

VARIABLES PSICOSOCIALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ADSCRITOS A UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Lucía Ladero Martín, Santos Orejudo Hernández* y José Antonio Carrobles**
CAID Torrejón de Ardoz, * Universidad de Zaragoza y ** Universidad Autónoma de Madrid

Este estudio tiene como objetivo la exploración de la relación existente entre la adhesión al tratamiento antirretroviral y algunas variables psicológicas y sociales en una muestra de 100 pacientes VIH+, adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. Se ha clasificado a los participantes en adherentes y no adherentes según intervalos temporales (día, semana y mes anterior) y grado de cumplimiento (alta y baja exigencia), analizándose, a continuación, las relaciones que presentaban con algunas variables psicosociales. La autoeficacia percibida y el esfuerzo necesario percibido muestran tener un efecto predictor sobre la adherencia. En la misma línea, la autoeficacia percibida de los pacientes depende del apoyo del centro de tratamiento a las drogodependencias, de la frecuencia de asistencia al mismo, de tener automatizadas las tomas de la medicación y de la ansiedad experimentada. Todas estas variables presentan una relación estadísticamente significativa con el cumplimiento con la medicación antirretroviral.

Psychosocial variables in the antiretroviral treatment adherence in methadone maintenance patients. The object of this paper has been to explore the relationship between adherence to antiretroviral treatment and any of the psychological and social variables from a sample of 100 HIV injection drug user (IDU) patients, under a methadone maintenance program. The sample has been split into adherents and non-adherents according to the time intervals (previous day, week and month) and the degrees of compliance (high or low demand). The relationship that certain psychological variables presented was subsequently analysed. The perceived self-efficacy along with the perceived effort necessary can act as an adherence predictor. Similarly the patients' perceived self-efficacy depends on the support provided by the drug addiction centre, on the frequency the patients attend the centre and on having the treatment automated, and finally on the anxiety variables experienced. We detected a significant statistical relationship with all these variables under adherence.

La aparición de nuevos tratamientos antirretrovirales (TARGA-Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) (Haubrich et al., 1999) junto con tratamientos para la adicción, como pueden ser los programas de mantenimiento con metadona (Fernández, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes, 1999), han influido en la esperanza de vida de la población drogodependiente. No obstante, la falta de adhesión a los tratamientos antirretrovirales supone la principal amenaza para el fracaso terapéutico de esta enfermedad, ya que, a diferencia de lo que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica, aumentan los riesgos de transmitir cepas resistentes del virus.

Los pacientes con antecedentes de consumo de drogas (Gordillo, del Amo, Soriano y González-Lahoz, 1999; Riera et al., 2002; Wood et al., 2004) presentan menores tasas de adherencia a la terapia antirretroviral. Diversos estudios con mono o biterapia en población general (drogodependiente o no) objetivan una tasa de

incumplimiento que oscila entre un 15 y un 37% (Ioannidis, Bassett, Hughes, Volberding, Sacks y Lau, 1997).

Las relaciones entre variables psicológicas y sociales y la adherencia a los tratamientos antirretrovirales han sido analizadas en algunos estudios, aunque pocos han sido hechos con sujetos drogodependientes. Así, distintos autores, han constatado la importancia de variables sociales como el nivel cultural (Reynolds et al., 2003), el estar empleado, no vivir solo, no tener ningún familiar o amigo HIV+ (Tseng, 1998). En población española, se ha asociado la edad, el nivel de estudios, la situación laboral y la categoría de transmisión del virus con la adhesión (Gordillo et al., 1999).

Se han encontrado también relaciones entre variables psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés y la adherencia a la TARGA (Gordillo et al., 1999; Gordillo y de la Cruz, 2003; Reynolds et al., 2003). Con pacientes españoles se ha constatado que el hecho de tener mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés y menor disponibilidad de apoyo social implicaba una menor adherencia por parte de los pacientes (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Remor, 2002). Resultados similares se han obtenido para variables como la autoeficacia percibida, el esfuerzo percibido o la percepción de control (Remor y Martín, 1999; Remor, Ulla, Arranz y Carrobles, 2001; Tuldrá et al., 2001).

Otras variables analizadas son los efectos secundarios de la medicación, las expectativas sobre la enfermedad, las conductas de enfermedad, la relación médico-paciente y el número de fármacos, constataándose que todas ellas, en mayor o menor medida, influyen en la adherencia (Ballester, Reinoso, García y Campos, 2000; Tseng, 1998).

