

Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+

Eduardo Remor
Universidad Autónoma de Madrid

La disponibilidad de fármacos antirretrovirales más efectivos sitúa la adhesión al tratamiento como un aspecto central en la infección por VIH, al estar la eficacia de la terapia condicionada a una adhesión estricta. Este estudio explora la relación que el grado de adhesión tiene con los niveles de carga viral, con las diferencias en el tiempo de infección y con las variables psicosociales. Se evaluaron 92 sujetos VIH+ adultos bajo tratamiento antirretroviral. Los resultados indican que solamente un tercio de los sujetos cumplieron los criterios de adhesión estricta. El grado de adhesión presentó una asociación significativa con la carga viral (línea base y a los 6 meses de seguimiento). Las variables psicosociales ansiedad, depresión, apoyo social y estrés mostraron relación con el grado de cumplimiento de los pacientes, y aquellos pacientes con un menor tiempo de infección por VIH mostraron mayor grado de cumplimiento.

Assessment of adherence to antiretroviral therapy in HIV+ patients. Availability of more effective anti-HIV treatment has made adherence to treatment a central aspect in HIV Infection, since treatment efficiency is conditioned to strict adherence. The present study explores treatment adherence relationships with: viral load, time since HIV infection and psychosocial variables. Ninety-two subjects HIV+ adults were evaluated. Results show that only 30% of subjects achieved strict adherence criteria. Adherence levels show a significant association with viral load (at the base line and 6 months follow up). Psychosocial variables anxiety, depression, social support and stress have also been related to patients degree of adherence, and that patients who had less time of HIV infection show more compliance.

La adhesión terapéutica constituye una cuestión prioritaria en la investigación actual sobre la infección por VIH (Bayés, 1998; Bassetti, Battegay y Furrer, 1999; Tuldrá et al., 1999). La introducción de las nuevas terapias antirretrovirales (Highly Active Antiretroviral Therapy, más conocida como HAART) ha reducido de manera importante la morbi-mortalidad asociada con esta infección (Gulick et al., 1996; Mathez et al., 1996; Barlett y Moore, 1998). Sin embargo, el hecho de que estos tratamientos impliquen la ingesta simultánea de múltiples fármacos durante períodos de tiempo indefinidos y bajo rigurosas condiciones de administración, aumenta las probabilidades de abandono o de mal cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes VIH+ (Tseng, 1998). La toma inadecuada del tratamiento HAART puede llevar asociada la aparición de cepas víricas resistentes al tratamiento, constituyendo un factor de riesgo para la progresión de la infección (Hammer et al., 1996; Najera, González-LaHoz y Medina, 1997) y para la salud pública (Bayés, 1998).

Los estudios llevados a cabo sobre el grado de cumplimiento terapéutico en pacientes infectados por VIH estiman que, aunque

el porcentaje de dosis tomadas con respecto a las prescritas oscilaría entre el 50 y el 75% (Hammer et al., 1996; Chesney, 1997), sólo alrededor de un 30% de las dosis prescritas se tomarían con la frecuencia y en la dosis necesaria (Hammer et al., 1996). En un estudio comparativo Ortiz, Martínez-Donate, Remor, Arranz, Bayés y Hernández (2000) observaron que aproximadamente la mitad de los pacientes VIH+ evaluados presentaban una adhesión inadecuada, tanto en lo que se refiere al número de dosis, como al ajuste en el horario de tomas de las mismas, siendo mayor la adhesión en los pacientes VIH+ con coagulopatías congénitas (hemofilia/Von Willebrand) que en aquellos pacientes sin este tipo de patologías añadidas, la posible explicación para estas diferencias estaría, según los autores, en el alto grado de apoyo socio-sanitario y económico que reciben los primeros.

Por otra parte, aunque no existe acuerdo sobre el punto de corte para diferenciar entre cumplimiento adecuado e inadecuado, algunos estudios recientes sugieren que un cumplimiento por debajo del 90% o 95% se asociaría con déficits en el control de la infección (Paterson et al., 1999; Tuldrá et al., 1999).

Desde diversos modelos socio-cognitivos (Rosenstock, 1974; Bandura, 1977; Ajzen y Fishbein, 1980), la adhesión al tratamiento se explica como el resultado de una decisión racional que el paciente toma y que dependería de sus creencias sobre las consecuencias de no tomar la medicación, su vulnerabilidad a dichas consecuencias o la relación coste-beneficio que supone seguir el tratamiento (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Del mismo modo,

