento

En una revisión de la literatura se ha constatado que no existe ningún método que presente una fiabilidad del 100%. Tampoco existe ninguna medida estándar y es necesario utilizar varios métodos en combinación, ya que todos tienen limitaciones, (tales como una sobrevaloración o infravaloración de la adhesión, ser difícilmente practicables o un elevado costo). También se ha verificado que los procedimientos de comprobación producen un efecto negativo en el paciente e interfieren en el establecimiento de una buena relación terapéutica y en la adhesión. Por tanto una recomendación sería utilizar varios métodos en combinación.

Por lo que se refiere a los procedimientos de evaluación de la adhesión al TARGA, Forgaty et al. (2002) en el ya mencionado artículo de revisión han agrupado los diferentes métodos en: medidas subjetivas (autoinforme o informe de otros), medidas objetivas (recuento de medicación, registro de dispensación, monitorización electrónica) y métodos o indicadores fisiológicos (CV indetectable, número de CD4, informes laboratorio, etc). Encontraron que la mayoría de estudios utilizaban métodos subjetivos (50 de 57 abstracts, un 87,7%; y 15 de 18 artículos, un 83,3%) que incluían entrevistas y cuestionarios a los pacientes u otras personas. De estos datos se desprende, con claridad, que el procedimiento más utilizado, debido probablemente a su practicidad, es el autoinforme. Conviene recordar que este procedimiento, si se aplica en las condiciones adecuadas presenta unos índices de fiabilidad y validez adecuados (Godin, 2003; Tuldrà, 2005) y permite evaluar también los motivos de no adhesión.

A continuación vamos a examinar los diferentes métodos empleados para evaluar la adhesión:

***a) Autoinforme (self-report):***

Un paso previo para la implementación de los autoinformes es que la persona tenga clara conciencia del nivel de ejecución de la conducta a evaluar.

El autoinforme consiste en una entrevista con el paciente en que se le formulan preguntas sencillas en un marco de mutua confianza, para que el sujeto refiera de forma sincera y precisa cómo ha tomado la medicación (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 1999). Bajo la etiqueta de autoinforme se han agrupado diversas categorías, tales como encuestas, entrevistas y diarios. El grado de adhesión en el autoinforme se define en un rango (0-100%).

Las preguntas a realizar deben ser concretas y abiertas, y no han de contener juicios de valor ni resultar amenazantes, pues podrían coaccionar al paciente e impedir que

expresara la verdad. Un breve comentario preliminar resaltando lo difícil que resulta cumplir cualquier tratamiento prolongado, puede ayudar a facilitar que el enfermo reconozca que no toma todos los medicamentos (Roca, 2002). Algunos ejemplos más podrían ser: “Todos tenemos dificultades a veces para recordar que debemos tomar la medicación. ¿Hasta qué punto le ocurre esto a usted?” (Meichenbaum y Turk, 1991) o el siguiente, “Yo sé el desafío que supone tomar la medicación, por lo tanto me gustaría saber como te va con la ingesta de la medicación, ¿Cuántas veces has dejado de tomar una dosis de algunas de tus medicinas para el VIH?” (Davis, 1998). Estas introducciones incluyen un reconocimiento previo de que es común dejar de tomar alguna dosis, y puede facilitar que el paciente pueda aceptarlo.

Otros ejemplos sobre la formulación de preguntas acerca de la medición de la adhesión son los siguientes: ¿Cuántas dosis has tomado o cuántas dosis dejaste de tomar ayer? ¿Y el día anterior?; ¿Cuándo fue la última vez que dejaste de tomar una dosis de tu medicación? (el entrevistador, si es necesario, podría proporcionar alguna señal -una semana, dos semanas antes, la última semana, etc.-); de media, ¿Cuántos días por semana podrías decir que has dejado de tomar al menos una dosis de tu medicación para el VIH?; ¿Cuál de las dosis encuentras que es más difícil de tomar?

Un autoinforme sencillo es el elaborado por Morisky, Green y Levita (1986), los cuales desarrollaron una escala breve con cuatro ítems: a) ¿Suele olvidarse alguna vez de tomarse la medicación?; b) ¿Suele ser descuidado a veces cuando tiene que tomar medicamentos?; c) Cuando se siente mejor ¿suele dejar a veces de tomar su medicación? y d) algunas veces, si se encuentra peor cuando toma el medicamento ¿Deja de tomarlo?.

El grado de fiabilidad y de calidad de la información es mayor cuanto menor sea el plazo de tiempo sobre el que se interroga al paciente (Iribarren et al., 2001). Se ha

observado que una corta franja de tiempo, inferior a 4 días, es más fiable que preguntar acerca de una semana o más (American Public Health Association, 2004).

El autoinforme puede proporcionar datos inexactos o bien una sobreestimación, sobre todo si el paciente desea ser bien visto por el profesional de salud (Miller y Hays, 2000). Algunas otras razones por las que los pacientes infravaloran la no adhesión son no entender el régimen, no darse cuenta de que son no adherentes, o simplemente olvidarse de la no adhesión.

Entre las ventajas del autoinforme se encuentran que proporciona un valor predictivo cuando se refiere al incumplimiento, su coste es bajo, es un instrumento flexible y requiere poco esfuerzo en la administración.

Su precisión puede ser incrementada informando previamente al paciente que será sometido a mediciones fisiológicas y farmacológicas para la verificación de su información, a través de la técnica del marcado que consiste en la inclusión de un marcador falso o inactivo en el régimen de tratamiento. Sin embargo, este tipo de procedimientos de comprobación puede producir un efecto negativo en el establecimiento de una buena relación terapéutica (Meinchenbaum y Turk, 1991).

Comparado con otras medidas de evaluación se ha verificado que el autoinforme es más exacto que el juicio del doctor (Davis, 1998).

#### ***b) Recuento de pastillas (“pill-count”)***

Consiste en contar el número de pastillas que permanecen en el envase correspondiente y compararlo con el número de pastillas que deberían permanecer, de acuerdo con la prescripción realizada. Habitualmente se suele proporcionar una cantidad algo mayor de la medicación necesaria y se instruye al cliente a devolver las cantidades que no toman.

El resultado final se expresa mediante la siguiente fórmula: el porcentaje de adhesión es igual al número de pastillas tomadas (diferencia entre unidades dispensadas – unidades

sobrantes) dividido por el número de pastillas prescritas y el cociente se multiplica por 100 (Iribarren et al., 2001; Secretaría del Plan Nacional contra el SIDA, 1999).

Aunque se supone que la medicación que falta ha sido ingerida por el cliente, puede ocurrir que el cliente desee producir una buena impresión, para lo cual puede extraer pastillas y tirarlas a la basura (“pill dumping”), o bien compartir su medicación. Para resolverlo pueden establecerse visitas no anunciadas a casa con previo permiso del cliente (Heicht, 1998). Constituye el método más utilizado en ensayos clínicos. Este método sobrestima la adhesión y no resulta práctico en la clínica. Es intrusivo y puede ser manipulado de forma sencilla. Es menos exacto que otras medidas objetivas. Su exactitud puede ser mejorada a través de diversas evaluaciones en más de una ocasión a través del tiempo.

El conteo de pastillas correlaciona más intensamente con la adhesión medida mediante monitorización electrónica que con autoinforme (Golin et al., 1999), pero la proporción de dosis tomadas por conteo de pastillas excede la proporción medida por la monitorización electrónica (Golin et al., 1999; Choo et al., 1999; Schwed et al., 1999; Cramer, Mattson, Prevey, Scheyer y Quелlette, 1989).

### ***c) Sistema de recuento electrónico***

Consisten en unos dispositivos electrónicos situados en los envases, que registran la fecha y la hora de apertura de los mismos y el número de pastillas extraídas.

Se parte de la asunción de que los medicamentos serán tomados. Si se utiliza correctamente proporciona información sobre el modelo de toma de los fármacos por el cliente (Ickovics y Weisler, 1997). En cambio, este método falla si el paciente retira más de una dosis en una vez, se olvida el bote, pierde la tapa o almacena más de una clase de medicación en el mismo frasco. Riekert y Rand (2002) describen con detalle diversos tipos de estos dispositivos.

Este procedimiento se utiliza sobre todo en trabajos de investigación. La monitorización electrónica permite identificar modelos de uso de la medicación, incluyendo días en los cuales no se ingieren los fármacos (“drug holidays”) o el incremento de ingesta de fármacos los días previos a la cita médica (“toothbrush” or “white coat”), o si el paciente se ha desprendido de medicación deliberadamente para parecer más adherente (“dumping”). También permite identificar un infra o un sobre consumo de fármacos. Ha sido propuesto como el mejor método para monitorizar la adhesión cuando el cumplimiento de los horarios de las tomas y la eficacia de los fármacos están estrechamente unidos.

Su coste es elevado. No asegura que el cliente tome la medicación o si lo hace correctamente. Éste podría falsear los resultados de la medición desechando las pastillas que extraiga.

Un aspecto a tener en cuenta, es que antes de entregar estos dispositivos los clientes deberían ser entrevistados acerca de aquellas conductas que pueden afectar a la validez de los datos obtenidos. El cliente debería recibir información general, incluyendo animarlo al uso de la medicación procedente del contenedor y recomendaciones de uso (ej., evitar la inmersión) y clarificar las preocupaciones que presente. También debería establecerse un procedimiento de control del funcionamiento del aparato antes de entregarlo y establecer un seguimiento, el cual incluiría una estimación de la expiración de la batería, un examen del funcionamiento del aparato, un chequeo del voltaje de la batería y el registro de la grabación (Riekert y Rand, 2002).

La monitorización electrónica ofrece resultados que indican una adhesión más pobre que otros métodos de evaluación, situándose por debajo del 70%. Cuando los intervalos entre dosis son tenidos en cuenta, la adhesión baja todavía más, alrededor del 30-60% (Bender et al., 2000, Fallab et al, 1998, Straka, Fish, Benson y Suh, 1997). Al comparar

este procedimiento con el autoinforme, diversos estudios (Berg, Dunbar y Rohay, 1998; Gong, Simmons, Clark y Tashkin, 1988, Liu et al., 2001) informan que este último sobrestima la adhesión (la adhesión reportada a través del autoinforme se sitúa por encima del 85%). En relación con otros métodos de evaluación como el recuento de la medicación y la dispensación de farmacia, éstos tienden a sobrestimar la adhesión, aunque no existen suficientes datos que den soporte a una mayor validez predictiva de la monitorización electrónica (Straka et al., 1997; Mason, Matsuyama y Jue, 1995).

En algunos estudios los profesionales de la salud han utilizado un dispensador electrónico para un solo antirretroviral (usualmente para el que presenta mayores dificultades), asumiendo que la adhesión hacia otros antirretrovirales es similar.

#### ***d) Marcadores biológicos***

Es la medida de los niveles sanguíneos de los fármacos en la sangre, sero, orina y saliva (Dunbar et al., 1995). Se compara el nivel en plasma con un nivel esperado según la farmacocinética de un fármaco específico (Miller y Hays, 2000).

Se mide en los ensayos clínicos a través de marcadores, los cuales se basan en materiales que pueden ser añadidos a fármacos y son fácilmente detectables. Algunos marcadores biológicos utilizados son el fenol rojo, la riboflavina, el bromuro sódico, los esteroides ketogénicos y la atropina.

Constituye un método objetivo si el perfil farmacocinético de un fármaco está bien definido (Barlett, 2002). La farmacocinética consiste en el estudio de los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción que sufren los fármacos una vez administrados. Tiene en cuenta algunos conceptos como la biodisponibilidad (fracción o porcentaje de un fármaco que alcanza la circulación sistémica), el efecto del primer paso (desde la absorción hasta su metabolización) y la vida media (tiempo que se precisa para que la concentración plasmática de un fármaco descienda a la mitad y que determinará

la duración de la acción farmacológica y el intervalo de dosificación óptimo durante la terapia continuada) (Rivera, 1999). Por tanto, un diseño de un régimen con una dosificación racional nos permitirá mantener los niveles plasmáticos del fármaco dentro del régimen terapéutico.

Las variaciones interpersonales en el nivel de plasma, también, pueden ser debidas a la ingesta de la comida y suplementos nutricios y una potencial pobre absorción que puede ocurrir cuando los pacientes ignoran restricciones dietéticas (Eagling, Profit y Back, 1999; Piscitelli, Burstein, Chaitt, Alfaro y Falloon, 2000). Estas variaciones farmacocinéticas pueden dificultar la interpretación de los datos. Con algunos antirretrovirales, especialmente los inhibidores de la proteasa, pueden variar significativamente entre persona y persona (Hoetelmans et al., 1998; Hsu, Granneman y Bertz, 1998).

Este procedimiento es utilizado en ensayos clínicos para medir la última dosis tomada.

Un inconveniente de este método es que solo aporta información parcial en un momento dado, no identificando el nivel de adhesión a través del tiempo, permitiendo únicamente extraer conclusiones sobre las últimas dosis que se han tomado, lo cual implicaría conocer de antemano la hora y dosis últimas. No garantiza un cumplimiento continuo. Es fácilmente manipulable, ya que el paciente puede tomar la medicación antes del examen, sobrestimándose la adhesión. Para evitar la simulación, el paciente no debería conocer la intención del análisis sanguíneo. Es un método caro, representando un alto coste económico que precisa técnicas y equipo complejos y es de escasa disponibilidad.

#### ***e) Resultados clínicos***

Miden la progresión clínica, virológica o inmunológica. Se parte del supuesto de que existe una correlación entre la evolución clínica, inmunológica y virológica con la adhesión a los antirretrovirales. Sus resultados pueden ser influidos por variables como

la potencia de los fármacos, la fisiología del paciente o la existencia de resistencias previas (Chesney, 2001). Se utilizan como parámetros estándar el recuento de subpoblaciones linfocitarias y la cuantificación de viremia detectable –carga viral-. Su efectividad se evalúa mediante la obtención de niveles indetectables en la carga viral y la reconstrucción del sistema inmunitario (nivel CD4).

***f) Juicios emitidos por los profesionales de la salud***

Se han efectuado investigaciones en las cuales se midió la adhesión preguntando a los profesionales sanitarios – médicos y enfermeras – que estimaran si los pacientes ingerían las medicaciones. El procedimiento que se sigue habitualmente es realizar preguntas simples, breves y superficiales y, frecuentemente, acaban obteniendo una información inexacta (Williams y Friedland, 1997).

La eficacia de este método es considerada, en general, muy pobre, incluso en aquellos pacientes que el profesional conoce bien. El profesional sanitario parte de ideas preconcebidas, según las cuales el sujeto es adherente, y éstas son frecuentemente erróneas, sobrestimándose la adhesión (Mushlin y Appel, 1977; Caron y Roth, 1968; Davis, 1966; Crespo, 1997). La no adhesión es frecuentemente vista por los profesionales de la salud como una forma de conducta desviada que no tiene justificación, sin considerar la poco probable adaptabilidad al estilo de vida del paciente (Wright, 1993).

Hay evidencias de que los médicos son particularmente poco hábiles a la hora de determinar si el paciente toma o no toma la medicación correctamente y tienden a sobrestimar la adhesión (Myers y Midence, 1998).

***g) Recogida de los fármacos dispensados (“Pharmacy records o prescription refill monitoring”)***

Este procedimiento consiste en la dispensación de la medicación por un periodo de tiempo ajustado, en el transcurso del cual el paciente se autoadministrará la medicación. Cuando haya transcurrido este tiempo el paciente acudirá nuevamente al servicio de dispensación a recoger nuevamente los fármacos. Se supone que la dispensación de medicación se ajustará a una buena adhesión si en este periodo de tiempo el sujeto ha ingerido los fármacos que le han suministrado, y por tanto, no dispondrá de medicación sobrante y tampoco se habrá visto falta de ellos.

Una falta de recogida de la medicación es asumida como una pobre adhesión. Hay que tener en cuenta, excepcionalmente, a aquellos pacientes que, puntualmente, obtienen el suministro desde otro hospital.

Requiere comprobar el intervalo de tiempo transcurrido entre las recogidas de las prescripciones de los fármacos. Su utilidad se acrecienta cuando la dispensación es registrada de forma computerizada en un mismo establecimiento y es accesible para el profesional sanitario.

Se parte de la asunción que la prescripción recogida correlaciona fuertemente con la adhesión. Sin embargo, el hecho de que el paciente haya recogido su prescripción no significa que se la haya tomado (Barlett, 2002). En algunos estudios se ha llegado a encontrar que hasta un 20% de todas las prescripciones realizadas nunca fueron recogidas (Beardon, McGilchrist, McKendrick, McDevitt y MacDonald, 1993; Krogh y Walter, 1987; y Saunders, 1987). Su eficacia, también, puede verse afectada si otras personas ocasionalmente toman las medicaciones del paciente (Kahn et al., 1992; Kastrissios, Suarez, Hammer, Katzenstein y Blaschke, 1998).

Se aplica habitualmente en centros penitenciarios, cuantificando la medicación no recogida por el interno en el momento de la entrega (García-Mota y Romero, 1999).

***h) Terapia directamente observada (Directly Observed Therapy, DOT-)***

Este método se utiliza en el tratamiento de la tuberculosis o en muestras no muy numerosas de sujetos adictos a drogas en programas sustitutivos, en los cuales se aprovecha el momento en que acuden a recibir tratamiento sustitutivo (frecuentemente la metadona) y se les administra el régimen de antirretrovirales en una única dosis diaria.

Su uso debería limitarse a pacientes que presentan un deterioro de sus facultades físicas o psíquicas que imposibilitan un seguimiento correcto y durante un periodo de tiempo limitado (Romero, Marco, Rivera, Saiz de la Hoya y García-Mota, 1999). Este método requiere mucho esfuerzo, es impracticable fuera de una institución y en regímenes que requieran más de una o dos dosis (Roca, 2002). Su indicación es para un grupo concreto de población penitenciaria: discapacitados mentales, discapacitados físicos, pacientes que inician el tratamiento antirretroviral y estudios de investigación en los que interesa asegurar la ingesta de medicación (Romero y García Mota, 1999).

Teóricamente se ha asociado a un 100% de adhesión, relacionándose con una eficacia muy elevada (Babudieri, Aceti, D'Offizi, Carbonara y Starnini, 2000).

## **5. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ADHESIÓN**

### **5.1. Clasificación de las variables**

Las variables que influyen en la adhesión han sido objeto de estudio por diversos autores. Entre éstos, cabe destacar a Meichenbaum y Turk (1991) los cuales han hecho una clasificación de las variables que afectan al cumplimiento terapéutico en las siguientes categorías:

#### *a) Características del paciente*

- Características sociodemográficas.
- Información sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Olvido o descuido (problemas de memoria).
- Dificultades de comprensión (capacidad intelectual).
- Creencias relacionadas con la salud (sobre la enfermedad y el tratamiento).
- Falta de recursos (dinero, tiempo, etc.).

#### *b) Variables de la enfermedad o trastorno*

- Trastorno crónico o agudo.
- Presencia/ausencia de sintomatología manifiesta.
- Intensidad (gravedad) de las molestias.

#### *c) Variables del tratamiento*

- Complejidad del régimen terapéutico (número de prescripciones).
- Duración del régimen terapéutico.
- Intrusividad del régimen terapéutico en los hábitos cotidianos (en el estilo de vida).
- Efectos secundarios de la medicación.
- Coste económico.

#### *d) Variables de la relación médico-paciente*

- Claridad de la información (instrucciones) proporcionada.
- Mostrar respeto por el paciente.
- Establecer un vínculo de confianza (empatía).
- Animarle a cumplir las prescripciones, motivándolo.

*e) Variables estructurales o de organización* (que afectan a la adhesión a través de su influencia en la relación médico – paciente)

- Continuidad en la atención que se ofrece al paciente (que el paciente sea atendido por el mismo profesional de la salud en sucesivas consultas).
- Programación de las visitas: la programación individualizada. Una hora concreta con un profesional de la salud concreto mejora la adhesión sobre una programación horaria en bloque (con frecuencia tienen que esperar varias horas).
- Elevada supervisión en forma de visitas domiciliarias en el caso de enfermedades crónicas, sobre todo si presenta una baja adhesión.
- Grado de implicación o compromiso de todo el personal hospitalario en la promoción/mejora de la adhesión.

## **5.2. Las variables más importantes y tipo de influencia de cada variable**

Las *características sociodemográficas* no se han mostrado consistentes a la hora de predecir la adhesión a los regímenes terapéuticos. En una revisión sistemática sobre 185 estudios Sackett y Snow (1976) no encontraron una clara relación entre raza, género, experiencia educativa, inteligencia, estatus marital, estatus ocupacional, ingresos y nivel cultural y conducta de adhesión. El único resultado consistente fue la relación entre la falta de adhesión y su asociación con edades extremas, sobre todo en la vejez (cuando se superan los 75 años). Frecuentemente, estas personas tienen regímenes médicos

complejos y mayor comorbidad (por ejemplo, el deterioro de la visión, el oído o la memoria).

Unos bajos ingresos y una falta de seguro médico también podrían imposibilitar un acceso fácil al sistema sanitario, sobre todo si el paciente tiene que pagar los medicamentos o costearse los desplazamientos al centro de salud.

Se ha observado que en personas con bajo nivel cultural, y especialmente en los analfabetos funcionales, se precisa una mayor intervención profesional para obtener un cumplimiento satisfactorio en el tratamiento.

Dentro de las *variables del paciente*, las que han mostrado una mayor capacidad predictiva son el grado de satisfacción con el tratamiento, las creencias sobre su salud y el procedimiento terapéutico.

Respecto a las *actitudes y creencias*, cuando los pacientes inician un programa de tratamiento, normalmente tienen un modelo explicativo sobre su enfermedad y sobre el tratamiento de la misma; en muchos casos este modelo explicativo no coincide con el del profesional de la salud (lo que contribuye a la falta de adhesión). Por ello es absolutamente necesario que el profesional de la salud brinde al paciente la oportunidad de expresar su punto de vista al respecto; esto es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas que necesitan de un régimen estricto.

Estas representaciones sobre su enfermedad incluyen las creencias sobre la causa (etiología de la enfermedad), las expectativas sobre la duración y el curso o pronóstico (agudo, crónico o cíclico), sobre sus consecuencias e importancia (gravedad percibida), la respuesta potencial al tratamiento (eficacia y costes) y la percepción de la responsabilidad en la etiología y la curación de una enfermedad (Leventhal, Zimmerman y Gutmann, 1984).

Las creencias se han formado a partir de la experiencia personal de los pacientes y han sido influidas por las creencias de su entorno cultural y social, conformándose a través del tiempo en una percepción subjetiva sobre el significado de la salud, la enfermedad, la atención sanitaria y el apoyo social (soporte emocional informativo y tangible y sentimientos de ser querido y amado) de que dispone. Para hacerle frente utiliza sus propios recursos personales y ha desarrollado diversas estrategias de afrontamiento. Así, Billings y Moos (1981) han descrito diferentes tipos de estrategias que poseen los pacientes para manejar los problemas: (1) estrategias activas de “coping” (ej., hablar con un profesional, llegar a disponer de más información sobre un problema, pensar en aquello que necesito en relación con mi problema, hablar a un familiar o un amigo, recordarme a mí mismo que las cosas podrían ser peores, hacer un plan de acción, etc.), (2), estrategias evitativas de “coping” (ej., sentirse mejor comiendo, bebiendo o fumando, esperar un milagro, alejarse de otras personas, pasar más tiempo solo, dormir más de lo usual y retirarse de otras personas).

Las expectativas del paciente tanto relativas a la idea de obtener un resultado positivo si sigue el régimen farmacológico como sobre su capacidad para lograrlo, también determinan su grado de adhesión. Así, aquellos pacientes que se creen capaces de adherirse a diferentes condiciones de tratamiento es más probable que lo hagan (Ewart, 1989). Esta característica se ha observado, sobre todo, en pacientes que se muestran capaces de ejercer un control sobre su propia vida y que tienen un locus de control interno (Veilleux, 2000).

Otro factor primordial es el valor que otorgan a su salud, asignándole una mayor o menor prioridad. Aquellos pacientes que valoran mucho su salud es probable que lleven a cabo determinadas acciones para mejorar su salud, mientras que aquellos que en su

escala de valores la salud ocupa un bajo nivel es poco probable que puedan adherirse a acciones relacionadas con la salud (Lau, Hartman y Ware, 1986).

Respecto a las *variables relacionadas con el tratamiento* que influyen en la adhesión destacan la complejidad del régimen, en cuanto a las demandas que requiere, respecto al número de prescripciones, la frecuencia y gravedad de los efectos indeseables y la duración del tratamiento (Moreno, 2000). Algunas consideraciones a tener en cuenta en los factores del tratamiento son los siguientes:

a) *Complejidad del tratamiento farmacológico*. La adhesión a un tratamiento disminuye cuanto mayor es el número de fármacos y tomas (frecuencia de administración) (Griffith, 1990; Goebel, 1995). En regímenes complejos la adhesión a una prescripción no implica adhesión a otras. En el caso de la medicación, suele generar más falta de adhesión el número de veces que toma las dosis.

b) *Duración del tratamiento*. Las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo, lo que constituye un problema, sobre todo, en las enfermedades crónicas.

c) *Intrusividad*. Consiste en la interferencia de la ingesta de los fármacos con los hábitos cotidianos, bien en el horario, en el trabajo o en ciertos momentos de la vida social del paciente. Si los horarios son irregulares, puede que el paciente se sienta cansado y que deje de tomar la medicación o, bien, que lo haga en un horario incorrecto. Se ha constatado que la mejor forma de combatirlo es convertir el consumo en un hábito cotidiano.

La adhesión también se ha relacionado con el *curso y evolución de la enfermedad*, principalmente la cronicidad, pronóstico y sintomatología. Respecto a esta última, la adhesión mejora si la enfermedad tiene síntomas desagradables, fácilmente reconocibles y si son aliviados por el seguimiento del tratamiento. Mientras que la adhesión es más

baja cuando las recomendaciones del tratamiento son profilácticas y deben ser realizadas en ausencia de síntomas que supongan un malestar.

DiMatteo y DiNicola (1982) encontraron que había algunos factores relacionados con la enfermedad que ejercían una escasa influencia sobre la adhesión, tales como (a) los brotes anteriores de la enfermedad; (b) lo reciente que haya sido el último ataque; (c) las hospitalizaciones anteriores y su duración y (d) la gravedad de la enfermedad medida objetivamente. Sobre este último punto, verificaron que si bien la gravedad objetiva de la enfermedad del paciente no influía significativamente sobre la adhesión, la percepción subjetiva de la gravedad y la seriedad del trastorno sí estaban relacionadas con el nivel de adhesión.

La *relación médico-paciente* es otro factor relevante que puede contribuir a la adhesión del paciente. El profesional sanitario es el encargado de suministrar al paciente información sobre la enfermedad y el tratamiento.

Es notoria la existencia de una ausencia de relación directa entre la provisión de información y adhesión, ya que la provisión de información no necesariamente da lugar a una transferencia en el conocimiento y la transferencia de conocimiento no necesariamente lleva a un cambio de conducta o actitud. De manera general podría afirmarse que si bien la información no es condición suficiente para una buena adhesión, sí que es una condición necesaria. Así, una falta de conocimiento sobre el diagnóstico y el curso esperado de la enfermedad o el tratamiento se ha asociado con un decrecimiento de la adhesión. Hulka, Casell, Kupper y Burdette (1976) encontraron que los pacientes que aprendieron el nombre de su medicación eran más adherentes que quienes no lo conocían.

Cuando se requiere la ejecución de múltiples conductas de adhesión diferentes se puede producir una sobrecarga informativa. En estas circunstancias, las personas tienden a

tratar la sobrecarga informativa de diversas formas: (a) omisión (fracaso para procesar la información desde el principio); (b) error (procesamiento incorrecto de la información); (c) retraso (posponer las cosas para más tarde); (d) filtro (colocar el “input” dentro de un sistema de creencias preexistente); (e) aproximación de la toma de la medicación una vez al día cuando se ha prescrito tres veces al día (bajo la creencia de que “algo es algo”) y (f) evitación (falta de adhesión) (Meichenbaum y Turk, 1991).

Es trascendental que la información sea proporcionada de forma individualizada o personalizada, y procurando adaptar el régimen terapéutico a la rutina diaria del paciente. Así se logrará una mayor satisfacción en el paciente, que si ésta se hubiera entregado de una forma estandarizada (Sellu, 1987). Se ha sugerido que la información escrita reforzada por información verbal es la más efectiva como medio de transmitir información a los pacientes (Kessler, 1991), al permitir que el paciente pueda disponer de la información de forma organizada y que ésta se encuentre disponible para la pareja, la familia y los cuidadores.

En el contexto de la relación terapéutica, los profesionales de la salud, tradicionalmente, han utilizado diversas estrategias frente a los pacientes no cumplidores con el tratamiento, tales como amenazar (les advierten de las consecuencias de lo que podría ocurrir si no sigue su consejo), adoptar una papel indulgente (permitirles que expresen sus objeciones pero sin indicarles un plan de tratamiento alternativo), tácticas autoritarias (enfatarles su posición superior y la obligación del paciente de cumplir con el tratamiento), intentar convencerlos o persuadirlos (cambiando su forma de pensar o indicándoles que no tienen otra opción), contrarrestar el alcance (minimizando o negando la interferencia del paciente con el tratamiento) (Heszen – Klemens, 1987).

Meinchebaum y Turk (1991) han enumerado algunas conductas que interfieren en una buena comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, y en que haya una

relación terapéutica satisfactoria, tales como actuar de manera poco cordial y distante demostrando falta de entrega, preocupación e interés; mostrando desacuerdo o rechazo y siendo demasiado formal; apareciendo y actuando como si se estuviera muy ocupado; leer informes del caso mientras se entrevista al paciente; emplear jerga médica cuando se habla con él; no preguntarle nunca si entiende de lo que se está hablando; formularle preguntas cerradas; cortar o interrumpirle las frases; ignorar sus preguntas; no permitirle contar su historia con sus propias palabras; no tomar en consideración sus preocupaciones y expectativas; omitir darle explicaciones claras sobre el diagnóstico y las causas de la enfermedad; no establecer un régimen preciso de tratamiento a seguir o formularlo de manera poco clara o en términos demasiado técnicos; ignorar las oportunidades de ofrecerle feedback; adoptar una actitud hostil, suspicaz, moralizante, poco empática y de claro enfrentamiento; terminar bruscamente la entrevista y proporcionarle un escaso apoyo.

Aproximaciones más recientes sobre la adhesión, han puesto énfasis en una implicación activa, voluntaria y colaborativa de los pacientes en la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, la comunicación médico-paciente puede focalizarse en tres áreas (Noble, 1998): conocer las creencias del paciente, intercambiar información y establecer una buena relación afectiva.

a) *Conocer las creencias del paciente en torno a la enfermedad y el tratamiento.*

Cuando el médico las conoce y tiene ocasión de corregirlas, si lo cree necesario, se genera una mayor aceptación de los tratamientos prescritos.

b) *Intercambiar información entre el médico y el paciente.* Se podrían establecer dos categorías:

- *Elicitar información.* Se refiere a la cualidad de la información obtenida por el doctor acerca de la naturaleza del problema. Si el médico desea cambiar la conducta del

paciente es preciso que conozca cómo vive su enfermedad, qué experiencias y creencias ha acumulado a lo largo de los años sobre la salud y la enfermedad, cuáles son sus expectativas de calidad de vida, cómo es su entorno.

- *Dar información.* Constituye el aspecto sobre el cual el paciente expresa su mayor insatisfacción. Un problema común es que los médicos infravaloran la información que los pacientes quieren tener (Daltroy, 1993). Además, frecuentemente tienden a sobreestimar la cantidad de tiempo que gastan en la educación del paciente y se concentran más en proporcionar información e instrucciones, con poco tiempo para comprobar si el paciente ha comprendido la información y cuáles son sus dudas (McClellan, 1986).

Algunos profesionales sanitarios consideran que una información extensa sobre el tratamiento puede ser dañina para el paciente (piensan que dar a conocer el diagnóstico de una enfermedad grave, proporcionar información sobre la enfermedad que pueda causar ansiedad o depresión en los pacientes y suministrar información sobre los efectos secundarios de los fármacos puede contribuir a que el paciente no los tome) (Ley, 1982).

Ley (1977) ha sugerido diversas estrategias para mejorar el recuerdo de la información como: (1) suministrar instrucciones y consejo al inicio de la sesión; (2) enfatizar la importancia de las instrucciones y consejos (3) utilizar frases cortas (4) establecer una comunicación mediante señales a través de las cuales el paciente pueda identificar cuando se le suministra información relevante; (5) repetir la información relevante y (6) que los consejos sean tan específicos como sea posible (7).

c) *La cualidad afectiva de la relación médico-paciente.* Se ha encontrado que la adhesión mejora cuando se ha establecido una relación con un buen soporte emocional - reasegurando y animando al paciente- y cuando el paciente es tratado como “un igual”

(Heszen-Klemens y Lapinska, 1984). Elementos clave para establecer una buena relación de trabajo son la cordialidad, el cuidado, la consideración positiva y la falta de tensión. En cambio, cuando la relación se ha caracterizado por la expresividad de emociones negativas, como la rabia y la ansiedad, y la comunicación se vuelve hostil (Hall, Roter y Katz, 1988).

Un profesional sanitario que adopta un estilo abierto, honesto y de apoyo, demuestra respeto y anima al paciente, proporciona explicaciones claras, realiza un seguimiento sistemático, se muestra competente e incluye a los pacientes en las decisiones de tratamiento, incrementa la adhesión del paciente al tratamiento. Por tanto, la confianza, la continuidad, la accesibilidad, la flexibilidad, la disponibilidad y la confidencialidad son factores que influyen favorablemente. Otros factores a tener en cuenta son el suministro de una información detallada, auténtica y la toma de decisiones conjunta en un marco de confianza mutua.

Otros aspectos que se han identificado como determinantes de la adhesión son aquellos relacionados con la *organización de los centros de atención médica*, tales como la disponibilidad de expertos en áreas determinadas, una flexibilidad en el horario de atención, el tiempo de espera, etc. También hay que considerar la calidad de la comunicación entre los miembros del equipo a la hora de efectuar el seguimiento del paciente (que requiere un espíritu de colaboración, un clima positivo, una ausencia de críticas o actitudes recelosas, etc.) que evitaría que el paciente pudiera percibir que en el centro hospitalario no toman en serio sus síntomas y preocupaciones (cuando por ejemplo es remitido de un lugar a otro sin saber bien el porqué) y una actitud favorable explícita de todos los miembros del personal para el mantenimiento de la adhesión del paciente al régimen de tratamiento. Con relación a la atención dispensada, una mayor

continuidad en la atención que se ofrece a los pacientes incrementará la probabilidad de adhesión.

### **5.3. Modelos teóricos y adhesión terapéutica**

Algunas de las variables descritas en el apartado anterior, sobre todo las etiquetadas como variables del paciente, se han utilizado en Psicología de la Salud para proponer diversos modelos que nos permiten explicar, en parte, los cambios que se producen en las conductas de salud. Estos modelos teóricos se utilizan también para predecir la adhesión al tratamiento.

Dentro de estos modelos los más utilizados han sido los de carácter sociocognitivo. Villamarín y Álvarez (1998) realizan un análisis conceptual y una síntesis de los constructos utilizados en los principales modelos sociocognitivos, agrupándolos en dos categorías:

- a) Modelos de primera generación: El Modelo de las Creencias sobre la Salud, Teoría de la Acción Razonada, Teoría del Aprendizaje Social y Teoría de la Autoeficacia.
- b) Modelos de segunda generación. Son derivados de los primeros con algunas modificaciones. Incluyen la Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada, la Teoría de la Motivación de Protección y la Teoría de la Conducta Planificada.

En su artículo, Villamarín y Álvarez (1998) resumen, después de analizar los principales modelos sociocognitivos, las siguientes variables:

- a) Expectativas generales: locus de control de salud y competencia percibida.
- b) Expectativas específicas: vulnerabilidad percibida, barreras/costes percibidos de la conducta de salud, beneficios percibidos de la conducta de salud, consecuencias sociales y emocionales percibidas de la conducta de salud (norma subjetiva), capacidad

percibida para realizar la conducta de salud (asimilable a autoeficacia y a control percibido).

c) Valencia de los resultados específicos: severidad percibida de la enfermedad, valor otorgado a los beneficios y barreras de la conducta preventiva, importancia concedida a la aprobación social (motivación para cumplir).

d) Valencia de los resultados generales: valor otorgado a la salud.

e) Intenciones/metast conductuales: intención de conducta.

Por otra parte, Horne y Weinman (1998) citan entre los modelos sociocognitivos los siguientes: el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planificada, la Teoría de la Atribución, y el Modelo Autoregulatorio de la Enfermedad de Leventhal.

Finalmente, relacionando la presencia de determinadas cogniciones con el cambio de conducta, y entendiendo éste como un proceso, hay que destacar el modelo de Prochaska (Prochaska y DiClemente, 1983), el cual sugiere que el cambio de una conducta de salud ocurre en cinco etapas progresivas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

A continuación vamos a hacer énfasis en algunos modelos socio-cognitivos, al entender que son los más utilizados para predecir las conductas de salud y que comparten un cuerpo teórico común. Éstos constituyen una aproximación teórica que nos permite entender la relación entre las conductas de salud y sus probables determinantes.

#### **Modelo de Creencias sobre la Salud, MCS (Health Belief Model, Rosenstock 1974)**

El modelo original propone que la probabilidad de que alguien ejecute una conducta relacionada con la salud (como realizarse un control médico) está en función de su percepción de la amenaza de enfermedad y de la evaluación de costes/beneficios de una determinada conducta preventiva. Los beneficios consisten en las consecuencias

percibidas positivas de la conducta saludable (físicas, psicológicas y sociales) mientras que los costos o barreras se refieren a las consecuencias negativas percibidas (costos económicos, incomodidades físicas, efectos secundarios) de la conducta preventiva. La amenaza percibida se deriva de la gravedad percibida de la enfermedad y de la susceptibilidad individual percibida. La susceptibilidad se define como la probabilidad percibida de que se produzca la enfermedad y es equivalente al riesgo percibido; la gravedad se refiere a la importancia que la persona concede a las consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales de enfermar.