En estudios realizados con pacientes ex ADVP, variables como *la edad, el consumo de alcohol y otras drogas* o la presencia de *eventos vitales negativos* se asocian con una menor adherencia (Moatti, Carrieri, Spire, Gastaut, Cassuto, Moreau, 2000). De todas ellas, las relaciones entre consumo de drogas y la falta de adherencia es la que está más claramente asentada (Haubrich et al., 1999; Riera et al., 2002; Witteveen y Van Ameijden, 2002).

Con esta misma población, resulta especialmente relevante que se puedan lograr mejoras en la adherencia a través de programas de intervención dirigidos a mejorar el estado emocional de los pacientes (Ballester, 2003; Smith, Rublein, Marcus, Brock y Chesney, 2003), lo que una vez más pone de manifiesto la relación de estas variables con la adherencia.

El objetivo principal de este trabajo consiste en profundizar en algunas de las variables psicológicas y sociales que pueden estar influyendo en la adhesión a la TARGA en una población a la que se le supone bajo grado de adhesión a la terapia antirretroviral. Un soporte empírico a la relación entre estas variables y la adherencia aumentaría notablemente las posibilidades de intervención a la hora de mejorar la eficacia de los tratamientos.

Método

Participantes

Los participantes se seleccionaron en dos Centros Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de la Comunidad de Madrid. De los 250 usuarios del programa de mantenimiento con metadona del centro de Torrejón de Ardoz, se seleccionaron aquellos 83 que cumplían con los criterios de inclusión en la investigación (ser mayores de 18 años, portadores de VIH y tener una prescripción facultativa de antirretrovirales) y ninguna de las condiciones de exclusión (no aceptar el consentimiento informado, no presentarse físicamente a la cita con el investigador, encontrarse durante el período de recogida de datos hospitalizado, encamado o preso). La muestra se completó con otros 17 participantes pertenecientes al CAID de San Blas que cumplían con los criterios señalados anteriormente, y, que fueron seleccionados aleatoriamente cuando pasaban a recoger las dosis de metadona el día elegido. Del total de participantes (N= 100), la mayoría eran hombres (80%) de bajo nivel socioeconómico (71%) y con una media de edad de 37,01 años, quedando todas las edades comprendidas entre 20-49 años.

Variables del estudio

Las variables que se han incluido en este estudio son las siguientes:

Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios, situación laboral, convivencia actual, situación legal anterior y situación legal actual.

Variables clínicas y de adhesión a la TARGA: estadío CDC, carga viral (copias por microlitro) y linfocitos CD₄. Adhesión ayer, adhesión en la última semana y adhesión en el último mes.

Variables relacionadas con el CAID: frecuencia de asistencia al centro y terapia psicológica.

Variables psicológicas incluidas en el estudio:

- *Grado de esfuerzo* que supone el tratamiento, *percepción de la capacidad* para seguir con el tratamiento (autoeficacia) y *percepción subjetiva de enfermedad* (Remor et al., 2001).
- *Estrategias* en la toma de la medicación: encuesta elaborada *ad hoc* con tres valores: 1) no usa ni se molesta, 2) se apoya en otros, o 3) las tiene automatizadas y es su responsabilidad.
- *Apoyo social percibido de la pareja/familia y del CAID*: encuesta tipo likert elaborada *ad hoc*.
- *Ansiedad y depresión* (escala de ansiedad y depresión en el hospital - HAD, Zigmond y Snaith, 1983); escala que presenta una alta consistencia interna en muestras españolas (subescalas de ansiedad $\alpha= 0,81$ y depresión $\alpha= 0,82$) (Tejero, Guimera, Farre y Peri, 1986).
- *Estrés* (escala de estrés percibido, Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983). Consistencia interna en muestras españolas de $\alpha= 0,8418$ (Remor, 2002).
- *Percepción de control* (batería de escalas de expectativas generalizadas de control - BEEGC-20, Palenzuela, 1994). De nuestra factorialización de las últimas escalas hemos obtenido únicamente dos puntuaciones, *autoeficacia-continencia* y *suerte-indefensión*, mientras que de la escala de estrés hemos calculado dos puntuaciones, una de *percepción control*, con signo positivo, y otra de *impacto negativo*.

Procedimiento

La recogida de datos se hizo entre los meses de abril, mayo y junio de 2003. Tras comprobar que los participantes cumplían los criterios de inclusión, se les pasaba el cuestionario de evaluación diseñado ad hoc para esta investigación y firmaban el consentimiento informado en una única sesión con el equipo de investigación.

Los datos referentes al estado clínico e inmunológico del paciente se tomaron de su historia clínica en el CAID, que recoge datos objetivos aportados por él directamente o por el hospital de referencia (Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Hospital Ramón y Cajal de Madrid) siempre con el conocimiento y consentimiento del paciente.