la adhesión podría verse afectada por las creencias normativas o creencias que la familia, amigos y/o personal sanitario transmiten a los pacientes, así como por las ideas que el paciente alberga en relación con la naturaleza, la duración, las causas, las consecuencias y la potencial curación o control de la enfermedad (Gordillo, Del Amo, Soriano y González-LaHoz, 1999; Tuldrá et al., 1999; Ortiz et al., 2000) e, igualmente, de la percepción subjetiva de enfermedad (Llewellyn, Miners, Harrington, Lee y Weinman, 2000). Específicamente, entre las variables que parecen asociarse con el grado de adhesión de los pacientes infectados por VIH destacarían los factores asociados con el propio tratamiento (complejidad, frecuencia de las dosis, efectos secundarios asociados, etc.) y, especialmente, los factores de índole psicosocial, tales como el apoyo social, la calidad de la relación con los profesionales sanitarios, el grado de información sobre el tratamiento, las percepciones de los pacientes con respecto al tratamiento o a sus propias habilidades para seguirlo (autoeficacia), y la presencia de trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, etc. (Saameño, Sánchez, Castillo y Claret, 1996; Kelly, Otto, Sikkema, Pinkerton y Bloom, 1998; Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000). Creencias sobre el tratamiento tales como, «el tratamiento me recuerda que soy VIH+», «no quiero que otras personas sepan que soy VIH+», «tengo dificultad en recordar el nombre de los fármacos», «no quiero cambiar mi rutina», «me siento físicamente enfermo cuanto tomo mis medicinas», «las instrucciones de cómo tomar las medicinas son muy complicadas», también han sido referidas como barreras para la adhesión al tratamiento (Catz et al., 2000). Considerando todo lo dicho, la intervención sobre este tipo de factores, mediante el desarrollo de programas psico-educativos personalizados aparecen como formas efectivas de mejorar el cumplimiento terapéutico (Wright, 2000); donde además de potenciar los recursos personales y aumentar la información sobre el tratamiento, es necesario negociar individualmente las posibles estrategias para la mejora del cumplimiento, adaptando éstas a las expectativas y a la situación actual del paciente.

Este estudio persigue, partiendo de la información suministrada por el propio paciente, analizar, en primer lugar, la relación entre el grado de adhesión al tratamiento y la carga viral. En segundo lugar, estudiar la relación entre el tiempo de infección por VIH y la adhesión terapéutica y, por último, investigar la medida en que las variables psicosociales podrían asociarse a una mayor o menor adhesión al tratamiento

Método

Sujetos

La muestra del estudio está formada por un total de 92 sujetos VIH+, con edades comprendidas entre los 24 y los 69 años, con una media de 37,2 años (DT 8,5), siendo 53 varones y 39 mujeres. El 51% de los sujetos tenía estudios primarios, el 17,4% estudios secundarios y el 31,6% estudios universitarios. El modo de infección del VIH fue mayoritariamente vía sexual (56,5%), seguido del uso de drogas vía parenteral (28,3%). La orientación sexual mayoritaria fue la heterosexual (76,1%). El tiempo de infección medio fue de 81,6 meses (DT 47,3) con un rango de 3 a 178 meses. Veintiún pacientes se encontraban en el estadio inicial de la infección por VIH (22,8%; Estadio A), treinta y cuatro en el estadio intermedio-sintomático (37%; Estadio B), y treinta y siete tenían el diagnóstico de SIDA (40,2%; Estadio C). La media de linfocitos

T CD4 fue de 476,30 (DT 207,65); 353,06 (DT 228,41); y 231,86 (DT 197,67) para los estadios A, B y C de la clasificación de los *Centers for Disease and Control* (CDC), respectivamente. Los niveles de carga viral fueron de 52.121 (DT 181.971,32) para el estadio A, 253.142 (DT 905.460,07) para el estadio B y 286.326 (DT 697.837,89) para aquellos con SIDA.

Los sujetos procedían del Servicio de Medicina Interna Unidad VIH del Hospital Universitario La Paz (Madrid), estando todos ellos bajo un régimen terapéutico HAART. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, VIH+ y con tratamiento HAART y los de exclusión consumo de drogas en los últimos seis meses, y no-aceptación del consentimiento informado.

Variables e Instrumentos

Variables sociodemográficas (Encuesta ad hoc): Edad, Sexo, Nivel de estudios, Modo de transmisión del VIH y Orientación sexual.

Perfil clínico (Historial Médico): Tiempo de infección por VIH en meses, Estadio de la Clasificación CDC, Linfocitos T CD4 y Carga viral (dos medidas: línea base y a los 6 meses de seguimiento).

Grado de Adhesión al tratamiento: Se empleó una encuesta diseñada por Remor (2001), en formato de autoinforme. El coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) para la encuesta en este estudio fue de 0,73. La descripción de las variables incluidas en la encuesta y los rangos de respuesta se recogen en detalle en la Tabla 2.

Variables psicológicas: Apoyo social (Escala de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11, Saameño, Sánchez, Castillo y Claret, 1996), Estrés (Escala de Estrés Percibido, Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983), Ansiedad y Depresión (Escala Ansiedad y Depresión en el Hospital HADS, Zigmond y Snaith, 1983).