Este modelo predice que la probabilidad de realizar una conducta favorecedora de la salud se incrementará si la amenaza percibida de la enfermedad es alta, si los beneficios de la conducta superan a las dificultades y si hay determinados estímulos (claves para la acción) en aquella situación que hacen más vivida la sensación de amenaza.

En relación con los comportamientos de adhesión, el modelo propone que estarán determinados por: (a) las creencias de los pacientes de que son susceptibles o vulnerables a la enfermedad o a sus consecuencias, o de que de hecho ya presentan esa enfermedad; (b) la creencia de que la enfermedad en sí, o sus consecuencias, podría tener un grave impacto negativo sobre sus vidas; (c) la creencia de que seguir determinadas recomendaciones sanitarias sería beneficioso o efectivo para reducir la amenaza o gravedad de la enfermedad; y (d) la creencia de que los costes psicológicos o los obstáculos asociados al seguimiento de las recomendaciones terapéuticas no sobrepasa a los beneficios.

**Teoría de la Acción Razonada, TAR** (Theory of Reasoned Action, Ajzen y Fishbein, 1980)

El principio central es la formulación de que la intención predice y precede a la conducta favorecedora de la salud. En otras palabras la conducta de salud estará

determinada por la decisión o propósito del sujeto para realizar una conducta en un futuro próximo inmediato.

La intención está codeterminada por la actitud hacia la conducta (variable de carácter personal) y por la norma subjetiva (variable más de carácter de la situación social). La actitud es el juicio del sujeto sobre la utilidad o conveniencia/ idoneidad de realizar la conducta de salud y la percepción del valor del resultado. La norma subjetiva se refiere a la percepción subjetiva que tiene el paciente de las presiones sociales para realizar una conducta. La actitud es el juicio del sujeto sobre la utilidad o conveniencia/ idoneidad de realizar la conducta de salud y la percepción del valor del resultado. La actitud y la norma subjetiva están determinadas por las creencias conductuales (consecuencias de la conducta de salud anticipada por el sujeto) y creencias normativas (percepción que tiene el sujeto sobre lo que otras personas cercanas e importantes esperan de él).

### **Teoría de la Autoeficacia, TAE (Bandura, 1977)**

Bandura otorga un lugar clave al concepto de expectativa definido como la anticipación cognitiva de acontecimientos futuros. Propuso dos tipos principales de expectativas: autoeficacia o expectativas de eficacia y expectativas de resultados.

*Las expectativas de resultados* (outcome expectations or outcome efficacy) consisten en la creencia de la persona de que un determinado comportamiento conducirá a unos determinados resultados y *las expectativas de eficacia* (efficacy expectations or self-efficacy), que son las creencias acerca de que uno es capaz de realizar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados.

Ambos tipos de expectativas contribuyen a la determinación del comportamiento instrumental y del afecto. Regulan la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, así como las respuestas emocionales (la ineficacia percibida para afrontar situaciones aversivas producirá ansiedad, mientras que

la ineficacia percibida para conseguir resultados apetecidos que otros son capaces de alcanzar producirá depresión).

Estas expectativas son concebidas como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedentes de diferentes orígenes: los propios logros de rendimiento del pasado, la observación del comportamiento de otras personas, la persuasión verbal y la autopercepción del estado fisiológico del organismo.

La autoeficacia y expectativas de resultados influyen en la salud a través de sus efectos:

a) Motivacionales: Regulando los intentos de abandonar hábitos perjudiciales para la salud; determinando el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de comportamientos favorecedores de la salud e influyendo en la rapidez y la magnitud de la recuperación después de los problemas de salud.

b) Emocionales: La capacidad percibida de afrontar situaciones estresantes es una variable psicológica crítica en la modulación de la reactividad biológica, sobre todo la activación autonómica (frecuencia cardiaca, presión sanguínea, etc.) ante estas situaciones. Ésta a su vez puede actuar como un factor de vulnerabilidad a la enfermedad.

De entre los modelos de Segunda Generación cabe destacar la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) (Ajzen, 1985; Ajzen y Madden, 1986). De hecho este modelo puede considerarse una síntesis de TAR, TAE y MCS, ya que utiliza los constructos de éstos que en los estudios empíricos han mostrado una mayor capacidad predictiva de las conductas de salud. Los constructos o variables en que se basa la Teoría de la Conducta Planificada son la actitud (equivalente a los beneficios/barreras del modelo MCS), la norma subjetiva, la intención de conducta, y el control percibido sobre la conducta, equivalente a la autoeficacia.

#### **5.4. Variables predictoras de la adhesión al TARGA**

En la última década se han realizado una gran cantidad de estudios empíricos de la capacidad predictiva real sobre la adhesión al TARGA, de muchas de las variables descritas en el apartado 5.2. A continuación, presentaremos los principales resultados de estos estudios basándonos fundamentalmente, en dos trabajos de revisión realizados por Forgaty et al. (2002) y por Ammassari et al. (2002), respectivamente.

En general, no se ha encontrado que las *variables sociodemográficas* sean unos predictores consistentes de la adhesión a los antirretrovirales. Forgaty et al. (2002) concluyeron que los factores sociodemográficos como la edad, el sexo, la raza, los estudios, la ocupación, la situación económica estable, etc., no tenían una relación consistente con la adhesión. Otros autores como Ickovics y Weisler (1997), Knobel (2000) y Barlett (2002) también lo han confirmado. Algunos estudios han encontrado una asociación entre adhesión y edad mayor, género masculino, altos ingresos y raza blanca (Paterson et al., 2000; Montessori et al., 2000). Por el contrario, otros estudios no han encontrado esta asociación (Stone et al., 1998; Eldred, Wu, Chaisson y Moore, 1998; Kissinger et al., 1995). El género puede reflejar algunas condiciones y situaciones sociales que afectan a la adhesión. Así, la mujer puede llegar a perder algunas dosis o visitas clínicas porque tiene que hacerse cargo de las responsabilidades familiares, como el cuidado de los hijos o su casa (Kissinger et al., 1995, Mehta, Moore y Graham, 1997). Un estatus socioeconómico bajo (falta de hogar, bajos ingresos económicos, situación de desempleo, bajo nivel educativo, falta de seguro médico, etc.) contribuye a una baja adhesión ya que el paciente tiene otras preocupaciones más importantes (Kissinger et al., 1995). Tampoco existe evidencia de que las conductas de adhesión puedan explicarse en términos de rasgos de personalidad (Bosley, Fosbury y Cochrane (1995).

Por último, Forgy et al. (2002), en una revisión de estudios sobre adhesión, encontró una relación no consistente entre la adhesión y estar encarcelado.

La presencia de una *enfermedad psiquiátrica* es comúnmente asociada con un decremento de la adhesión, sobre todo, en pacientes con edad avanzada e infección por VIH (Broers et al., 1994; Draine y Solomon, 1994). La aparición de algunos *trastornos emocionales*, principalmente la depresión y otros trastornos afectivos, pueden afectar negativamente a la adhesión, repercutiendo en una baja motivación en los pacientes y reduciendo su capacidad de memoria y concentración (Gray, Edmondson y Lemke, 1998).

Con relación a las *drogas, la historia en el uso de las mismas* o el hecho de permanecer estable en un programa de metadona no parecen guardar una relación directa con la adhesión (Broers et al, 1994). Así, se ha encontrado que exadictos rehabilitados y con situación social estabilizada muestran una adhesión comparable a la de personas que se han contagiado por otras vías, no constituyendo una contraindicación para la administración de la terapia antirretroviral. En cambio, *el uso activo de drogas y alcohol* se ha identificado como un factor relacionado con el mal cumplimiento, constituyendo una razón para diferir el TARGA, más que para negarlo (Clough, D'Agata, Raffanti y Haas, 1999). En estudios transversales con adictos activos, entre el 49% y el 60% no recibían ningún tratamiento antirretroviral y solamente entre el 14% y el 17% recibían tratamiento de gran actividad (Celentano et al., 1998; Strathdee et al., 1998)

Los *acontecimientos vitales*, sobre todo aquellos ocurridos recientemente, tales como la pérdida de personas significativas, la ruptura de relaciones familiares o de pareja, la falta de recursos económicos, el hecho de no disponer de trabajo, etc., constituyen una barrera para la adhesión cuando suceden en el curso de una enfermedad crónica, pudiendo agravar los efectos negativos de la enfermedad. Cuando surgen problemas de

este tipo es necesario prestar atención a las necesidades de los pacientes. Cuando se encuentran con dificultades sociales, es prioritario intervenir sobre este tipo de necesidades, como por ejemplo ayudarlos a conseguir su dosis si se trata de un consumidor activo de drogas. Ha habido experiencias que han demostrado que la adhesión mejora en colectivos desfavorecidos, cuando se incluyen medidas de apoyo social y, en los consumidores de drogas, cuando las estrategias se interrelacionan con las necesidades adictivas de los pacientes.

Las *creencias negativas sobre la eficacia* de los antirretrovirales pueden contribuir a una falta de adhesión (Samet et al., 1992). Entre estas creencias que perjudican la adhesión se incluyen *la percepción/aceptación de la enfermedad y la percepción de falta de beneficios*. Así, en los años 90, al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de los estudios reflejaban un grado de adhesión de alrededor del 60%-80% (Catt, Stygall y Catalan, 1995). Transcurridos entre dos y tres años, el grado de adhesión bajó de forma considerable al 40-60% debido, en parte, a los continuos fracasos del tratamiento, con lo que las expectativas bajaron considerablemente (Knobel et al., 1997). Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa y se inician los tratamientos con terapia combinada los resultados se tornan optimistas y esperanzadores, las expectativas mejoran y el grado de confianza y adhesión vuelve a recuperarse lentamente (Balestra et al., 1997).

La *motivación del paciente*, en cuanto a la decisión de iniciar un tratamiento y el esfuerzo que supone el persistir en su continuidad a través del tiempo, inhibiendo las conductas de abandono o los hábitos perjudiciales para la salud, se ha relacionado también positivamente con la adhesión.

El temor del paciente a que su enfermedad sea conocida y que por ello se le identifique como “un infectado” hace que algunos de ellos eviten seguir el tratamiento cuando

puede ser causa de recelo en la familia, pareja o grupo de amigos (Gordillo y González - Lahoz, 2000). Así, en encuestas realizadas a pacientes en tratamiento, el 15,1% de ellos referían haber suspendido alguna vez la terapia para evitar que quienes le rodeaban en sus actividades diarias se enteraran de su estado de seropositividad (Saiz de la Hoya y Marco, 1999).

El *conocimiento que tienen los pacientes* sobre las repercusiones de una ingesta inadecuada o de su abandono, tales como la aparición de resistencias, también condiciona la adhesión. Chesney et al. (2000) en el estudio AIDS Clinical Trials Group (AACTG), encontraron que los pacientes no adherentes estaban menos seguros que los pacientes adherentes acerca de la necesidad de adherirse estrictamente a las pautas prescritas de medicación, ya que de no hacerlo, podrían aparecer resistencias a los antirretrovirales que tomaban. Wenger et al. (1999) también observaron una adhesión significativamente más alta entre pacientes que percibían que los agentes antirretrovirales eran efectivos y que creían que la no adhesión podría dar lugar a resistencia viral. Las experiencias personales anteriores con tratamientos antirretrovirales, el conocimiento de otros sujetos que se encuentran tomando medicación y su participación en grupos de ayuda también ejercen influencia en la adhesión.

Unas *relaciones sociales* pobres y una escasa actividad han sido asociadas con una pobre adhesión en diversos estudios. Contrariamente, disponer de domicilio fijo y apoyo social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adhesión. Forgaty et al. (2002) encontraron que la falta de un clima social apropiado (falta de apoyo social, miedo a la no confidencialidad y a la exposición al público) se asociaba negativamente con la adhesión, aunque los resultados fueron únicamente significativos en uno de los estudios revisados. A través de la inclusión de otros significativos que coincidan en la

necesidad de que el paciente siga el tratamiento y lo ayuden a organizar la ingesta de pastillas podría mejorarse su adhesión.

La adhesión al TARGA está condicionada también por algunos aspectos relacionados con el *tratamiento antirretroviral* como: a) *la dosificación*. Se ha comprobado que el número de veces al día que debe tomarse el medicamento recetado y no el número de píldoras “per se” se relaciona en la mayoría de los casos con una falta de adhesión. Eldred et al. (1998) encontraron que los pacientes que tomaban pastillas dos veces al día reportaban mejor adhesión que aquellos pacientes que los ingerían 3 o más veces al día. También Paterson et al. (2000), encontraron que en regímenes con dos tomas diarias se mostraba significativamente más adhesión que con tres tomas al día; b) *la falta de respuesta clínica inmediata*: La falta o retraso en la respuesta clínica o fallo en proporcionar “una cura” dentro de un período de tiempo limitado puede promover una falta de adhesión; c) *los efectos secundarios*: Todos los medicamentos antirretrovirales causan efectos secundarios. Aparecen tras la ingesta de los fármacos y pueden llevar al paciente a no ingerir la medicación, o bien a reducir las dosis. Los pacientes frecuentemente tolerarán los efectos secundarios si perciben la enfermedad como amenazante para su vida, pero a medida que el tratamiento funciona de forma satisfactoria, y los pacientes vuelven a un estilo de vida activo, los efectos secundarios son percibidos como los efectos principales. La mayoría de los efectos secundarios, tales como la diarrea, náuseas y vómitos son transitorios, y algunos otros aparecen a largo plazo, como el entumecimiento, las neuropatías periféricas y la lipodistrofia. Esta última consiste en una distribución anormal de las grasas y afecta al 30-60% de pacientes con TARGA. Chesney (2000) encontró que un 24% de los pacientes que deseaban evitar los efectos secundarios, lo citaban como razón principal para no tomar su medicación tal como había sido prescrita; y d) *el perfil farmacocinético*. Algunos

fármacos antirretrovirales tienen perfiles farmacocinéticos que podrían requerir una mayor o menor adhesión con el objetivo de alcanzar la supresión de la replicación viral. Así, por ejemplo, la mayoría de inhibidores de la proteasa presentan una duración media y requieren múltiples dosis para conseguir un mantenimiento en la supresión de la replicación viral y evitar el desarrollo de la carga viral (Chesney, 2001). Algunos de estos fármacos, como la didanosina, el ritonavir, el saquinavir, el nelfinavir y el indinavir presentan una biodisponibilidad que se encuentra altamente condicionada por la presencia o ausencia de determinados tipos de alimentos (baja/altas grasas, zumo de fruta frente a otras bebidas, etc.), y en el momento de la toma requieren de una pauta muy estricta de dosificación (Knobel, 2000). No observarlos puede disminuir de forma sistemática el nivel de concentración de los fármacos. Una concentración del fármaco por debajo del nivel crítico podría ocasionar una replicación del virus y el desarrollo de resistencias (esto ocurre con cierta frecuencia cruzada entre los inhibidores de la proteasa) (Iribarren et al., 2001; Kalichman, Ramachandran y Ostrow, 1998).

Para mejorar la adhesión a los tratamientos antirretrovirales sería necesario incidir en la elaboración de nuevos fármacos que permitieran simplificar el régimen terapéutico, y sobre todo, las dosis (Ickovics y Weisler, 1997), a través de la combinación de éstos y la utilización de fármacos con alta vida media que permitiera prolongar los intervalos entre dosis (Mehta et al., 1997). También los profesionales sanitarios deberían informar a los pacientes sobre: a) la aparición de los efectos secundarios y como manejarlos, para evitar que abandonaran tempranamente la terapia; b) sobre las condiciones de ingesta, sobre todo cuando presentan restricciones dietéticas; y c) resolver las interacciones con otros fármacos, especialmente con la metadona, para evitar el síndrome de abstinencia a opiáceos que podría motivar el abandono del tratamiento antirretroviral por parte de los pacientes drogodependientes.

*El curso y el pronóstico de la enfermedad VIH/SIDA* también se han asociado a la adhesión a los antirretrovirales, sobre todo en los siguientes aspectos: a) *Curso sintomático/asintomático*. En la historia de la enfermedad, el hecho de que curse de forma asintomática o sintomática se ha relacionado de forma diferente con la aceptación y la adhesión al tratamiento. Así, inicialmente la infección por el VIH, presentaba una mayor amenaza de mortalidad que otras infecciones. Posteriormente se ha convertido en una enfermedad crónica, y las muertes que se están produciendo están asociadas a otras enfermedades coadyuvantes. En la actualidad, las personas con VIH permanecen asintomáticos durante muchos años, lo que limita la percepción de ganancias inmediatas tras el inicio del tratamiento antirretroviral (Ickovics y Weisler, 1997); b) *Cronicidad de la enfermedad*. La literatura científica sobre adhesión indica que ésta es menor en pacientes que siguen un tratamiento farmacológico durante mucho tiempo, especialmente si la enfermedad no presenta efectos sintomáticos (es decir que el tratamiento no produce un alivio de los síntomas ya que no han aparecido previamente al régimen terapéutico) (Williams y Friedland, 1997), mientras que la adhesión en tratamientos cortos ha sido considerada generalmente alta; c) *Paciente naïve versus no naïve*. La mejor oportunidad para alcanzar la máxima supresión viral es con el primer régimen o cuando el sujeto es *naïve* (Sherer, 1998). Algunos pacientes que ya habían realizado tratamientos antirretrovirales anteriores y que en la actualidad siguen una terapia antirretroviral múltiple no se benefician de las nuevas medicaciones en la misma medida, como consecuencia de la aparición de resistencias cruzadas (Tseng, 1998); d) *Historia de enfermedades oportunistas*. Más que la historia de enfermedades oportunistas, se ha encontrado que la percepción del paciente sobre la gravedad de su enfermedad guarda una asociación positiva con la adhesión a la medicación, (Singh et al., 1996); y f) *Pronóstico grave*. La mayoría de estudios han encontrado que un bajo

nivel CD4 o un estadio más avanzado de la enfermedad pueden incrementar la adhesión (Freeman, Rodríguez y French, 1996). La comunicación de un pronóstico grave puede facilitar la comprensión de la necesidad del tratamiento, aunque éste sea complejo y presente efectos adversos. Sin embargo, algún otro estudio indica lo contrario, que hay un peor cumplimiento cuando existe una severa inmunosupresión y un diagnóstico de SIDA (D'Arminio et al., 1998).

*La relación con los profesionales* también puede afectar a la adhesión. A fin de lograr un mayor cumplimiento en la ingesta de los antirretrovirales, sería conveniente que los sanitarios dispusieran de tiempo suficiente para explicar a los pacientes las características de la enfermedad, las diferentes opciones terapéuticas existentes y recomendar el tratamiento que mejor se ajustara a su estilo de vida, preparándolos para el inicio del tratamiento y verificando si podrían afrontar con éxito la adhesión.

Algunas características referidas al *sistema sanitario y al equipo asistencial* pueden repercutir también en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Así, la escasez de servicios, la dificultad en el acceso a los servicios sanitarios, no disponer de transporte o no poder costearse los fármacos, se han relacionado negativamente con la adhesión; mientras que la provisión de recursos se ha relacionado con un incremento de la adhesión (Forgaty et al., 2002). Respecto al profesional sanitario es importante que el paciente tenga contacto prolongado con el mismo médico, y que las citas concertadas sean personalizadas (no en bloque). Se han identificado también algunas características que deberían ofrecer *los programas sanitarios comunitarios* para involucrar y retener a los pacientes en los tratamientos antirretrovirales. Estas consisten básicamente en proporcionar algunos servicios extras que incluyeran la facilitación del transporte, establecimiento de guarderías para el cuidado de los hijos, rehabilitación en enfermedades mentales o drogas, pago de incentivos, y que además se ubicaran en un

lugar próximo al domicilio o el trabajo de los pacientes, en los cuales el tiempo transcurrido entre visitas fuera corto y los períodos de espera se minimizaran, y así dispusieran de un tiempo suficiente en la consulta para ser escuchados y expresar sus preocupaciones (Morse, Simon, Besch y Walker, 1995).

Finalmente, queremos destacar la revisión sobre las variables predictoras de la adhesión al TARGA, llevado a cabo por Ammassari et al. (2002) sobre 20 estudios empíricos. En la tabla 8 se presentan de forma esquemática los resultados encontrados en este trabajo de revisión. Como puede observarse los predictores se agrupan en tres categorías:

- a) Factores consistentemente asociados. Incluyen aquellas variables en que la mayoría de estudios realizados han confirmado su capacidad predictiva
- b) Factores inconsistentemente asociados. Incluye las variables respecto de las cuales, aproximadamente, la mitad de los estudios han encontrado una relación con la adhesión al TARGA, y la otra mitad no han encontrado ninguna relación.
- c) Factores generalmente no asociados. Las variables agrupadas en esta categoría, en la mayoría de estudios en que se han investigado no han mostrado una relación significativa con la adhesión al TARGA.

Un examen detenido de la tabla 8 permite apreciar una gran coincidencia entre los resultados, sobre la capacidad predictiva, recogidos por Ammassari et al. (2002), y los que hemos descrito anteriormente basándonos, sobre todo, en la revisión de Forgy et al. (2002).

**Tabla 8. Correlatos y predictores de la adhesión a los fármacos antirretrovirales (Ammassari et al., 2002)**

	Número de estudios		
	Relación		No relación
	Análisis Multivariado	Análisis Bivariado	No encontrado
<b>Factores consistentemente asociados</b>			
Síntomas y efectos secundarios de la medicación	5	2	2
Estrés y acontecimientos vitales negativos	1	1	
Familia o apoyo social	4	3	3
Complejidad del régimen (frecuencia de dosis tomadas e instrucciones con las comidas)	1	1	
Autoeficacia (conveniencia del tratamiento)	3	1	
<b>Factores inconsistentemente asociados</b>			
Edad	7	1	7
Raza	3	2	7
Ingresos	1	1	3
Hogar inestable	1	1	1
Uso de drogas inyectables	4	1	4
Consumo de alcohol	3	1	5
Comorbidad con depresión u otras alteraciones psiquiátricas	3	2	3
Calidad de vida relacionada con la salud	2	1	3
Cantidad de linfocitos T4	2	2	3
Frecuencia de tomas	2		3
Conocimiento (información) y creencias sobre el tratamiento	2	3	2
Satisfacción del paciente en su relación con el profesional de la salud	2	2	2
<b>Factores generalmente no asociados</b>			
Género		1	10
Nivel de estudios		4	10
Convivencia (con otros o con niño)		1	1
Desempleo	1	1	6
Seguro médico		1	1
Factor de riesgo por VIH	1		6
Historia de uso de drogas por vía parenteral		1	3
Duración de la infección por VIH			2
Estadio de la enfermedad (CDC)	1		6
Naive a la terapia antirretroviral	1		3
Tiempo bajo terapia TARGA			5
Número de fármacos del TARGA	1		5
Tipos de fármacos del TARGA		1	4
Número total de pastillas			3

## **6. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA ADHESIÓN**

### **6.1 Proceso de intervención: fases de la prescripción terapéutica**

En las recomendaciones para mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral propuestas por la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA (1999), se establece que la prescripción de los fármacos antirretrovirales pasa por tres fases diferenciadas: a) fase informativa; b) fase de consenso y compromiso; y c) fase de mantenimiento y apoyo.

#### **a) Fase informativa**

En esta fase, el médico debe conocer la situación social, laboral y familiar del paciente, su estilo de vida, horarios y actividades cotidianas, situación psicológica (ansiedad, depresión) y actitudes o creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento.

Es necesario dar a conocer al paciente su situación clínica, inmunológica y virológica que pueda aconsejar el inicio del tratamiento. Se le tiene que proporcionar información sobre la dinámica de la infección, el objetivo del tratamiento, la dosificación, las alternativas del tratamiento, las razones e importancia de la adhesión, los posibles efectos adversos potenciales y el manejo de los mismos. Posteriormente, se le interrogará sobre las dudas o temores que hayan podido surgir.

También hay que considerar la historia de tratamientos previos y si han existido problemas de adhesión con los mismos.

Es fundamental conocer la patología relacionada con la infección VIH y los fármacos o sustancias que el paciente ingiere, de forma constante o esporádica, para tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas.

También hay que tener en cuenta las preferencias y dificultades que pueden surgir en el tratamiento expresadas por el paciente (¿qué dificultades puedes tener a partir de

ahora?), detectándolas e identificándolas, priorizando, atendiendo y facilitando su resolución y si es necesario derivarlo a recursos generales y específicos.

#### **b) Fase del consenso y compromiso**

Hay un periodo de reflexión, en el cual el paciente y el médico deberían consensuar la pauta terapéutica.

La pauta de tratamiento debe ser individualizada según los hábitos y necesidades del paciente. Es importante adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del enfermo, intentando conseguir que la toma de la medicación constituya una más de las numerosas rutinas diarias.

El paciente debe manifestar su compromiso para seguir el tratamiento elegido en cada uno de los términos consensuados con el médico. Según Knobel et al. (2002), esto implica que tenga un conocimiento del nombre de los medicamentos, número de comprimidos y dosis al día, pauta horaria, forma de administración, requerimientos alimentarios, características propias de los fármacos (sabor, tamaño, etc.), interacciones y efectos secundarios más frecuentes relacionados con el tratamiento. Conviene preguntar al paciente sus preferencias frente a dichas alternativas y proporcionarle esta información detallada por escrito, confirmando que realmente la haya comprendido.

En algunos casos es también imprescindible proporcionar ciertas habilidades como puede ser el manejo del tapón dosificador del jarabe, la disolución de un comprimido, o incluso la apertura de un tapón de seguridad.

En los pacientes reacios a tomar la medicación, se debe intentar convencerlos y conseguir un cambio de actitud con respecto a la terapia. Sólo se recomienda iniciar tratamiento en los pacientes convencidos, en los que se ha conseguido el consenso y compromiso con el mismo.

El paciente debe saber cómo reaccionar adecuadamente ante problemas que pueden presentarse: qué hacer ante el olvido de una toma, si se le pasa la hora, si se queda sin uno de los medicamentos, ante determinados efectos secundarios. Pueden ser útiles los diarios de medicación, recordatorios de tiempo (alarmas) y pastilleros individualizados.

Un elemento importante que nos puede dar una noción de lo que representa para el paciente adherirse al tratamiento es determinar mediante alguna pregunta el esfuerzo que realiza para seguirlo y su autoeficacia (capacidad percibida para llevarlo a cabo).

Una valoración de la percepción de su autoeficacia y de su esfuerzo percibido, se podría hacer preguntándole al paciente “¿Hasta qué punto se siente usted capaz de seguir el tratamiento tal como se lo ha planteado su médico?” y “En la actualidad, ¿cuanto esfuerzo le cuesta seguir su medicación?”. Las respuestas se podrían recoger en una escala análogo visual de 100 mm. con los siguientes puntos de anclaje: “Nada capaz “- Completamente capaz”; y “Ningún esfuerzo”-“Muchísimo esfuerzo”, respectivamente.

### **c) Fase de mantenimiento y apoyo**

Requiere una correcta programación de las visitas de control. En pacientes que inician o cambian el tratamiento, la primera visita de control se debe programar a los 15 días o, a lo sumo, al mes de iniciado éste, para verificar el cumplimiento y la tolerancia de la medicación, realizando, si procedieran los ajustes necesarios. Por tanto se le interrogará acerca de las dificultades que haya podido tener y cómo las ha solucionado.

En los pacientes que ya están en tratamiento, las visitas se programarán con mayor o menor frecuencia según las necesidades (clínicas o de adhesión). Al paciente se le comunicarán los avances obtenidos a nivel inmunológico y virológico, recordándole que no son un motivo para una relajación en el cumplimiento. Se intentará captar su nivel de satisfacción. Es interesante conocer los motivos de no cumplimiento, sin juzgarlos, para incidir en ellos oportunamente.

A largo plazo, pueden aparecer problemas más específicos como son el cansancio del tratamiento, la relativización del riesgo de una incorrecta adhesión o la aparición de efectos secundarios como la lipodistrofia. Todos ellos deberían abordarse abiertamente y proporcionando al paciente un espacio donde pueda expresar sus dudas y temores y respetando, si se plantea la situación, su decisión de abandonar el tratamiento.

Es necesario realizar una planificación conjunta para los cambios de rutina enfatizando la necesidad de evitar “las vacaciones de tratamiento”.

Es importante que su médico o el equipo asistencial esté disponible la mayor cantidad de tiempo posible y que tenga facilidad de acceso para poder responder a dudas o problemas que puedan surgir con su medicación.

Un aspecto final que facilitará la adhesión terapéutica es conseguir la implicación del entorno social próximo y relevante del afectado.

En la tabla 9 se presentan de forma abreviada las recomendaciones que acabamos de describir para potenciar la adhesión al tratamiento antirretroviral (Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA,1999).

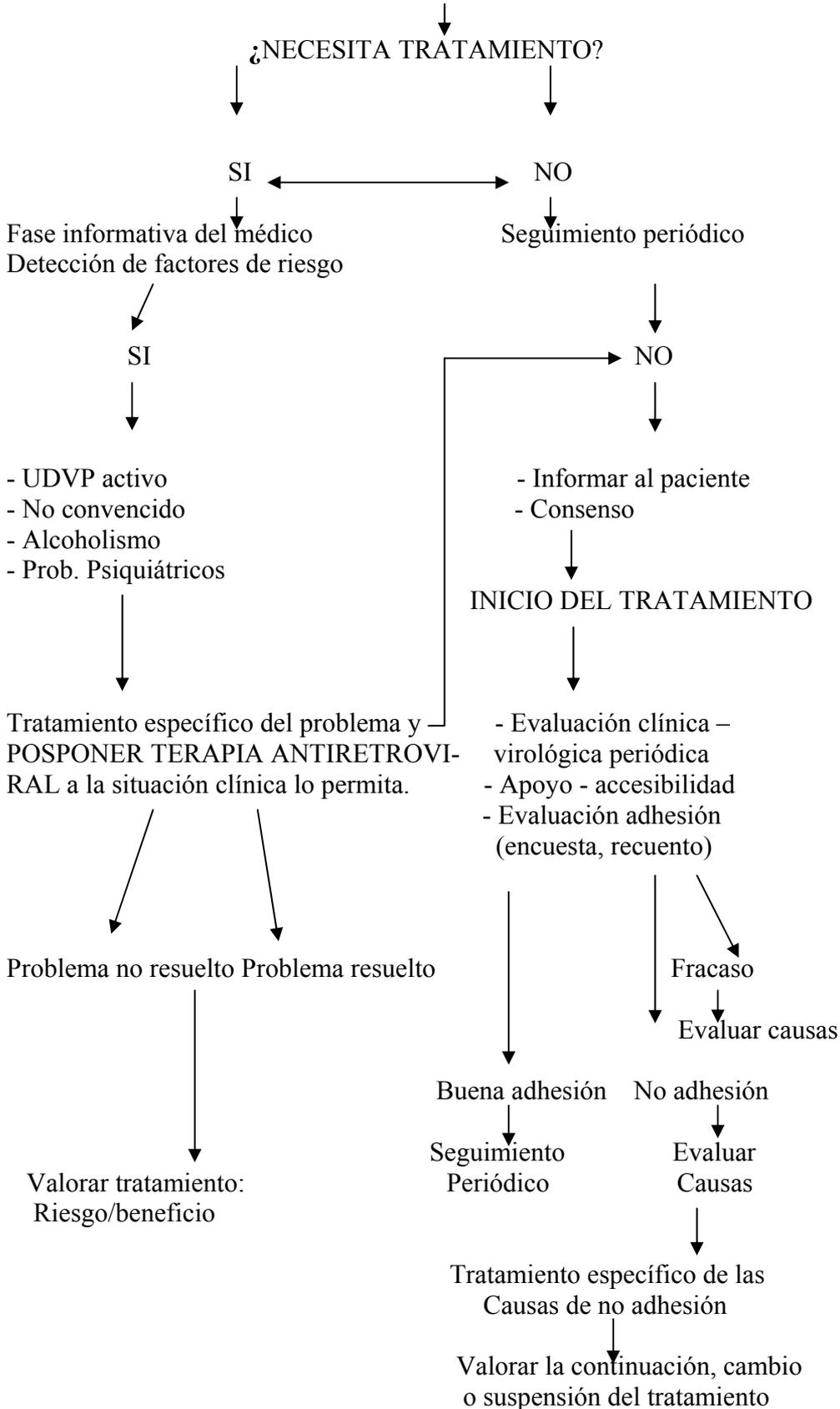
**Tabla 9. Recomendaciones para mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral**

<b>Fase informativa</b>
Identificar los posibles factores de riesgo del paciente sobre la adhesión
Averiguar la situación social, laboral, familiar
Conocer situación psicológica y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo)
Conocer preferencias y dificultades para el tratamiento
Explicar los objetivos, razones de dosificación, efectos adversos potenciales del tratamiento
Ofrecer las posibles alternativas de tratamiento
Resaltar la importancia de la adhesión en la eficacia del tratamiento
<b>Fase del consenso y compromiso</b>
Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente
Consensuar los medicamentos, dosis y pauta con el paciente
Posponer el tratamiento hasta conseguir el consenso y el compromiso con el mismo
Tratar las situaciones concomitantes (depresión, ansiedad, alcoholismo)
Solicitar el compromiso del paciente en la adhesión al tratamiento
<b>Fase del mantenimiento y soporte</b>
Evaluar la adhesión al tratamiento
Conocer los problemas y ofrecer soluciones (efectos adversos, relación con las comidas, horarios)
Atención accesible (teléfono, hospital de día, consulta externa)

En las recomendaciones para mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral, la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA (1999), indica el algoritmo de actuación siguiente:

## Algoritmo de actuación en el inicio y mantenimiento del tratamiento antirretroviral

EVALUACIÓN CLÍNICA – INMUNOLÓGICA – VIROLÓGICA



## **6.2. Estrategias para potenciar la adhesión en función del centro de interés.**

### *a) Estrategias centradas en el paciente*

Antes de realizar la primera prescripción debe haberse consensuado el tratamiento, de forma que se haya comprometido el paciente y el médico habrá llegado a la conclusión de que aquél está preparado para iniciar el tratamiento. Es imprescindible proporcionar información y educar al paciente sobre el objetivo del tratamiento y la necesidad de una buena adhesión. Debe entenderse y destacarse que el primer régimen es el que tiene la mayor posibilidad de éxito a largo plazo. Cuando se decide la prescripción debe explicarse con detenimiento, de forma oral y escrita, deben incluirse los horarios de las tomas, la relación con las comidas y otras actividades diarias. En algunos pacientes pueden ser útiles las cajas con píldoras diarias o semanales, los temporizadores con alarmas y otros dispositivos. Un aspecto importante que puede interferir en el cumplimiento es la aparición de efectos adversos. Por ello, debe informarse sobre su posibilidad con antelación y dar instrucciones sobre la respuesta adecuada frente a los mismos. La participación de la familia, de amigos y de allegados puede reforzar la adhesión. En determinadas circunstancias puede ser de extraordinaria ayuda la participación de grupos de apoyo de la comunidad u organizaciones no gubernamentales en las tareas de educación y mantenimiento del cumplimiento.

Otra forma de incrementar la adhesión es pedirle al paciente que utilice autoregistros de forma adecuada, para lo cual se han facilitado algunas directrices (Dunbar y Agras, 1980), tales como: pedir al paciente que observe conductas positivamente valoradas (ej., registrar la medicación tomada en lugar de la medicación olvidada); emplear registros accesibles y fáciles de utilizar; pedir al paciente que evalúe conductas fácilmente observables; entrenar al paciente en auto-registros; reforzar la precisión del paciente respecto a la conducta esperada en lugar de cualquier mejoría o cambio relacionado con

el régimen; hacer saber a los pacientes que la precisión de sus registros va a ser comprobada; pedir a los pacientes que registren la conducta en el momento en que se produzca, en lugar de al final del día o de la semana; y proporcionar feedback y elogio inmediato al paciente sobre sus auto-registros.

b) *Estrategias centradas en el médico y el equipo sanitario*

El personal sanitario también requiere información y educación sobre aspectos tan fundamentales como la importancia de la adhesión en el éxito del tratamiento, los factores relacionados con la adhesión, técnicas para mejorarla, conocer los fármacos que administra, sus interacciones y posibles efectos adversos. En cuanto a la relación con el paciente debe establecer una relación basada en la confianza mutua; la actitud debe ser flexible e individualizar cada tratamiento y el control en el seguimiento adaptado a las necesidades y posibilidades de cada paciente. En ocasiones es necesario establecer complicidades con familiares y allegados para integrarlos en el equipo terapéutico. Se deben detectar y tratar las situaciones concomitantes que dificultan la adhesión, ansiedad, depresión, y adicción a las drogas.

Frecuentemente el personal sanitario carece de conocimientos específicos por lo cual es necesario la formación de estos profesionales en estrategias de counselling, comunicación y apoyo emocional, siempre haciendo énfasis en la importancia de conseguir una relación empática entre el profesional y el paciente.

Es importante establecer programas de atención integrales que aseguren el seguimiento clínico y el soporte emocional frecuente que permita mostrar con rapidez al paciente los beneficios conseguidos, la evaluación de su cumplimiento y la disposición de recursos que le ayuden a mantenerlo y/o mejorarlo. Estos programas requerirán una infraestructura y otros mecanismos a través de los cuales los pacientes pueden conseguir un acceso rápido y fácil a los profesionales de la salud para que puedan proporcionar las

respuestas satisfactorias a sus dudas sobre síntomas percibidos y/o dificultades en el cumplimiento, e información sobre aspectos relacionados con su enfermedad o nuevos tratamientos que vayan apareciendo. Una solución podría ser una línea telefónica permanente de 24 horas, con un número que sólo conocieran los enfermos.

*c) Estrategias centradas en el régimen terapéutico:*

Deben intentar simplificarse dentro de lo posible mediante la reducción del número de dosis y de comprimidos, en determinados pacientes. Esto es fundamental para alcanzar una posibilidad razonable de efectividad del tratamiento.

### **6.3. Actuaciones a realizar en el ámbito penitenciario**

Respecto al control del tratamiento antirretroviral en los centros penitenciarios básicamente se han utilizado dos estrategias de dispensación:

*a) Dispensación semanal.* Es la más habitual. Consiste en entregar en la consulta de enfermería la medicación que el sujeto precisa durante una semana, quedando anotada la entrega en el registro de enfermería. El interno conoce el lugar y el momento de entrega de la medicación. Se establece un registro semanal de recogida y dispensación de medicación que objetiva, si no el cumplimiento, si la voluntad de adquirir la medicación.