La historia de tratamientos previos, la historia de consumo y la frecuencia de asistencia al centro eran cumplimentados con el expediente de los usuarios en el CAID. Los resultados de los controles toxicológicos corrieron a cargo del servicio de toxicología de la CAM. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows.

Resultados

Resultados descriptivos

De los por 100 participantes en el estudio, la mayor parte tenía un nivel socioeconómico bajo (71%), con estudios primarios (92%), con antecedentes de estancia en prisión (77%), pero con una menor problemática judicial actual (un 36% tenía algún proceso judicial pendiente y un 11% estaba en libertad condicional).

En cuanto a las variables relacionadas con el CAID, presentaban una gran variabilidad en la frecuencia de asistencia, mientras que la mitad estaba implicada en la terapia psicológica del centro (Tabla 1).

El mayor porcentaje de los participantes en el estudio se encontraban en el estadio B de la infección por VIH (39%), la mayor parte de la muestra tenía entre 200 y 500 linfocitos CD₄, el 47%, y un 48% presentaba una carga viral «no detectable», esto es, inferior a 50 copias/microlitro (Tabla 1).

En cuanto a la adhesión al tratamiento antirretroviral, el 61% realizó en el día anterior la toma correcta, siendo el 58% cuando se considera la última semana, y el 43% cuando nos referimos al mes. En los dos últimos indicadores hay pacientes que mostraban buenos niveles de adherencia pero que no cumplían perfectamente con la prescripción médica, esto es, un 6% tomaba correctamente la medicación entre 6-4 días por semana, mientras que un 20% tomaba casi todos los días del mes (Tabla 1). A efectos de análisis posteriores definimos dos nuevas variables: *adherencia de alta y baja exigencia para la semana y para el mes*. Para la *baja adherencia semanal* considerábamos conjuntamente a los participantes que cumplían todos los días (58%) y al 6% que tomaba casi todos los días de la semana, mientras que para la *adherencia baja exigencia mensual* lo hacíamos con el 43% que tomaba todo el mes y el 20% que tomaba casi todos los días del mes. En la categoría de *alta exigencia semanal y mensual* se mantenían únicamente los participantes que cumplían en ambos intervalos de tiempo todos los días. Los porcentajes finales de participantes en cada categoría quedan recogidos en la tabla 1.

Por último, la tabla 2 recoge los estadísticos descriptivos de aquellas variables consideradas a nivel cuantitativo. Éste es el tratamiento que dimos a las escalas tipo likert del estudio.

Análisis bivariante

De las variables sociodemográficas únicamente encontramos que la situación legal actual se relacionaba con adherencia semanal de baja exigencia (X²= 7,44, p= .024), encontrándose que los usuarios que no tenían nada pendiente con la justicia tenían más probabilidades de ser adherentes. De las variables clínicas, la adhesión no se relacionaba ni con el estadio CDC ni con los linfocitos CD₄, pero sí con la carga viral indetectable, encontrándose en todos los casos que los pacientes adherentes tenían más probabilidades de tener carga viral indetectable (en todos los casos, X² 5,265 y p 0.022). Algo similar ocurría con los usuarios que acudían a terapia psicológica o que usaban estrategias para recordar la toma de la medicación, asociándose la adherencia con acudir a terapia (en todos los casos, X² 5,471 y p 0.019) y con tener estrategias automatizadas para la toma de la medicación (en todos los casos, X² 38,240 y p<0.000).

Con las variables a nivel cuantitativo realizamos un análisis de varianza, siendo los indicadores de adherencia la variable independiente (Tabla 3). En todos los casos, los pacientes adherentes informaban de un menor esfuerzo para seguir el tratamiento, se sentían más capaces de hacerlo, informaban menores niveles de ansiedad y depresión, más capacidad de autocontrol, menor estrés, y más apoyo de familia y amigos y del CAID.

Análisis multivariante

En este último apartado tratábamos de averiguar la contribución conjunta de las distintas variables en la adhesión. Para ello, inicialmente, optamos por la regresión logística (inclusión de variables por pasos hacia adelante), tomando como predictores únicamente aquellas variables que en los análisis anteriores habían mostrado alguna relación con la adhesión (Tabla 4).