*b) Dispensación diaria.* Sólo se lleva a cabo en pequeños establecimientos, o con poblaciones de infectados reducidas. Permite, obviamente, un contacto continuado y, por tanto, facilita el control y el seguimiento clínico y terapéutico.

Marco (2000) ha aportado algunas recomendaciones dirigidas a mejorar la adhesión en establecimientos penitenciarios:

a) Procurar que los contactos entre el paciente y el equipo sanitario se produzcan en un entorno agradable que facilite una relación basada en la confianza.

- b) La consulta debe ser extensa, con el tiempo que haga falta para informar, entender, conocer y decidir.
- c) La asistencia debe ser próxima y, sobre todo, accesible. Debe facilitar la resolución inmediata de las incidencias relacionadas con el tratamiento. No son recomendables los cambios de profesionales que puedan alterar la confianza establecida entre el equipo terapéutico y el paciente.
- d) Las intervenciones deben ser regladas, coordinadas entre los diferentes profesionales que formen el equipo y, en lo posible, protocolizadas.
- e) El equipo debe estar formado por médicos, enfermeros y profesionales especializados de apoyo (psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc.).
- f) Es fundamental que los profesionales que trabajan próximos a los infectados estén sensibilizados con la problemática de la adhesión al tratamiento, sobre todo, el personal de enfermería, que tiene un mayor contacto con los pacientes.
- g) Los factores que se asocian a una mala adhesión han de ser detectados, atendidos por el médico o por profesionales especializados: trabajadores sociales, profesionales en salud mental, especialistas en drogodependencias, etc.
- h) Tener presente que el inicio del tratamiento sólo urge en casos muy aislados. Es preferible preparar al paciente, informarlo adecuadamente durante dos visitas o más para que pueda reflexionar sobre el tratamiento que recibirá (una terapia compleja y efectiva que precisa de un elevado grado de cumplimiento).
- i) Es fundamental que el equipo terapéutico conozca las vivencias del paciente respecto a su enfermedad, evalúe su estado psicopatológico y analice las connotaciones que tendrá el tratamiento sobre el paciente a nivel psicológico y en cuanto a expectativas y cargas en su forma de vida.

- j) Recordar que el primer tratamiento es la mejor oportunidad para conseguir la supresión máxima de carga viral.
- k) El médico debe evaluar adecuadamente en cada caso la capacidad de adhesión del paciente a la terapia, decidir el momento adecuado para la prescripción y realizar el seguimiento.
- l) Cuando se instaure el régimen terapéutico, éste debe adaptarse a las rutinas y al estilo de vida del enfermo. El tratamiento se debe consensuar con el paciente, después de analizar conjuntamente las ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones. Es importante establecer “alianzas” que permitan asegurar el cumplimiento del tratamiento. Pueden colaborar la familia, la pareja, los amigos, ONGs, programas domiciliarios, programas de atención a drogodependientes, etc.
- m) Es conveniente que el suministro de medicación se realice progresivamente. Inicialmente, en periodos de tiempo cortos y, posteriormente, y según el grado de cumplimiento, en intervalos más largos de tiempo.
- n) Puede ayudar la entrega de material gráfico que recuerda la importancia del correcto cumplimiento, la utilización de autoregistros de las tomas de medicación, el seguimiento telefónico una vez iniciada la terapia, el uso de envases o “pastilleros” o la utilización de recordatorios o “alarmas”.
- ñ) Las visitas de control y seguimiento permiten evaluar el grado de adhesión utilizando métodos sencillos y complementarios: asistencia a visitas, información mediante entrevista, recuento de medicación, correlación del potencial cumplimiento con evolución clínica, inmunológica y virológica.

## **II. TRABAJO EMPÍRICO**

## **PARTE EMPÍRICA**

### **7. Planteamiento, objetivos e hipótesis**

Desde la introducción del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) se ha producido un descenso importante en la mortalidad y morbilidad en las personas infectadas por el VIH, con un gran decremento en el número de personas con SIDA.

Como se ha indicado en la introducción de esta investigación para que el tratamiento farmacológico sea eficaz es importante que los medicamentos sean ingeridos de acuerdo a su prescripción, tanto en lo que se refiere a los tipos de fármacos, como a las tomas, las pastillas y las condiciones de administración (ingestión bajo condiciones dietéticas determinadas, horarios, etc.). El grado de seguimiento de estas pautas constituye la adhesión del paciente al tratamiento antirretroviral. Un grado insuficiente de adhesión se ha relacionado con una falta de resultados clínicos (aumento de la carga viral y descenso de los CD4), la aparición de resistencias que resta eficacia a los tratamientos farmacológicos y la aparición de enfermedades asociadas al SIDA.

La mayoría de estudios en los cuales se ha evaluado la adhesión al TARGA se han realizado en un contexto sanitario, sobre todo en hospitales y centros de salud. En el ámbito penitenciario, tanto en nuestro país, como a nivel internacional se han realizado escasos estudios (Altice, Mostashai y Friedland, 2001; Blanco et al., 2005; Gallego et al., 2004; Marco et al., 2002; Mostashari, Riley, Selwyn y Altice, 1998; Olry et al., 2003; Soto, Pérez y March, 2005 y Wohl et al., 2003). Una síntesis de estos estudios se puede ver en la tabla 10. En todos ellos se utilizaron variables sociodemográficas como posibles correlatos de la adhesión terapéutica, pero sólo en cinco (Altice et al., 2001; Blanco et al., 2005; Mostashari et al., 1998; Olry et al., 2003 y Soto et al., 2005) se utilizaron variables psicológicas relacionales (apoyo social) como predictor de la adhesión, y sólo en cuatro (Altice et al., 2001; Blanco et al., 2005; Mostashari et al.,

1998 y Soto et al., 2005) se incluyeron predictores de carácter sociocognitivo (riesgo percibido, eficacia percibida del tratamiento, etc.). Además, la mayoría de estas investigaciones, seis de ocho, constituyen estudios transversales, los cuales nos proporcionan una visión puntual de la magnitud del problema de la falta de adhesión en un momento dado sin considerar como puede variar a lo largo del tiempo. De los estudios que incluyen variables psicológicas (relacionales y sociocognitivas) ninguno tiene un diseño longitudinal. En este sentido, Ammassari et al. (2002), después de afirmar que la adhesión es un proceso dinámico, y que la conducta de los pacientes puede cambiar a lo largo del tiempo, señalan en el apartado de prospectiva que “todavía están por estudiar los patrones longitudinales de adhesión” en el tratamiento antirretroviral. Por su parte, Remien et al. (2003) en su estudio con metodología cualitativa sobre la adhesión al TARGA señalan que los infectados con VIH “describen la adhesión como un fenómeno dinámico que cambia con el tiempo”.

**Tabla 10. Características de los estudios sobre la adhesión a los antirretrovirales en reclusos**

Autores	Año	Adhesión	Predictores			Diseño	
			Socio-demográficas	Psico-sociales	Socio-cognitivas	Transversal	Longitudinal
Altice et al.	2001	+	+	+	+	+	
Blanco et al.	2005	+	+	+	+	+	
Gallego et al.	2004	+	+				+
Marco et al.	2002	+	+				+
Mostashari et al	1998	+	+	+	+	+	
Olry et al.	2003	+	+	+		+	
Soto et al.	2005	+	+	+	+	+	
Wohl et al.	2003	+	+			+	

Por ello, en la presente investigación nos planteamos llevar a cabo un estudio de carácter longitudinal de seis meses de duración, con una muestra de pacientes reclusos que están recibiendo tratamiento TARGA, utilizando como predictores de la adhesión terapéutica variables sociodemográficas y también variables psicológicas.

Por otro lado, los avances en metodología indican que se obtienen mejores resultados si se utilizan metodologías mixtas, es decir combinaciones de métodos cuantitativos y

cualitativos (ver, por ejemplo, Frechtling y Sharp, 1997). En este sentido, Forgaty et al. (2002) en su revisión de estudios sobre adhesión al TARGA, señalan que de un total de 75 estudios, cinco habían utilizado una metodología cualitativa, y sólo dos una cuantitativa y cualitativa. Por ello, hemos querido introducir una fase cualitativa en nuestra investigación, en un intento de obtener un mejor conocimiento de cuáles son los factores que afectan a la adhesión al tratamiento con antirretrovirales en prisiones.

Los principales objetivos de nuestro estudio son:

- a) Evaluar la adhesión terapéutica al TARGA de este tipo de paciente, para poder compararla con la de los pacientes no reclusos (en la población general), y analizar su evolución a lo largo del tiempo.
- b) Evaluar diferentes tipos de variables que se han pretendido relacionar con la adhesión al TARGA y estudiar su evolución temporal. Estas variables pueden agruparse en las siguientes categorías: sociodemográficas, penales/penitenciarias, clínicas, características del tratamiento y psicológicas (relacionales, sociocognitivas y emocionales).
- c) Analizar la capacidad predictiva de dichas variables sobre la adhesión al TARGA a lo largo de los seis meses de seguimiento.

Teniendo en cuenta los anteriores objetivos, los resultados de los estudios sobre adhesión al TARGA (especialmente los descritos en el apartado 6 “Variables que influyen en la adhesión”) y los datos sobre la capacidad predictiva de los modelos teóricos en psicología de la salud formulamos las siguientes hipótesis:

1. La adhesión al TARGA experimentará cambios (fluctuaciones) a lo largo del tiempo.
2. Las variables sociodemográficas no afectarán a la adhesión al TARGA.
3. La complejidad objetiva del tratamiento antirretroviral (número de pastillas, dosis y condiciones de ingesta) afectará negativamente a la adhesión al TARGA.

4. La experimentación de efectos secundarios importantes afectará negativamente a la adhesión al TARGA.

5. Por lo que respecta a las variables psicológicas:

5.1. Un alto apoyo social familiar afectará positivamente a la adhesión al TARGA .

5.2. Un nivel de autoeficacia elevado afectará positivamente a la adhesión al TARGA.

5.3. Una percepción subjetiva de alta eficacia del tratamiento afectará positivamente a la adhesión al TARGA.

5.4. Una percepción subjetiva de altos costes (barreras) del tratamiento afectará negativamente a la adhesión al TARGA.

5.5 Los estados emocionales negativos (fatiga, ansiedad, depresión) afectarán negativamente a la adhesión al TARGA.

Estas hipótesis se han formulado a partir de los resultados sobre predicción de la adhesión al TARGA obtenidos en estudios con pacientes no reclusos, ya que como señalamos anteriormente las investigaciones con participantes reclusos son muy escasas.

Las hipótesis formuladas corresponden a aquellas variables que han mostrado con claridad, o bien, relación, o bien, una falta de relación con la adhesión. No formulamos hipótesis sobre las variables que han mostrado resultados contradictorios.

## **7.1. Método**

### *7.1.1. Participantes*

Esta investigación se ha realizado en el Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (C.P.H.B.). Se trata de un centro de reclusos, destinado a hombres, en el que se ubican, teóricamente, los internos que se encuentran en situación preventiva hasta que son condenados y llega el testimonio de sentencia. En ese momento, son clasificados en un régimen de vida abierto/cerrado y un grado de tratamiento (primer, segundo y tercer grado), cada uno de los cuales lleva aparejados diferentes condiciones de vida y beneficios penitenciarios y se hace una propuesta para que sean trasladados a un centro de cumplimiento, que se hace efectivo cuando llega la orden correspondiente desde los servicios centrales. La realidad es que en este centro hay una saturación de población reclusa y muchos de los internos que se encuentran ya están cumpliendo la condena antes de ser trasladados a otros centros. La población penitenciaria se encuentra ubicada en seis galerías (incluyendo el departamento de régimen cerrado), a las cuales se tiene que añadir el departamento de geriatría, psiquiatría y enfermería, así como la Sección Abierta. En el momento de inicio de la investigación la población reclusa era de 2.059 hombres.

En el transcurso de la investigación, desde su inicio en octubre del 2003 hasta enero del 2005, se solicitaron con carácter quincenal listados de la población reclusa con VIH que se encontraba bajo tratamiento antirretroviral. A partir de los listados quincenales, calculamos que la media de internos con HIV que ingerían fármacos antirretrovirales durante el transcurso de la investigación fue de 163. De éstos, 11 recibían terapia directamente observada, entregándoseles diariamente la medicación.

De la población con VIH en prisión, se seleccionó una muestra de forma que estuviera integrada por internos ubicados en todas las galerías del establecimiento penitenciario,

priorizando aquellos casos con alta probabilidad de que permanecieran en el centro durante todo el tiempo establecido para el estudio (seis meses).

Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: tener la infección del VIH y estar bajo tratamiento farmacológico con antirretrovirales, participación voluntaria en la investigación, tener capacidad para comprender las preguntas que se le iban formulando y si era posible prever un tiempo mínimo de estancia en el centro de unos 6 meses (por ejemplo, que estuvieran condenados y todavía no estuvieran clasificados, que no tuvieran un cumplimiento definitivo de la condena próximo, que no fueran clasificados inicialmente en tercer grado – lo cual implicaría un traslado inmediato a un centro abierto -, que tuvieran como centro de cumplimiento el C.P.H.B., etc.).

La muestra inicial se compuso de 79 internos, de los cuales cuatro se negaron a participar en la investigación. A los tres meses, la muestra había descendido a 57 internos y, a los seis meses de seguimiento, a 41 internos.

Las bajas se produjeron por las razones que a continuación se exponen: 2 por libertad provisional; 31 por traslados a otros centros penitenciarios, básicamente para el cumplimiento de su condena (7 al Centre Penitenciari de Quatre Camins, 20 al Centre Penitenciari de Brians, 2 al Centre Penitenciari de Ponent, 1 al C.P. de Algeciras y 1 al Centre Obert del Centre Penitenciari de Dones) y 1 por derivación a un recurso extrapenitenciario, una comunidad terapéutica).

Para la fase cualitativa se utilizó un muestreo múltiple (León y Montero, 2003). Se seleccionaron cuatro casos extremos, dos de ellos eran considerados adherentes por los servicios médicos y los otros dos no adherentes. Este tipo de selección de casos permite, maximizar las diferencias entre los casos, haciendo que afloren las dimensiones del problema de forma clara (León y Montero, 2003).

En la tabla 11 pueden verse las características sociodemográficas de esta muestra inicial.

Se puede apreciar que la mayoría de los sujetos se situaron en la franja entre los 30-40 años (60% aproximadamente), siendo la media de 36,41 años. La mayoría de ellos habían realizado estudios inferiores a la Educación General Básica o primer ciclo de secundaria (78%). Un elevado porcentaje de la muestra eran solteros.

**Tabla 11. Características sociodemográficas de la muestra**

<b>Edad</b>	36,41 ( $\pm$ 5,317)
<b>Nivel cultural</b>	
Primer nivel instrumental (analfabeto)	1,3%
Segundo nivel instrumental (neoelector)	14,7%
Tercer nivel instrumental (certificado)	8,7%
Primer nivel graduado (secundaria primer grado)	42,7%
Segundo nivel post-graduado (secundaria segundo grado)	20,0%
Acceso mayores 25 años	1,3%
<b>Estado civil</b>	
Soltero	61,3%
Casado/pareja	20%
Divorciado/separado	17,3%

Respecto a su profesión las repuestas fueron múltiples y diversas, pero en general, correspondían a actividades laborales no cualificadas (por ejemplo, albañil, barrendero, camarero, carpintero, electricista, carretillero, cocinero, decorador, fontanero, guardia seguridad, mecánico, montador, pastelero, peluquero, pescador, pintor, soldador, etc.).

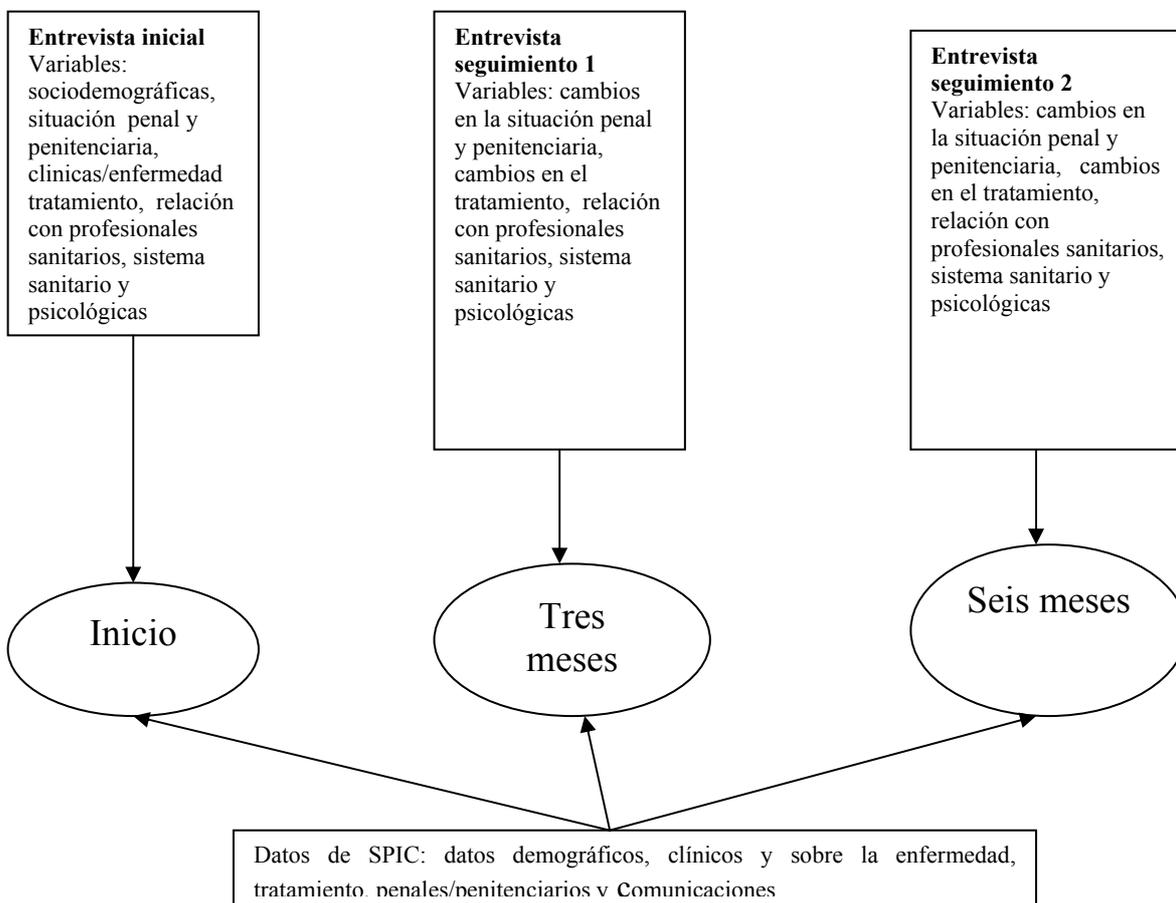
### *7.1.2. Variables y procedimiento de recogida de datos*

En el presente estudio hemos recogido información sobre las siguientes categorías de variables: sociodemográficas, penales/penitenciarias, clínicas, características del tratamiento, psicológicas (relacionales, sociocognitivas y emocionales) y adhesión al TARGA (Anexo 1).

Para ello utilizamos diversos procedimientos: la consulta del sistema informático del establecimiento penitenciario, el uso de una entrevista semiestructurada elaborada para esta investigación y algunos cuestionarios sobre el estado emocional y las creencias del

interno relacionadas con la enfermedad y con el tratamiento, tal como muestra la figura 1.

**Figura 1. Procedimiento en la recogida de datos en las diversas fases del estudio**



A continuación describimos de forma detallada las variables medidas y los procedimientos utilizados.

a) *Datos sociodemográficos:* Se obtuvieron a través del sistema informático SIPC y a partir de la aplicación del *Programa Expediente de los Internos*. Se utilizaba el código de identificación catalán (CIC) para registrar a los internos, lo cual nos permitía mantener su anonimato. Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: la edad del paciente; el estado civil (soltero, casado/pareja, divorciado/separado, viudo y otros); la profesión y el nivel de estudios realizado que agrupamos en las categorías: primer nivel instrumental (analfabeto), segundo nivel instrumental (neolector), tercer

nivel instrumental (certificado), primer nivel de graduado (secundaria primer grado), segundo nivel de post-graduado (secundaria segundo grado), acceso para mayores de 25 años y universidad.

b) *Variables penales y penitenciarias*: Se recogió información procedente de dos bases de datos: Expediente del Interno y Comunicación de los Internos.

Del *Expediente del Interno* se extrajo información sobre la fecha de ingreso en prisión y la situación penal (penado y/o preventivo). En el caso de los penados se anotaba la duración prevista de la condena (en años, meses y días), que posteriormente se recodificó en las siguientes categorías: inferior a un año, entre uno y tres años, entre tres y cinco años, entre cinco y diez años y más de 10 años. También se anotaba el tiempo de cumplimiento que le restaba para la libertad definitiva, siguiendo la estrategia de recodificación utilizada anteriormente con la duración de la condena. Se recogieron también otras informaciones: si el interno realizaba o no alguna actividad en el centro; la reincidencia penitenciaria (reflejada en el número de ingresos que había tenido en prisión) la adaptación a la normativa regimental medida a través del número de expedientes disciplinarios; el régimen de vida (cerrado, ordinario y abierto); la tipología delictiva (que se distribuyó en las categorías de robo, robo con intimidación, contra la salud pública, lesiones, homicidio, hurto, robo con fuerza, violencia doméstica y falsificación de documento público); y la existencia de cambios de ubicación en el mismo centro penitenciario y la movilidad intercentros.

A partir de la base de datos *Comunicación de los Internos* se registró la frecuencia de las comunicaciones (semanal, quincenal, mensual, más de un mes y no visitas) y el grado de parentesco de las personas que les visitaban (padres, hermanos, pareja, hijos, otros familiares y amigos). Estos datos nos permitieron tener una medida aproximada del apoyo familiar y social que tenían en prisión.

c) *Datos clínicos.* Se recogieron los datos contenidos en el *Sistema informático SIPC*, aplicación *Programa Sanitario* sobre información médica relativa al estado inmunológico mediante el recuento de las células CD4. Su valor fue posteriormente recodificado en tres categorías: menos de 200 CD4, entre 200 y 350 CD4 y más de 350 CD4. También se registró el estado virológico medido por la carga viral, cuyos valores también fueron reconvertidos en las siguientes tres categorías: carga viral indetectable (inferior a 50), carga viral inferior a 50.000 y carga viral superior a 50.000. Otros datos que se extrajeron fueron el estadio de la enfermedad (SIDA/NO SIDA); la presencia de algún posible trastorno psiquiátrico, y también si los pacientes se encontraban bajo tratamiento con metadona.

En la entrevista semiestructurada con el interno se le preguntó por la fecha aproximada del diagnóstico de seropositividad (portador del VIH), y la vía de transmisión (por contacto heterosexual, usuario de drogas, por vía parenteral y otras).

También se pidió a los pacientes información sobre la problemática toxicológica, a través de preguntas relacionadas con el consumo reciente de drogas (tipo de drogas, vía de administración y frecuencia de ingesta) y la participación en alguno de los programas de intervención con drogodependientes disponibles en el centro (programa de mantenimiento con metadona (PMM); el programa de intervención en drogas (PID), de carácter intensivo, y el módulo de intervención en drogas (MID), que es un recurso motivacional y de carácter psicoeducativo).

d) *Tratamiento antirretroviral.* Respecto al tratamiento se extrajo información de la base de datos del *Servicio de Farmacia*, recogiendo datos sobre los fármacos antirretrovirales prescritos (el nombre, el número, las tomas y el número de pastillas ingeridas en cada una de ellas) y sobre la prescripción de otras medicaciones adicionales (diferenciándose los fármacos psicotrópicos y otros de carácter general). Para

complementar la evaluación de la complejidad del tratamiento, se diferenció entre aquellos sujetos que no tomaban ningún fármaco con condicionamientos de ingesta y aquellos que tomaban fármacos en que cualquiera de éstos requería de su ingesta o bien con el estómago vacío, o bien, con comida.

Para evaluar la exactitud del conocimiento de su tratamiento antirretroviral y de las instrucciones de una ingesta correcta, en la entrevista semiestructurada se les preguntó por el nombre de los fármacos antirretrovirales que ingerían y sus respuestas fueron codificadas en una escala de medida con cuatro categorías: “recuerdo correcto”, “recuerdo correcto con ayuda” (la ayuda implicaba que se le mostrase un gráfico que contenía un dibujo de los diferentes fármacos y su nombre), “recuerdo incorrecto con ayuda” y “recuerdo incorrecto sin ayuda”. También se les preguntó por el número de pastillas que ingerían en cada toma, cuántas tomas al día y en qué momento exacto las ingerían. Sus respuestas fueron etiquetadas como “correctas” o “incorrectas”. Respecto a las condiciones de ingesta (es decir si tomaban los fármacos bajo alguna restricción dietética -con estómago vacío, con comida, etc.-), se utilizaron las mismas etiquetas, añadiéndose la categoría de “No sabe”.

Otros datos relativos al tratamiento que se registraron fueron si el interno era “naive” (si se trataba de su primera experiencia con un tratamiento antirretroviral o no); el número de tratamientos antirretrovirales seguidos (incluyendo el actual y los anteriores), las fechas de inicio y final de tratamiento y los motivos que le habían inducido a empezarlo (por recomendación médica, bajo su propia iniciativa – por considerarlo idóneo o por los efectos secundarios - o por la relación con los compañeros y/o la familia). También se evaluó si el interno había cambiado o interrumpido su tratamiento antirretroviral, indicando quien había tomado la decisión – el profesional médico o el propio afectado – y los motivos que le habían llevado a ello (entre un listado de 18 ítems que incluían

respuestas como: el olvido, quedarse dormido, estar fuera de la celda, el cambio de rutina, el estar ocupado, encontrarse enfermo, los efectos secundarios de la medicación, sentirse deprimido o nervioso, haber ingerido drogas, no creer en los efectos beneficiosos del tratamiento, confusión en el momento de tomarla, encontrarse fuera del centro o haber cambiado de ubicación o establecimiento penitenciario, dificultad para aceptar la enfermedad, tener dificultad para acordarse del seguimiento de las instrucciones o bien confundirse acerca de su administración, mantener la confidencia, no temer a la muerte, no llevar la medicación consigo, encontrarse sancionado, haber mejorado con el tratamiento y otras).

Finalmente en un listado de efectos secundarios se registraba la frecuencia del malestar que habían padecido recientemente como consecuencia de la ingesta de los fármacos (en una escala de respuesta con tres opciones (“pocas veces”, “algunas veces” y “muchas veces”), así como el grado de malestar que les había producido (medido en una escala con las siguientes opciones de respuesta: “poco”, “moderado” y “mucho”). Algunos ítems de este listado de efectos secundarios se obtuvieron del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2002). La variable efectos secundarios fue recodificada mediante un sumatorio de productos (para cada posible efecto secundario frecuencia por gravedad del síntoma).

*e) Variables psicológicas.* Entre éstas cabe distinguir: la relación médico paciente, los “*life-events*”, las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, y los estados de ánimo.

*Relación médico paciente.* En este apartado se evaluó la relación de los pacientes con los profesionales sanitarios preguntándoles por el número de entrevistas que habían mantenido con los médicos de sus galerías, el grado de satisfacción con la entrevista, si habían sido atendidos por el mismo profesional, y si el tiempo que habían permanecido en la consulta médica les había parecido “suficiente”, “normal” o “insuficiente”.

También se les interrogó acerca de si pensaban que los médicos de la galería les habían prestado ayuda para seguir el tratamiento antirretroviral y, en caso afirmativo, que tipo de ayuda habían recibido (clarificar las instrucciones de la medicación, hablar sobre sus preocupaciones, obtener información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento, entrega de material educativo, ayuda para adaptar su estilo de vida al régimen, proporcionar estrategias para facilitar el recuerdo, permitirle participar en las decisiones importantes, hacerle un seguimiento cercano sobre la ingesta de medicación y su evolución clínica).

*Life-events.* En el transcurso de la entrevista también se les preguntó por los posibles acontecimientos vitales estresantes (*life-events*) que habían experimentado en los últimos meses a partir de un listado que contenía 12 ítems (relativos a situaciones de la vida relacionadas con la salud física y mental, la relación de pareja, las relaciones interpersonales y la situación económica); otros 11 ítems, elaborados “ad hoc” a partir de las vivencias expresadas por los internos (acontecimientos vinculados al mejoramiento o empeoramiento de las circunstancias penitenciarias) y, por último, 3 ítems sobre acontecimientos que podían afectar a su situación penal. Se calculó el número de *life-events* que había experimentado cada interno en cada uno de los tres momentos evaluados.

*Cuestionario de Creencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento (variables sociocognitivas).* Se evaluaron con un cuestionario de 37 ítems adaptados del autoinforme denominado Adherence Determinants Questionnaire (ADQ) (DiMatteo et al., 1993) que evalúa diferentes determinantes sociocognitivos de la adhesión y que se utilizó en pacientes con cáncer que estaban bajo control médico. De este autoinforme, se adaptaron nueve ítems (ítems 1 al 9) correspondientes al apoyo/aislamiento social (ej., “Hay personas con las que me encuentro cómodo hablando sobre mi enfermedad y el

tratamiento”); cuatro (ítems 10 al 13) relativos a los cuidados recibidos por el personal sanitario (ej., “Los médicos y enfermeras me escuchan atentamente cuando les pregunto sobre mi enfermedad y el tratamiento”); nueve (ítems 15, 16, 19 al 22, 25, 26 y 31) sobre los beneficios del tratamiento (ej., “Seguir mi tratamiento es mejor que no seguirlo”); uno (ítem 23) sobre la percepción de la severidad (ej., “En cuestión de enfermedades, el VIH/SIDA es una de las más graves”); dos (ítems 14 y 17) sobre la percepción de existencia de barreras para seguir el tratamiento (ej., “Mi tratamiento es demasiado complicado y no vale la pena seguirlo”); cuatro (ítems 27 al 30) sobre las creencias normativas (ej., “Mi familia piensa que yo debería seguir mi tratamiento”).

Utilizamos otros seis ítems para evaluar la autoeficacia que adaptamos del cuestionario de Shively, Smith, Bormann y Gifford (2002). De éstos, tres (ítems 32 al 34) miden la capacidad percibida del interno para manejar la medicación (autoeficacia 1), y los otros tres (ítems 35 a 37) miden la capacidad percibida de los internos para comunicarse con los profesionales sanitarios (autoeficacia 2).

Para toda la escala, se le pedía la opinión al paciente acerca de las creencias indicando su grado de acuerdo según una escala likert con las opciones de respuesta: “Nada”, “Algo”, “Bastante” y “Mucho”.

*Cuestionario sobre estados de ánimo Profile of Mood States (P.O.M.S.)* de McNair, Lorr y Droppleman (1971). Utilizamos la forma B de la adaptación castellana del POMS realizada por Fuentes, García-Merita, Melià y Balaguer (1994). Esta versión contiene 15 ítems, que consisten en adjetivos relacionados con el estado de ánimo a los que se responde en una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta: “Nada”, “Un poco”, “Moderadamente”, “Bastante” y “Mucho”. La escala consta de cinco dimensiones (tensión, depresión, cólera, fatiga y vigor), con puntuaciones que oscilan entre 0 y 12. La puntuación final, resultante de sumar las puntuaciones de tensión,

depresión, cólera y fatiga y de restar la de vigor, puede oscilar entre los valores  $-12$  y  $48$ , por lo que suma el valor  $100$  para evitar puntuaciones negativas. La puntuación obtenida se puede considerar como una puntuación de malestar, más que de bienestar, que podríamos denominar afectividad negativa. A más puntuación corresponde un peor estado de ánimo. El coeficiente alpha de la escala para nuestros datos es de  $0,837$ .

Finalmente, para medir la adhesión utilizamos dos indicadores:

*Autoinforme del grado de adhesión global.* En la entrevista se pedía al paciente que calificara su grado de adhesión a los antirretrovirales en cuatro categorías: “muy buena” (95-100%), “buena” (90-95%), “aceptable” (80-90%) y “baja” (inferior al 80%). A la hora de clasificar a los pacientes como “adherentes” se contabilizaron aquellas respuestas contenidas bajo la categoría de “muy buena” (95-100%), mientras que el resto de categorías se agruparon como criterio no suficiente de adhesión.

*Autoinforme de adhesión respecto de las pastillas ingeridas en los últimos cuatro días.* Se evaluó la adhesión en los últimos cuatro días, valorando si los pacientes se habían dejado de tomar alguna dosis de los fármacos antirretrovirales. También se les preguntó si habían omitido todas las dosis en alguno de estos cuatro días; si habían ingerido los medicamentos a la hora prescrita (pudiendo responder el sujeto con “nunca”, “algunas veces”, “cerca de la mitad de las veces”, “la mayor parte de las veces” y “todas las veces”); si conocía si sus fármacos tenían instrucciones especiales sobre la ingesta y si las había seguido durante esos días (con las cuatro opciones de respuesta señaladas anteriormente); y si en el último fin de semana había dejado de tomar alguna dosis. Finalmente, se le interrogó sobre los motivos por los cuales se había producido alguna omisión, y la respuesta se recogía en un listado con 27 ítems que había sido obtenidos básicamente del cuestionario ACTG Adherence Follow-up Questionnaire proporcionado por Frontier Science Foundation (2004). El cuestionario que utilizamos

mantenía características semejantes al cuestionario SERAD (Tuldrà, 2005), el cual mide la adhesión a los antirretrovirales evaluando el horario habitual de consumo, las dosis no consumidas semanalmente y el motivo para ello, y los motivos de no respeto de cumplimiento de la ingesta de cada fármaco.

Posteriormente, se calculó para cada paciente un índice de adhesión consistente en el número de pastillas tomadas en los últimos cuatro días, dividido por el número de pastillas prescritas en estos cuatro días, multiplicado por cien. Este índice nos permitiría clasificar a los pacientes que presentaban una adhesión superior al 95%, como adherentes respecto de los pacientes que presentaron una adhesión menor.

Finalmente, y con el objetivo de obtener una visión descriptiva y cualitativa sobre la adhesión a los antirretrovirales entre los internos, se administró a cuatro internos, dos categorizados como “no adherentes” y otros dos como “adherentes” una entrevista semiestructurada que contenía preguntas *sobre algunas variables* relacionadas con las hipótesis que habíamos establecido, y sobre otras variables que aunque no se habían mostrado consistentemente relacionadas con la adhesión en los artículos de revisión si habían mostrado una relación significativa en algunos estudios. En estas preguntas se abordaron cuestiones relevantes como la percepción que tenían de la enfermedad, el conocimiento exacto que tenían sobre los fármacos que ingerían y la importancia de seguir estrictamente el tratamiento, la complejidad del tratamiento y cuáles eran las dificultades que tenían, su percepción acerca de la eficacia del TARGA, los efectos secundarios que padecían, su capacidad para seguir el tratamiento, el estado de ánimo y su repercusión en el cumplimiento del régimen terapéutico, como le afectaba su vida diaria en prisión en el seguimiento del tratamiento, la relación con el personal sanitario y, por último, el soporte social disponible, y como influían las comunicaciones con la familia en prisión (Anexo 2)

### *7.1.3. Procedimiento*

Como apuntamos anteriormente, llevamos a cabo un estudio longitudinal y prospectivo con un grupo de pacientes con VIH y tratamiento antirretroviral. Inicialmente, se solicitó y obtuvo el permiso oficial de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat del Departament de Justícia para realizar la investigación. A continuación, se contactó con los servicios médicos del centro penitenciario solicitándoles su colaboración. Estos nos facilitaron sus claves para acceder al programa informático sanitario, a partir del cual obtuvimos un listado con el nombre de los internos que se encontraban bajo tratamiento con antirretrovirales.

A éstos se les ofreció la posibilidad de participar de forma voluntaria en un estudio que tenía por objetivo conocer cual era el nivel de adhesión al TARGA entre los internos del C.P.H.B., para posteriormente adoptar estrategias para mejorarla y aportar los datos obtenidos a los servicios médicos del centro. Una vez informados del objetivo y tras solicitarles su consentimiento, éstos lo ratificaban por escrito (Anexo 3).

Las entrevistas a los internos fueron efectuadas entre noviembre del 2003 y enero del 2005.

Cada uno de los internos seleccionados fue entrevistado individualmente por el investigador, habitualmente en la galería o en un despacho en el centro radial del establecimiento, en una entrevista inicial y en dos de seguimiento, a los tres y a los seis meses.

La entrevista inicial duraba aproximadamente unos 45 minutos. En ella se recogieron datos relativos a variables sociodemográficas, variables relacionadas con la situación penal/penitenciaria, variables relacionadas con la enfermedad y con el tratamiento, variables relacionadas con los profesionales sanitarios y variables relacionadas con el sistema sanitario.

A los tres y a los seis meses de seguimiento, se volvieron a recoger los datos mediante la entrevista semiestructurada, omitiéndose aquellos que no cambiaban a través del tiempo (el estadio de la infección, la fecha de diagnóstico del VIH, la vía de transmisión, la fecha de inicio del primer tratamiento antirretroviral, quién tomó la iniciativa para iniciarlo y que le motivó a ello). También se administraron los cuestionarios de creencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, y el cuestionario del estado de ánimo (POMS). La duración de las sesiones de seguimiento era de aproximadamente unos 30 minutos.

Simultáneamente a las entrevistas, tanto en la inicial como en las de seguimiento, se recogía la información contenida en el sistema informático, mediante las aplicaciones del programa SIPC: Programa Sanitario (datos médicos), Servicio de Farmacia (fármacos prescritos y pautas de dosificación), Expediente del Interno (datos demográficos y penales/penitenciarios) y Comunicación de los internos (frecuencia de comunicaciones y parentesco de los comunicantes).

La dispensación de la medicación antirretroviral se hacía de la siguiente manera: la farmacia del centro planificaba y preparaba la medicación semanal, y los auxiliares de enfermería de las consultas médicas de cada galería se encargaban de recogerla y dispensarla cada martes a los internos ubicados en aquella galería en los horarios diarios preestablecidos (mañana, mediodía o tarde). La medicación antirretroviral de cada interno para toda la semana estaba contenida en un sobre junto con el resto de la medicación prescrita. En cada uno había una etiqueta en la que constaba: el nombre de los fármacos, la dosis prescrita de cada uno y el número de tomas diarias.

Finalmente, se solicitó a los servicios médicos el nombre de cuatro internos, de forma que dos fueran “adherentes” y otros dos fueran “no adherentes”, y aquellos les comunicaron a los internos que, próximamente, un psicólogo del centro penitenciario

les entrevistaría de forma individualizada, y que en el transcurso de ésta se les preguntaría sobre diversos aspectos relacionados con el tratamiento antirretroviral. Una vez obtenido su consentimiento, fueron entrevistados en los días siguientes. Su duración fue de una media hora aproximadamente.

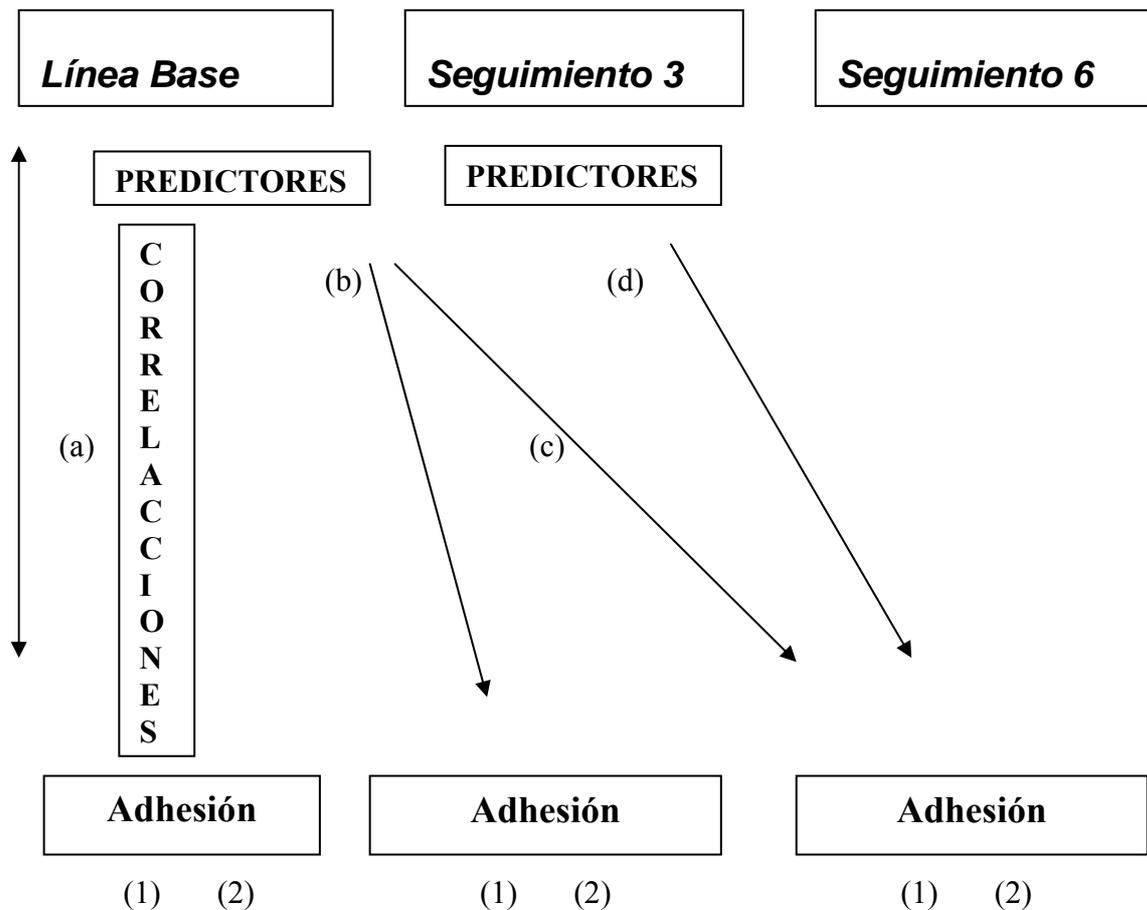
## 7.2. Análisis de datos

Para el análisis de datos, inicialmente, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, penales y penitenciarias, clínicas, del tratamiento y psicológicas. Para ello, se calcularon las frecuencias, medias y desviaciones típicas de las diferentes variables al inicio del estudio. A continuación, se realizó un análisis de la evolución temporal de las variables en estudio. Para ello, se realizaron sucesivos análisis de varianza de medidas repetidas (split-plot), utilizando el estadístico Greenhouse-Geisser. Este estadístico es conservador y asume la vulneración de los supuestos de esfericidad de los datos (Dancey y Reidy, 2004). A continuación se realizó un análisis de las relaciones entre las diferentes variables, así como un cálculo de la capacidad predictiva de las diferentes variables sobre adhesión al tratamiento en los diferentes momentos evaluados (inicio y seguimiento a tres y seis meses), tal como se indica en la figura 2. Para este análisis, se calcularon los coeficientes de correlación entre las variables. Las que mostraban relación con la adhesión se sometieron a sucesivos análisis de regresión para la adhesión a los tres y a los seis meses. Dado que el cuestionario de creencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento se creó *ad hoc* para esta investigación, se realizaron análisis de homogeneidad de los ítems de cada una de las subescalas (Muñiz, 1992) y se calcularon los coeficientes alpha de Cronbach. De esta manera se podía determinar cuales de los ítems existentes inicialmente mostraban una adecuada precisión de medida. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 12.0 en castellano (2003).

Para el análisis de las entrevistas cualitativas, inicialmente se transcribieron literalmente con un procesador de textos. A continuación se llevó a cabo un selección de los pasajes de texto de las respuestas que eran codificadas en base a un sistema de categorías mixto (Mayring, 2000): por una parte las correspondientes a las variables ya evaluadas

mediante los cuestionarios (deductivas), y por otro lado un sistema de categorías *grounded* (o inductivas), es decir, obtenidas por el investigador de los propios datos. Esta tarea se realizó mediante el programa Atlas/ti 5.0 (Muhr, 2004). El análisis fue realizado por tres personas diferentes.

**Figura 2. Procedimiento temporal seguido en el análisis de datos**



- a) Correlaciones de los diferentes tipos de variables con la adhesión, en línea base.
  - b) Variables predictoras en línea base sobre la adhesión a los 3 meses.
  - c) Variables predictoras en línea base sobre la adhesión a los 6 meses.
  - d) Variables predictoras a los 3 meses sobre la adhesión a los 6 meses.
- 1) Adhesión autoinformada global.
  - 2) Adhesión medida a partir de la información de las pastillas no ingeridas en los últimos cuatro días.

### 7.3. Resultados

#### 7.3.1. Análisis descriptivo

##### 7.3.1.1 Características penales-penitenciarias

La tabla 12 nos muestra datos sobre su situación penal y penitenciaria en el C.P.H.B.

La mayoría de los internos son penados (86,7%) y sus condenas oscilaban entre los 180 y los 8.850 días (M = 1948 y DT = 1766,38). Un 94,6% de los internos eran reincidentes, habiendo ingresado previamente en prisión una o más veces. En el momento de la entrevista se encontraban en prisión por uno o dos delitos y en cuanto a su tipificación, destacaban los robos (66,2%) seguidos de los delitos contra la salud pública (10,8%), homicidio, robos con intimidación y lesiones.

**Tabla 12. Características penales y penitenciarias de la muestra al inicio del estudio**

<b>Situación penal</b>	
Penados	86,7%
Preventivos	10,7%
Penado + preventiva	2,7%
<b>Condena</b> media en días	1948 ( $\pm$ 1766,38)
<b>Actividades en el centro</b>	
SI	44%
NO	56%
<b>Reincidencia penitenciaria</b>	
SI	94,6%
NO	5,4%
<b>Expedientes disciplinarios (últimos 6 meses)</b>	
SI	49,3%
NO	50,7%
<b>Régimen de vida</b>	
Ordinario (Segundo grado)	97,3%
Cerrado (Primer grado)	2,7%
<b>Delitos</b> Media	2,25 ( $\pm$ 2,515)
<b>Tipología delictiva principal</b>	
Robo	66,2%
Contra la salud pública	10,8%
Homicidio	6,8%
Robo con intimidación/violencia	5,4%
Lesiones	5,4%
Hurto	1,4%
Robo con fuerza	1,4%
Violencia doméstica	1,4%
Falsificación documento público	1,4%
<b>Comunicaciones</b>	
Semanal	45,9%
Quincenal	39,2%
Mensual	1,4%
Más de un mes	2,7%
No visitas	10,8%

### 7.3.1.2 Características clínicas

Respecto al tratamiento antirretroviral, en la tabla 13 se muestra cuáles eran los fármacos ingeridos por los internos, destacándose el Viread, Videx, Epivir y Convivir (análogos de nucleósidos), el Viramune y el Sustiva (no análogos de nucleósidos) y Kaletra (inhibidores de la proteasa).

**Tabla 13. Fármacos antirretrovirales que ingerían los internos**

Fármacos antirretrovirales	Porcentajes
<b>Análogo de nucleósido</b>	
Viread (Tenofovir)	16,0
Videx (DDI) (didanosina)	13,9
Convivir (3TC + AZT)	10,7
Epivir (3TC) (Lamivudina)	10,2
Zerit (Estavudina)	7,5
Trizivir (AZT + 3TC + Abacavir)	7,0
Ziagen (abacavir)	1,1
<b>No análogo de nucleósido</b>	
Sustiva (Efivarenc)	11,8
Viramune (Nevirapina)	8,0
<b>Inhibidores de la proteasa</b>	
Kaletra (Lopinavir + Ritonavir)	7,5
Norvir (Ritonavir)	2,7
Crixivan (Indinavir)	1,6
Reyataz (Atazanavir)	1,1
Viracept (Nelfinavir)	0,5
Agenerase (Amprenavir)	0,5

En la tabla 14 podemos observar las características clínicas que nos permiten obtener una idea aproximada de la muestra.

**Tabla 14. Características clínicas**

<b>Vía transmisión</b>	
Contacto heterosexual	17 (25,4%)
Usuario de drogas por vía parenteral	48 (71,6%)
No sabe	2 (3,0%)
<b>Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del VIH</b>	149,0 (± 66,07)
<b>Estado enfermedad</b>	
SIDA	24 (32%)
NO SIDA	50 (66,7%)

La mayoría de los internos habían contraído el VIH a través del intercambio de jeringuillas, siendo usuarios de drogas por vía parenteral. Dos tercios de la población no

tenían el SIDA. El tiempo transcurrido desde la infección por VIH hasta el momento de la entrevista se situó entre 6 meses y los 252 meses, siendo la media de 149 meses.

### 7.3.1.3. Características de los tratamientos anteriores

La Tabla 15, muestra como la mayoría de internos habían tenido experiencias previas en la ingesta de antirretrovirales y la habían iniciado por recomendación de los servicios

**Tabla 15. Características de los tratamientos anteriores**

<b>Fecha inicio primer tratamiento antirretroviral (media meses)</b>	90,55
<b>Tratamientos previos</b>	
Tratamiento previo (no naive)	57 (79,2%)
No tratamiento previo (naive)	15 (20,8%)
<b>Motivo inicio primer tratamiento antirretroviral</b>	
Recomendación médico	76,4%
Lo consideré conveniente	12,7%
Me sentía mal	5,5%
Me lo recomendaron amigos y compañeros	3,6%
Me lo recomendó la familia	1,8%
<b>Cambios en la terapia antirretroviral</b>	
SI	42 (56%)
NO	28 (37,9%)
<b>¿Por qué cambio la terapia antirretroviral?</b>	
Iniciativa propia	19 (25,3%)
Iniciativa del médico	22 (29,3%)
Iniciativa conjunta	1 (1,3%)
<b>Interrupción tratamiento</b>	
SI	40 (53,3%)
NO	29 (38,7%)
<b>¿Por qué interrumpió el tratamiento?</b>	
Iniciativa propia	34 (45,3%)
Iniciativa del médico	4 (5,3%)
<b>Razones interrupción/cambio tratamiento antirretroviral</b>	
Efectos secundarios medicación	24,5%
Me sentía nervioso	10,0%
Complejidad tratamiento	10,0%
Descenso CD4	8,2%
Había recaído en las drogas	8,2%
Estaba deprimido	6,4%
Me encontraba enfermo	5,5%
Aumento carga viral	2,7%
Aparición resistencias	2,7%
Me sentía nervioso	1,8%
Pensaba que la medicina no me ayudaría	0,9%
Olvido	0,9%
Tenía otros problemas más importantes	0,9%
Otros	20,0%

médicos. El tiempo medio que llevaban los reclusos bajo tratamiento antirretroviral fue de 90,5 meses, oscilando los valores entre 1 mes y 12 años. Habían efectuado cambios

en fármacos a partir de su propia iniciativa y/o de la iniciativa médica. En cambio las interrupciones del TARGA estuvieron motivadas por su iniciativa propia. Como motivos fundamentales de cambio o interrupción informaron de los efectos secundarios (24,5%), falta de mejoría clínica (10,9%), ansiedad elevada (10%), complejidad del tratamiento (10%) y recaída en problemas con drogas (8,2%). Finalmente, en la categoría de otros, con un 20%, los internos proporcionaron respuestas diversas como encontrarse en situación de ilegalidad en la calle y no poder acceder a servicios médicos públicos, falta de constancia, sentirse bien, dejadez, dificultad de acceso, falta de preocupación por la enfermedad, no aceptar la situación, no haberles entregado la medicación, etc. Estos motivos de cambio o interrupción muestran ser estadísticamente significativos ( $\chi^2 = 79,76$  (9);  $p = 0,000$ ). Es decir, los motivos expresados más frecuentemente no lo son por azar.

#### 7.3.1.4 Características del tratamiento actual

En la tabla 16 podemos observar que los internos de nuestra muestra consumían entre uno y cuatro fármacos antirretrovirales, siendo lo más frecuente ingerir dos o tres.

En cuanto al número de pastillas ingeridas, la media se sitúa en 4,67, y su frecuencia varió entre una pastilla y trece pastillas diarias.

**Tabla 16. Características del TARGA actual**

<b>Número fármacos (frecuencia)</b>	
1	16,0 %
2	24,0 %
3	54,7 %
4	5,3 %
<b>Número pastillas ingeridas diariamente (media)</b>	
	4,67 ( $\pm 2,67$ )
<b>Ingesta otro tipo de medicación</b>	
SNC (Psicotrópicos)	56 (74,7%)
Otros (general)	18 (24%)

La mayoría de internos iniciaron el tratamiento antirretroviral por recomendación de los servicios médicos.

Además de los antirretrovirales, consumían otros fármacos de carácter general y psicotrópicos. Tres cuartas partes de los internos ingerían sustancias psicotrópicas bajo prescripción médica y un 24% consumían otros fármacos de carácter general.

Sobre los efectos secundarios o molestias experimentados en los últimos 3-6 meses, destacan: hormigueo en manos y pies (37,3%), dolor de cabeza (16%), náuseas y vómitos (9,3%), sensación de cansancio (9,3%) y piel seca (4%). Estos efectos secundarios muestran ser estadísticamente significativos (chi-cuadrado=134,88 (13); p=0,000). Es decir, los efectos secundarios experimentados más frecuentemente no lo son por azar.

Sobre el conocimiento y recuerdo de los nombres de los fármacos, en la tabla 17, se observa, como la mayoría conocía el nombre de los fármacos que ingería, así como el número de pastillas y dosis.

**Tabla 17. Motivos de cambio/interrupción e información sobre el TARGA**

<b>Motivo inicio tratamiento actual</b>	
Recomendación médico	66,2%
Lo consideré conveniente	15,5%
Me sentía mal	16,9%
Me lo recomendaron amigos y compañeros	1,4%
<b>Recuerdo fármacos prescritos</b>	
Respuesta correcta	46 (61,3%)
Respuesta correcta con ayuda (muestra gráfico)	16 (21,3%)
Respuesta incorrecta	6 (8%)
Repuesta incorrecta con ayuda (muestra gráfico)	7 (9,3%)
<b>Recuerdo pastillas ingeridas</b>	
Correcto	68 (90,7%)
Incorrecto	7 (9,3%)
<b>Recuerdo dosis ingeridas</b>	
Correcto	67 (89,3%)
Incorrecto	8 (10,7%)
<b>Recuerdo y conocimiento restricciones dietéticas</b>	
Correcto	26 (48,1%)
Incorrecto	24 (44,4%)
No sabe	3 (5,6%)

En relación con el motivo por el cual no habían ingerido alguna dosis de la medicación antirretroviral, los internos informaron como principal motivo el olvido. Con menor frecuencia aparecieron otros como los efectos secundarios, quedarse dormido, sentirse

nervioso o deprimido, haber agotado la medicación y no llevar la medicación consigo. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas respecto a los motivos de no ingesta de las dosis (chi-cuadrado=8,15 (4); p=0,086).

En la muestra, un 60% tenía escasa percepción de haber recibido algún tipo de ayuda por parte de los servicios médicos. Entre aquellos que consideraron que si habían recibido ayuda, indicaron que les habían informado sobre las instrucciones en la toma de medicación (21,2%), les habían permitido participar en la toma de decisiones (16,1%) y se les había hecho un seguimiento cercano sobre la adhesión y evolución de la enfermedad (16,1%), sobre todo, mediante controles analíticos en los cuales se les preguntaba si seguían el tratamiento antirretroviral.

Dos tercios de los participantes manifestaron que recientemente (entre los últimos 3 o 6 meses) habían mantenido alguna entrevista con los servicios médicos para tratar sobre cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, y las habían evaluado de forma no satisfactoria un 41,5%. Otro dato a destacar es que un 56% habían recibido la visita del mismo profesional, mientras que un 44% afirmaba que les habían visitado profesionales diferentes. Casi la mitad de los internos (44,7%) se encontraban insatisfechos por una escasez de tiempo en la duración de la entrevista.

#### *7.3.1.5 Características del tratamiento de la drogodependencia*

En cuanto al tratamiento de la drogodependencia, en la tabla 18 se observa que la mayor parte de la muestra presentaba una historia de consumo de drogas, Al inicio del estudio, un 49% de los internos informaban de consumos recientes de haschís, un 30% de opiáceos, un 18% de ansiolíticos y un 12% de cocaína. Un 56% de la muestra se encontraba en tratamiento de drogas en el programa de mantenimiento con metadona (con una dosis media de 66,85). En cuanto a programas de deshabituación, un interno estaba en el programa de intervención en drogas (PID) y otros nueve se encontraban

participando en un módulo de intervención en drogas - este último de carácter informativo y de sensibilización -.

**Tabla 18. Características del tratamiento de la drogodependencia**

<b>Tratamiento drogodependencia</b>	
Tratamiento con metadona	
SI	42 (56,%)
Dosis media	66,85 ( $\pm$ 64,064)
NO	32 (42,7%)
<b>Pauta metadona</b>	
Mantenimiento	16,7%
Decrecimiento	10,7%
Incremento	10,7%
<b>Participación en programas de deshabitación en drogas</b>	
Programa de intervención en drogas (PID)	1
Módulo intervención drogas	9

#### 7.3.1.6. Indicadores de adhesión

Como se puede observar en la Tabla 33, el nivel basal medio de CD4 al inicio del estudio era de 346,17 (SD = 205,40). La carga viral media era 17.911 (SD = 33.831). El 50% de los internos de la muestra mostraban una carga viral indetectable.

El nivel de adhesión, valorado por medio del grado de adhesión informado por los internos como “muy bueno” fue de un 68,05% al inicio del estudio. Por otra parte, el indicador de adhesión resultante de dividir el número de pastillas ingeridas en los últimos cuatro días por el número de pastillas prescritas en estos cuatro días, indica que el 68,4% de los internos mostraban una adhesión superior o igual al 95%.

Estas dos medidas de adhesión mostraban una correlación moderada entre ellas ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ ). Este dato nos permite considerar la utilización de ambos indicadores como medidas de adhesión.

#### 7.3.1.7. Características socio-cognitivas

Respecto a las creencias respecto al apoyo social, los análisis de homogeneidad realizados a los ítems de las escalas revelaron que de los nueve ítems relativos al apoyo

social, únicamente, cinco correlacionaban con el resto de los ítems de la escala: los ítems 2, 3, 7, 8 y 9. El coeficiente alpha de Crombach para esta subescala era de 0.71.

Como se puede ver en la tabla 19, de acuerdo con la escala de respuesta del ítem, los internos distribuyen sus respuestas entre las opciones “nada de acuerdo” y “bastante de acuerdo”. Los internos respondieron bastante de acuerdo a los ítems: “hay personas a las que les puedo pedir ayuda sobre la enfermedad y el tratamiento cuando lo necesito” y “el personal sanitario me ayuda en todo lo que puede para que yo siga el tratamiento”,

**Tabla 19. Estadísticos descriptivos para la subescala de apoyo social**

	2. Hay personas a las que les puedo pedir ayuda sobre la enfermedad y el tratamiento cuando lo necesito	3. Hay personas en quien puedo confiar para que me ayuden a recordar de tomar la medicación	7. Mis compañeros y amigos me ayudan todo lo que pueden para que yo siga el tratamiento	8. El personal sanitario me ayuda todo lo que puede para que yo siga el tratamiento	9. Otros profesionales del centro (funcionarios de régimen y equipo de tratamiento) me ayudan todo lo que pueden para que yo siga el tratamiento	Puntuación subescala apoyo social
N	73	73	75	75	75	75
Media	1,32	1,11	1,01	1,43	,28	5,07
Moda	2	0	0	2	0	3
Desv. Típ.	1,066	1,185	1,059	1,042	,627	3,326

mientras que contestaron la opción “nada de acuerdo” en respuesta a los ítems “hay personas en quien puedo confiar para que me ayuden a recordar tomar la medicación”, al ítem “mis compañeros y amigos me ayudan en todo lo que pueden para que yo siga el tratamiento” y al ítem “otros profesionales del centro (funcionarios de régimen y equipo de tratamiento) me ayudan todo lo que pueden para que yo siga el tratamiento”.

En general, y de acuerdo con los estadísticos descriptivos de la subescala (M=5,07; SD=3,32, para un rango de puntuaciones 0-15), se puede considerar que los internos creen tener un bajo apoyo social para el seguimiento del tratamiento, exceptuando el del personal sanitario del centro.

Respecto a las creencias referentes a los cuidados del personal médico y sanitario, de los cuatro ítems relativos a los cuidados recibidos por el personal sanitario únicamente tres

(los ítems 10, 12 y 13) mostraron una homogeneidad adecuada. El coeficiente alpha de Crombach para esta subescala era de 0.703. Los estadísticos descriptivos para la subescala se pueden ver en la Tabla 20.

**Tabla 20. Estadísticos descriptivos para la subescala de cuidados del personal médico y sanitario.**

	10. Los médicos y enfermeras me escuchan atentamente cuando les pregunto sobre mi enfermedad y el tratamiento.	12. Los médicos y enfermeras me tratan de forma amable y cordial.	13. Tomo la medicación prescrito porque confío en los doctores y enfermeras que me la dan	Subescala de cuidados del personal médico y sanitario
N	68	73	69	75
Media	1,40	1,77	1,93	5,15
Moda	2	2	2	5
Desv. Típ.	,917	,773	,944	1,872

Como se puede observar, los internos muestran que estar “mucho de acuerdo” con las afirmaciones relativas a la escucha del personal sanitario, el trato amable y cordial, así como la confianza en el personal sanitario del centro. En general, y de acuerdo con los estadísticos descriptivos de la subescala (M=5,15; SD=1,8, para un rango de puntuaciones 0-9), se puede considerar que los internos muestran un acuerdo medio respecto de los cuidados recibidos por el personal médico y sanitario.

**Tabla 21. Estadísticos descriptivos para los ítems de barreras percibidas para seguir el tratamiento.**

	14. Mi tratamiento es demasiado complicado y no vale la pena seguirlo	17. Mi principal problema para seguir el tratamiento está en los efectos secundarios
N	75	75
Media	2,85	2,16
Moda	3	2
Desv. Típica	0,45	1,066

Respecto a las barreras percibidas para seguir el tratamiento tal como indica la tabla 21, los internos consideran la complejidad del tratamiento como alta, prácticamente sin excepción (M=2,85; SD=0,45). La relevancia de los efectos secundarios es menor, ya que consideran moderada su influencia a la hora de seguir el tratamiento (M=2,16; SD=1,06).

Respecto a la percepción de beneficio del tratamiento, de los nueve ítems de la subescala de percepción de beneficios del tratamiento, únicamente seis (los ítems 15, 16, 19, 20, 21 y 25) mostraron una correcta homogeneidad con el resto de los ítems de la escala. El coeficiente alpha de Crombach para esta subescala era de 0.88. Los estadísticos descriptivos para la subescala se pueden ver en la Tabla 22.

**Tabla 22. Estadísticos descriptivos para la subescala de beneficios del tratamiento.**

	15. Seguir mi plan de tratamiento es mejor que no seguirlo	16. Seguir mi plan de tratamiento me ayudará a mejorar mi salud	19. Tomar la medicación me puede salvar la vida	20. Si no tomo la medicación tengo los pies en la tumba	21. Tomar la medicación es la manera de vivir el mayor tiempo posible	25. Si no sigo el tratamiento prescrito el VIH se hará más resistente	Subescala de beneficios del tratamiento
N	75	75	73	73	74	74	72
Media	2,63	2,48	2,41	2,14	2,36	2,42	14,58
Moda	3	3	3	3	3	3	13
Desv. Típ.	,610	,760	,779	1,045	,804	,713	3,81

Como se puede observar, los internos indican estar “bastante de acuerdo” con las afirmaciones relativas a la importancia de seguir el plan de tratamiento, su importancia en la mejora de su salud, que la medicación les salvará la vida, que les ayudará a vivir a pesar de sus efectos negativos. En general, y de acuerdo con los estadísticos descriptivos de la subescala (M=14,58; SD=3,8, para un rango de puntuaciones 0-18), se puede considerar que los internos muestran un elevado acuerdo respecto a los beneficios y la conveniencia de seguir el tratamiento.

Con relación a la severidad percibida del tratamiento, de acuerdo con los estadísticos descriptivos que aparecen en la tabla 23, los internos están “algo de acuerdo” con que el SIDA sea una enfermedad grave. En general, la percepción de severidad es moderada (M=2,04; SD=1,1), para un rango de puntuaciones de 0-3).0

**Tabla 23. Estadísticos descriptivos para la severidad de la enfermedad.**

	23. En cuestión de enfermedades, el VIH es una de las más graves
N	74
Media	2,04
Moda	2
Desv. Típica	1,116

Respecto a las creencias normativas, de los cuatro ítems sobre creencias normativas únicamente tres (los ítems 28, 29 y 30) mostraron una adecuada homogeneidad. El coeficiente alpha de la subescala era de 0.631. Los estadísticos descriptivos se encuentran en la tabla 24.

**Tabla 24. Estadísticos descriptivos para la subescala norma subjetiva**

	28. Mis amigos piensan que yo debería seguir mi plan de tratamiento	29. En cuanto al tratamiento me importa mucho lo que opinan los miembros de mi familia	30. En cuanto al tratamiento me importa mucho lo que opinan mis amigos	Subescala de normas subjetivas
N	69	70	73	75
Media	1,71	1,97	,92	4,60
Moda	2	2	0	4
Desv. Típica	1,189	1,116	1,187	2,444

Los resultados muestran como los internos están “bastante de acuerdo” con que sus amigos creen que deben seguir el tratamiento, pero paralelamente consideran “nada importante” esta opinión. La opinión de sus familiares es “bastante importante”. En conjunto, los datos de esta subescala muestran como los internos valoran entre “algo” y “bastante” las opiniones de familiares y amigos respecto del tratamiento (M=4,6; SD=2,44, para un rango de puntuaciones 0-9).

Respecto a la autoeficacia, la subescala de capacidad percibida para manejar la medicación muestra una consistencia interna adecuada (Alpha=0,773) y la subescala de comunicación con los profesionales sanitarios mostraba una consistencia interna óptima (Alpha=0,836). En las tablas 25 y 26 se pueden apreciar los estadísticos descriptivos correspondientes.

Los internos manifiestan tener una alta capacidad de tomar toda la medicación según la prescripción (M=7,16, SD=1,9, para un rango de puntuaciones 0-9). También se puede apreciar como los internos también muestran una alta capacidad para preguntar al

personal sanitario acerca de su enfermedad, para hablar sobre sus problemas con la medicación y resolver las discrepancias existentes en torno a la medicación o la

**Tabla 25. Estadísticos descriptivos de la subescala de autoeficacia para el manejo de la medicación.**

	32. Me siento capaz de tomar la medicación antirretroviral en los intervalos de tiempo establecidos según la prescripción	33. Me siento capaz de tomar la medicación antirretroviral bajo las condiciones dietéticas prescritas	34. Me siento capaz de tomar todos los medicamentos prescritos	Subescala de autoeficacia 1. Manejo de la medicación
N	74	75	75	75
Media	2,35	2,32	2,47	7,16
Moda	2	3	3	7
Desv. Típica	,851	,868	,811	1,925

**Tabla 26. Estadísticos descriptivos para la autoeficacia de comunicación.**

	35. Me siento capaz de preguntar al médico o la enfermera cosas sobre mi enfermedad	36. Me siento capaz de hablar con el médico sobre cualquier problema relacionado con los medicamentos que tomo	37. Me siento capaz de resolver las discrepancias que pueda tener con mi médico o enfermera, sobre el VIH o tratamiento	Subescala autoeficacia 2. Comunicación
N	74	74	73	75
Media	2,23	2,23	2,07	6,51
Moda	2	2	2	6
Desv. Típica	,973	,959	1,005	2,522

enfermedad. En general, los internos muestran una elevada creencia en su capacidad de comunicarse de forma eficiente con el personal sanitario del centro ( $M=6,51$ ;  $SD=2,52$ , para un rango de puntuaciones 0-9).

#### 7.3.1.8. Estado de ánimo

Los estadísticos descriptivos del estado de ánimo se pueden observar en la Tabla 27. Como se puede apreciar, los internos muestran una baja tensión, depresión, cólera, fatiga y vigor. Los resultados para el conjunto de la escala indican que el grado de malestar de los internos no es elevado ( $M=107,88$ ,  $SD=9,69$ , con un rango de puntuaciones 91-133).

**Tabla 27. Estadísticos descriptivos del estado de ánimo.**

	Tensión	Depresión	Cólera	Vigor	Fatiga	Total POMS
N	75	75	75	75	75	75
Media	4,40	3,44	2,63	5,49	2,91	107,88
Moda	4,00	2,00	1,00	5,00	1,00	105,00
Desv. Típica	2,319	3,610	3,229	3,670	3,488	9,695

En la tabla 28 se presenta una síntesis del conjunto de subescalas del Cuestionario de variables psicológicas. Para cada subescala se especifica el número de ítems, finalmente

**Tabla 28. Resumen de subescalas para la evaluación de las variables psicológicas, relacionales, socio-cognitivas y emocionales: número de ítems y consistencia interna.**

Subescala	Nº de ítems*	Coefficiente $\alpha$
Apoyo Social	5 (9)	0,71
Relación P.S. (Personal Sanitario)	3 (4)	0,70
Beneficios Percibidos	6 (8)	0,88
Barreras Percibidas (Complejidad Percibida) (Efectos secundarios)	2 (2)	
Severidad Percibida	1 (2)	
Norma Subjetiva	3 (4)	0,63
Autoeficacia 1 (Manejo medicación)	3 (3)	0,77
Autoeficacia 2 (Comunicación P.S.)	3 (3)	0,83
Estados de Ánimo (POMS)	15 (15)	0,84

\* El número entre paréntesis indica el número de ítems iniciales y el número fuera del paréntesis el de ítems seleccionados.

seleccionados a partir del número de ítems iniciales (entre paréntesis) y el índice de consistencia interna, una vez seleccionados los ítems. Para la variable barreras percibidas se seleccionaron finalmente dos ítems (complejidad percibida y efectos secundarios) por lo que no se calculó el índice de consistencia interna, ya que se requiere un mínimo de 3 ítems; en los análisis posteriores utilizamos cada uno de estos 2 ítems como una variable diferente. Para la variable severidad seleccionamos el ítem 23; por los mismos motivos no se calculó el índice alfa para esta variable.

### 7.3.1.9. Análisis descriptivo cualitativo

La información que se obtuvo mediante las entrevistas semiestructuradas, en las cuales se evaluaron diferentes aspectos relacionados con la adhesión, se ubicó en las siguientes

categorías: importancia/gravedad VIH/SIDA, información/conocimiento sobre el tratamiento, complejidad, barreras/obstáculos para una buena adhesión, eficacia del tratamiento, efectos secundarios (frecuencia e importancia), efectos secundarios (afrontamiento), autoeficacia, olvidos, estado de ánimo, incidencias de la vida en prisión, relación con el personal sanitario y comunicaciones.

A partir de la descripción cualitativa que hemos obtenido mediante la entrevista a dos internos que presentaban una elevada adhesión al TARGA y otros dos internos que presentaban una baja adhesión al TARGA, se expone un resumen de las respuestas obtenidas de los internos:

*Importancia/gravedad VIH/SIDA (absoluta y relativa).* Los internos muestran, en general, una percepción de alta gravedad de la enfermedad (“Es mortal, lo único que le frena son los antirretrovirales”; “Es bastante grave”; “Creo que es bastante grave, es irreversible”), sobre todo los que presentaban una elevada adhesión. Uno de los internos de baja adhesión matiza “Nadie se muere de SIDA, se muere por neumonía”. Cuando comparaban la enfermedad con otros problemas personales, la mayoría indicaba que tenía otros problemas de tanto o de mayor alcance, básicamente relacionados con el entorno familiar (“El SIDA es un condicionante que te resta calidad de vida... con mis problemas en la vida no sé a que se puede llamar problema”; “Tengo más problemas en mi mujer y mis hijos”; “Tengo que pensar más en fuera que en dentro”; “Mis mayores problemas son no tener contacto con mi mujer y mis hijos y, también, la droga”). Para uno de los internos (con baja adhesión), sí representaba su enfermedad su mayor problema (“La enfermedad es mi mayor problema. Además estoy condenado a 10 años y al ritmo que llevo, estoy bajo en T4 y carga viral, creo que no acabaré de cumplirla”).

*Información/conocimiento sobre el tratamiento (tipo de fármacos).* Sobre el conocimiento de los antirretrovirales, tres de ellos manifestaron tener un conocimiento

exacto de los fármacos que ingerían, mientras que uno de ellos, que presentaba una elevada adhesión, manifestó que no sabía de memoria el nombre de los fármacos, aunque si conocía el número de pastillas y cuando tenía que realizar la toma (“De memoria no lo sé... Son cuatro pastillas diarias, dos para la carga viral y dos para las defensas”). Todos valoraron como muy importante disponer de una información correcta para seguir con precisión el tratamiento (“Creo que es importante porque me lo ha dicho el médico”; “En un plano particular claro, y en general, debería informarse sobre cuáles son las pautas”; “Creo que es importante y uno tiene que tener conciencia”).

*Complejidad (número de fármacos y pastillas).* Todos los internos percibían su tratamiento como sencillo (“No lo veo complicado, al menos el actual”; “No, está bien”; “Veo bien el tratamiento... creo que es fácil, son pocas pastillas”; “No lo veo complicado”). Algunos de ellos relataron que habían tenido experiencias anteriores con tratamientos más complejos (“Empecé con 13 pastillas y ahora tomo 5”; “Hay gente que toma 12 o 14”) que les habían producido efectos secundarios más relevantes. Coincidían al afirmar que si el tratamiento hubiera sido más complejo, habría sido más difícil seguirlo. Uno de los internos que presentaba una adhesión elevada relacionaba la complejidad con el estado de ánimo y con la adhesión (“Si fuera más sencillo, lo seguiría con más estado de ánimo”).

*Barreras/obstáculos para una buena adhesión.* Manifestaron como principales obstáculos la falta de verdadero interés (“No se preocupan, les da igual”), la rutina (“Al estar aquí, en el día a día, te pones a escribir una carta, llamar por teléfono, se te olvida”) y estar mal a nivel físico.

*Eficacia del tratamiento.* Tres de los internos manifestaron que seguir el tratamiento antirretroviral era eficaz (“Sí porque hice una autoprueba, dejé de tomarlo una vez a los

tres meses y otra vez a los seis meses, y te influye, ya que en las pruebas analíticas salían resistencias, mientras que cuando los tomaba no aparecían”; “Creo que es eficaz”; “Pienso que si por como me encuentro”) y uno de ellos, que presentaba una baja adhesión, indicó que no le funcionaba bien (“Me cambian la medicación y voy para peor”). Sobre su percepción de la eficacia del tratamiento, se remitían sobre todo a los resultados analíticos de la carga viral y las células CD4 (“Cuando me haga las analíticas veré como está la carga viral y los T4”; “Noto la falta de eficacia en los resultados analíticos trimestrales”), y uno de ellos indicó que se sentía mejor (“No me siento débil y tengo apetito”).

Respecto a la importancia de ser adherente, todos se mostraron conscientes sobre la importancia de realizar un cumplimiento estricto del tratamiento (“Hay que seguirlo a rajatabla, si no de que vale tomarlo un día sí y otro no, se hará inmune”; “Si dejas de tomarlo es chungo porque la carga viral se pone por las nubes y el virus se fortalece”; “No da igual como te las tomes y hacerlo correctamente repercute en tu beneficio”), aunque uno de ellos admitió que un fallo podía tenerlo cualquiera.

*Efectos secundarios (frecuencia e importancia).* Los internos entrevistados refirieron algunos efectos secundarios a los fármacos antirretrovirales (“Me noto más cansado de lo habitual, porque yo soy hiperactivo y el tratamiento es agresivo”; “En el último mes y medio he tenido muchos dolores de cabeza y cansancio”), pero casi todos manifestaron que en el pasado habían tenido efectos secundarios más relevantes (“Al principio... cuando estaba ingiriendo heroína y luego mientras me encontraba con metadona me causaba malestar, cansancio y ganas de vomitar, sobre todo, en las primeras semanas”; “Hace tiempo cuando tomaba muchas pastillas tuve problemas ... y me provocaba flojedad en las piernas y ... no me sentaba bien y se comía la metadona”; “Antes con otras medicaciones tenía vómitos y diarreas”).