Tabla 1
Distribución de frecuencias

Variables relacionadas con el centro de atención a drogodependientes (CAID)			
Frecuencia de asistencia al centro		Terapia psicológica	
Semanal	19%	Sí	50%
Mensual	25%	No	50%
Trimestral	18%		
Semestral	19%		
Anual	19%		
Variables clínicas			
Estadio CDC		Carga viral	
A	18%	Menos 50 copias	39%
B	39%	Más de 500 copias	48%
C	30%	Desconocido	13%
Desconocido	13%		
Uso de estrategias recuerdo tratamiento		Número de CD₄	
No utiliza	28%	Menos de 200	18%
Automatizada	50%	Entre 200 y 500	47%
Ayuda de otros	19%	Más de 500	23%
Desconocido	3%	Desconocido	12,0%
Indicadores de adherencia			
Adherencia ayer		Adherencia última semana	
Toma correcta	61%	Todos los días	58%
Más 50% correcto	1%	Entre 4-6 días	6%
Toma incorrecta	35%	Ningún día	33%
Desconocido	3%	Desconocido	3%
Adherencia último mes		Adherencia según definiciones	
Todos los días	43%	Ayer	61%
Casi todos los días	20%	Semana alta exigencia	58%
Algunos días	3%	Semana baja exigencia	64%
Muy pocos días	10%	Mes alta exigencia	43%
Ningún día	21%	Mes baja exigencia	63%
Desconocido	3%		

Tabla 2
Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	100	20,00	49,00	37,01	5,32
Esfuerzo tratamiento	97	1,00	5,00	3,21	1,73
Capacidad tratamiento	97	1,00	5,00	2,17	1,53
Ansiedad	100	,00	21,00	8,69	5,32
Depresión	100	,00	17,00	5,21	4,54
Ansiedad-depresión	100	,00	34,00	13,90	9,34
BEEGG – autoeficacia-contingencia	100	17,00	72,00	56,76	11,77
BEEGG-suerte-indefensión	100	9,00	61,00	35,53	11,98
BEEGG-total	100	86,00	168,00	118,79	16,66
Estrés control	100	,00	24,00	13,68	6,08
Estrés impacto negativo	100	5,00	31,00	17,86	6,80
Apoyo CAID	100	3,00	12,00	9,54	2,47
Apoyo familia-amigos	100	,00	12,00	9,49	3,07
Percepción subjetiva enfermedad	100	3,00	15,00	7,52	3,04
CD ₄	88	24,00	1.087	384,06	228,32
Carga viral	87	0,00	477.000	26.191	67.988

Destacaba inicialmente el alto porcentaje de participantes clasificados correctamente cuando la adhesión era la del día anterior (91,76%), la semanal de alta (96,47) y baja exigencia (94,12%) y la del mes de baja exigencia (94,94%). Dos variables eran responsables de esta situación: la *autoeficacia percibida* y el *uso de estrategias de recuerdo*, facilitándose, en este caso, la adhesión cuando la estrategia estaba automatizada y perjudicándose cuando dependía de terceros. En el caso de la adherencia semanal de alta exigencia aparecía un nuevo escalón significativo, el *factor de autoeficacia-suerte* de la escala de autocontrol, que incrementaba el porcentaje de clasificación del 92,94 al 96,47%.

El criterio de adherencia mensual de alta exigencia presentaba un resultado algo distinto. Únicamente un indicador resultaba significativo, la *autoeficacia*, que clasificaba correctamente al 81,18% de la muestra. En este caso, nuestra ecuación acertaba al clasificar a los pacientes no adherentes, pero atribuía a un alto porcentaje de ellos, no adherentes, pronósticos de adherencia.

La importancia atribuida a la autoeficacia nos llevó a dar un nuevo paso en el análisis, ya que esta variable estaba, a su vez, relacionada con otras variables del estudio. Las ecuaciones estructurales nos parecieron especialmente útiles para este tipo de análisis, ya que permiten establecer relaciones entre predictores y criterios que se convierten a su vez en predictores. Así, planteamos tres modelos de ecuaciones estructurales para relacionar la autoeficacia con algunos predictores y, ésta a su vez, con los distintos niveles de adhesión de alta exigencia; niveles de adhesión, que en última instancia habían de poder determinar si las variables seleccionadas daban cuenta de la reducción de la viremia de los pacientes o no.

La figura 1 recoge los diagramas de las ecuaciones estructurales. Encontramos que *frecuencia de asistencia al centro*, la *ansiedad* y el *apoyo del CAID* funcionan como predictores de *autoeficacia*, y que en su conjunto explicaban un 35% de la varianza misma. La *autoeficacia*, a su vez, explicaba el 28%, 59% y el 37% de los tres niveles de adherencia considerados, mientras que éstos

daban cuenta en menor medida de la carga viral. Como se puede comprobar, los modelos eran estadísticamente significativos y presentaban buenos niveles de ajuste a los datos.