*Efectos secundarios (afrontamiento).* Respecto a posibles estrategias de afrontamiento para disminuir las consecuencias negativas de los fármacos las respuestas fueron múltiples, abarcando desde una adaptación del propio cuerpo (“Tenía que esperar que el cuerpo se hiciera con la medicación”), a desviar la atención hacia otras actividades y no prestarla a los efectos secundarios (“Yo combato con más hiperactividad y no pienso en ellos”), a un cambio de tratamiento y, uno de los internos, con baja adhesión, verbalizó no tener recursos para afrontarlo. Sobre la información relativa a la posible aparición de efectos secundarios, dos manifestaron que no habían sido informados (“No me explicaron bien los efectos secundarios”; “No me informaron de los efectos secundarios y no me entregaron un prospecto y uno tendría derecho a leerlo porque así uno puede formar parte de una decisión y puedes preguntar alguna duda”) y otros dos si habían sido informados (“Me dijeron que al principio tendría pesadillas y que no me asustara”). Uno de estos últimos indicó que en un tratamiento previo no fue informado (“El tratamiento actual lo inicié hace un mes y medio y sí me informaron, pero en el primer tratamiento que inicié en 1997 no me informaron”).

*Autoeficacia.* Los internos verbalizaron que la capacidad percibida para seguir correctamente el tratamiento estaba mediatizado por muchas cosas diferentes: el olvido (“El olvido, lo tengo puesto en un papel, porque si no me olvido”), el apoyo social que tenían en el exterior (“Depende de lo que tengo fuera, mi mujer y mi hijo”), el estado de ánimo (“Depende del estado de ánimo de la persona ... a mí me ha pasado, estando bajo, había perdido el norte, no tenía mucho sentido la vida, ni ganas de afrontarlo, me drogaba. Me ha afectado mucho a nivel psicológico”), la percepción de gravedad (“Porque les condiciona que sea una enfermedad mortal”; “Lo condiciona el miedo a la muerte”), la autoestima (“Estar con una baja autoestima”) y la motivación para mejorar (“De que quieras mejorar tu estado de salud”).

*Olvidos.* Tres de los internos habían tenido algún olvido mientras realizaban alguna otra actividad (ver la tele, jugar al parchís, escribir una carta, tener las pastillas en la taquilla, etc.). Sugirieron diversas estrategias para remediar el olvido, como la dispensación diaria de la medicación por los servicios médicos (“Se evitaría si me la dieran todos los días, como se hace en el botiquín”), reevaluar su estado emocional negativo y mejorarlo (“Habría que convencerlos que es mejor ... y analizar los sentimientos negativos, la baja autoestima y hacerle valorar la vida”), colocar los fármacos en un lugar visible (“Una vez me los olvidé porque los tenía en la taquilla y no estaban a la vista, y entonces los puse a la vista”), etc. Uno de los internos con baja adhesión minimizaba los olvidos (“Son esporádicos”). Uno de los internos que presentaba una elevada adhesión, señala que cuando alguna vez dejó de tomar alguna pastilla fue adrede, no porque se olvidara. (“A veces descanso un día o una semana, después de seis meses de seguirlo”)

*Estados de ánimo.* Dos de los internos entrevistados, uno adherente y uno no adherente, mostraron un estado de ánimo positivo (adherente: “Sin influencia del condicionante del SIDA, es razonablemente normal”; no adherente: “Me siento bien, aunque las perspectivas no son todo lo buenas que desearía, tengo apoyo de la gente que quiero”). Otros dos mostraron un estado de ánimo negativo (no adherente: “Bastante malo, fui a juicio a Figueras y me han condenado a dos años. Estoy deprimido, entré como voluntario para pagar seis meses y he pasado de tener un año y medio a tener una condena de ocho años; adherente: “Ahora estoy bajo, he pagado años de cárcel y tengo una mujer y una hija”). Por otra parte, dos de los internos, uno adherente y otro no adherente verbalizan que los estados de ánimo no influyen en la adhesión (“No afecta al seguimiento del tratamiento: “Los estados de ánimo no mejoran el estado de conciencia de la muerte”, “Creo que no depende del estado de ánimo, puede influir bastante los comentarios de los compañeros, a los cuales les haces más caso que al médico”). Otros

dos, uno adherente y otro no adherente, creen que los estados de ánimo sí influyen en la adhesión (“Afecta según lo que uno está pensando, si me como la cabeza, me perjudica, y si pienso en cuanto me va a caer, me baja la moral, por el distanciamiento con la familia”; “Creo que sí, claro, si me siento bien y tengo ganas de vivir, tengo una mayor responsabilidad”).

*Relación con el personal sanitario.* La percepción que tenían sobre la calidad de su relación con el personal sanitario era positiva (calificándola como: “cordial”, “correcta”, “afable”, “excelente”, etc.), aunque un interno, con baja adhesión, matizo que dependía del profesional sanitario que los atendiera (“Me lleva el doctor X del cual no tengo ninguna queja, pero he tratado muchos médicos y no todos se preocupan”). Pero, al mismo tiempo, hicieron algunas observaciones referidas a la mejora de la prestación de servicios, incrementando el número de profesionales (“La cantidad de trabajo que tienen”) y a una mayor implicación en su trabajo (“A lo mejor podrían informarnos más puntualmente y preguntarnos como nos va y como nos sentimos y ver que alguien se preocupa por nosotros”; “A veces creo que hay un poco de dejadez, desidia o agobio, y no sé que pensar”; “He subido tres veces por una analítica, no lo anotan en la agenda”; “Los ATS y los médicos no se preocupan mucho”).

*Incidencias de la vida diaria en prisión.* Ninguno de los internos relacionaba “los acontecimientos diarios de la prisión” con una baja adhesión, diferenciando lo relativo a su salud con otros hechos que calificaban como puntuales o menos trascendentes (“No creo que afecte al tratamiento, sería de tonto, un berrinche”; “No, radicalmente, porque el tratamiento es el tratamiento”; “En mi caso, no, ya que no tiene sentido mezclar las cosas”). No obstante, uno de los internos con baja adhesión, creía que si repercutía, sobre todo, algunas situaciones como los cambios de galería, el traslado a otros centros penitenciarios, y una programación estricta en la dispensación de la medicación.

*Comunicaciones.* Tres de ellos mantenían contacto con algún familiar, y uno de ellos, con elevada adhesión, no comunicaba en aquel momento con nadie. Todos coincidían en la influencia de las comunicaciones en el estado anímico (“Tiene una clara influencia anímica, el cariño es un remonte para vivir, si no hay razones personales, te da soporte para vivir un día más”; “El hecho de tener cariño y responsabilidades me ayuda, me debo a ellos, el amor y la amistad son una responsabilidad y más cosas”) e indirectamente en la adhesión al TARGA (“Sí, mi madre me dice que tome las pastillas que me dan”; (“Si la tomas es por ti mismo, y por lo que tienes fuera... mi mujer me apoya mucho y cuando comunica me pregunta si tomo la medicación y que no lo deje”).

### **Un perfil de sujeto adherente**

Al analizar el contenido de las entrevistas no encontramos diferencias claras y sistemáticas, en la mayoría de categorías, entre los dos sujetos adherentes y los dos no adherentes. En este sentido, lo más destacado, es tal vez, el perfil mostrado por uno de los sujetos adherentes. Este paciente manifestó que su no adhesión no se debe a olvidos, sino que era intencionada (“Cuando no la tomo es porque soy consciente”); mostró una actitud experimental respecto del tratamiento (“Hice una autoprueba, dejé de tomarlo una vez a los tres meses y otra a los seis meses y te influye, ya que sale en las analíticas”); utilizaba estrategias de afrontamiento activas frente los efectos secundarios (“Combato con más hiperactividad, no pienso en ello”), y sugiere la conveniencia de crear un grupo de apoyo, integrado por los propios reclusos, dentro de la prisión (“...Y no tener un grupo de atención en que podemos reunirnos, como por ejemplo, los evangelistas que tienen expresión, sobre todo, por la parte anímica, porque la información médica ya nos la da el doctor”).

### 7.3.2. Evolución temporal de la adhesión y de sus predictores

#### 7.3.2.1. Evolución de los indicadores de adhesión.

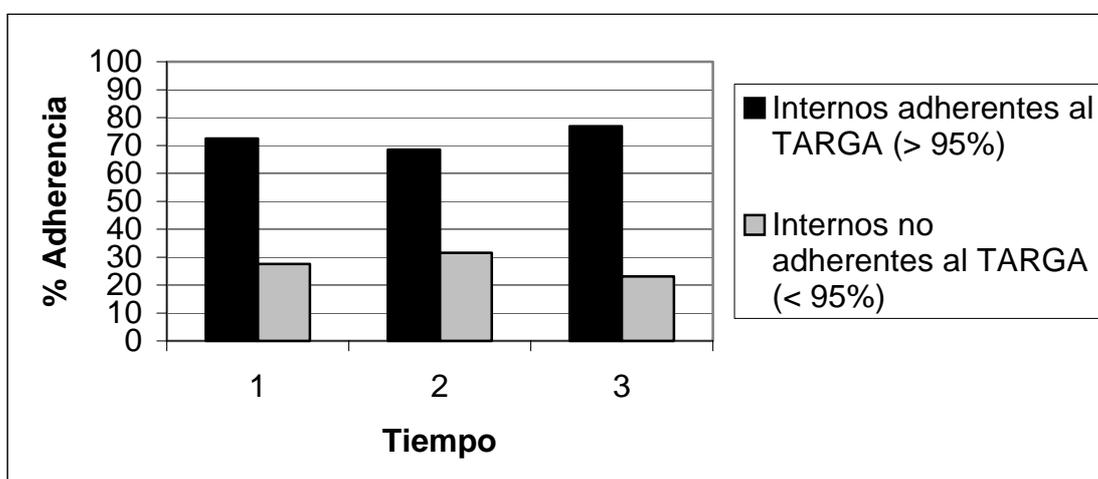
La adhesión a los antirretrovirales medido a través del grado de adhesión estimado (AD1) ha registrado oscilaciones desde la línea base hasta los seis meses de seguimiento. Así, un 72,5% de los internos, que participaron a lo largo de todo el estudio, indicaron un grado de adhesión superior al 95% al inicio del estudio, este porcentaje disminuyó a un 68,42% a los tres meses, y posteriormente aumentó a un 76,92% a los seis meses, tal como se muestra en la tabla 29 y en la figura 3.

En todo caso, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Greenhouse-Geisser (2,70) = 0,68; p = 0,56).

**Tabla 29. Evolución del porcentaje de internos con una adhesión  $\geq$  al 95% a lo largo de los tres momentos de evaluación**

		EVALUACIÓN		
		Inicio	3 Meses	6 Meses
AD1	Muestra completa	68%	76,4%	76,9%
	N=40	72,5%	68,4%	76,9%
AD2	Muestra completa	68%	80%	78%
	N=40	76,9%	82%	76,9%

**Figura 3. Adhesión de los internos al TARGA a partir de la adhesión autoinformada**

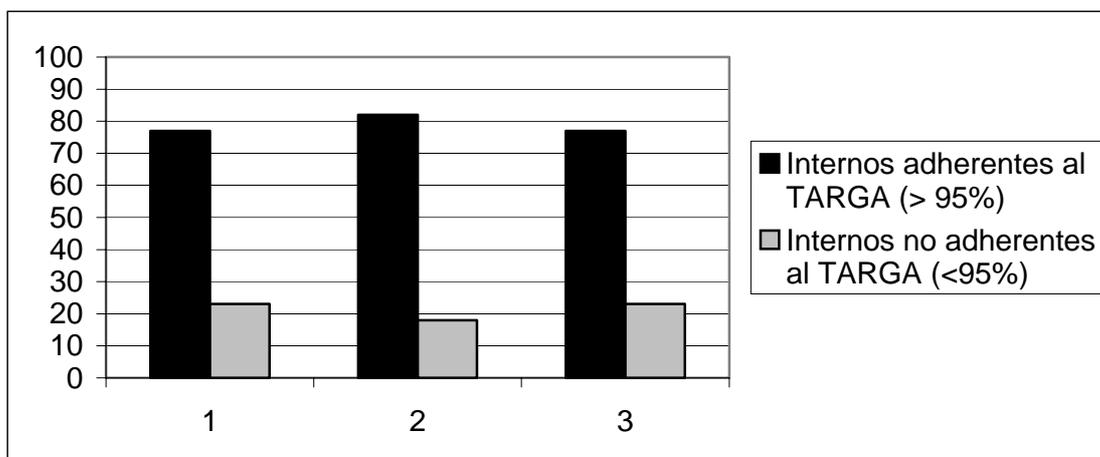


Por otra parte, según el indicador de adhesión consistente en el porcentaje resultante de dividir el número de pastillas no ingeridas en los últimos cuatro días por el número de pastillas prescritos en estos últimos cuatro días, inicialmente un 76,92% de los internos mostraban una adhesión superior al 95%, ésta se incrementó a los tres meses alcanzando un 82% de internos, y finalmente a los seis meses se situó en el 76,92 %. Estos datos se pueden apreciar en la tabla 29 y en la figura 4. Las diferencias en el número de pastillas no ingeridas en los últimos cuatro días (AD2) en los diferentes momentos del estudio no fueron estadísticamente significativas (Greenhouse-Geisser=0,57; p=0,59).

Cuando informaron sobre que factores influyeron en que no ingirieran alguna dosis en los últimos cuatro días adujeron como principales motivos el olvido y los efectos secundarios de los fármacos y, con una menor importancia, no disponer de fármacos en aquel momento.

Respecto a las condiciones de ingesta, inicialmente, un 20% no cumplía, o solamente lo hacía algunas veces en el momento correspondiente, y este nivel bajó progresivamente hasta alcanzar un 8% a los 3 y los 6 meses. Sobre el conocimiento exacto de las condiciones hay que destacar que en general no tenían suficiente información sobre las condiciones dietéticas de ingesta de los fármacos y el seguimiento correcto fue variable, un 34,7% en la línea base, que se incrementó a un 44% a los tres meses y con un descenso importante a los 6 meses, alcanzando un 20%.

**Figura 4. Adhesión de los internos al TARGA a partir de las pastillas no ingeridas en los últimos cuatro días**



Para estudiar la evolución temporal de los indicadores de adhesión (AD1 y AD2), realizamos también análisis correlacionales: de los dos indicadores entre sí (en los tres momentos de evaluación) y consigo mismos en las sucesivas evaluaciones. En la Tabla 30 se presentan las correlaciones.

**Tabla 30. Correlaciones entre los dos indicadores de adhesión (AD1 y AD2) en las tres evaluaciones realizadas a lo largo del estudio**

	Evaluaciones		
	Inicio	3 meses	6 meses
AD1-AD2	-0,51** N=74	-0,43* N=54	-0,26 N=40

Nota. \*\* =p<0,001

Como puede observarse, se obtuvieron correlaciones significativas entre ambos indicadores de adhesión en la primera evaluación ( $r=-0,51$   $p<0,001$ ), y en la evaluación posterior ( $r=-0,43$ ;  $p<0,001$ ). La correlación en la evaluación a los 6 meses ( $r=-0,26$ ; NS) no resultó significativa, lo que podría explicarse en parte por el pequeño tamaño de la muestra (N=40).

La correlación entre las medidas sucesivas de cada uno de los indicadores de adhesión, se puede observar en las tablas 31 y 32. Como puede observarse los indicadores de

adhesión no correlacionan entre ellos a lo largo del estudio, excepto la AD2 entre el inicio y los seis meses.

**Tabla 31. Evolución de la relación de AD1 a lo largo del estudio**

		EVALUACIÓN	
EVALUACIÓN		Inicio	3 Meses
	3 Meses	0,23 N=54	
	6 Meses	0,05 N=39	0,018 N=38

**Tabla 32. Evolución de la relación de AD2 a lo largo del estudio**

		EVALUACIÓN	
EVALUACIÓN		Inicio	Tres Meses
	3 Meses	0,15 N=55	
	6 Meses	0,48** N=40	0,08 N=40

Nota. \*\* =  $p < 0,001$

En la tabla 33 se pueden observar los valores medios de los CD4 y la carga viral de los sujetos que participaron a lo largo del estudio. Respecto a las células CD4, podemos observar que hay un incremento a los tres meses, y se mantiene prácticamente estable a los seis meses, y, por tanto, las diferencias no han sido estadísticamente significativas (Greenhouse-Geisser (2,80)=1,74;  $p=0,18$ ). Se observó un decremento en la carga viral a través del tiempo, si bien tampoco es estadísticamente significativo (Greenhouse-Geisser (2,77)=0,61;  $p=0,52$ ).

**Tabla 33. Indicadores de adhesión al inicio del estudio y durante los dos seguimientos (a los tres y los seis meses)**

	Nivel basal	Seguimiento 3 meses	Seguimiento 6 meses
<b>Datos clínicos</b>			
CD4	346,17 (± 205,40)	377,03 (± 211,47)	373,95 (± 242,11)
Carga Viral	17.911 (± 33.831)	13.392 (± 30.022)	12.497 (± 28.329)
<b>Evaluación autoinformada grado de adhesión</b>			
Muy Buena (95-100%)	28 (71,8 %)	27 (71,1%)	32 (80%)
Buena (90-95%)	4 (10,3 %)	3 (7,5%)	3 (7,5%)
Aceptable (80-90%)	6 (15,4 %)	2 (5,3%)	0
Baja (< 80%)	0	6 (15,8%)	5 (12,5%)
<b>Evaluación autoinformada últimos cuatro días</b>			
<b>Ingesta dosis</b>			
Ingesta todas las dosis	36 (90%)	38 (97,4%)	35 (87,5%)
Omisión alguna dosis	4 (10%)	1 (2,6%)	5 (12,5%)
<b>Cumplimiento momento prescripción ingesta</b>			
Nunca	14 (18,7%)	6 (8%)	6 (8%)
Algunas veces	3 (4%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
Mitad de las veces	5 (6,7%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)
Mayor parte de las veces	10 (13,3%)	9 (12%)	9 (12%)
Todas las veces	40 (53,3%)	38 (50,7%)	23 (30,7%)
<b>Conocimiento condiciones ingesta</b>			
Totalmente correcto	9 (12%)	12 (16%)	6 (8%)
Parcialmente correcto	19 (23,5%)	18 (24%)	13 (17,3%)
Totalmente incorrecto	10 (13,3%)	11 (14,7%)	10 (13,3%)
<b>Seguimiento instrucciones</b>			
Nunca	3 (4%)	5 (6,7%)	6 (8%)
Algunas veces		1 (1,3%)	1 (1,3%)
Mitad de las veces	1 (1,3%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
Mayor parte de las veces	4 (5,3%)	2 (2,7%)	7 (9,3%)
Todas las veces	26 (34,7%)	33 (44%)	15 (20,%)

\*=p<0,05

\*\*=p<0,001

Finalmente, como se puede observar en la tabla 34, la correlación entre los indicadores de CD4 a lo largo del estudio, es elevada a pesar de la pérdida de datos. Respecto a la evolución de la relación entre los indicadores de carga viral, que se puede observar en la tabla 35, ésta es menor que en el caso de los CD4, especialmente entre el inicio y los seis meses, pero significativa entre períodos de tres meses.

**Tabla 34. Correlación entre el número de CD4 en las tres evaluaciones a lo largo del estudio**

		EVALUACIÓN	
		Inicio	Tres Meses
EVALUACIÓN	3 Meses	0,89** N=29	
	6 Meses	0,78** N=32	0,86** N=25

Nota. \*\* =  $p < 0,001$

**Tabla 35. Correlación entre las medidas de la CV en las tres evaluaciones a lo largo del estudio**

		EVALUACIÓN	
		Inicio	Tres Meses
EVALUACIÓN	3 Meses	0,38* N=31	
	6 Meses	-0,15 N=33	0,64** N=27

Nota. \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,001$

### 7.3.2.2. Evolución de las variables psicológicas

Como se puede observar en la tabla 36, se produce una disminución del apoyo social (Greenhouse-Geisser (2,72)=3,59,  $p < 0,05$ ), que los contrastes a posteriori muestran que son debidos a las diferencias entre el inicio y los seis meses de seguimiento. También se observó una disminución estadísticamente significativa de la percepción de la complejidad del tratamiento (Greenhouse-Geisser (2,58)=329,  $p < 0,000$ ), que las comparaciones a posteriori mostraron que eran debidas a los cambios entre el inicio del estudio y los tres y los seis meses, y de la percepción de los efectos secundarios (Greenhouse-Geisser (2,56)=12,45,  $p < 0,000$ ), que los contrastes a posteriori mostraron

que eran debidos a las diferencias entre el inicio y los tres y seis meses del estudio. Por el contrario, a lo largo del estudio no se producen cambios de la percepción de beneficio del tratamiento (Greenhouse-Geisser (2,59)=1,45,  $p<0,23$ ), la percepción de severidad de la enfermedad (Greenhouse-Geisser (2,70)=0,92,  $p<0,39$ ), la autoeficacia 1 (Greenhouse-Geisser (2,55)=0,60,  $p<0,53$ ) y la autoeficacia 2 (Greenhouse-Geisser (2,76)=0,58,  $p<0,54$ ).

Respecto a los estados de ánimo, se observó un aumento de la tensión a lo largo del período de estudio (Greenhouse-Geisser (2,78)=3,59,  $p<0,03$ ), que los contrastes a posteriori indicaron que eran debidos a las diferencias entre el inicio y los tres meses de seguimiento. Por otra parte, la depresión (Greenhouse-Geisser (2,64)=0,85,  $p<0,40$ ), la cólera (Greenhouse-Geisser (2,79)=1,46,  $p<0,23$ ), el vigor (Greenhouse-Geisser (1,53)=1,59,  $p<0,21$ ) y la fatiga (Greenhouse-Geisser (2,75)=1,07,  $p<0,34$ ) no se mostraron cambios significativos a lo largo del estudio.

Para estudiar la evolución de las variables psicológicas a lo largo del tratamiento realizamos también análisis de correlaciones de cada variable consigo misma en los tres momentos de evaluación. Los resultados de estos análisis se presentan en la tabla 37. Como puede observarse, en prácticamente todas las variables se encuentran correlaciones significativas para sus valores en períodos de tres meses.

**Tabla 36. Evolución de las variables psicológicas y emocionales a lo largo del estudio**

	Nivel basal	Seguimiento 3 meses	Seguimiento 6 meses
<b>Cuestionario de creencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento</b>			
Cuidado	5,67±1,62	5,31±1,68	5,31±2,04
Norma Subjetiva	4,69±2,5	5,23±5,28	4,05±2,65
Beneficio	14,58±3,81	14,27±3,37	14,45±3,35
Apoyo social	5,27±3,02	4,90±2,65	3,98±2,51*
Autoeficacia 1	7,31±1,7	7,53±1,39	7,59±1,34
Autoeficacia 2	6,45±2,01	6,5±2,27	6,13±2,25
Severidad	2,04±1,16	1,86±1,20	1,86±1,02
Complejidad	2,85±0,45	0,14±0,58**	0,02±0,15**
Efectos secundarios	2,16±1,06	0,74±0,97**	0,76±1**
<b>Life-events</b>	3,05±2,09*	2,6±2,22*	1,72±2,12*
<b>Cuestionario del estado de ánimo (P.O.M.S.)</b>			
Tensión	4,39±2,27	5,6±2,9*	5,39±3,27
Depresión	3,80±3,76	3,6±3,39	3,10±3,07
Cólera	2,70±3,27	3,39±3,24	2,63±2,79
Vigor	5,90±3,50	6,63±3,20	7,20±3
Fatiga	3,29±3,5	4,0±3,7	3,6±3,7

\*=p<0,05

\*\*=p<0,001

**Tabla 37. Correlaciones de cada una de las variables psicológicas consigo misma a lo largo del estudio**

	0-3 meses	3-6- meses	0-6 meses
Severidad	0,23 (N=57)	0,30* (N=41)	0,59** (N=41)
Apoyo Social	0,15 (N=56)	0,34* (N=40)	0,45** (N=40)
Asp. Int. Cuidado	0,23 (N=51)	0,63** (N=36)	0,43** (N=41)
Norma subjetiva	0,47** (N=53)	0,39* (N=39)	0,43** (N=41)
Beneficio	0,67** (N=52)	0,71** (N=37)	0,26 (N=39)
Autoeficacia 1	0,40** (N=50)	0,60** (N=32)	0,24 (N=39)
Autoeficacia 2	0,35** (N=56)	0,53** (N=40)	0,33* (N=41)
Complejidad	0,32* (N=57)	0,04 (N=41)	0,24 (N=41)
Efectos secundarios	0,50** (N=57)	0,60** (N=41)	0,21 (N=41)
Tensión	0,32* (N=57)	0,58** (N=41)	0,33* (N=41)
Depresión	0,48** (N=57)	0,64** (N=41)	0,22 (N=41)
Cólera	0,51** (N=57)	0,48** (N=41)	0,46** (N=41)
Vigor	-0,39** (N=57)	0,62** (N=41)	-0,27 (N=41)
Fatiga	0,52** (N=57)	0,65** (N=41)	0,46** (N=41)

Nota. \* = $p < 0,05$ ; \*\* = $p < 0,00$

### 7.3.2.3. Evolución de los acontecimientos estresantes.

Respecto a los acontecimientos estresantes, la muestra inicial presenta una media de tres *life-events*, y que se va reduciendo ligeramente a los tres y los seis meses.

Los valores pueden ser consultados en la Tabla 36. Esta disminución es estadísticamente significativa (Greenhouse-Geisser (2,138)=9,42;  $p=0,000$ ). Las comparaciones múltiples a posteriori, realizadas mediante el ajuste de Bonferroni, mostraron que la disminución del número de acontecimientos vitales estresantes era estadísticamente significativa para todos los momentos del estudio.

Los *life-events* experimentados se podrían agrupar en dos clases de variables:

- Sucesos vitales estresantes penales-penitenciarios: Destacaron los relativos a un empeoramiento penitenciario (12,1%), un mejoramiento penitenciario (9,6%), un juicio reciente (8,5%), un cambio en la unidad de clasificación interior (8,2%), etc.

- Sucesos vitales socio-personales: Problemas económicos (7%), suspensión tratamiento farmacológico (6,8%), enfermedad (6,5%), enfermedad familiar (6,5%), muerte ser querido (5,6%), etc.

### **7.3.3. Análisis de las relaciones entre las variables psicológicas en cada uno de los tres momentos de evaluación**

Realizamos análisis de correlaciones de las variables psicológicas entre sí en la primera evaluación (ver Tabla 38), en la evaluación a los tres meses (ver Tabla 39) y en la evaluación a los seis meses (Tabla 40).

Estos análisis tienen un carácter exploratorio, con la intención de una mayor profundización en estudios posteriores, que podrían llevarlos, incluso, a la formulación de algún modelo sobre sus interrelaciones.

De los resultados de éstos análisis (ver Tabla 37) destacan los rasgos siguientes:

a) El mayor número de correlaciones significativas se obtuvieron con las medidas de la evaluación inicial y el menor con las medidas de la evaluación a los tres meses.

b) Las cuatro variables psicológicas relacionales y sociocognitivas que mostraron un mayor número de correlaciones significativas con las demás fueron, por orden decreciente la norma subjetiva, la autoeficacia 2, la autoeficacia 1 y los beneficios percibidos del tratamiento; y las cuatro variables que mostraron mayor número de correlaciones altamente significativas ( $p < 0,001$ ) fueron también, por orden decreciente, la autoeficacia 2, la autoeficacia 1, los beneficios percibidos y la norma subjetiva. En general, estas correlaciones son coherentes desde un punto de vista teórico.

c) Las correlaciones entre los estados de ánimo son coherentes entre sí, a excepción de los encontrados en la primera evaluación, entre el “vigor” y los demás estados de ánimo (correlaciona positivamente con depresión y con fatiga), y entre el “vigor” y las variables sociocognitivas (“vigor” correlaciona negativamente con autoeficacia y con beneficios percibidos). Este resultado nos sugiere la conveniencia de no utilizar las medidas de “vigor” obtenidas en la primera evaluación como un posible predictor de la adhesión.

d) Por lo demás, cuando se consideran las medidas obtenidas en las evaluaciones realizadas a los 3 y a los 6 meses de seguimiento, las correlaciones de los estados de ánimo entre sí son coherentes (los estados de ánimo negativos correlacionan positivamente entre sí y negativamente con el “vigor”). También son coherentes las correlaciones de los estados de ánimo con las variables sociocognitivas (el estado emocional negativo tensión correlaciona negativamente con apoyo social y con norma subjetiva; el “vigor” correlaciona positivamente con autoeficacia).

**Tabla 38. Relación entre las variables psicológicas al inicio del estudio**

	Severidad	Apoyo Social	Cuidado	N. Subjetiva	Beneficio	Autoeficacia 1	Autoeficacia 2	Complejidad	Efectos secundarios	Tensión	Depresión	Cólera	Vigor
Severidad													
Apoyo Social	0,03												
Aspectos interpersonales del cuidado	0,28*	0,29*											
Norma subjetiva	0,23*	0,41**	0,33*										
Percepción de beneficio	0,42**	0,12	0,36**	0,30*									
Autoeficacia 1	0,27*	0,08	0,34*	0,35**	0,45**								
Autoeficacia 2	0,40**	0,03	0,44**	0,30*	0,12	0,21							
Percepción de complejidad	0,12	-0,10	0,12	0,02	0,23*	0,09	0,15						
Efectos secundarios	0,01	-0,09	0,05	0,23*	0,13	0,29*	0,40**	0,12					
Tensión	0,05	0,15	-0,09	-0,01	-0,03	-0,14	-0,08	-0,09	-0,36**				
Depresión	-0,13	-0,20	-0,10	-0,04	0,05	-0,04	-0,26*	0,05	-0,34**	0,26*			
Cólera	-0,09	-0,18	-0,26*	-0,14	0,10	-0,09	-0,26*	0,03	-0,21	0,46**	0,58**		
Vigor	-0,19	-0,24*	-0,03	-0,20	-0,24*	-0,28*	-0,16	-0,02	-0,11	-0,14	0,38**	0,12	
Fatiga	-0,04	-0,25*	-0,29*	-0,18	0,03	-0,05	-0,22	0,02	-0,30**	0,25*	0,57**	0,68**	0,32**

\* = p < 0,05

\*\* = p < 0,001

**Tabla 39. Relación entre las variables psicológicas a los tres meses del estudio**

	Severidad	Apoyo Social	Cuidado	N. Subjetiva	Beneficio	Autoeficacia 1	Autoeficacia 2	Complejidad	Efectos secundarios	Tensión	Depresión	Cólera	Vigor
Severidad													
Apoyo Social	0,122												
Aspectos interpersonales del cuidado	-0,142	0,26											
Norma subjetiva	0,008	0,17	0,18										
Percepción de beneficio	0,33*	0,16	0,12	0,37*									
Autoeficacia 1	0,30*	0,15	0,16	0,27	0,45**								
Autoeficacia 2	0,06	0,15	0,53**	0,27*	0,20	0,51**							
Percepción de complejidad	0,18	0,025	-0,11	-0,04	0,02	0,05	0,08						
Efectos secundarios	0,15	-0,04	-0,07	-0,19	0,01	-0,13	-0,13	0,18					
Tensión	0,012	-0,40*	0,10	-0,35*	0,01	-0,08	-0,05	-0,06	0,01				
Depresión	0,05	-0,13	-0,17	-0,07	0,09	-0,12	-0,21	-0,05	0,23	0,40**			
Cólera	-0,12	-0,20	-0,12	-0,003	0,13	0,02	-0,08	-0,07	-0,06	0,58**	0,48**		
Vigor	0,13	0,21	0,08	0,15	0,23	0,26	0,30*	-0,06	-0,15	-0,31*	-0,54**	-0,22	
Fatiga	-0,24	-0,18	0,01	-0,25	-0,09	-0,25	-0,15	-0,11	0,17	0,59**	0,57**	0,48**	-0,5**

\* = p < 0,05

\*\* = p < 0,001

**Tabla 40. Relación entre las variables psicológicas a los seis meses del estudio**

	Severidad	Apoyo Social	Cuidado	N. Subjetiva	Beneficio	Autoeficacia 1	Autoeficacia 2	Complejidad	Efectos secundarios	Tensión	Depresión	Cólera	Vigor
Severidad													
Apoyo Social	0,11												
Aspectos interpersonales del cuidado	-0,10	0,57**											
Norma subjetiva	0,40**	0,23	0,07										
Percepción de beneficio	0,25	0,09	0,14	0,50**									
Autoeficacia 1	0,19	0,00	0,11	0,37*	0,50**								
Autoeficacia 2	0,18	0,15	0,30	0,31*	0,22	0,57**							
Percepción de complejidad	0,17	0,06	0,06	0,10	0,17	0,15	0,19						
Efectos secundarios	0,15	0,33*	0,15	-0,17	-0,28	0,17	0,04	0,19					
Tensión	0,34*	0,04	-0,04	0,17	0,03	-0,01	-0,11	0,07	0,30*				
Depresión	0,07	-0,08	-0,01	-0,11	-0,08	-0,28	-0,25	-0,11	0,27	0,66**			
Cólera	0,25	-0,02	0,18	-0,10	-0,15	-0,11	0,09	0,08	0,23	0,62**	0,57**		
Vigor	-0,13	0,19	0,39*	0,19	0,38*	0,35*	0,44*	0,09	-0,22	-0,30	-0,18	-0,13	
Fatiga	0,06	-0,05	-0,16	0,08	-0,11	-0,02	-0,22	-0,03	0,47**	0,54**	0,55**	0,22	-0,43**

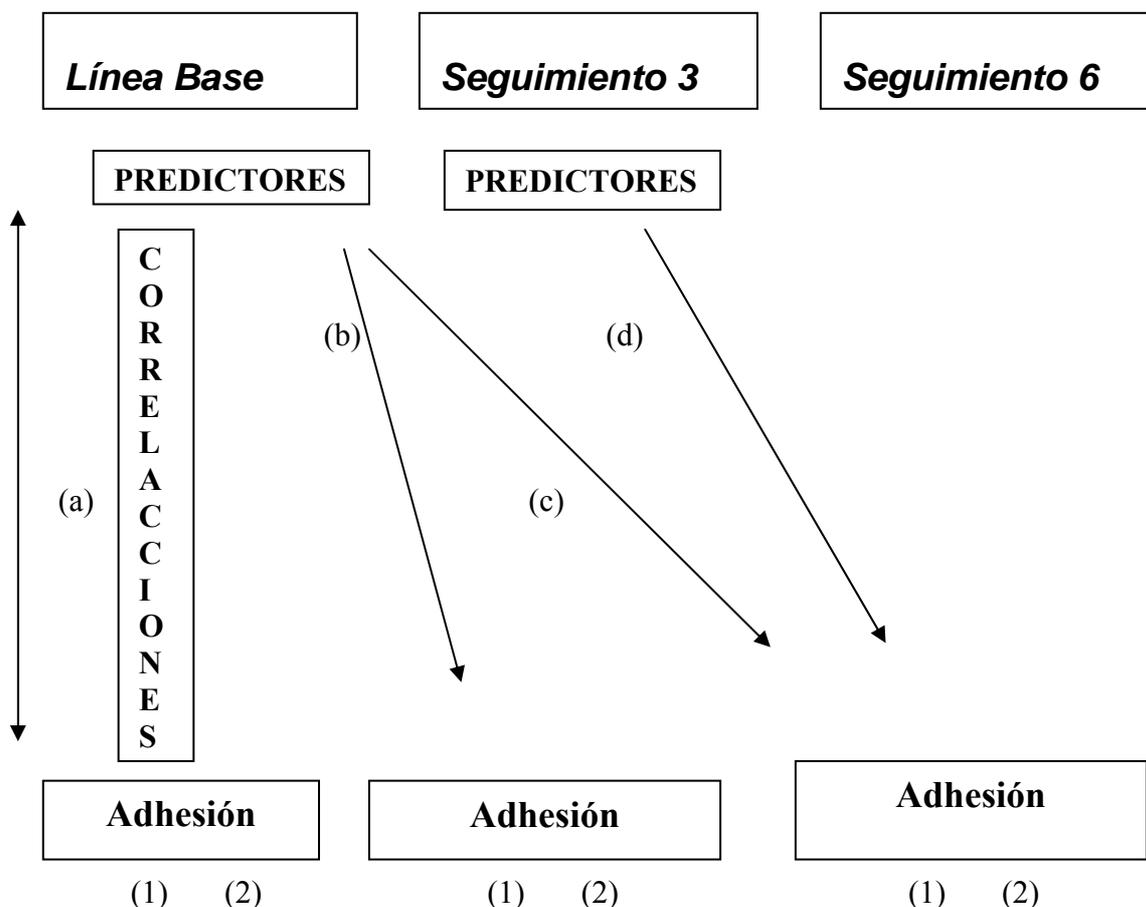
\* = p < 0,05

\*\* = p < 0,00

### 7.3.4. Análisis de la capacidad predictiva de los diferentes tipos de variables sobre la adhesión

Los análisis de las relaciones entre las variables con la adhesión se expondrán de acuerdo con la figura 2 de la página 114, que ahora reproducimos para facilitar la comprensión y seguimiento de los resultados.

**Figura 5. Procedimiento temporal seguido en el análisis de datos para las relaciones con la adhesión**



- e) Correlaciones de los diferentes tipos de variables con la adhesión, en línea base.
- f) Variables predictoras en línea base sobre la adhesión a los 3 meses.
- g) Variables predictoras en línea base sobre la adhesión a los 6 meses.
- h) Variables predictoras a los 3 meses sobre la adhesión a los 6 meses.
- 1) Adhesión autoinformada global.
- 2) Adhesión medida a partir de la información de las pastillas no ingeridas en los últimos cuatro días.

### 7.3.4.1. Relaciones de las variables sociodemográficas y life-events con la adhesión

Los resultados de las correlaciones entre las *variables sociodemográficas* y los *life-events con la adhesión*, tal como se observa en la tabla 41, únicamente han mostrado una correlación estadísticamente significativa entre las comunicaciones y la adhesión 1 en la línea base. Así, aquellos internos que tenían menos comunicaciones en el centro penitenciario, y por consiguiente, tenían un menor soporte social tangible, referían una menor adhesión al tratamiento antirretroviral.

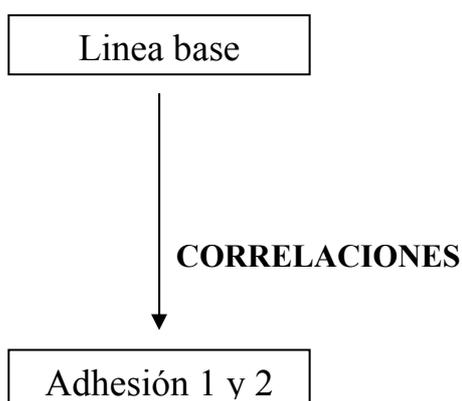
**Tabla 41. Relación de las variables sociodemográficas y life-events con la adhesión al inicio del estudio**

Variable dependiente	AD1			AD2		
	r	Signif.	N	R	Signif.	N
<i>Variables psico-sociales sociodemográficas</i>						
Edad	,117	,319	74	-,141	,231	74
Estado Civil*	,189	,106	74	-,161	,170	74
Nivel Cultural	-,063	,594	74	,111	,347	74
Comunicaciones	-,330**	,004	73	,128	,280	73
Recuento sucesos estresantes	-,094	,425	74	-,022	,851	74

\* Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman.

### 7.3.4.2. Relaciones de las variables psicológicas con la adhesión

Las relaciones analizadas a continuación se corresponden con la relación (a) de la Figura 5.



En referencia a las variables incluidas en el *Cuestionario de Creencias relacionadas con la medicación o la enfermedad*, en la tabla 42 se puede observar la correlación entre las diferentes variables con los indicadores de adhesión al tratamiento antirretroviral.

**Tabla 42. Correlaciones de las variables del Cuestionario de variables sociocognitivas con los indicadores de adhesión al tratamiento a lo largo del estudio**

Variables independientes	AD1			AD2		
	r	Signif.	N	r	Signif.	N
<b>Línea base</b>	<b>LINEA BASE</b>					
Autoeficacia total (1 y 2)	,311**	,023	74	-,263*	,007	74
Subescala Autoeficacia 1	,381**	,001	74	-,385**	,001	74
Subescala Autoeficacia 2	,136	,569	74	-,067	,248	74
Subescala severidad	,177	,038	73	-,243*	,135	73
Subescala norma subjetiva	,121	,152	74	-,168	,304	74
Subescala percepción beneficios	,438**	,007	71	-,318**	,000	71
Subescala Aspectos interpersonales de cuidado	,189	,425	74	-,094	,106	74
Subescala apoyo social	,067	,916	74	-,012	,570	74
Subescala de complejidad percib.	,479**	,000	74	-,493**	,000	74
Subescala de efectos secundarios	,149	,000	74	-,416**	,206	74
<b>Línea base</b>	<b>TRES MESES</b>					
Autoeficacia total (1 y 2)	,197	,272	56	-,149	,150	55
Subescala Autoeficacia 1	,180	,240	56	-,160	,190	55
Subescala Autoeficacia 2	,136	,524	56	-,087	,323	55
Subescala severidad	,014	,707	57	,051	,917	55
Subescala norma subjetiva	-,005	,959	56	,007	,970	55
Subescala percepción beneficios	,088	,864	53	,024	,530	53
Subescala Aspectos interpersonales de cuidado	,268	,072	56	-,242	,033	55
Subescala apoyo social	-,057	,119	56	,211	,681	55
Subescala de complejidad percib.	-,553**	,005	56	,372**	,000	55
Subescala de efectos secundarios	-,068	,039	56	,276*	,620	55
<b>Línea base</b>	<b>SEIS MESES</b>					
Autoeficacia total (1 y 2)	,403**	,124	41	-,241	,010	40
Subescala Autoeficacia 1	,379*	,014	41	-,377*	,016	40
Subescala Autoeficacia 2	,295	,686	41	-,064	,065	40
Subescala severidad	-,162	,411	40	-,134	,319	40
Subescala normas subjetivas	,223	,180	41	,211	,166	40
Subescala percepción beneficios	,330*	,367	40	-,150	,043	38
Subescala Aspectos interpersonales de cuidado	,186	,238	41	,186	,249	40
Subescala apoyo social	,287	,191	41	-,206	,073	40
Subescala de complejidad percib.	,072	,703	40	-,062	,658	40
Subescala de efectos secundarios	-,239	,126	40	,246	,137	40
<b>Tres meses</b>	<b>SEIS MESES</b>					
Autoeficacia total (1 y 2)	,356*	,569	33	-,103	,046	32
Subescala Autoeficacia 1	,403*	,844	34	,035	,020	33
Subescala Autoeficacia 2	,262	,184	40	-,215	,111	38
Subescala severidad	,062	,227	41	-,193	,707	39
Subescala norma subjetiva	,138	,270	38	-,183	,414	37
Subescala percepción beneficios	,274	,112	38	-,262	,106	36
Subescala Aspectos interpersonales de cuidado	,075	,979	37	-,005	,667	35
Subescala apoyo social	-,009	,363	40	-,148	,363	38
Subescala de complejidad percib.	,026	,987	41	-,003	,877	39
Subescala de efectos secundarios	,028	,62	41	,080	,867	39

En primer lugar, se presentan las correlaciones entre las variables sociocognitivas y los indicadores 1 y 2 de adhesión en la primera evaluación. Dado que se trata de un corte transversal (las variables sociocognitivas y la adhesión están evaluadas en el mismo momento) no son propiamente correlaciones predictivas, y algunas de ellas, aunque significativas, son difíciles de interpretar. Así, por ejemplo, se da una correlación significativa positiva entre complejidad percibida y adhesión. Pero, ¿uno se adhiere mejor porque percibe el tratamiento como complejo, o percibe el tratamiento como más complejo porque se adhiere mejor?. Parece más lógica la segunda interpretación que la primera. Por tratarse de correlaciones transversales y por las dificultades de interpretación no utilizamos estas variables en los análisis de regresión múltiple.

Para el *Cuestionario del estado de ánimo Profile of Mood State (P.O.M.S.)*, como se puede observar en la tabla 43, no se aprecian correlaciones con la adhesión al inicio del

**Tabla 43. Correlaciones de las variables del Cuestionario del estado de ánimo (POMS) con los indicadores de adhesión al tratamiento a lo largo del estudio**

Variables independientes	AD1			AD2		
	R	Signif.	N	R	Signif.	N
<b>Línea base</b>	<b>LINEA BASE</b>					
Fatiga	,117	,322	74	,011	,929	74
Vigor	-,137	,244	74	,200	,087	74
Cólera	,034	,774	74	-,139	,237	74
Depresión	,102	,389	74	,026	,825	74
Tensión	-,113	,336	74	1,82	,121	74
<b>Línea base</b>	<b>TRES MESES</b>					
Fatiga	,126	,358	55	,009	,946	56
Vigor	-,175	,202	55	,040	,769	56
Cólera	,245	,071	55	,062	,652	56
Depresión	,248	,068	55	-,037	,787	56
Tensión	,051	,709	55	,180	,183	56
<b>Línea base</b>	<b>SEIS MESES</b>					
Fatiga	-,130	,425	40	,290	,063	41
Vigor	-,265	,098	40	,378*	,014	41
Cólera	-,161	,320	40	,190	,229	41
Depresión	-,082	,613	40	,374*	,015	41
Tensión	-,026	,871	40	,241	,124	41
<b>Tres Meses</b>	<b>SEIS MESES</b>					
Fatiga	-,528**	,001	39	,377*	,015	41
Vigor	,425**	,007	39	-,324*	,039	41
Cólera	-,115	,485	39	,240	,130	41
Depresión	-,313	,053	39	,229	,151	41
Tensión	-,046	,782	39	,235	,139	41

estudio.

En relación con *las variables de la enfermedad*, tal como indica la tabla 44 no se han encontrado relaciones significativas con la adhesión al inicio del estudio.

**Tabla 44. Correlaciones de las variables relacionadas con la enfermedad con la adhesión al tratamiento a lo largo del estudio**

Variables independientes	AD1			AD2		
	r	Signif.	N	r	Signif.	N
<b>Línea base</b>	<b>LÍNEA BASE</b>					
Células CD4	-,120	,319	71	-,164	,171	71
Carga Viral	-,126	,288	73	,054	,651	73
Vía transmisión	-,216	,090	63	,183	,151	63
Infección	,089	,456	73	,020	,867	73
<b>Línea base</b>	<b>TRES MESES</b>					
Células CD4	,031	,825	53	-,063	,653	54
Carga Viral	,097	,484	54	,181	,186	55
<b>Línea base</b>	<b>SEIS MESES</b>					
Células CD4	-,016	,925	39	-,365*	,019	41
Carga Viral	,054	,742	40	,222	,157	41
<b>Tres meses</b>	<b>SEIS MESES</b>					
Células CD4	,041	,807	37	-,390*	,014	39
Carga Viral	,418*	,017	32	,311	,074	34

**Tabla 45. Correlaciones, en línea base, de las variables relacionadas con el tratamiento con la adhesión al tratamiento**

Variables independientes	AD1			AD2		
	R	Signif.	N	R	Signif.	N
<b>Variables tratamiento</b>						
Número de pastillas	,096	,413	74	,180	,125	74
Otro tipo de medicación*	,081	,490	74	-,101	,394	74
Tipo medicación*	,050	,714	56	-,030	,825	56
Naive/No naive*	-,214	,073	71	,303 **	,005	71
Recuerdo fármacos prescritos*	,296*	,010	74	-,098	,405	74
Número de pastillas ingeridas	,067	,571	74	-,072	,544	74
Recuerdo dosis ingeridas*	,134	,255	74	-,206	,078	74
Restricción dietética*	,201	,145	54	-,230	,094	54
Cambio de fármacos antirretrovirales*	,031	,795	71	,126	,296	71
Interrupción del tratamiento antirretroviral*	,195	,112	68	-,233	,056	68
Dispensación directa del tratamiento*	-,107	,363	74	,107	,365	74
Tiempo en tratamiento antirretroviral	-,005	,970	68	-,066	,594	68
Número de dosis	,031	,794	74	,129	,274	74
Gravedad efectos secundarios	,076	,522	74	-,078	,510	74
Historia de drogas*	-,012	,920	74	-,005	,963	74
Tratamiento de drogas*	,202	,087	73	-,141	,233	73

\* Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman.

Entre las *variables relacionadas con el tratamiento* (ver Tabla 45), únicamente la clasificación naive/no naive correlacionaba con la AD2 y el recuerdo de los fármacos prescritos con la AD1, al inicio del estudio.

Cabe destacar que entre las *variables relacionadas con el tratamiento, la relación médico-paciente* (ver Tabla 46) no han tenido una relación significativa con las variables de adhesión.

**Tabla 46. Correlaciones, en línea base, de las variables sobre la relación médico - paciente con la adhesión al tratamiento**

Variables independientes	AD1			AD2		
	R	Signif.	N	R	Signif.	N
<i>Variables relación médico-paciente</i>						
Entrevistas con médico últimos 6 meses*	-,114	,332	74	,080	,500	74
Satisfacción con nº entrevistas Atención mismo profesional*	,131	,298	65	-,098	,439	65
Satisfacción con tiempo dedicación en consulta	,174	,226	50	-,041	,777	50
Ayudas para el seguimiento del TARGA*	-,060	,687	47	,134	,370	47
	,065	,593	71	-,065	,589	71

Se calculó el coeficiente de correlación de Sperman.

Respecto a las *variables penales y penitenciarias* (ver tabla 47), solamente los delitos se han relacionado significativamente con la AD1.

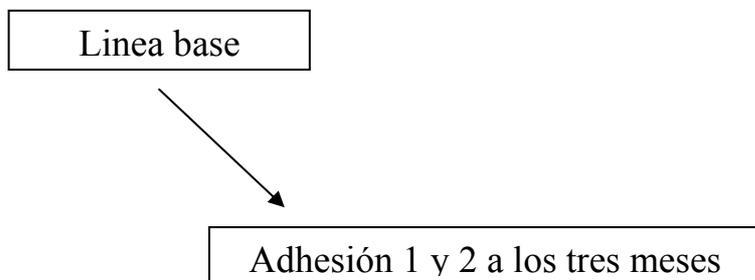
**Tabla 47. Correlaciones, en línea base, de las variables penales y penitenciarias con la adhesión al tratamiento**

Variables independientes	AD1			AD2		
	R	Signif.	N	R	Signif.	N
<i>Variables penales-penitenciarias</i>						
Situación penal*	,013	,910	74	-,023	,849	74
Condena	,009	,944	68	-,117	,342	68
Actividad*	-,027	,446	74	-,137	,244	74
Reincidencia*	-,009	,817	74	-,081	,493	74
Nº ingresos en prisión	-,200	,088	74	,171	,145	74
Expedientes disciplinarios*	,025	,830	74	,080	,499	74
Régimen de vida*	,059	,615	74	,066	,574	74
Número delitos	-,078	,507	74	-,086	,465	74
Tipología delitos*	,233*	,048	73	-,138	,244	73
Cambios de ubicación en el centro*	-,074	,533	74	,116	,326	74
Unidad de clasificación*	-,156	,183	74	-,039	,741	74
Movilidad intercentros*	,157	,182	74	-,158	,180	74
Tiempo en prisión en meses	,088	,462	72	-,155	,192	72
Tiempo que resta en prisión	-,043	,729	68	-,034	,781	68

Se calculó el coeficiente de correlación de Sperman.

En las páginas siguientes presentaremos los análisis de regresión múltiple realizados a partir de los análisis correlacionales.

Los resultados expuestos a continuación se corresponden con la relación (b) de la Figura 5.



En la Tabla 42 se pueden observar las correlaciones entre las variables incluidas en el *Cuestionario de creencias relacionadas con la medicación o la enfermedad* al inicio del estudio y la adhesión a los tres meses. Se observa la existencia de una correlación significativa inversa entre la subescala de complejidad del tratamiento y la adhesión 1 y una correlación significativa positiva con adhesión 2 (a mayor complejidad percibida, mayor número de pastillas no tomadas). Por lo tanto, estas dos correlaciones, consideradas en conjunto, nos indican que a mayor percepción del tratamiento como complejo se da una menor adhesión. También se obtiene una correlación positiva entre la subescala de efectos secundarios y la adhesión 2 a los tres meses. Por lo tanto, se infiere que a mayor percepción de la existencia de efectos secundarios se da una menor adhesión (mayor número de pastillas no ingeridas). Respecto a las variables incluidas en el *Cuestionario del estado de ánimo (Profile of Mood State, P.O.M.S.)*, no se encontraron correlaciones significativas con la adhesión a los tres meses (ver Tabla 43).

En las tablas 48 y 49 se muestran los resultados de los análisis de regresión múltiple sobre la AD1 y la AD2 evaluadas a los 3 meses del tratamiento a partir de las variables del inicio del tratamiento. Como puede observarse ninguna de las tres variables introducidas muestra capacidad predictiva sobre la adhesión.

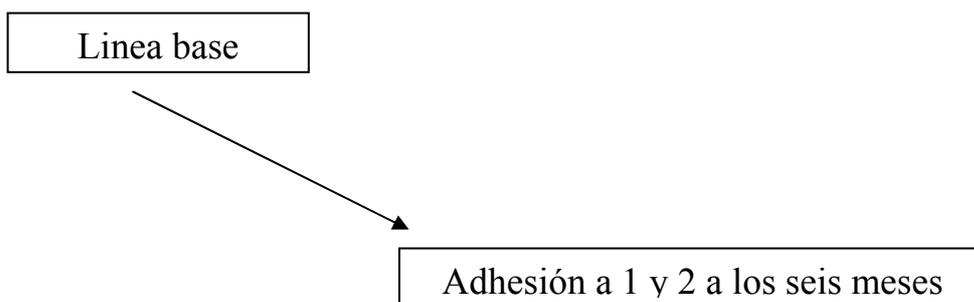
**Tabla 48. Coeficientes y resumen del modelo de regresión múltiple para AD1 a los tres meses, a partir de los predictores evaluados en la línea base**

Predictores	Beta	t	Sign.	Modelo y Anova		
				R cuadrado	F(1,53)	Sign.
Complejidad percibida	0,07	0,57	0,56		0,32	

**Tabla 49. Coeficientes y resumen del modelo de regresión múltiple para AD2 a los tres meses, a partir de los predictores evaluados en la línea base**

Predictores	Beta	t	Sign.	Modelo y Anova		
				R cuadrado	F (2,55)	Sign.
Efectos sec.	-0,08	-0,58	0,56			
Complejidad percibida	-1,21	-0,87	0,38	0,02	0,69	0,50

Los resultados expuestos a continuación se corresponden con la relación (c) de la Figura 5.



En la Tabla 42 se pueden observar las correlaciones entre las variables incluidas en el *Cuestionario de creencias relacionadas con la medicación y/o la enfermedad* al inicio del estudio y la adhesión a los seis meses. Se observa una correlación significativa positiva de la autoeficacia 1 con la AD1 y negativa con la AD2 (a mayor autoeficacia menor número de pastillas no ingeridas). También se da una correlación significativa positiva entre los beneficios percibidos del tratamiento y la AD1.

En el *Cuestionario del estado de ánimo (Profile of Mood State, P.O.M.S.)* también se observaron algunas correlaciones significativas, tal como muestra la tabla 43. Se da una correlación positiva entre la depresión y la AD2 (a mayor estado de ánimo depresivo, mayor número de pastillas no ingeridas). Esta condición parece indicar, pues, que

aquellos internos que tenían un mayor índice de depresión presentaban una menor adhesión al tratamiento.

También se encontró una correlación positiva entre el vigor y AD2, que en principio indicaría que a mayor vigor, peor adhesión (mayor número de pastillas no ingeridas). Esta correlación en sentido contrario a lo esperado, junto con las condiciones negativas de este estado de ánimo evaluado al inicio con los valores del mismo a los tres meses y los seis meses (indicativas de algún problema de evaluación), según la tabla 37, nos disuaden de incluir el vigor como variable predictora en el análisis de regresión múltiple.

En relación con *las variables de la enfermedad*, tal como indica la tabla 44 se ha obtenido una correlación entre las células CD4 y la AD2.

Los resultados del análisis de regresión múltiple para la AD1 a los seis meses, muestran que únicamente la autoeficacia tiene capacidad predictiva sobre esta variable, con un 15,4% de la varianza explicada (tabla 50).

**Tabla 50. Coeficientes y resumen del modelo de regresión múltiple para AD1 a los seis meses, a partir de los predictores evaluados en la línea base**

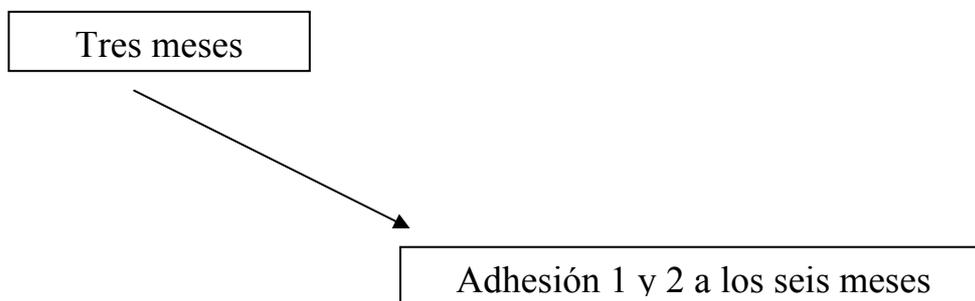
Predictores	Beta	t	Sign.	Modelo y Anova		
				R cuadrado	F (1,37)	Sign.
Autoeficacia 1	0,39	2,59	0,01	0,154	6,7	0,01
Beneficio	0,32	0,183	0,86			

Los resultados del análisis de regresión múltiple para la AD2 (tabla 51), indican que la única variable predictora fue la depresión en la línea base, con un 13,9 % de varianza explicada.

**Tabla 51. Coeficientes y resumen del modelo de regresión múltiple para AD2 a los seis meses, a partir de los predictores evaluados en la línea base**

Predictores	Beta	t	Sign.	Modelo y Anova		
				R cuadrado	F (1,39)	Sign.
Autoeficacia 1	-0,29	-1,95	0,06	0,139	6,32	0,01
Depresión	0,37	2,5	0,01			
CD4	-0,214	-1,43	0,16			

Los resultados expuestos a continuación se corresponden con la relación (d) de la Figura 5.



En la Tabla 42 se pueden observar las correlaciones entre las variables incluidas en el *Cuestionario de creencias relacionadas con la medicación o la enfermedad* a los tres meses del estudio y la adhesión a los seis meses. Se observa una correlación significativa positiva de la autoeficacia 1 con la AD1. En el *Cuestionario del estado de ánimo (Profile of Mood State, P.O.M.S.)* también se observaron algunas correlaciones significativas, tal como muestra la tabla 43: correlación inversa entre la fatiga y la AD1 y positiva con la AD2 (a mayor fatiga, mayor número de pastillas no ingeridas). Consecuentemente, aquellos internos que tenían una mayor fatiga, presentaban una menor adhesión. También se observa correlación positiva del vigor con la AD1 y negativa con la AD2. Por lo tanto, a mayor sensación de vigor físico mayor adhesión. En relación con *las variables de la enfermedad*, tal como indica la tabla 44 se ha obtenido una correlación negativa entre las células CD4 y la AD2, así como una correlación positiva entre la carga viral y la AD1.

Los resultados del análisis de regresión múltiple para la AD1 a los seis meses del inicio del tratamiento, a partir de las variables a los tres meses, (ver Tabla 52), muestran que únicamente la fatiga tiene capacidad predictiva, explicando el 41,7% de la varianza de la AD1.

**Tabla 52. Coeficientes y resumen del modelo de regresión múltiple para AD1 a los seis meses, a partir de los predictores evaluados a los tres meses**

Predictores	Beta	t	Sign.	Modelo y Anova		
				R cuadrado	F (1,28)	Sign.
Autoeficacia 1	0,68	0,42	0,676	0,417	20,98	0,000
Vigor	0,257	1,49	0,147			
Carga Viral	-0,25	-1,75	0,90			
Fatiga	-0,17	-4,47	0,000			

Finalmente, también a los seis meses, se ha encontrado que la fatiga a los tres meses es el único predictor de la AD2 explicando 17 % de la varianza, según se puede apreciar en la tabla 53.

**Tabla 53. Coeficientes y resumen del modelo de regresión múltiple para AD2 a los seis meses, a partir de los predictores evaluados a los tres meses**

Predictores	Beta	t	Sign.	Modelo y Anova		
				R cuadrado	F (1,30)	Sign.
Fatiga	0,41	2,48	0,02	0,17	6,14	0,02
CD4	-0,18	-0,99	0,36			
Vigor	-0,156	-0,70	0,45			

#### **7.4. Discusión**

La muestra de reclusos en terapia antirretroviral que hemos estudiado tenía una edad promedio de 36,4 años, encontrándose la práctica totalidad de la muestra en una edad menor de 40 años. El nivel cultural es bajo (el 78% ha cursado como máximo primer nivel de secundaria). La mayoría de ellos (86%) se hallaban cumpliendo condena, el 95% eran reincidentes, y el delito más habitual por el que habían ingresado en prisión es el robo (66%). Un 85% mantenían comunicaciones (semanales o quincenales) con familiares del exterior.

En cuanto a la vía de transmisión de la enfermedad la mayoría (71,6%) se habían infectado al compartir jeringuillas, como usuarios de drogas por vía parenteral. En el 32% la enfermedad había evolucionado a SIDA. En el momento de iniciarse el estudio el 49% manifestó haber consumido haschis en fechas recientes, el 30% opiáceos y un 12% cocaína; el 56% de la muestra estaba participando en un programa de mantenimiento con metadona.

Los datos referidos a las variables sociodemográficas y penales-penitenciarias de los sujetos de nuestro estudio, así como los relativos a la principal vía de infección y al consumo de sustancias, son similares a los aportados por otras investigaciones con población reclusa, tanto realizadas en nuestro país (Blanco et al. 2005; Gallego et al, 2004; Marco et al, 2002; Marco, Martín y Garrote, 1996; Olry de Labry et al., 2003; Soto et al., 2005) como los llevados a cabo en el ámbito anglosajón (Altice, Mostashasiri y Friedland, 2001; Mostashari et al., 1998; Wohl et al., 2003).

En el momento de iniciarse el estudio, el 79% ya había participado en un tratamiento anterior con antirretrovirales (eran no naives), manifestando como principal motivo de inicio del primer tratamiento la recomendación del médico (el 76% de los casos). El 53% habían interrumpido el tratamiento anterior, la mayoría por propia iniciativa, y

debido sobre todo a los efectos secundarios de la medicación (otros motivos de interrupción, de parecida importancia entre sí, fueron la falta de mejoría clínica, una ansiedad elevada, y la recaída en problemas de drogas). El motivo más frecuente del inicio del tratamiento actual fue igualmente la recomendación del médico. Entre los efectos secundarios más habituales destacan el hormigueo en manos y pies, el dolor de cabeza, las náuseas y vómitos, la sensación de cansancio y la sequedad de la piel.

En el momento de inicio del estudio el tratamiento antirretroviral comportaba un promedio de 4,7 pastillas totales diarias, siendo lo más habitual tres tipos de fármacos diferentes (55%), seguido de dos (24%), de uno (16%) y de cuatro (5%). En este punto consideramos interesante comentar que la complejidad objetiva del TARGA, definida como número de pastillas diarias, ha disminuido enormemente, si las comparamos con la de los primeros años en que se puso en marcha este tratamiento (en torno a veinte pastillas diarias). Esta disminución de la complejidad objetiva tiene un reflejo claro en la percepción que de la misma tienen los pacientes reclusos, ya que en la información cualitativa manifestaron, tanto los adherentes como los no adherentes, que el tratamiento que estaban recibiendo en ese momento no era complicado (“Creo que es fácil, son pocas pastillas”; “No, está bien. Empecé con 13 pastillas y ahora tomo 5”. “No lo veo complicado, al menos el actual”; “No lo veo complicado”).

Otro dato interesante a destacar es que el 56% de los pacientes manifestaron ser visitados por el mismo profesional sanitario, mientras que al 44% le habían visitado profesionales diferentes. Este dato puede indicar una falta de continuidad en la atención, una de las variables de carácter organizativo-estructural que más perjudica la adhesión terapéutica (Michenbaum y Turk, 1991), también en el caso del TARGA (Altice et al., 2001).

El porcentaje de reclusos no adherentes al tratamiento antirretroviral, considerando como tales a aquellos con una tasa de adhesión menor del 95%, se situó al inicio del estudio entre un 23% y un 28%, según que consideremos el indicador “número de pastillas no tomadas o el indicador “adhesión estimada”. La proporción de no adherentes aportada por los estudios con población reclusa, si bien el criterio para clasificar a los sujetos como tales no siempre se explicita con precisión, oscila entre un mínimo del 16% (Altice et al., 2001) y un máximo del 54,8% (Blanco et al., 2005), pasando por valores como el 24% (Soto et al., 2005), el 25% (Gallego et al., 2004), el 38% (Mostashari et al., 1998), el 50% (Marco et al., 2002) y el 54% (Olry de Labry et al., 2003). El porcentaje de no adherentes al tratamiento antirretroviral en el ámbito sanitario (hospitalario ambulatorio) oscila en un intervalo del 38% al 58% (Tuldrà, 2005). El índice ligeramente superior de adhesión en los reclusos tratados con antirretrovirales podría deberse, en parte, a la dispensación semanal de la medicación, procedimiento que implica en principio una supervisión más estricta del tratamiento que la que se realiza habitualmente en el ámbito sanitario.

Cuando se preguntó a los pacientes por qué no se habían tomado alguna de las pastillas en los últimos cuatro días el motivo más aducido fue el olvido, seguido de los efectos secundarios de la medicación, quedarse dormido, sentirse nervioso o deprimido, haber agotado la medicación, o no llevarla en el momento de la toma. Estos datos coinciden básicamente con los aportados por otros estudios tanto en población reclusa (Marco et al., 2002) como no reclusa (Tuldrà 2005, Bernaus, 2004). Por otra parte, cuando se preguntó por las causas más frecuentes de la interrupción del tratamiento, la principal causa aducida fue, como comentamos más arriba, los efectos secundarios de la medicación. Estos datos apuntan a que puede haber una no adhesión involuntaria debida realmente a olvidos, y una no adhesión intencionada, debida sobre todo a efectos

secundarios, que comenzaría por la omisión deliberada de algunas tomas y acabaría en el abandono o interrupción del tratamiento. Algunos estudios con población reclusa no se plantean esta distinción y aportan como principal causa de la interrupción del tratamiento los olvidos (Gallego et al., 2004).

La información de carácter cualitativo, obtenida a partir de entrevistas a cuatro internos, indican como causas más importantes del olvido el dormirse viendo la televisión, haber dejado las pastillas en la taquilla, ponerse a escribir una carta o a jugar el parchís y despistarse. Como soluciones proponen, básicamente, dejar los medicamentos en un lugar visible.

#### **7.4.1. Evolución de la adhesión y de sus predictores**

El diseño de carácter longitudinal nos permite estudiar la evolución temporal tanto de la adhesión al tratamiento antirretroviral como de las variables psicológicas potenciales predictoras de la misma.

Por otra parte, las correlaciones significativas entre los dos indicadores de adhesión (adhesión estimada y número de pastillas no ingeridas) apoya la fiabilidad de las medidas de autoinforme utilizadas.

El indicador de adhesión al TARGA adhesión estimada por los pacientes experimentó oscilaciones a lo largo del tiempo: al inicio del estudio un 72% de los internos informaron de un grado de adhesión superior o igual al 95%, a los tres meses este porcentaje de buenos cumplidores fue del 68% y a los seis meses del 77%. La adhesión calculada a partir del número de pastillas también experimentó oscilaciones: un 77% de los pacientes cumplieron el criterio de buenos cumplidores al inicio del estudio, un 82% a los tres meses y un 77% a los seis meses. Estas oscilaciones en el porcentaje de

buenos cumplidores no se mostraron estadísticamente significativa (en ninguno de los dos índices).

De todos modos, y aún en el caso de que el porcentaje de buenos cumplidores hubiera sido aritméticamente el mismo en los tres momentos de evaluación, estos resultados no nos dicen nada sobre si los sujetos “buenos cumplidores” son exactamente los mismos en las diferentes evaluaciones. Lo que no cambia de forma significativa es el porcentaje global de buenos cumplidores, pero los pacientes incluidos en esta categoría pueden variar de una evaluación a otra. Por ello realizamos análisis correlacionales entre los indicadores de adhesión de cada sujeto en los tres momentos de evaluación. En estos análisis no encontramos correlaciones significativas, entre el inicio y los tres meses, y entre los tres y los seis meses, para ninguno de los dos indicadores de adhesión, sólo se encontró una correlación significativa entre el inicio y los seis meses para el indicador de pastillas no ingeridas. Esta falta general de correlación entre los indicadores de adhesión evaluados de forma sucesiva en el tiempo iría en la línea de la idea apuntada, entre otros, por Forgy et al. (2002) de que la adhesión no es un constructo estable, sino un proceso que puede variar a lo largo del tiempo. Esta idea sirvió de base a la hipótesis 1 de nuestra investigación, que de este modo queda confirmada por los resultados que hemos obtenido. Por otra parte estos resultados apoyan la conveniencia de plantear y realizar estudios de carácter longitudinal sobre la adhesión al TARGA.

En relación con los indicadores biológicos de la evolución de la enfermedad, en nuestro estudio se observó un incremento ligero de los valores promedio de las células CD4, entre la línea base y los tres meses, que no se mostró estadísticamente significativo, y un decremento de la carga viral, que tampoco se mostró estadísticamente significativo. Ambos datos, tomados de forma conjunta parecen ser indicativos de una ligera mejoría.

Queremos señalar a este respecto que para que se produzcan cambios estadística y clínicamente significativos en los indicadores biológicos de la evolución de la enfermedad se requiere una máxima adhesión al TARGA durante un período muy prolongado de tiempo. Así, en el excelente trabajo de Tuldrà et al. (2000) sólo se obtuvieron diferencias significativas en carga viral, entre un grupo experimental con un alto porcentaje de pacientes excelentes cumplidores y un grupo control con un porcentaje menor, al cabo de 48 semanas (un año) de tratamiento.

Por lo que respecta a los predictores de carácter sociocognitivo se produjeron cambios estadísticamente significativos a lo largo de las tres evaluaciones (un decremento progresivo en sus valores promedio) en el apoyo social percibido, la complejidad percibida del tratamiento y la importancia subjetiva de los efectos secundarios. No se produjeron cambios significativos entre los tres momentos de evaluación en el resto de variables sociocognitivas (gravedad percibida de la enfermedad, beneficios percibidos del tratamiento, y autoeficacia, tanto para el manejo de la medicación como para la comunicación con el personal sanitario).

Por lo que respecta a los estados de ánimo evaluados mediante el POMS sólo se observó un incremento significativo en la subescala de tensión, entre el inicio y los tres meses.

Los análisis correlacionales para cada una de las variables psicológicas en los tres momentos de evaluación muestran que se produjeron cambios a nivel individual en las variables apoyo social percibido, complejidad percibida, aspectos interpersonales del cuidado y gravedad percibida.

Los datos sobre la evolución de las variables de carácter psicológico no podemos compararlos con los obtenidos en otros estudios, porque lamentablemente en ninguno de los pocos estudios de carácter longitudinal sobre la adhesión al TARGA que conocemos, se incluyeron como predictores este tipo de variables.

#### **7.4.2. Capacidad predictiva de los distintos tipos de variables**

Para estudiar la capacidad predictiva de los diferentes tipos de variables (sociodemográficas, penales-penitenciarias, clínicas y del tratamiento, y psicológicas) realizamos primero un análisis univariante correlacional utilizando estas variables como independientes y los dos indicadores de adhesión como dependientes. Posteriormente, utilizando aquellas variables que mostraron correlaciones significativas con la adhesión realizamos análisis de regresión múltiple. Comentaremos en primer lugar los análisis correlacionales.

No encontramos ninguna relación significativa entre las variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil) y los indicadores de adhesión. Este resultado es coherente con los encontrados en los estudios revisados por Ammassari et al. (2002) y confirma la hipótesis 2 formulada en nuestro trabajo. Las variables nivel educativo y estado civil figuran entre los factores generalmente no asociados con la adhesión, y la edad como un factor inconsistentemente asociado. Por otra parte, en nuestro estudio esta variable tiene muy poca variabilidad (un promedio de 36,4 y una desviación típica de 5,3), lo que también podría contribuir a su falta de correlación.

Tampoco encontramos, en general, correlaciones significativas entre las variables penales-penitenciarias (tiempo en prisión, situación penal, tipo de delito, reincidencia, expedientes, etc.) y los indicadores de adhesión al TARGA. En este punto conviene señalar que en los relativamente escasos estudios sobre adhesión al TARGA con población reclusa (en torno a unos ocho trabajos), sólo se evaluó este tipo de variables en tres (Mostashari et al, 1998; Olry de Labry et al., 2003; Soto et al., 2005) y sólo se utilizaron variables penales penitenciarias como posibles predictores de la adhesión en este último. Soto et al., (2005) tampoco encontraron ninguna relación significativa entre esta variables y la adhesión.

De las variables relacionadas con la enfermedad (número de CD4, carga viral, sida – no sida), únicamente el número de células CD4 y la carga viral mostraron alguna correlación significativa con la adhesión autoinformada. Las variables relativas al tratamiento antirretroviral (naive–no naive, número de fármacos antirretrovirales diferentes, número de pastillas diarias, efectos secundarios) y al consumo de sustancias (consumo–no consumo actual, tratamiento sustitutivo con metadona) no se mostraron relacionadas con el grado de adhesión. Según la revisión de Ammassari et al. (2002) la mayoría de estas variables son factores no asociados (sida–no sida, naive-no naive, número de fármacos diferentes, número de pastillas diarias, consumo actual de sustancias) o inconsistentemente asociados (número de CD4) con la adhesión. El único, pero importante, resultado discordante de nuestro estudio es el referido a los efectos secundarios de la medicación, un factor consistentemente asociado con la adhesión, que en nuestro estudio no se ha mostrado, en general, relacionado con esta variable. En nuestro estudio medimos los efectos secundarios de dos maneras: como una característica del tratamiento y mediante un ítem del cuestionario de variables psicológicas. Sólo obtuvimos una correlación significativa de la última medida al inicio del tratamiento con la adhesión a los tres meses. La ausencia general de correlaciones significativas podría deberse a que al contener el tratamiento un número mucho menor de pastillas, los efectos secundarios sean menos acusados. De hecho, en la información cualitativa, los reclusos no concedieron mucha importancia a los efectos secundarios del tratamiento actual, y aludieron a problemas con un tratamiento anterior, en que tomaban más pastillas u otra combinación de fármacos. Por otra parte, muchos de los efectos secundarios desagradables de los fármacos se manifiestan con mayor intensidad al inicio del tratamiento, y con el paso del tiempo se van diluyendo o se viven como menos desagradables. De hecho, en nuestro estudio el carácter aversivo de los efectos

secundarios experimentó una disminución significativa entre el inicio y los tres meses de tratamiento y sólo correlacionaron significativamente los efectos secundarios medidos al inicio con la adhesión a los tres meses.

Para predecir la adhesión al TARGA utilizamos tres tipos de variables psicológicas: relacionales, sociocognitivas y emocionales. Dentro de las primeras distinguimos entre apoyo social y aspectos interpersonales del cuidado (satisfacción en la relación con los profesionales sanitarios). Ninguna de estas variables ha mostrado correlaciones significativas con los dos indicadores de adhesión. En la revisión de Ammassari et al. (2002) el apoyo social y familiar se presenta como un factor consistentemente asociado con la adhesión, y coherentemente con este resultado formulamos la hipótesis 5.1. Los resultados cuantitativos de nuestro estudio no confirman esta hipótesis. Ello podría deberse a que la variable apoyo social presenta una puntuación muy baja (una media de 5,27) y poca variabilidad (una desviación típica de 3,02) dentro de un rango de 0 a 15. La información cualitativa confirma este escaso apoyo social por lo que respecta a las personas con las que los reclusos interactúan en su vida diaria (compañeros, funcionarios, equipo de tratamiento, personal sanitario), ninguno ha recibido ayuda del psicólogo en relación con el tratamiento, y uno sugiere la conveniencia de crear un “grupo de atención” en que participen los reclusos afectados. Ammassari et al. (2002) presentan la relación con los profesionales sanitarios como un factor inconsistentemente asociado con la adhesión, por ello no formulamos ninguna hipótesis al respecto. En la información recogida mediante la metodología cualitativa los pacientes entrevistados muestran que las relaciones son correctas y cordiales, pero también señalan que los profesionales sanitarios podrían implicarse más (“Informar más puntualmente, preguntar como nos va y como nos sentimos y ver que alguien se preocupa por nosotros”; “Un poco de dejadez, he subido tres veces por una analítica no lo anotan en

la agenda”; “Los ATS y los médicos no se preocupan mucho”). De hecho, un 60% de la muestra inicial de pacientes valoraron la ayuda de los profesionales sanitarios en relación con el seguimiento del TARGA como escasa.