Discusión

El hecho de que en nuestro país el mayor porcentaje de personas infectadas por el VIH lo constituya la población que lo ha adquirido a través de la vía endovenosa por su adicción a drogas hace imprescindible conocer las características específicas de la adhesión a los tratamientos de esta población. El estudio del comportamiento de cumplimiento con la medicación antirretroviral y las variables asociadas al mismo, se convierte en requisito imprescindible para poder elaborar programas de intervención, haciendo que los objetivos de estos programas no estén encaminados únicamente a conseguir que el mayor número de personas tenga acceso a la TARGA, sino también a que los que ya toman la medicación, se mantengan y se aumente la adherencia de aquellos que no cumplen al cien por cien con el tratamiento.

En este sentido, el presente estudio, llevado a cabo con una muestra de pacientes seropositivos ADVP, puede servir de base para conocer las variables que influyen en la adherencia a la TARGA. Los datos, además, nos permiten comparar con otras poblaciones que no son ni han sido adictas a drogas por vía parenteral, aportando elementos diferenciales en las intervenciones específicas con esta población. Nosotros podemos concluir que las variables psicológicas consideradas en este estudio muestran una relación directa con la adherencia a la TARGA para esta muestra de población y, que es imprescindible tenerlas en cuenta en los programas de tratamiento.

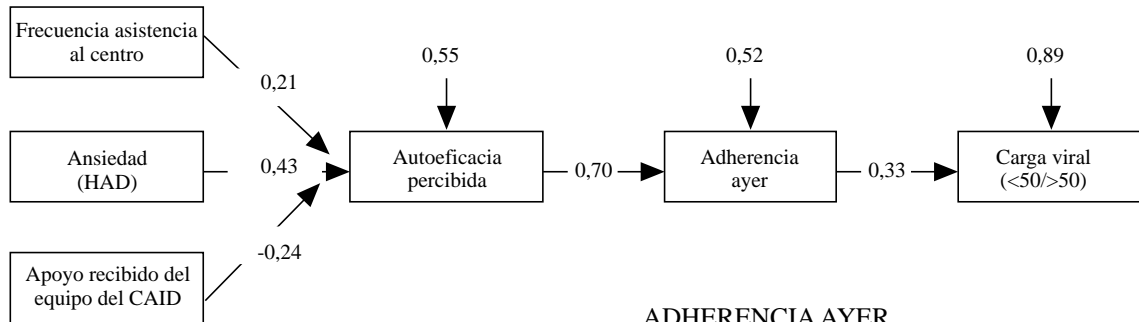
Aunque inicialmente nuestros pacientes adherentes y no adherentes difieren en un gran número de las variables consideradas, tales como la presencia de problemas con la justicia en el momento presente, el acudir a terapia psicológica, el uso de estrategias de

Tabla 3
Análisis de varianza: niveles de adherencia × variables cuantitativas

	Ayer		Semana alta exigencia		Semana baja exigencia		Mes alta exigencia		Mes baja exigencia	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
<i>Edad</i>	,014	n.s.	,205	n.s.	,012	n.s.	,128	n.s.	,052	n.s.
<i>Esfuerzo tratamiento</i>	123,872	,000	131,009	,000	129,035	,000	68,084	,000	101,502	,000
<i>Capacidad tratamiento</i>	122,573	,000	170,274	,000	128,777	,000	68,131	,000	122,729	,000
<i>Terapia psicológica</i>	8,779	,004	7,169	,009	7,802	,006	5,678	,019	6,427	,013
<i>Ansiedad</i>	11,367	,001	16,382	,000	9,906	,002	12,394	,001	10,680	,002
<i>Depresión</i>	9,598	,003	10,943	,001	8,408	,005	11,183	,001	7,872	,006
<i>Ansiedad-depresión</i>	11,979	,001	15,631	,000	10,447	,002	13,481	,000	10,583	,002
<i>BEEGC- autoeficacia-contingencia</i>	5,364	,023	6,601	,012	7,044	,009	6,950	,010	6,406	,013
<i>BEEG - suerte-indefensión</i>	,004	n.s.	,019	n.s.	,053	n.s.	,276	n.s.	,069	n.s.
<i>Estrés control</i>	10,681	,002	10,660	,002	6,964	,010	6,621	,012	10,396	,002
<i>Estrés impacto negativo</i>	13,253	,000	13,624	,000	10,234	,002	14,085	,000	13,815	,000
<i>Apoyo CAID</i>	19,992	,000	22,824	,000	27,507	,000	20,336	,000	20,638	,000
<i>Apoyo familia-amigos</i>	14,404	,000	14,726	,000	14,870	,000	13,390	,000	14,911	,000
<i>Percepción subjetiva de enfermedad</i>	2,990	n.s.	4,019	,048	2,336	n.s.	4,550	,035	1,590	n.s.
<i>CD4</i>	,558	n.s.	,451	n.s.	,093	n.s.	,002	n.s.	,223	n.s.
<i>Carga viral</i>	,098	n.s.	,007	n.s.	,247	n.s.	,506	n.s.	,133	n.s.
<i>Estadio virtual</i>	,005	n.s.	,145	n.s.	,253	n.s.	,155	n.s.	,060	n.s.

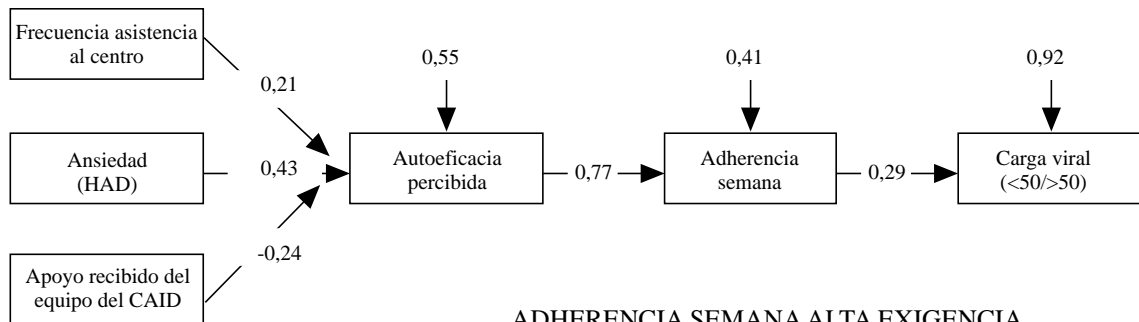
recuerdo para tomar la medicación, la ansiedad, la depresión, el grado de autocontrol o la autoeficacia y los niveles de apoyo social percibido, podemos canalizar el influjo de las mismas a través de la *autoeficacia* y del *uso de estrategias de recuerdo* para tomar la medicación.

El *uso de estrategias de recuerdo* para tomar la medicación aparece con una estrategia altamente adaptativa para seguir las prescripciones del régimen terapéutico cuando éste implica una alta exigencia comportamental y complejidad, como es el caso de la TARGA. En nuestro caso encontramos que los usuarios que no ne-



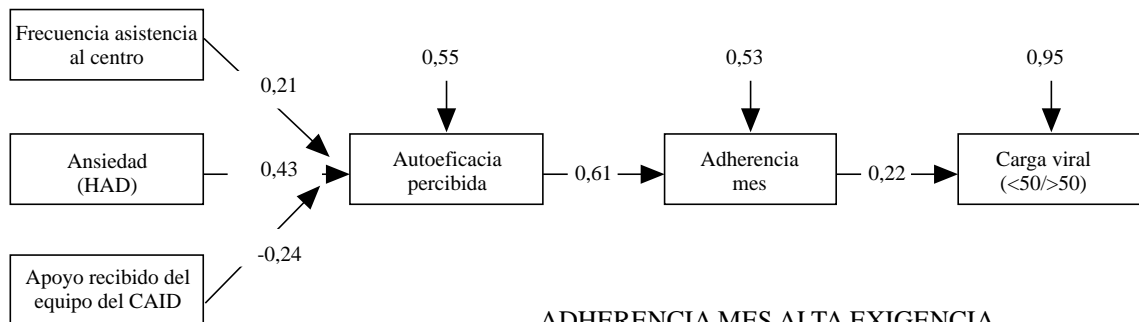
ADHERENCIA AYER

$X^2= 4.80$ $df= 7$ $P\ value= 0.68470$ R^2 (autoeficacia) = 0.35
 $RMSEA= 0.000$ R^2 (adherencia) = 0.28
 $GFI = 0.98$ $AGFI=0.95$ R^2 (Carga viral) = 0.11



ADHERENCIA SEMANA ALTA EXIGENCIA

$X^2= 6.20$ $df= 7$ $P\ value= 0.51469$ R^2 (autoeficacia) = 0.35
 $RMSEA= 0.000$ R^2 (adherencia) = 0.59
 $GFI = 0.98$ $AGFI=0.94$ R^2 (Carga viral) = 0.083