Del conjunto de variables sociocognitivas, las que correlacionaron significativamente con la adhesión son la autoeficacia, los beneficios percibidos (a mayor autoeficacia y mayores beneficios anticipados, mejor adhesión), la complejidad percibida (a mayor complejidad percibida, peor adhesión) y el ítem relativo a los efectos secundarios (al que ya hicimos referencia anteriormente). Estas correlaciones se encontraron entre los predictores y la adhesión evaluados en diferentes momentos.

La relación entre autoeficacia y adhesión había sido predicha en la hipótesis 5.2. que se basa en la revisión de Ammassari et al. (2002), en los resultados de otros estudios sobre la predicción de la adhesión al TARGA (Shively et al., 2002; Tuldrà, 2005; Tuldrà et al., 2000) y en los datos sobre la capacidad predictiva de los diferentes modelos teóricos que muestran que, en general la autoeficacia es un buen predictor de las conductas de salud (Villamarín y Álvarez, 1998, Díez, Juárez y Villamarín, 2005). De los resultados correlacionales relativos a la autoeficacia queremos destacar los dos aspectos siguientes: de las dos medidas de autoeficacia (capacidad percibida para el manejo de la medicación y capacidad percibida para la comunicación con el personal sanitario) la que más se relaciona con la adhesión es la primera; la autoeficacia para el manejo de la medicación se muestra más relacionada con la adhesión posterior, que las medidas de adhesión en el pasado. La hipótesis 5.3. que predice una relación positiva entre los beneficios anticipados y la adhesión, (y que se formuló a partir de los datos sobre la capacidad predictiva de los modelos teóricos) también se ha visto confirmada. En relación con la eficacia (percibida) del tratamiento cabe destacar la siguiente información aportada por la metodología cualitativa: los pacientes elaboran sus

expectativas sobre la eficacia del tratamiento a partir de la información aportada por la analítica (CD4 y carga viral) y por cómo se sienten (“Me siento mejor; no me siento débil, tengo apetito).

La variable complejidad percibida, que se midió mediante el ítem “Mi tratamiento es demasiado complicado y no vale la pena seguirlo” mostró una relación inversa con la adhesión, y hasta cierto punto podría considerarse, una medida “anverso” de la autoeficacia, medida que algunos autores han denominado “esfuerzo percibido” (Tuldrà, 2005).

Las variables gravedad percibida de la enfermedad e información/conocimiento sobre el TARGA no correlacionaron significativamente con los indicadores de adhesión. Sobre la gravedad percibida de la enfermedad cabe señalar que los estudios empíricos han mostrado que, de todas las variables del Modelo de Creencias sobre la salud, es la menos predictiva (Villamarín y Álvarez, 1998). Sobre la variable conocimiento/información sobre el tratamiento Ammassari et al. (2002) la clasifican como un factor inconsistentemente asociado con la adhesión al TARGA, por lo que no formulamos ninguna hipótesis al respecto. Por lo que respecta a las variables emocionales, se encontraron correlaciones significativas entre los estados de ánimos: fatiga, depresión/tristeza y vigor con los indicadores de adhesión al TARGA. Las relaciones de la fatiga y de la tristeza/depresión con la adhesión son del tipo esperado: a mayor fatiga y mayor tristeza/depresión, peor adhesión. Las correlaciones del vigor con la adhesión son contradictorias y también las de las diferentes medidas de este estado de ánimo, por lo que decidimos no incluir esta variable en los análisis de regresión múltiple.

A partir de las variables que correlacionaron significativamente con los dos indicadores de adhesión realizamos análisis de regresión múltiple (paso a paso) utilizando como

variables independientes las variables psicológicas (relacionales, sociocognitivas y emocionales) y como dependientes los dos indicadores de adhesión. Mediante estos modelos de regresión múltiple se examinó: a) la capacidad predictiva de las variables psicológicas evaluadas al inicio del estudio sobre la adhesión evaluada en los seguimientos a los tres meses y a los seis meses; y b) la capacidad predictiva de las variables psicológicas evaluadas en el seguimiento a los tres meses sobre la adhesión evaluada a los seis meses. Las variables que en estos análisis se mostraron predictores significativos de la adhesión al TARGA son la autoeficacia y los estados de ánimo: tristeza, depresión y fatiga. La relación con la adhesión de la variable autoeficacia es de tipo directo, la de tristeza/depresión y la fatiga es de carácter inverso. Estos datos confirman las hipótesis 5.2 y 5.5.

#### **7.4.3. Información cualitativa**

En este apartado realizaremos una síntesis de la información recogida mediante la metodología cualitativa, en especial, la relativa a las categorías no descritas en el apartado anterior; destacaremos los aspectos diferenciales (pocos) entre sujetos adherentes y no adherentes; y, finalmente, compararemos la información recogida con la aportada por el estudio con metodología cualitativa de mayor envergadura, sobre la adhesión al TARGA, realizado por Remien et al. (2003).

Los participantes de nuestro estudio ven la enfermedad como grave, pero la mayoría no la perciben como el problema más importante de sus vidas. Entre los obstáculos para una buena adhesión señalan la falta de verdadero interés por el tratamiento, la rutina y el encontrarse mal a nivel físico. No tienen claro de que depende el sentirse capaz o no de seguir correctamente el tratamiento (las respuestas que dan son muy difusas y no guardan relación con lo que se les pregunta). Consideran que los incidentes del día a día

de la prisión no afecta a su seguimiento del tratamiento antirretroviral. Manifiestan que las comunicaciones son una importante fuente de apoyo social, directamente para seguir el tratamiento, y en todo caso, para el estado de ánimo.

Los pocos aspectos diferenciales entre buenos y malos adherentes fueron manifestados por uno de los pacientes con buena adhesión. Este interno mostró una no adhesión intencional (“Cuando no la tomo (la medicación) es porque soy consciente, descanso un día e incluso una semana cuando la he tomado cinco o seis meses); mostró una actitud experimental con el tratamiento (“Hice una autoprueba; dejé de tomarlo una vez a los tres meses y otra vez a los seis, y te influye, ya que salía en las analíticas”); adoptaba estrategias de afrontamiento activas ante los efectos secundarios (“Combato con más hiperactividad; no pienso en ellos”), y sugirió la conveniencia de un grupo de apoyo dentro de la prisión (“Falta información y no tener un grupo de atención en que podamos reunirnos, como por ejemplo, los evangelistas que tienen expresión, sobre todo por la parte anímica, porque la información médica ya nos la da el doctor”).

En el estudio de Remien et al. (2003) se realizaron entrevistas en profundidad a un total de 110 pacientes en tratamiento que se habían infectado por diferentes vías, hombres y mujeres de distintas edades, pertenecientes a cuatro centros diferentes, para analizar los facilitadores y las barreras de un correcto seguimiento del TARGA. Aunque sus pacientes no eran reclusos, existen importantes similitudes entre la información aportada por este estudio y la recogida en el nuestro.

Según la información cualitativa recogida en el estudio de Remien et al. (2003), los pacientes en tratamiento antirretroviral, la adhesión al TARGA es un fenómeno dinámico que cambia con el tiempo, a medida que cambian sus múltiples determinantes. Existe una no adhesión debida a olvidos y también una no adhesión intencional (ajuste de la medicación o interrupción del tratamiento) debida, sobre todo, a los efectos

secundarios de la medicación. Entre los factores facilitadores se señalaron la confianza en los profesionales sanitarios, el apoyo social de las personas próximas relevantes, la percepción de eficacia del tratamiento (elaborada a partir de las analíticas, el nivel de energía corporal y los síntomas); entre las barreras figuran los olvidos, los efectos secundarios, los estados de ánimo negativos, y el tener otras prioridades vitales que se anteponen a la infección por VIH. Por otra parte, no se encontraron diferencias en determinantes entre las personas que están recibiendo el primer tratamiento y las no naive, y los pacientes consumidores de sustancias que se encuentran en tratamiento con metadona manifiestan interferencias (al menos percibidas) con la medicación antirretroviral.

#### **7.4.4. Limitaciones y perspectivas**

Una dificultad presente en nuestro estudio es la pérdida progresiva de participantes, cuya muestra inicial estuvo formada por 75 reclusos y que se redujo a 58 a los tres meses, y a 40 a los seis meses, principalmente por traslado a otros centros. Esta pérdida de participantes coincide con lo ocurrido en otro estudio (Marco et al., 2002) de carácter multicéntrico realizado en Cataluña (C.P. de Hombres de Barcelona, C.P. de Quatre Camins y C.P. de Brians), que contaba con la participación de profesionales sanitarios de diversos centros penitenciarios; una muestra de 98 internos, se redujo a 83 casos a las doce semanas, y a 31 a las 24, habiéndose perdido 50 pacientes por haber sido puestos en libertad o trasladados a otros centros penitenciarios. Esta pérdida progresiva de participantes podría paliarse en parte utilizando estrategias como la participación de profesionales sanitarios ubicados en diferentes centros penitenciarios, la comunicación con la red exterior de asistencia sanitaria, y la colaboración de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Departamento de Justicia.

En nuestro estudio hemos medido la adhesión a través de dos indicadores proporcionados por los pacientes reclusos (una estimación global sobre su propia adhesión y la cuantificación de las pastillas no ingeridas en los últimos cuatro días). Cualquiera de estos dos indicadores se basan en la información aportada por el paciente, y ya conocemos los diversos inconvenientes del autoinforme (Heinasmaki et al., 1998 y Paterson et al., 2000). A pesar de ellos, cabe resaltar que las dos medidas empleadas correlacionan significativamente y que el autoinforme ha demostrado su utilidad como método de evaluación (Haubrich et al., 1999), ya que las medidas que aporta, aunque algo infladas, han correlacionado con las obtenidas mediante otro tipo de estrategias para medir la adhesión como la monitorización electrónica (Hugen et al., 2002), el recuento de la medicación (Bangsberg, 2001) y la determinación de los niveles plasmáticos de los fármacos (Murri, 2000). Por otra parte, la mayoría de estudios sobre los predictores de la adhesión al TARGA, incluidos los realizados con pacientes reclusos han utilizado el autoinforme como método para medir la adhesión, por lo que nuestros datos son comparables a los suyos.

Otra limitación de nuestro estudio es que todos los reclusos participantes eran varones y pertenecían a un solo centro penitenciario, lo que conlleva limitaciones en la generalización de los resultados.

De cara al futuro creemos conveniente la realización de más estudios de carácter longitudinal, de carácter multicéntrico, en que se utilicen pacientes reclusos varones y mujeres, en que se preste especial atención a las variables psicológicas como predictores de la adhesión, y se combinen metodologías cuantitativas y cualitativas.

## 7.5. Conclusiones

1. En cuanto a la vía de transmisión de la enfermedad la mayoría de internos (71,6%) se habían infectado al compartir jeringuillas, como usuarios de drogas por vía parenteral. En el 32% la enfermedad había evolucionado a SIDA. En el momento de iniciarse el estudio el 49% manifestó haber consumido haschis en fechas recientes, el 30% opiáceos y un 12% cocaína; el 56% de la muestra estaba participando en un programa de mantenimiento con metadona.

2. En el momento de inicio del estudio el tratamiento antirretroviral comportaba un promedio de 4,7 pastillas totales diarias, siendo lo más habitual tres tipos de fármacos diferentes (55%), seguido de dos (24%), de uno (16%) y de cuatro (5%). En este punto consideramos interesante comentar que la complejidad objetiva del TARGA, definida como número de pastillas diarias, ha disminuido enormemente.

3. El porcentaje de reclusos no adherentes al tratamiento antirretroviral, considerando como tales a aquellos con una tasa de adhesión menor del 95%, se situó al inicio del estudio entre un 23 y un 28%. La proporción de no adherentes aportada por los estudios con población reclusa, oscila entre un mínimo del 16% y un máximo del 54,8%.

4. Cuando se preguntó a los pacientes por qué no se habían tomado alguna de las pastillas en los últimos cuatro días el motivo más aducido fue el olvido, seguido de los efectos secundarios de la medicación, quedarse dormido, sentirse nervioso o deprimido, haber agotado la medicación, o no llevarla en el momento de la toma.

5. Nuestros datos apuntan a que puede haber una no adhesión involuntaria debida realmente a olvidos, y una no adhesión intencionada, debida sobre todo a efectos secundarios, que comenzaría por la omisión deliberada de algunas tomas y acabaría en el abandono o interrupción del tratamiento.

6. Las oscilaciones en el porcentaje de buenos cumplidores no se mostraron estadísticamente significativos a lo largo de los tres momentos de evaluación.
7. La falta general de correlación entre los indicadores de adhesión evaluados de forma sucesiva en el tiempo apoya la hipótesis de que la adhesión no es un constructo estable, sino un proceso que puede variar a lo largo del tiempo.
8. No encontramos ninguna relación significativa entre las variables sociodemográficas y los indicadores de adhesión. Tampoco encontramos ninguna relación significativa entre las variables penales-penitenciarias y los indicadores de adhesión al TARGA.
9. Las variables relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento antirretroviral y con el consumo de sustancias no se mostraron relacionadas con el grado de adhesión.
10. De las variables sociocognitivas se mostraron significativamente relacionadas con la adhesión (0-3, 0-6, 3-6 meses) la autoeficacia, los beneficios percibidos, la complejidad percibida y los efectos secundarios. Los estados de ánimo que se mostraron relacionados con la adhesión (0-3, 0-6, 3-6 meses) fueron la fatiga y la depresión/tristeza.
11. Según los análisis de regresión múltiple, paso a paso, se mostraron como buenos predictores de la adhesión la variable sociocognitiva de la autoeficacia y, entre los estados emocionales, la fatiga y la depresión/tristeza.
12. Los participantes de nuestro estudio ven la enfermedad como grave, pero la mayoría no la perciben como el problema más importante de sus vidas. Entre los obstáculos para una buena adhesión señalan la falta de verdadero interés por el tratamiento, la rutina y el encontrarse mal a nivel físico. No tienen claro de que depende el sentirse capaz o no de seguir correctamente el tratamiento. Consideran que los incidentes del día a día de la prisión no afecta a su seguimiento del tratamiento antirretroviral. Manifiestan que las

comunicaciones son una importante fuente de apoyo social, indirectamente para seguir el tratamiento, y en todo caso, para el estado de ánimo.

13. Los pocos aspectos diferenciales entre buenos y malos adherentes fueron manifestados por uno de los pacientes con buena adhesión. Este interno mostró una no adhesión intencional, mostró una actitud experimental con el tratamiento, adoptaba estrategias de afrontamiento activas ante los efectos secundarios, y sugirió la conveniencia de un grupo de apoyo dentro de la prisión.

14. De cara al futuro creemos conveniente la realización de más estudios de carácter longitudinal, de carácter multicéntrico, en que se utilicen pacientes reclusos varones y mujeres, en que se preste especial atención a las variables psicológicas como predictores de la adhesión, y se combinen metodologías cuantitativas y cualitativas.

## 7. 6. Referencias bibliográficas

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Khul y J. Beckman (Eds.), *Action control: From Cognition to behavior* (p. 249-288). Heidelberg: Springer.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Englewood Cliffs; Prentice Hall.

Ajzen, I. y Madden, T.J. (1986). Prediction of goal directed behavior. Attitudes, intentions, and behavioral perceived control. *Journal of experimental and social psychology*, 22, 453-474.

Altice, F.L. y Friedland, G.H. (1998). The era of adherence to HIV therapy. *Annals of Internal Medicine*, 129, 503-505.

Altice, F.L., Mostashari, F., y Friedland, G.H. (2001). Trust and acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 28, 47-58.

American Public Health Association. (2004). *Adherence to HIV Treatment Regimens: Recommendations for Best Practices*. [en línea]. Consulta 25 junio 2004, a [http://www.apha.org/ppp/hiv/Best\\_Practices\\_new.pdf](http://www.apha.org/ppp/hiv/Best_Practices_new.pdf).

Ammassari, A., Trotta, M.P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., Vecchiet, J., D'Arminio, A., Wu, A.W., y Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 31, S123-127.

Antela, A. (2002). Manejo de la infección por VIH en pacientes adictos a drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, (3), 278-288.

Babudieri, S., Aceti, A., D'Offizi, G.P., Carbonara, S., y Starnini, G. (2000). Directly Observed Therapy to treat HIV infection in prisoners. *JAMA*, 284, 179-180.

Balestra, P., Zaccarelli, M., Tozzi, V., Galgani, S., Sebastiani, G., y Narciso, P. (1997). Increasing compliance to HIV treatments in the era of protease inhibitors. Abstract. En *6<sup>th</sup> European Conference on Clinical aspects and Treatment of HIV infection*. Hamburg.

Ballester, R., Reinoso, I., García S., y Campos, A. (2000). Adhesión al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y modificación de conducta*, 26, (109), 689-718.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory a behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bangsberg, D.R., Hecht, F.M., Clague, H., Charlebois, E.D., Ciccarone, D., Chesney, M., y Moss, A. (2001). Provider assessment of adherence to HIV antiretroviral therapy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26, (5), 435-442.

Barlett, G.J. y Moore R.D. (1998). Progresos terapéuticos. *Investigación y ciencia*, 264, 60-68.

Barlett, J.A. (2002). Adressing the challenges of adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 20, S2-S10.

Bayes, R. (1998). El problema de la adhesión en la terapéutica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Intervención psicosocial*, 8, (2), 229-237.

Beardon, P.H., McGilchrist, M.M., McKendrick, A.D., McDevitt, D.G., y MacDonald, T.M. (1993). Primary non-compliance with prescribed medication in primare care. *Bristish Medical Journal*, 307, 846-848.

Bender, B., Wamboldt, F.S., O'Connors, S.L., Rand, C., Szeffler, S., Milgrom, H., y Wamboldt, M.Z. (2000). Measurement of children's asthma medication adherence by self report, mother report, canister weight, and Doser CT. *Annals of Allergy Asthma and Immunology*, 85, 416-417.

Berg, J., Dunbar, J., y Rohay, J. (1998). Compliance with inhaled medications: the relationship between diary and electric monitor. *Annals of behavioral Medicine*, 20, 36-38.

Bernaus, M. (2004). *Possibles factors d'influència en l'adhesió terapèutica dels pacients VIH+*. Bayes, R. Tesina no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia. Barcelona.

Billings, A.G. y Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.

Blanco, J.M., Pérez, I.R., De Labry, A.O., Recio, J.M., López, E.G., y Basanta, J.J. (2005). Adherence to antiretroviral treatment in prisons. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 21, (8), 683-688.

Bond, W. y Hussar, D.A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48, 1978-1988.

Bosley, C.M., Fosbury, J.A., y Cochrane, G.M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *European Respiratory Journal*, 8, 899-904.

Boxwell, D. y Toerner, J. (2001). Fatal hepatotoxicity associated with combination Hidroxiurea and Nucleoside reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs). Abstract 617. En *8<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Chicago.

Broers, B., Morabia, A., y Hirschel, B. (1994). A cohort study of drug users' compliance with zidovudine treatment. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1121-1127.

Bueno, F.J. y Artero, A. (2002). Historial natural y clasificación de la infección por VIH-1. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, (3), 289-297.

Caron, H.S. y Roth, H.P. (1968). Patient's cooperation with a medical regimen. *JAMA*, 203, 120-124.

Catt, S., Stygall, J., y Catalan, J. (1995). Acceptance of zidovudine (AZT) in early HIV disease: the role of health belief. *AIDS Care*, 7, (2), 229-236.

Celentano, D.D., Vlahov, D., Cohn, S., Shadle, V.M., Obasanjo, O., y Moore, R.D. (1998). Self-reported antiviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 280, 544-546.

Chesney, M. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 20, (Suppl 2), S171-176.

Chesney, A. (2001). Advancing adherence: A clinician-patient collaboration. En *The Art of HIV management series*. San Francisco: Abbott Laboratories.

Chesney, M.A., Ickovics, J.R., Chambers, D.B., Gifford, A.L., Nedig, J., y Zwick, D.B.B. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials; the AACTG adherence instruments. *AIDS Care*, 12, 255-266.

Choo, P.W., Rand, C.S., Inui, T.S., Lee, M.L., Cain, E., Cordeiro-Breault, M., Canning, C., y Platt, R. (1999). Validation of patient reports, automated pharmacy records, and pill counts with electronic monitoring of adherence to antihypertensive therapy. *Medical Care*, 37, 846-857.

Clark, S.J., Saag, M.S., Decaer, W.D., Campbell-Hill, S., Roberson, J.L., Veldkamp, P.J., Kappes, J.C., Kahn, B.H., y Shaw, G.M. (1999). High titers of cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV-1 infection. *The new England Journal of medicine*, 324, 954-960.

Clough, L.A., D'Agata, E., Raffanti, S., y Haas, D.W. (1999). Factors that predict incomplete virological response to protease inhibitor-based antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29, 75-81.

Coffin, J.M. (1995). HIV population dynamics in vivo: implications for genetics variation, pathogenesis and therapy. *Science*, 267, 483-489.

Cohen, D., Scribner, R., Clarke, J., y Cory, D. (1992). The potential role of custody facilities in controlling sexually transmitted diseases. *American Journal of Public Health*, 82, (4), 552-556.

Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Alava. *Fármacos antirretrovirales disponibles en España*. [en línea]. Consulta 15 febrero 2005, a [http://www.sidalava.org/WEBcastellano/3\\_tto.dispo.htm](http://www.sidalava.org/WEBcastellano/3_tto.dispo.htm).

Cooke, D.J., Baldwin, J.P., y Howison, J. (1990). *Understanding violence and aggression: Psychological disturbance in prison*. London: Edit. Routledge.

Cramer, J.A., Matton, R.H., Prevey, M.L., Scheyer, R.D., y Quellette V,L. (1989). How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA*, 261, 3273-3277.

Crespo, M. (1997). Compliance/adherence and case management in HIV Disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 8, 43-54.

Crofts, N., Stewart, T., Hearne, P., Ping, X.Y., Breshkin, A.M., y Locamini, S.A. (1995). Spread of blood-borne viruses among Australian prison entrants. *British Medical Journal*, 310, 285-288.

D'Arminio, A., Testa, L., Adorni, F., Chiesa, E., Bini, T., Moscateli, G.C., Abeli, C., Rusconi, S., Sollima, S., Balotta, C., Musicco, M., Galli, M., y Moroni, M. (1998). Clinical outcome and predictive factors of failure of highly active antiretroviral therapy in antiretroviral-experienced patients in advanced stages of HIV-1 infection. *AIDS*, 12, 1631-1637.

Daltroy, L.H. (1993). Doctor-patient communication in rheumatological disorder. *Balliere's Clinical Rheumatology*, 7, 221-239.

Dancey, C.P. y Reidy, J. (2004). *Stastics without maths for psychology: using SPSS for Windows*. London: Prentice Hall.

Davis, M.S. (1966). Variations in patient's compliance with doctor's orders: Analysis of congruency between survey responses and results of empirical investigations. *Journal of medical education*, 41, 1037-1048.

Davis, S. (1998). Measuring HIV treatment adherence in clinical practice. *AIDS Clinical Care*, 10, (8), 57-59.

Díez, E., Juárez, O. y Villamarín, F. (2005). Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Medicina clínica*, 5, (125), 193-197.

DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance. The psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon Press.

DiMatteo, M.R., Hays, R.D., Gritz, E.R., Bastani, R., Crane, L., Elashoff, R., Ganz, P., Heber, D., McCarthy, W., y Marcus, A. (1993). Patient adherence to Cancer Control Regimens; Scale Development and Initial Validation. *Psychological Assessment*, 5, (1), 102-112.

Draine, J. y Solomon, P. (1994). Explaining attitudes toward medication compliance among a seriously mentally ill population. *The journal of nervous and mental disease*, 182, 50-54.

Dunbar, J.M. y Agras, W.S. (1980). Compliance with medical instructions. En Ferguson, J.M. y Taylor, C.B. (Ed.), *Comprehensive handbook of behavioral medicine* (Vol. 3). New York: Spectrum.

Dunbar, J., Burke, L.E., y Puczynski, S. (1995). Clinical assessment and management of adherence to medical regimens. En Perry, M.N. y Timothy, W.S (Ed.). *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (p. 313-341). Washington: American Psychological Association.

Eagling, V.A., Profit, L., y Back, D.J. (1999). Inhibition of the CP3A4-mediated Metabolism and P-glycoprotein-mediated transport of the HIV-1 Protease inhibitor saquinavir by grapefruit juice components. *British Journal of clinical pharmacology*, 48, 543-552.

Eldred, L.J., Wu, A.W., Chaisson, R.E., y Moore, R.D. (1998). Adherence to antiretroviral and Pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18, 117-125.

Embretson, J., Zupancic, M., Ribasm, J.L., Burke, A., Racz, P., Tenner-Racz, K., y Haase, A.T. (1993). Massive covert infection of helper T lymphocytes and macrophages by HIV during the incubation period of AIDS. *Nature*, 362, (6418), 359-362.

European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2003). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: Report n° 70* [En línea]. Consulta 15 febrero 2005, a [http://www.eurohiv.org/reports/report\\_70/pdf/report\\_eurohiv\\_70.pdf](http://www.eurohiv.org/reports/report_70/pdf/report_eurohiv_70.pdf).

European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: Report n° 71* [En línea]. Consulta 4 enero 2006, a [http://www.eurohiv.org/reports/report\\_71/pdf/report\\_eurohiv\\_71.pdf](http://www.eurohiv.org/reports/report_71/pdf/report_eurohiv_71.pdf).

Ewart, C.K. (1989). Psychological effects of resistive weight training: Implications for cardiac patients. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 683-688.

Fallab, X.L., Zelweger, J. P., Saty, A., Uldri, C., Iorillo, D., y Burnier, M. (1998). Electronic monitoring of adherence to treatment in the preventive chemotherapy of tuberculosis. *International Journal of tuberculosis and lung disease*, 2, 525-530.

Fätkenheuer, G., Theisen, A., Rockstroh, G., Grabow, T., Wicke, C., Becker, K., Wickland, U., Pfister, H., Reiser, M., Hegener, P., Franzen, C., Schwenk, A., y Salzberger, B. (1997). Virological treatment failure of protease inhibitor therapy in an unselected cohort of HIV-infected patients. *AIDS*, 11, F113-F116.

Forgaty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., y Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 46, 93-108.

Frechtling, J. y Sharp, L. (Eds.). (1997). *User-friendly handbook for mixed method evaluations*. [En línea]. Consulta 28 septiembre 2005, a <http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start.htm>

Freeman, R.C., Rodríguez, G.M., y French, J.F. (1996). Compliance with AZT treatment regimen of HIV-seropositive injection drug users: A neglected issue. *AIDS Education and Prevention*, 8, 58-71.

Frontier Science Foundation (2004). *ACTG Adherence follow-up Questionnaire* (En línea). Consulta 15 febrero 2005, a [https://www.fstrf.org/qol/aactg/ql0702\\_spa.pdf](https://www.fstrf.org/qol/aactg/ql0702_spa.pdf)

Fumarola, T. (2003). Controls de laboratori en l'adult infectat per l'HIV. En Colom J., Jiménez, A., y Buira, E. *Guía Clínica de l'HIV* (p. 61-82). Direcció General de Drogodependències i SIDA. Prous Science. S.A.

Gallego, C., Marco, A., Da Silva, A., Varouche, C., Argüelles, M.J., Monfort, A., Pale, A., y Blanco, X.R. (2004). Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6, (1), 2-7.

García, E. (2002). Psicología de los afectados por el VIH/SIDA. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, (3), 310-324.

García - Mota, D. y Romero, M. (1999). Evaluación de la adhesión. En Marco Mouriño, A. *Adhesión en el tratamiento con antirretrovirales*. Madrid: Edic. Doyma S.A.

Godin, G. (2003). Validation of a self-reported questionnaire assessing adherence to antiretroviral medication. *AIDS Patient Care and STDs*, 7, (17), 325-332.

Goebel, F.D. (1995). Combination therapy from a clinician's perspective. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology*, 10, (Suppl 1), S62-68.

Golin, C., Liu, H., Hays, R., Ickovics, J., Beck, K., Miller, L., Kaplan, A., y Wenger, N. (1999). Self-reported adherence to protease inhibitors substantially overestimates an objective measure. Abstract 95. En *Sixth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Chicago.

Gong, H., Simmons, M.S., Clark, V.A., y Tashkin, D.P. (1988). Metered-dose inhaler usage in subjects with asthma: Comparison of Nebulizer Chronolog and daily diary recordings. *Journal of allergy and clinical immunology*, 82, 5-10.

Gordillo, V., Amo, J., Soriano, V., y González - Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.

Gordillo, M.V. y González - LaHoz, J. (2000). Variables psicológicas y adhesión al tratamiento antiretroviral. *Anales de Medicina Interna*, 17, 1, 38-41.

Gray, L., Edmondson, E., y Lemke, A.L. (1998). *HIV Treatment adherence: A guide for program development* [En línea]. HIV/AIDS Project Development and Evaluation Unit (HAPDEU). University of Washington School of social work. Seattle Washington. Consulta 15 febrero 2005, a <http://depts.washington.edu/hapdeu/web/adherence/Report/Report.PDF>.

Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *The British Journal of General Practice*, 40, 114-116.

Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt). (2002). Diario de efectos secundarios. En *Conocer y mejorar efectos secundarios* [en línea]. Barcelona. Consulta 10 enero 2005, a [http://www.gtt-vih.org/imag\\_art/AL%20DETALLE/Ayudas/efectos\\_secundarios.pdf](http://www.gtt-vih.org/imag_art/AL%20DETALLE/Ayudas/efectos_secundarios.pdf).

Hall, J.A., Roter, D.L., y Katz, N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior. *Medical Care*, 26, 657-675.

Hanna, L (2000). Inhibidores de Acceso: Una nueva clase de Fármacos en la 7ª CROI. Traducción y adaptación por Gortner, C. [en línea] *Boletín de Tratamientos Experimentales contra el SIDA*. Primavera. Consulta 24 marzo 2005, a [http://www.sfaf.org/tratamiento/betaespanol/s300/s300inhib\\_acceso.html](http://www.sfaf.org/tratamiento/betaespanol/s300/s300inhib_acceso.html)

Haubrich, R.H., Little, S.J., Currier, J.S., Forthal, D.N., Kemper, C.A., Beall, G.N., Johnson, D., Dube, M.P., Hwang, J.Y., y McCutchan, J.A. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS*, 13, (9), 1099-1107.

Haynes, R.B. Taylor, D.W., y Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Pr.

Heicht, F.M. (1998). Measuring HIV Treatment Adherence in Clinical Practice. *AIDS Clinical Care*, 10, 8, 57-59.

Heinasmaki, T., Shi, Q., Creagh, T., Mathur-Wagh, U., Marshak, A., Hanmaz, T., y Mildvan, D. (1998). Adherence and antiretroviral responses to highly active antiretroviral therapy in patients infected with human immunodeficiency virus: comparison between an outpatient clinic and clinical trials unit. Abstract 32380. En *12 World AIDS Conference*. Ginebra.

Heszen-Klemens, I. (1987). Patient's non-compliance and how doctors manage this. *Social Science and Medicine*, 24, 409-416.

Heszen - Klemens, I. y Lapinska, E. (1984). Doctor-patient interaction, patient's health behavior and effects of treatment. *Social Science and medicine*, 19, 9-18.

Hoetelmans, R.M., Reijers, M.H., Weverling, G.J., Ten Kate, R.W., Wit, F.W., Mulder, J.W., Weigel, H.M., Frissen, P.H., Roos, M., Jurriaans, S., Schuitemaker, H., de Wolf,

F., Beijnen, J.H., y Lange, J.M. (1998). The effect of plasma drug concentrations on HIV-1 clearance rate during quadruple drug therapy. *AIDS*, 12, F111-115.

Horne, R. y Weinman, J. (1998). Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. En Myers L.B. y Midence, K. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*, (p. 25-50). New Delhi: Harwood Academic Publishers.

Hsu, A., Granneman, G.R., y Bertz, R.J. (1998). Ritonavir. Clinical pharmacokinetics and interactions with other anti-HIV agents. *Clinical Pharmacokinetics*, 35, (6), 275-291.

Hugen, P.W.H., Langebeek, N., Burger, D.M., Zomer, B., van Leusen, R., Schuurman, R., Koopmans, P.P., y Hekster, Y.A. (2002). Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (Electronic Monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 324-334.

Hulka, B.S., Cassell, J.C., Kupper, L.L., y Burdette, J.A. (1976). Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *American Journal of Public Health*, 66, 847-853.

Ickovics, J.R. y Weisler, A.W. (1997). Adherence in AIDS Clinical Trials: A Framework for Clinical Research and Clinical Care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 4, 385-391.

Iribarren, J.A., Camino, X., Arrizabalaga, J., Rodríguez-Arronso, F., Von Wichmann, M.A., Landa, M.A., y Izco, A. (2001). Adhesión al tratamiento antirretroviral. En López P. (Ed.), *Manual Practico Lo que debe saber la persona que vive con el VIH-SIDA*, (p. 73-88). Barcelona: Publicaciones Permanyer.

Iribarren, J.A., Camino, X., Bachiller, P., Arrizabalaga, J., Rodríguez-Arrondo, F., Von Wichmann, J., Land, M.A., y Izco, A. (2000). Adhesión al tratamiento antirretroviral: Nuevas soluciones, nuevos problemas. En Usieto, R. (Ed.), *Adhesión terapéutica y*

*calidad de vida en la infección por VIH/SIDA.* (p. 67-78). Madrid: CESA (Centro de Estudios Sociales aplicados).

Kahn, J.O., Lagakos, S.S., Richman, D.D., Cross, A., Pettinelli, C., Liou, S.H., Brown, M., Volberding, P.A., Crumpacker, C.S., Beall, G., Sacks, H.S., Merigan, T.C., Beltanfady, M., Smaldon, L., Dolin, R., y the NIAID AIDS Clinical Trials Group. (1992). A controlled trial comparing continued zidovudine with didanosine in human immunodeficiency virus infection. The NIAID AIDS Clinical Trials Group. *The new England Journal of Medicine*, 327, 581-587.

Kalichman, S.C., Ramachandran, B., y Ostrow, D. (1998). Protease inhibitors and the new AIDS combination therapies: Implications for psychological Services. *Professional Psychology Research and Practise*, 29, 4, 349-356.

Kastrissios, H., Suarez, J.R., Hammer, S., Katzenstein, D., y Blaschke, T.F. (1998). The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. *AIDS*, 12, 2305-2311.

Kessler, D.A. (1991). Communicating with patients about their medications. *New England Journal of medicine*, 325, 1650-1652.

Kissinger, P., Cohen, D., Brandon, W., Rice, J., Morse, A., y Clark, R. (1995). Compliance with public sector HIV medical care. *Journal of the National Medical Association*, 87, 19-24.

Kjellgren, K.I., Ahlner, J., y Säljö, R. (1995). Taking hypertensive medication - ontrolling or co-operating with patents?. *International Journal of Cardiology*, 47, 257-268.

Knobel, H. (2000). Adherencia al tratamiento antirretroviral. Significación clínica y estrategias de intervención. En Usiebo. R. (Ed.), *Adherencia terapéutica y calidad de vida en la infección por VIH/SIDA* (p. 57-66). Madrid: Ediciones CESA (Centro de Estudios Sociales Aplicados).

Knobel, H., Carmona, A., Grau, S., Pedro, J., y Díez, A. (1998). Adherence and Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Archives of Internal Medicine*, 158, (17), 1953.

Knobel, H., Codina, C., y Tuldrà, A. (2002). Adhesión al tratamiento antirretroviral. En Gatell, J.M., Clotet, B., Podzamczar, D., Miro, J.M., y Malloles J. (Ed.), *Guía Práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. (p. 411-422). Barcelona: Edit. Masson.

Knobel, H., Serrano, C., Hernández, P., Pavesa, M., y Díez, A. (1997). Aceptación, cumplimiento y tolerancia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de Medicina Interna*, 14, 445-449.

Kreuzer, A. (1994). Prevenció del VIH en el sistema penitenciari i l'alliberament de reclusos malalts de SIDA. *Iuris*, 2, 151-165.

Krogh, C. y Walter, L. (1987). Prescription-filling patterns of patients in a family practice. *Journal of family practice*, 1987, 24, 301-302.

Laliga, A. (2005). Particularidades de la atención sanitaria de personas afectadas por el VIH en el medio penitenciario catalan [en línea]. *AIDS Cyber Journal*, 2005, 8, (2). Consulta 1 septiembre 2005, a [http://www.ttmed.com/spain/texto\\_art\\_long.cfm?ID\\_cou=20&ID\\_Art=1317&ID\\_Secc=1&ID\\_dis=31&ID\\_TA=2](http://www.ttmed.com/spain/texto_art_long.cfm?ID_cou=20&ID_Art=1317&ID_Secc=1&ID_dis=31&ID_TA=2)

Lau, R.R., Hartman, K.A., y Ware, J.E. (1986). Health as a value. Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, (1), 25-43.

León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw-Hill.

Lerner, B., Gulick, R., y Dubler, N. (1998). Rethinking noadherence: Historical Perspectives on Triple-Drug Therapy for HIV disease. *Annals of Internal Medicine*, 129, (7), 573-578.

Leventhal, H., Zimmerman, R., y Gutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation perspective. En Gentry, D. (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (p. 369-434). New York: Pergamon.

Ley, P. (1977). Psychological studies of doctor-patient communication. En Rachmann, S. (Ed), *Contributions to medical psychology and behavioral medicine* (Vol 1). (p. 9-42). Oxford: Pergamon Press.

Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 241-254.