ADHERENCIA MES ALTA EXIGENCIA

$X^2= 10.46$ $df= 7$ $P\ value= 0.16372$ R^2 (autoeficacia) = 0.35
 $RMSEA= 0.072$ R^2 (adherencia) = 0.37
 $GFI = 0.97$ $AGFI=0.90$ R^2 (Carga viral) = 0.050

Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales entre variables predictoras, adherencia y carga viral

<i>Tabla 4</i>						
Regresión logística sobre indicadores de adherencia						
Variable criterio: ayer toma correcta						
Etapa	Predictores			B	% clas.	Chi-cuadrado
1	<i>Estrategias de recuerdo</i>				89.41	59.710
	<i>Automatizada</i>			1.804		
	<i>Ayuda de otros</i>			-3.7510		
2	<i>Autoeficacia</i>			1.0319	91.76	66.801
	Pronósticos	Ad.	No ad.	% clasific.		N= 85
Observadas	Ad.	59	2	96.72		TOTAL CLAS.91.76%
	No ad.	5	19	91.76		
Variable criterio: semana baja exigencia						
Etapa	Predictores			B	% clas.	Chi-cuadrado
1	<i>Estrategias de recuerdo</i>				90.59	51.654
	<i>Automatizada</i>			1.5482		
	<i>Ayuda de otros</i>			-3.0720		
2	<i>Autoeficacia</i>			.9537	94.12	58.497
	Pronósticos	Ad.	No ad.	% clasific.		N= 85
Observadas	Ad.	62	2	96.88%		TOTAL CLAS.94.12%
	No ad.	3	18	85.71%		
Variable criterio: semana alta exigencia						
Etapa	Predictores			B	% clas.	Chi-cuadrado
1	<i>Autoeficacia</i>			2.9475	89.41	59.447
2	<i>Estrategias de recuerdo</i>				92.94	17.443
	<i>Automatizada</i>			13.857		
	<i>Ayuda de otros</i>			-3.2911		
3	<i>BEEGG - Autoeficacia-Contingencia</i>			.1616	96.47	6.027
	Pronósticos	Ad.	No ad.	% clasific.		N= 85
Observadas	Ad.	57	1	98.28%		TOTAL CLAS.96.47%
	No ad.	2	25	92.59%		
Variable criterio: mes baja exigencia						
Etapa	Predictores			B	% clas.	Chi-cuadrado
1	<i>Autoeficacia</i>			.9537	90.59	51.654
2	<i>Estrategias de recuerdo</i>				94.12	58.497
	<i>Automatizada</i>			1.5482		
	<i>Ayuda de otros</i>			-3.0720		
	Pronósticos	Ad.	No ad.	% clasific.		N= 85
Observadas	Ad.	62	2	96.88%		TOTAL CLAS.94.94%
	No ad.	3	18	85.71%		
Variable criterio: mes alta exigencia						
Etapa	Predictores			B	% clas.	Chi-cuadrado
1	<i>Autoeficacia</i>			2.3220	81.18	45.720
	Pronósticos	Ad.	No ad.	% clasific.		N= 85
Observadas	Ad.	40	3	93.02%		TOTAL CLAS.81.18%
	No ad.	13	29	69.05%		

cesitan de ningún estímulo externo (anotaciones en lugares estratégicos, pastilleros, alarmas de aviso, ayuda de otros —familiar, médico, funcionario de prisiones—, etc.) para acordarse de la toma tienen más probabilidad de tener una adherencia óptima. En este sentido, el estudio llevado a cabo por Chesney (1997) sobre las razones de omisión de las dosis de medicamentos en pacientes VIH+ muestran la importancia que este tipo de factores tiene en la adherencia al tratamiento, ya que el olvido, el estar fuera de casa, el cambio de rutinas y el quedarse dormido eran las causas más frecuentemente aludidas en los abandonos terapéuticos.

La otra variable con un alto peso en la adherencia es la *autoeficacia* (Bandura, 1997). Así, encontramos que los pacientes que se perciben más capaces de seguir el tratamiento son los más adherentes. Otros estudios han encontrado hallazgos similares, tanto en pacientes sin antecedentes de consumo de drogas (Tuldrá et al., 1999), como con antecedentes (Pinheiro, de Carvalho-Leite, Drachler y Silveira, 2002; Reynolds et al., 2003).

En algunos trabajos se plantea también las posibles relaciones de la autoeficacia con otros predictores, tales como la depresión, el estrés, el nivel cultural o la autoeficacia previa a otros tratamientos anteriores (Reynolds et al., 2003). En nuestro caso, y a través de los modelos de ecuaciones estructurales, hemos podido identificar algunas otras variables que podían estar influyendo en la autoeficacia y a través de ésta en los niveles de adherencia. Así, vemos que variables como la *frecuencia de asistencia al centro*, la *ansiedad* y el *apoyo social percibido en el CAID*, se convierten en predictores de la autoeficacia.

Estos datos ponen de manifiesto el papel central que pueden jugar los CAID en el tratamiento integral de los usuarios de drogas incluidos en sus programas, atendiendo tanto al consumo de drogas como a las distintas patologías que éstos puedan presentar, ofertando actividades percibidas como positivas por los propios usuarios, haciendo que éstos vayan para algo más que para recoger la metadona, y sobre todo, logrando que éstos perciban a los profesionales como fuentes de apoyo y auténticos aliados a la hora de conseguir sus objetivos.

Referencias

- Ballester, R., Reinoso, I., García, S. y Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 689-716.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control, *New York, Freeman*.
- Carobles, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Chesney, M. A. (1997). New antiretroviral therapies: adherence challenges and strategies. *Symposium on Evolving HIV treatments: advances and the Challenge of Adherence*. Toronto, Canadá, 27 septiembre.
- Fernández, J. J., González, M. P., Sáiz, P. A., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínomanos en tratamiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11, 43-52.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González-Lahoz, J. (1999). Socio-demographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1.763-1.769.
- Gordillo, V. y de la Cruz, J. J. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, 15, 227-233.
- Haubrich, R., Little, S., Currier, J., Forthal, D., Kemper, C., Beall, G., Johnson, D., Dubé, M., Hwang, J. y McCutchan, J. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS*, 13, 1.099-1.107.
- Ioannidis, J., Bassett, R., Hughes, M., Volberding, P., Sacks, H. y Lau, J. (1997). Predictors and impact of patients lost to follow-up in a long-term randomized trial of immediate versus deferred antiretroviral treatment. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 16, 22-30.
- Moatti, J. P., Carrieri, M., Spire, B., Gastaut, J., Cassuto, J. y Moreau, J. (2000). Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. *AIDS*, 14, 151-155.
- Palenzuela, D. L. (1994). *BEEGC. Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control*. Universidad de Salamanca.
- Pinheiro, C. A., de Carvalho-Leite, J. C., Drachler, M. L. y Silveira, V. L. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Brazilian Journal of Medical & Biological Research*, 35, 1.173-1.181.
- Remor, E. (2000). Infección por VIH y SIDA: características psicológicas y adhesión al tratamiento. *Tesis publicada en 2002*, Madrid, España.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E. y Martín, R. (1999). Psychosocial support for people living with HIV/AIDS: comparative study of needs among HIV+ people. *The fourth international conference on home and community care for people living with HIV/AIDS*, París, Francia.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P. y Carboles, J. A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH+? *Psiquis*, 22, 5-10.
- Reynolds, N. R., Testa, M. A., Marc, L. G., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Smith, S. R., Vella, S. y Robbins G. K. (2003). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, 185-193.
- Riera, M., De La Fuente, L., Castanyer, B., Puigventós, F., Villalonga, C., Ribas, M. A., Pareja, A., Leyes, M. y Salas, J. (2002). Adherencia a los fármacos antirretrovirales medida por la concentración de fármacos y el recuento de comprimidos. Variables relacionadas con una mala adherencia. *Medicina Clínica (Barc)*, 119, 286-92.
- Smith, S. R., Rublein, J. C., Marcus, C., Brock, T. P. y Chesney, M. A. (2003). A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient Education & Counseling*, 50, 187-199.
- Tejero, A., Guimera, E., Farre, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- Tseng, A. L. (1998). Compliance issues in the treatment of HIV infection. *American Journal of Health-Syst Pharmacology*, 55, 1.817-1.824.
- Tuldrá, A., Ferrer, M. J., Fumaz, C. R., Bayés, R., Paredes, R., Burger, D. M. y Clotet, D. M. (1999). Monitoring adherence to HIV therapy. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1.376-1.377.
- Witteveen, E. y Van Ameijden, E. (2002). Drug users and HIV-Combination therapy (HAART): factors which impede or facilitate adherence. *Substance use & misuse*, 37, 1.905-1.925.
- Wood, E., Montaner, J. S. G., Braitstein, P., Yip, B., Schecter, M. T., O'Shaughnessy, M. V. O. y Hogg, R. S. (2004). Elevated rates of antiretroviral treatment discontinuation among HIV- infected injection drug users: implications for drug policy and public health. *International Journal of Drug Policy*, 15, 133-138.