Liu, H., Golin, C.E., Miller, L.G., Hays, R.D., Beck, K., Sannadaji, S., Christian, J., Maldonado, T., Duran, D., Kaplan, A.H., y Wenger, N.S. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*, 134, 1004-1006.

López, C., Fernández, C., Pérez, E., y Girón, J.A. (1998). Adherence to the antiretroviral treatment in asymptomatic HIV-infected patients. *AIDS*, 1998, 12, (6), 685-686.

MacDougall, D. (1998). Incarceration provides a valuable opportunity to implement HIV/AIDS treatment and prevention strategies in high-risk population. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* [en línea]. Consulta 11 febrero 2005, a <http://www.thebody.com/iapac/prisons.html>

Marco, A. (2000). Adhesión al tratamiento antirretroviral en los Centros Penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 110-116.

Marco, A., Gallego, C., Lonca, M., Pérez-Amigó, P., Monfort, A., y Gramunt, J. (2002). Estudio multicéntrico penitenciario sobre adherencia a corto plazo de una pauta antirretroviral con Nelfinavir y/o Saquinavir. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 4-9.

Marco, A., Knobel, H., y Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral: una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades emergentes*, 2, 45-53.

Marco, A., Martín, V., y Garrote, G. (1996). Sida y población reclusa en España. *Jano*, L, 1160, 996-1001.

Marco, A. y Saiz de la Hoya, P. (1999). ¿Qué es la adhesión? Justificación del Manual. En: Marco, A. *Manual de Formación. Adhesión al tratamiento con fármacos antirretrovirales dentro y fuera de prisión*. (p. 5-7). Madrid: Doyma.

Martín, V., Caylà, J.A., Morís, M.L., Alonso, L.E., y Pérez, R. (1998). Predictive factors of HIV-infection in injecting drug users upon incarceration. *European Journal of Epidemiology*, 14, 327-331.

Martínez, E. (2003). Recomenacions per a l'inici del tractament antirretroviral. En Colom J., Jiménez, A., y Buira, E. (Ed), *Guía Clínica de l'HIV*. (p. 185-198). Departament de Sanitat i Seguretat Social: Prous Science, S.A.

Martínez, J.L. (2003). Sistema de classificació de la infecció per l'HIV. En Colom J., Jiménez, A., y Buira, E. (Ed.), *Guia Clínica de l'HIV*. (p. 17-42). Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Prous Science, S.A.

Mason, B.J., Matsuyama, J.R., y Jue, S.G. (1995). Assessment of sulfonylurea adherence and metabolic control. *Diabetes Educator*, 1995, 21, 52-57.

Mayring, Ph. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1, 2.

McClellan, W. (1986). The physician and patient education: a review. *Patient Education and Counseling*, 8, 151-163.

McNair, D. M., Lorr, M., y Droppleman, L. F. (1971). *Profile of Mood States Manual*. San Diego, C.A: Educational and Industrial Testing Services. Adaptación de Fuentes, I.,

García-Merita, M., Melià, J.L., y Balaguer, I. (1994). Forma abreviada del Perfil de los Estados de ánimo (POMS). Actas del V Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte, 29-39. Valencia: Universitat de València.

Mehta, S., Moore, R.D., y Graham, N.M.H. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11, 1665-1670.

Meichenbaum, D. y Turk D.C. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Miller, L.G. y Hays, R.D. (2000). Measuring adherence to antiretroviral medications in Clinical Trials. *HIV Clinical Trials*, 1, (1), 36-46.

Montessori, V., Heath, K.V., Yip, B., Hoggs, R.S., O'Shaughnessy, M.V., y Montaner J.S. (2000). Predictors of adherence with triple combination antiretroviral therapy. Abstract 72. En *7<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. San Francisco.

Moreno, S. (2000). Optimización del tratamiento antirretroviral: hacia la dosis única diaria. En Usieto, R. *Adhesión terapéutica y calidad de vida en la infección por VIH/SIDA*, (p. 35-41). Madrid: Ediciones CESA (Centro de Estudios Sociales Aplicados).

Morisky, D.E., Green, L.W., y Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.

Morse, E.V., Simon, P.M., Besch, C.L., y Walker, J. (1995). Issues of recruitment, retention and compliance in community-based clinical trials with traditionally underserved populations. *Applied Nursing Research*, 8, 8-14.

Mostashari, F., Riley, E., Selwyn, PA., y Altice, FL. (1998). Acceptance and adherence with antirretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of acquired deficiency syndromes and human Retrovirology*, 18, 341-348.

Muhr, Th. (2004). *Atlas.ti 5.0. User's guide and reference*. Berlin: Scientific Software Development.

Muñiz, J. (1992). *Teoría Clásica de los test*. Madrid: Pirámide.

Murri, R., Ammassari, A., Gallicano, K., De Luca, A., Cingolani, A., Jacobson, D., Wu, A.W., y Antinoni, A. (2000). Patient-reported nonadherence to HAART is related to protease inhibitor. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 24, (2), 123-128.

Mushlin, A. y Appel, F.A. (1977). Diagnosing potential non-compliance. *Archives of Internal Medicine*, 137, 318-321.

Myers, L. B. y Midence, K. (1998). Methodological and conceptual issues in adherence. En By Miers, L.B. y Midence, K. (Ed.), *Adherence to treatment in medical conditions*, (p. 1-24). New Delhi: Harwood Academic Publishers.

Noble, L. M. (1998). Doctor-patient communication and adherence to treatment. En Myers, L.B. y Midence, K. (Ed.), *Adherence to treatment in medical conditions. academic publisher*, (p. 51-82). New Delhi: Harwood.

O'Connor, P.G., Selwyn, P.A., y Schottenfeld, R.S. (1994). Medical study of drug users' compliance with zidovudine treatment. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1121-1127.

Olry de Labry, A., Plazaola, J., Ruiz, I., Soto, J.M., Antón, J.J., Castro, J.M., y Girela, E. (2003), Estado clínico y psicosocial de reclusos en tratamiento con antirretrovirales, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5, 92-100.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Situación de la epidemia de SIDA*. [en línea]. Consulta 15 febrero 2005, a [http://www.unaids.org/wad2004/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/wad2004/report_pdf.html)

Pantaleo, G., Graziosi, C., Demarest, J.F., Butini, L., Montroni, M., Fox, C.H., Orenstein, J.M., Kotler, D.P., y Fauci, A.S. (1993) HIV infection is active and

progressive in lymphoid tissue during the clinically latent stage of disease. *Nature*, 362, (6418), 355-358.

Paterson, D., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E., Squier, C., Wagener, M., y Singh, N. (1999). How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. Abstract 92. En *6th. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Chicago.

Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., Wagener, M.M., y Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 21-30.

Pérez, F., Alonso, F.J., y Urbina J. (1998). Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y de *Mycobacterium tuberculosis* en una población reclusa entre los años 1989 y 1995. *Medicina Clínica*, 100, 167-170.

Piscitelli, S.C., Burstein, A.H., Chaitt, D., Alfaro, R.M., y Falloon, J. (2000). Indinavir concentrations and St John's wort. *Lancet*, 355, 547-548.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Programa SIPC, aplicación Serveis Mèdics. Consulta 26/1/05. No accesible.

Proyecto AMAS. Fundació La Caixa. Escola Universitària d'Infermeria. *Breve historia del VIH* [en línea]. Consulta 15 febrero 2005, a <http://www.amas.org/cat/presen.asp>.

Puente, F.G. (1984). ¿Qué es la adhesión terapéutica? En Puente, F.G. *Adhesión terapéutica*. (p. 1-18). México: Lepetit.

Pullar, T. y Feely, M. (1990). Problems of compliance with drug treatment: new solutions?. *Pharmaceutical Journal*, 245, 213-215.

Remien, R.H., Hirk, A.E., Mallory, O.J., Weinhardt, L.S., Whittiers, D., y Minh Le, G. (2003). Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV + men and women in four U.S. cities. *AIDS and Behavior*, 7, (1), 61-72.

Riekert, K. A. y Rand, C. S. (2002) Electronic monitoring of medication adherence. When is high-tech best?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 25-34.

Rivera. C. (1999). El fracaso terapéutico. Importancia de la adhesión al tratamiento antirretroviral (TARV) y bases farmacológicas. En Marco, A. (Ed.), *Adhesión al tratamiento con antirretrovirales. Dentro y fuera de prisión* (p. 11-34). Madrid: Doyma S.A.

Roca, B. (2002). Adhesión al tratamiento antirretroviral. *Medicina Clinica*, 118, (10), 379-381.

Romero, M. y García-Mota, D. (1999). Intervenciones para mejorar la adhesión al TARV. En Marco, A. (Ed.), *Manual de Formación. Adhesión al tratamiento con antirretrovirales. Dentro y fuera de prisión* (p. 51-72). Madrid: Edit. Doyma.

Romero, M., Marco, A., Rivera, C., Saiz de la Hoya, P., y García-Mota, D. (1999). Conclusiones sobre como manejar la adhesión al TARV e instituciones penitenciarias. En Marco. A. (Ed.), *Manual de formación. Adhesión al tratamiento con fármacos antirretrovirales dentro y fuera de prisión* (p. 79-81). Madrid. Edit. Doyma.

Rosenstock, I. (1974). The health belief model and preventive behaviour. *Health Education Monograph*, 2, 354-386.

Sackett, D.L. y Snow, J.C. (1976). The magnitude of compliance and non-compliance. En Sackett, D.L, y Haynes, R.B. (Ed.). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Pr.

Saiz de la Hoya, P. y Marco, A. (1999). Variables que afectan a la adhesión en población general y en el colectivo penitenciario. En Marco, A. *Adhesión al tratamiento con antirretrovirales. Dentro y fuera de prisión.* (p. 35-50). Madrid: Edit. Doyma.

Samet, J., Libman, H., Steger, K.A., Dhawan, R.K., Chen, J., Shevitz, A.H., Dewes-Dunk, R., Levenson, S., Kufe, D., y Craven, D.E. (1992) Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 92, 495-502.

Santamaría, J.M., Barros, C., Dronda, F., Labarga, P., Podzamczar, D. y Rubio, R. (2002). Tratamiento antirretroviral inicial. *Enfermedades Infecciosas Microbiología clínica*, 20, (Supl. 2), 3-9.

Saunders, C.E. (1987). Patient compliance in filling prescriptions alter discharge from emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 5, 283-286.

Schwed, A., Fallab, C.L., Burnier, M., Waeber, B., Kappenberger, L., Burnand, B., y Darioli, R. (1999). Electronic monitoring of compliance to lipid-lowering therapy in clinical practice. *Journal of Clinical Pharmacology*, 39,402-409.

Secretaría de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. *Dades setmanals 02/06/2004*. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia. No accesible.

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. (1999). *Recomendaciones para mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. (1999). Control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/SIDA. *Revista Española de Salud Pública*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [En línea]. 73, 533-547. Consulta, 23 agosto 2005, a <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v73n5/colaboracion.pdf>.

Secretaría del Plan Nacional del SIDA (2005). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2005. *Informe Semestral nº 1*, Año 2005. Ministerio de Sanidad y consumo. [En línea]. Consulta, 4 enero 2006, a [http://cne.isciii.es/htdocs/sida/informe\\_sida.pdf](http://cne.isciii.es/htdocs/sida/informe_sida.pdf).

Sellu, D.P. (1987). Computer-generated information leaflets for surgical patients. *British Journal of Clinical Practice*, 41, 612-617.

Sherer, R. (1998). Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 280, (6), 567-568.

Shively, M., Smith, T. L., Bormann, J., y Gifford, A.L. (2002). Evaluating Self-efficacy for HIV diseases Management Skills. *AIDS and behavior*, 6, (4), 371-379.

Siciliano, R. (2001). Viral reservoirs and ongoing virus replication in patients on HAART: Implications for clinical management. Abstract L5. En *8<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Chicago.

Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Hong, M., y Yu, V.L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 1996, 8, 261-269.

SPSS. (2003). *SPSS Base 12.0 Manual de Usuario*. Chicago.

Soto, J.M., Pérez, I.R., y March, J.C. (2005). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates. *International journal of STD & AIDS*, 16, (2), 133-138.

Stone, V.E., Adelson-Mitty, K.V., Duelfield, C.A., Steger, K., Stein, M.D., y Mayer K.H. (1998). Adherence to protease inhibitor (PI) therapy in clinical practice: usefulness of demographics, attitudes and knowledge as predictors. Abstract 32337. En *12<sup>th</sup> World AIDS Conference*. Geneva.

Straka, R.J., Fish, J.T., Benson, S.R., y Suh, J.T. (1997). Patient self-reporting of compliance does not correspond with electronic monitoring: An evaluation using isosorbide dinitrate as a model drug. *Pharmacotherapy*, 17, 126-132.

Strathdee, S.A., Palepu, A., Cornelisse, P.G.A., Yip, B., O'Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S.G., Schechter, M.T., y Hogg, R.S. (1998). Barriers to use of free antiretroviral therapy in injecting drug users. *JAMA*, 280, 547-549.

Subdirección General de Instituciones Penitenciarias (2001). *Informe sobre la asistencia sanitaria en prisión*. [en línea]. Consulta 1 septiembre 2005, a [http://www.satse.es/PDF/AREAS\\_TEMATICAS/Sanidad\\_Penitenciaria.pdf](http://www.satse.es/PDF/AREAS_TEMATICAS/Sanidad_Penitenciaria.pdf).

Tseng, A. L. (1998). Compliance issues in the treatment of HIV infection. *American Journal of Health System Pharmacy*, 55, (17), 1817-1824.

Tuldrà, A. (2005). *Adhesió terapèutica al tractament antiretroviral*. Bayes, R. y Clotet, B. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Psicologia. Barcelona.

Tuldrà, A., Fumaz, C.R., Ferrer, M.J., Bayés, R., Arnó, A., Balagué, M., Bonjoch, A., Jou, A., Negredo, E., Paredes, R., Ruiz, L., Romeu, J., Sirera, G., Tural, C., Burger, D., y Clotet, B. (2000). Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficient Syndromes and Human Retrovirology*, 3, 221-228.

Vanhove, G., Schapiro, J., Winters, M., Meringa, T., y Baschke, T. (1996). Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. *JAMA*, 276, 1955-1956.

Veilleux, P.C. (2000). *Psychological factors of adherence to treatment* [en línea]. Consulta 20 agosto 2003, a <http://www.cpa.ca/PHASE/Adherence-e.pdf>.

Villamarín, F. y Álvarez, M. (1998). Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12, (24), 161-204.

Wenger, N., Gifford, A., Liu, H., Chesney, M., Golin, C., Crystal, S., Berry, S., Coplan, P., Bozzette, S., y Shapiro, M. (1999). Patient characteristics and attitudes associated with antiretroviral (AR) adherence. Abstract 98. En *6<sup>th</sup> Conference on retroviruses and Opportunistic Infections*. Chicago.

Williams, A. y Friedland, G. (1997). Adherence, compliance and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9, (7), 51-54.

Wohl, D.A., Stephenson, B.L, Golin, C.E., Kiziah, C.N., Rosen, D., Ngo, B., Liu, H., y Kaplan, A. H. (2003). Adherence to directly observed antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected prison inmates. *Clinical Infectious Diseases*, 36, (15), 1572-1576.

Wright, E.C. (1993). Non-compliance –or how many aunts has Matilda?. *The Lancet*, 342, (9), 909-913.

**ANEXO 1**

**RECOGIDA DE DATOS**

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### *Programa Expediente Internos*

*NIS:*

*Fecha:*

1. Fecha nacimiento:

2. Estado Civil:

- 1. Soltero
- 2. Casado/pareja
- 3. Divorciado/separado
- 4. Viudo
- 5. Otros

3. Nivel Cultural:

- 1. 1r Nivel instrumental
- 2. 2º Nivel instrumental
- 3. 3r Nivel instrumental
- 4. 1r Nivel (Graduado)
- 5. 2º Nivel (Post-graduado)
- 6. Acceso para mayores 25 años
- 7. Universidad
- 8. Otros (especificar \_\_\_\_\_)

4. Profesión (Especificar) \_\_\_\_\_

## DATOS CLÍNICOS

### *Programa Sanitario*

1. Estado infección (s/CDC 1993): No SIDA  SIDA

2. Último recuento CD4            N°            Fecha

Siguiente revisión (Fecha Prevista):

3. Última carga viral            N°            Fecha

Siguiente revisión (Fecha prevista):

### *Entrevista:*

4. Fecha probable diagnóstico VIH: \_\_\_\_\_

5. Vía transmisión VIH:

- Contacto heterosexual

- Usuario de drogas por vía parenteral

- Otras ( \_\_\_\_\_ )

## DATOS PENALES - PENITENCIARIOS

### *Programa Expediente Internos*

1. Fecha ingreso en prisión: \_\_\_\_\_

2. Situación penal: Penado  Preventivo

Si está penado indicar tiempo condena (3)\_\_\_\_\_y fechas cumplimiento (4):

1/4:          2/3:          3/4:          Total:

5. Si está penado y no está clasificado, indicar fecha recepción testimonio sentencia\_\_\_\_\_

6. Nivel actividad en los 6 meses anteriores

Nombre actividad	Horario	Fecha inicio	Fecha finalización	Motivo baja

7. Reincidencia penitenciaria (ingresos en prisión) Si  No

Número ingresos (8): \_\_\_\_\_

9. Expedientes disciplinarios en los últimos 6 meses

Fecha	Tipo expediente disciplinarios	Sanción	Fecha inicio	Fecha finalización

10. Régimen de vida                      Cerrado                       Desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- (6 últimos meses)                      Ordinario                       Desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Abierto                       Desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

11. Salidas (permisos, autogobiernos)/Diligencias (6 últimos meses)

Fecha	Motivo

12. Tipo delito por el cual está en prisión:

- 1.
- 2.
- 3.

13. Cambios en la ubicación en el sistema de clasificación interior en los últimos 6 meses:

<b>Establecimiento penitenciario</b>	<b>Fecha Ingreso</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Fecha cambio</b>	<b>Motivo</b>

14. Movilidad intercentros en los últimos 6 meses

<b>Fecha inicio</b>	<b>Fecha finalización</b>	<b>Establecimiento Penitenciario</b>	<b>Motivo traslado</b>

***Programa Comunicación Internos***

15. Comunicaciones:
- Semanales
  - Quincenales
  - Mensuales
  - > 1 Mes
  - No visitas

16. Parentesco comunicaciones:
- Padres
  - Hermanos
  - Pareja
  - Hijos
  - Otros familiares
  - Amigos

## DATOS TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

### *Programa Servicio de Farmacia*

#### 1. Fecha Prescripción fármacos

Nombre fármacos prescritos	Nº Pastillas	Dosis	Restricciones dietéticas

2. En la actualidad, ¿está ingiriendo algún otro tipo de medicación? Si  No

3. En caso afirmativo. Indicar tipología: 1. SNC

2. Otros

4. En la actualidad, se encuentra bajo tratamiento en el programa de metadona?

Si  No

Fecha inicio (5): \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indicar dosis (6) \_\_\_\_\_

7. Naive  No naive

#### *Entrevista estructurada*

8. Recuerdo de los fármacos antirretrovirales actuales (utilizar cuadro fármacos como ayuda)

9. Fecha inicio tratamiento antirretroviral actual:

Nombre fármacos prescritos	Nº Pastillas/dosis/momento	Restricciones dietéticas

10. ¿Cuales fueron los motivos por los que iniciaste el tratamiento actual?

- 1. El médico me lo recomendó porque era lo mejor para mí
- 2. Lo pedí yo mismo porque lo consideré conveniente
- 3. Lo pedí yo mismo porque me sentía mal
- 4. Porque me lo recomendaron mis compañeros y amigos
- 5. Porque me lo recomendó mi familia

11. ¿Cuándo iniciaste el primer tratamiento antirretroviral? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuales fueron los motivos por los que iniciaste el tratamiento?

- 1. El médico me lo recomendó porque era lo mejor para mí
- 2. Lo pedí yo mismo porque lo consideré conveniente
- 3. Lo pedí yo mismo porque me sentía mal
- 4. Porque me lo recomendaron mis compañeros y amigos
- 5. Porque me lo recomendó mi familia

Desde que iniciaste el primer tratamiento con antirretrovirales,

13. ¿Ha habido algún cambio en la terapia antirretroviral? Si  No

- 1. Por iniciativa propia
- 2. Por iniciativa del médico

14. ¿Ha habido alguna interrupción en el tratamiento? Si  No

- 1. Por iniciativa propia
- 2. Por iniciativa del médico

En caso afirmativo, señalar con una cruz el motivo del cambio, interrupción u abandono  
(15).

Motivo	X
Me encontraba enfermo	
Efectos secundarios de los fármacos	
Estaba deprimido	
Había recaído en las drogas	
Pensaba que la medicina no me ayudaría	
Me recordaba mi status VIH	
Me sentía nervioso	
Complejidad tratamiento	
No tener miedo a la muerte	
No querer que otros se enterarán	
Descenso nº CD4	
Aumento carga viral	
Aparición resistencias	
Por indicación de mi médico	
Formando parte de mi tratamiento	
Tenia otros problemas más importantes	
No confiaba en los servicios médicos	
Otros (especificar.....)	

16. Señala, si en el último mes has padecido algunos de los siguientes síntomas, indicando su frecuencia e intensidad (1)

**LISTADO SÍNTOMAS ENFERMEDAD/EFFECTOS SECUNDARIOS**

Síntomas	Frecuencia			Grado de molestia		
	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Poca	Moderada	Mucha
1. Hormigueo en manos o pies						
2. Dolor en manos o pies						
3. Nauseas/vómitos						
4. Dolor de cabeza						
5. Sensación de cansancio						
6. Piel seca						
7. Sarpullido/picor						
8. Diarrea						
9. Dolor de estómago						

10. Pérdida de peso		
11. Cambios en la forma del cuerpo		
12. Aumento de peso		
13. Alteraciones del gusto		
14. Cambios en el apetito		
15. Alteraciones del sueño		
16. Sueños vividos		
17. Ansiedad/nerviosismo		
18. Cambios en la visión		
19. Cambios en la audición		
20. Alteración de la libido (disminución interés sexual)		
21. Disfunción eréctil		
22. Otros		

## Consumo de drogas

17. Historia de consumo de drogas Si  No

18. ¿Has consumido algún tipo de drogas **en los últimos 6 meses**? Si  No

En caso informativo, rellenar el siguiente cuadro

Nombre sustancia	Vía administración	Frecuencia
Heroína		
Cocaína		
Anfetaminas		
Éxtasis		
Ansiolíticos		
Haschís		
Alcohol		
Otros		

19. ¿Estás realizando algún programa de tratamiento en drogas? Si  No

En caso afirmativo señalar cual:

Metadona

• Pauta: - Mantenimiento

- Decrecimiento

- Crecimiento

Programa libre de drogas

MID

## DATOS PSICOLÓGICOS

### a) Relación Médico – Paciente

#### *Entrevista estructurada*

En los últimos 6 meses:

1. ¿Has mantenido alguna entrevista con el médico de tu galería sobre cuestiones relacionadas con tu enfermedad VIH/SIDA?

Si  No

En caso afirmativo:

2. El número de entrevistas que has mantenido con los servicios médicos ha sido:

a. Satisfactorio  b. Normal  c. No satisfactorio

3. Has sido atendido siempre por el mismo médico: Si  No

4. ¿El tiempo que te dedican los profesionales sanitarios en la consulta clínica consideras que es:

a. Suficiente  b. Normal  c. Insuficiente

5. ¿El médico te está ayudando para seguir tu tratamiento antirretroviral? Si  No

6. En caso afirmativo, señalar mediante una cruz las ayudas que te presta:

<b>Ayudas</b>	X
Me clarifica las instrucciones para la toma de la medicación	
Puedo hablar sobre mis preocupaciones sobre la enfermedad y el tratamiento	
Me ha dado información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento	
Me ha entregado material educativo (folletos, etc.)	
Me ha ayudado a adaptar el régimen de tratamiento a mi estilo de vida	
Me ha proporcionado ayudas para facilitar el recuerdo	
Me permite participar en la toma de decisiones acerca de mi tratamiento	
Me hace un seguimiento cercano sobre la adhesión y mi evolución clínica	
Otros (especificar.....)	

## **b) Life events**

En los últimos 6 meses ha tenido:

- Enfermedad, problema médico u operación
- Enfermedad u operación de algún familiar, amigo o conocido
- Muerte de algún familiar, amigo o conocido
- Nacimiento o aborto de un hijo
- Suspensión de algún tratamiento farmacológico
- Problemas con la pareja, con los hijos o con los padres
- Matrimonio
- Cambio domicilio de mujer, hijos, padres u otras personas significativas
- Problemas con otras personas (internos, funcionarios)
- Problemas económicos familiares
- Cambio de establecimiento penitenciario
- Cambio de unidad de clasificación interior en el centro
- Trastorno psicológico o psiquiátrico
- Trastorno psicológico o psiquiátrico en otras personas significativas
- Empeoramiento/mejoramiento penitenciario. Especificar:
- \* Regresión/mantenimiento grado
- \* Progresión grado
- \* Propuesta/clasificación inicial grado
- \* Denegación permiso
- \* Concesión permiso
- \* Revocación libertad condicional

- \* Quebrantamiento permiso
- \* Expedientes disciplinarios
- \* Cambio del art. 83 a art. 82
- Circunstancias penales
- \* Reciente comunicación condena
- \* Petición fiscal elevada
- \* Juicio reciente

## **b) Cuestionario de Creencias relacionadas con al enfermedad y el tratamiento**

A continuación, encontrará algunas creencias relacionadas con la medicación antirretroviral y su enfermedad. Nos interesaría conocer su opinión indicando el grado de acuerdo con las frases que encontrará a continuación:

### ***Afirmaciones (Acuerdo)***

### ***Nada Algo Bastante Mucho***

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hay personas con las que me encuentro cómodo hablando sobre mi enfermedad y el tratamiento  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hay personas a las que les puede pedir ayuda sobre el VIH cuando lo necesito  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hay personas en quien puedo confiar para que me ayuden a recordarme de tomar la medicación  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Desde que tengo la enfermedad me siento más alejado de mi familia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Desde que tengo la enfermedad, me siento más alejado de mis compañeros y amigos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mi familia me ayuda todo lo que puede para que yo siga el tratamiento   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mis compañeros y amigos me ayudan todo lo que pueden para que yo siga el tratamiento  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. El personal sanitario me ayuda todo lo que puede para que yo siga el tratamiento  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Otros profesionales del centro (funcionarios de vigilancia, equipo de tratamiento me ayudan todo lo que pueden para que yo siga el tratamiento) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Los médicos y enfermeras me escuchan atentamente cuando les pregunto sobre mi enfermedad y el tratamiento                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Algunas veces los médicos y enfermeras utilizan palabras técnicas sin explicarme su significado  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Los médicos y enfermeras me tratan de forma amable y cordial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Tomo la medicación prescrita porque confío en los  |                          |                          |                          |                          |

- doctores y enfermeras que me la dan
14. Mi tratamiento es demasiado complicado y no vale la pena seguirlo
15. Seguir mi tratamiento es mejor que no seguirlo
16. Seguir mi tratamiento me ayudará a mejorar mi salud
17. Mi principal problema para seguir el tratamiento está en los efectos secundarios que produce
18. Me sentiría más cómodo para tomar la medicación, si tuviera más privacidad (intimidad)
19. Tomar la medicación me puede salvar la vida
20. Si no tomo la medicación tengo los pies en la tumba
21. Tomar la medicación es la manera de vivir el mayor tiempo posible
22. La medicación me hace más mal que bien
23. En cuestión de enfermedades, el VIH/SIDA es una de las más graves
24. En este momento tengo otros problemas más importantes que el VIH/SIDA
25. Si no sigo el tratamiento prescrito el VIH se hará más resistente
26. Espero que si ahora tomo el tratamiento en el futuro me libraré del VIH/SIDA
27. Mi familia piensa que yo debería seguir mi tratamiento
28. Mis amigos piensan que yo debería seguir mi tratamiento
29. En cuanto al tratamiento me importa mucho lo que opina mi familia
30. En cuanto al tratamiento me importa mucho lo que opinan mis amigos.
31. Creo que pararé de tomar la medicación cuando empiece a sentirme mejor
32. Me siento capaz de tomar la medicación antirretroviral

- en los intervalos de tiempo establecidos según la prescripción
33. Me siento capaz de tomar la medicación antirretroviral bajo las condiciones dietéticas prescritas
34. Me siento capaz de tomar todos los medicamentos prescritos
35. Me siento capaz de preguntar al médico o la enfermera cosas sobre mi enfermedad
36. Me siento capaz de hablar con el médico sobre cualquier problema relacionado con los medicamentos que tomo
37. Me siento capaz de resolver las discrepancias que pueda tener con mi médico o enfermera

c) Cuestionario del estado de ánimo Profile of Mood States (P.O.M.S)

**HOJA REGISTRO ESTADO DE ANIMO (POMS-B)**

**MÓDULO** .....

**FECHA**...../...../.....

**NOMBRE Y APELLIDOS** .....

Más abajo, hay una lista de palabras que describen sensaciones que tiene la gente. Por favor, lee cada una cuidadosamente. Después rodea **con un círculo UNO** de los **números** que hay al lado, rodea el que mejor describa **CÓMO TE HAS SENTIDO DURANTE ESTOS ÚLTIMOS CUATRO DÍAS**

Los números significan:

- 0 = Nada
- 1 = Un poco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Bastante
- 4 = Muchísimo

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1. Enérgico	0	1	2	3	4
2. Furioso	0	1	2	3	4
3. Deprimido	0	1	2	3	4
4. Inquieto	0	1	2	3	4
5. Agotado	0	1	2	3	4
6. Luchador	0	1	2	3	4
7. Irritable	0	1	2	3	4
8. Amargado	0	1	2	3	4
9. Nervioso	0	1	2	3	4
10. Exhausto	0	1	2	3	4
11. Vigoroso	0	1	2	3	4
12. Enojado	0	1	2	3	4
13. Infeliz	0	1	2	3	4
14. Relajado	0	1	2	3	4
15. Fatigado	0	1	2	3	4

## INDICADORES DE ADHESIÓN

### a) Autoinforme del grado de adhesión global

Indica en % tu grado de adhesión a los antirretrovirales:

- A. Muy buena (**95-100%**)
- B. Buena (**90-95%**)
- C. Aceptable (**80-90%**)
- D. Baja (**< 80%**)

**b) Autoinforme de adhesión respecto de las pastillas ingeridas en los últimos cuatro días**

***Evaluación adhesión***

Nos gustaría saber verdaderamente, como estás tomando medicación antirretroviral, lo que realmente está ocurriendo y no lo que piensas que queremos escuchar.

Si no estás seguro sobre alguna pregunta, intenta dar la mejor respuesta posible. Si has tomado sólo parte de una dosis, por favor marca esta dosis como perdida.

A continuación encontrarás algunas preguntas sobre los medicamentos antirretrovirales que hayas podido dejar de tomar en los últimos cuatro días. Por favor llena la tabla que sigue usando un renglón para cada medicamento que estés tomando. Si no has dejado de tomar ninguna dosis, escribe un cero en la casilla. Date cuenta que en la tabla se te pregunta las DOSIS, no las PASTILLAS.

**Si tomaste sólo una parte de la dosis, uno o más de estos últimos cuatro días, por favor indica la dosis o las dosis como dejadas de tomar.**

<b>Paso 1</b> Nombre de los medicamentos antirretrovirales (dosis/pastillas)	Cuantas dosis <u>dejaste</u> de tomar ...			
	<b>Paso 2</b> Ayer	<b>Paso 3</b> Anteayer (Hace 2 días)	<b>Paso 4</b> Hace 3 días	<b>Paso 5</b> Hace 4 días

Las preguntas siguientes se refieren al apartado anterior,

**Si tú tomaste sólo una parte de la dosis, uno o más de estos días, por favor indica la dosis o las dosis como dejadas de tomar.**

1. Durante los últimos 4 días ¿cuántos días ha dejado de tomar **todas las dosis**?

Ninguno

Un día

Dos días

Tres días

Cuatro días

2. La mayoría de los medicamentos antirretrovirales requieren ser tomados siguiendo un horario, como por ejemplo: al desayuno, la comida o “cada 8 horas”. ¿Tomó los medicamentos en los momentos adecuados según la prescripción durante los últimos cuatro días.

Nunca  Algunas veces  Cerca mitad veces  Mayor parte veces  Todas las veces

3. Algunos de tus medicamentos antirretrovirales tiene instrucciones especiales, como por ejemplo, tómesese “con comida”, “con el estómago vacío” o “con suficiente líquido”?. Si  No

4. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia seguiste estas instrucciones especiales durante los últimos 4 días?

Nunca  Algunas veces  Cerca mitad veces  Mayor parte veces  Todas las veces

5. Algunas personas olvidan tomarse las pastillas los fines de semana. ¿Tú dejaste de tomar alguno de los medicamentos antirretrovirales el último fin de semana – el sábado o el domingo pasado?

Si  No

**¿Cuál fue el motivo?**

- Me olvidé
- Me quedé dormido
- Estaba fuera de la celda
- Cambio rutina (hacer algo diferente a lo habitual)
- Estaba ocupado con otras cosas
- Me encontraba enfermo
- Efectos secundarios de los fármacos
- Estaba deprimido
- Había ingerido drogas
- Pensaba que la medicina no me ayudaría
- Me confundí cuando tenía que tomarla
- Me encontraba de diligencias
- Traslado a otro centro penitenciario
- Me recordaba mi status VIH
- Agoté los fármacos
- Me sentía nervioso
- No quería tomar pastillas
- Recordaba incorrectamente el nombre, color, etc.
- No tener miedo a la muerte
- Por dificultad en seguir instrucciones
- No querer que otros se enteraran
- No llevar la medicación conmigo
- Tenia otros problemas importantes
- Me encontraba sancionado
- Me cambiaron de unidad de clasificación interior
- Me sentía mejor
- Otras (especificar \_\_\_\_\_)

**ANEXO 2**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

**(ANÁLISIS CUALITATIVO)**

**Nombre interno:**

Fecha:

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

1. ¿Podrías hablar de la gravedad que representa tener el sida y cual es su importancia en comparación con otros problemas que te afectan?
2. ¿Qué conocimiento tienes sobre tu tratamiento antirretroviral (como por ejemplo, el nombre de los fármacos número de pastillas, tomas, condiciones de ingesta, etc.)?, ¿Podrías especificarlo?, ¿Cómo influye su conocimiento en el seguimiento del tratamiento antirretroviral?
3. ¿Podrías hablar sobre la complejidad de tu tratamiento?, ¿Cabría adoptar alguna estrategia para que pudieras seguirlo mejor?, ¿Cuáles son en tu opinión los principales obstáculos (barreras) para que las personas reclusas con VIH sigan perfectamente el tratamiento?, ¿Y en tu caso en concreto?
4. ¿Podrías hablar acerca de la eficacia del tratamiento que estás recibiendo para el VIH?, ¿En qué lo notas?, ¿El seguimiento estricto de tratamiento se relaciona con la eficacia?, ¿En qué sentido?
5. ¿Podrías hablar acerca de los efectos secundarios de tu medicación para el VIH?. En caso afirmativo, ¿Cuáles son?, ¿Qué información te proporcionaron sobre los efectos secundarios cuando te prescribieron el tratamiento?
6. Algunas personas, cuando empiezan el tratamiento del VIH, se ven totalmente capaces de seguirlo, mientras que otras no se ven capaces, ¿De qué crees que depende?
7. Algunas personas dicen que a veces no toman la medicación, porque simplemente se olvidan, ¿Te ha ocurrido alguna vez?, ¿Qué se podría hacer para evitar los olvidos?, ¿Crees que se podría adoptar alguna medida para reducirlos?

8. ¿Cuál es en este momento tu estado de ánimo?, ¿Crees que los estados de ánimo afectan a tu seguimiento del tratamiento?, ¿Y otros estados de ánimo positivos o negativos como influyen?
9. Los pequeños sucesos de cada día, como las relaciones con otros internos y los funcionarios, los cambios de galería, la información que recibes sobre tu situación penal/penitenciaria, etc., ¿Afectan al seguimiento del tratamiento?, ¿Cómo?
10. ¿Cómo es tu relación con el personal sanitario (médicos y enfermeras)?, ¿Crees que esta relación influye en un mejor seguimiento del tratamiento antirretroviral?, ¿De qué manera?, ¿Cómo podría mejorarse?, ¿Podrías hablar acerca de la ayuda que prestan los psicólogos en el seguimiento del VIH?
11. ¿Comunicas con alguien?, ¿Con quién?, ¿Crees que las comunicaciones influyen en el seguimiento del tratamiento del VIH?, ¿Cómo?

**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **EVALUACION PARA LA MEJORA DE LA ADHESIÓN A LOS ANTIRRETROVIRALES EN INTERNOS CON VIH EN EL C.P.H.B.**

A continuación tendrás que responder a algunas cuestiones relacionadas con el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, es decir, con la toma de las pastillas que te ha prescrito el médico de tu galería. Esta investigación esta llevada por un psicólogo del centro, con el soporte del Departamento de Psicologíaa Básica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, y cuenta con el soporte de la dirección del centro penitenciario.

Los datos que te solicitamos servirán para obtener conocimientos sobre los aspectos que afectan a la adhesión a los antirretrovirales en reclusos con VIH en prisión y para que en un futuro pueda servir para adoptar estrategias para mejorarla.

Por supuesto, te garantizamos que en esta entrevista nunca se registrará el nombre, ni datos que puedan permitir revelar tu identidad. Igualmente te garantizamos que la información recogida se tratará de manera anónima. Las respuestas, se tratan de forma conjunta, nunca de forma individualizada.

Te agradecemos el tiempo que dedicas a leer esta introducción y a contestar las preguntas.

Esta entrevista se ha elaborado de acuerdo con las recomendacions existentes para la elaboración de instrumentos de investigación.

Estamos interesados en obtener ideas que nos permitan mejorar nuestra investigación, y te agradeceríamos con mucho gusto las sugerencias que nos hagáis.

Estaríamos encantados de ofrecerte información acerca de los resultados de nuestra investigación, para lo cual, puedes ponerte en contacto con nosotros, dirigiendote al psicólogo.

He leído y entendido la información de esta hoja y acepto las condiciones.

Barcelona, a        de        de 200

Firma