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en el Hospital de Día del Servicio de Medicina Interna VIH del Hospital Universitario La Paz. La recogida de datos comprendió el período entre los meses de febrero y abril de 1999. Se seleccionaron cuatro pacientes diariamente de forma consecutiva, observando los criterios de inclusión y exclusión y la disponibilidad de tiempo que tenía el paciente. La incorporación al estudio fue voluntaria, debiendo firmar un Consentimiento Informado en el cual aceptaban las condiciones del estudio. Sólo tres de todos los sujetos entrevistados rehusaron participar. Aquellos que aceptaron debían cumplimentar las pruebas en ese momento, en presencia del entrevistador. El entrevistador no conocía en el momento de la evaluación el estado clínico e inmunológico del paciente, siendo estos datos cumplimentados posteriormente, con la Historia Clínica del paciente. Una vez recogidos los datos, fueron tabulados en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 9.0, para la realización del análisis estadístico.

Análisis de datos

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la muestra, a través de la exposición de frecuencias, medias y desviaciones típicas de las variables sociodemográficas, clínicas e inmunológicas consideradas. A su vez, se realizó también una descripción de la frecuencia de respuestas (mediana) en las variables relacionadas con el grado de adhesión al tratamiento.

Para explorar la asociación entre el grado de adhesión global al tratamiento y la carga viral, se ha realizado un análisis de correlación de Pearson. Asimismo, para describir el grado de adhesión necesario para lograr los distintos niveles de viremia, se ha realizado un análisis descriptivo de la frecuencia de sujetos por grado de adhesión versus carga viral.

Posteriormente, se pasó a explorar la relación existente entre el tiempo de infección por VIH y el patrón de adhesión al tratamiento. Para ello, se dividió la muestra total en dos subgrupos en función del tiempo de infección, tomando la mediana de la distribución (82 meses) como punto de corte entre ambos, y procediéndose a la realización de contrastes bivariados. Finalmente, se realizó un análisis de correlación de Pearson para establecer la asociación entre grado de adhesión y variables psicosociales.

Resultados

Variables relacionadas con la adhesión al tratamiento

Los descriptivos de las variables incluidas en la evaluación del grado de adhesión al tratamiento se describen en detalle en la Tabla 1.

Relación entre el grado de adhesión al tratamiento y la carga viral

Para contrastar la hipótesis de que aquellos pacientes que mantengan un mayor grado de adhesión al tratamiento presentarían unos menores niveles de carga viral, se realizó un análisis de correlación (Pearson) entre la variable grado de adhesión dado por la puntuación total obtenida en la encuesta para la evaluación del grado de adhesión al tratamiento y las mediciones de carga viral 1 (línea base) y carga viral 2 (seguimiento a los 6 meses).

Los resultados indican una correlación inversa significativa entre el grado de adhesión al tratamiento y la primera (línea base, $r = -0,243$; $p < 0,05$) y la segunda (seguimiento a los 6 meses, $r = -0,273$; $p < 0,01$) medición de la carga viral.

Para describir qué grado de adhesión es necesario para lograr unos niveles de carga viral óptimos, se ha categorizado el grado de adhesión en 5 intervalos posibles, siguiendo los criterios de Paterson et al. (1999). Asimismo, los niveles de carga viral se han agrupado en 3 categorías: carga viral indetectable (<400 copias/ml.), viremia controlada (entre 400 y 30.000 copias/ml.) y viremia fuera de control (>30.000 copias/ml.), conforme la clasificación de Catz et al. (2000). Los resultados descriptivos del cru-

Variables (n= 92)	Rango posible	Mediana
Omisión del tto. En la última semana	1 siempre a 5 nunca	5
Omisión del tto. durante un día completo desde el inicio del tto.	0 no - 1 sí	0
Adhesión al horario	1 siempre a 5 nunca	5
Sentirse mejor como motivo de omisión	5 siempre a 1 nunca	5
Sentirse peor como motivo de omisión	5 siempre a 1 nunca	5
Sentirse triste o deprimido como motivo de omisión	5 siempre a 1 nunca	5
Utilización de estrategia	0 no - 1 sí	0
Recuerdo de los fármacos que utiliza	0 ninguno, 1 mitad, 2 todos	2
Frecuencia de refuerzo/ánimos por parte del médico	1 nunca a 5 siempre	5
Calidad de la relación médico-paciente	1 mala a 5 buena	5
Grado de esfuerzo que supone el tto.	1 mucho a 5 nada	4
Percepción de capacidad para seguir con el tto.	1 nada a 5 mucho	4
Grado de información sobre el tratamiento	1 nada a 5 mucho	4
Beneficios que puede suponer el tto.	1 ninguno a 5 muchos	4
¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar el tto.?	1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho	4
Intensidad de los efectos secundarios	1 muy intensos a 5 nada intensos	3
Grado de mejoría desde inicio del tto.	1 nada a 5 mucho	4
¿Cuánto tiempo le supone seguir con el tto.?	1 mucho tiempo a 5 poco tiempo	4
Autovaloración del grado de adhesión	1 nada cumplidor a 5 muy cumplidor	4
Dificultad percibida del tto.	1 mucha dificultad a 5 nada dificultad	4
Grado de adhesión global al tratamiento (puntuación total de la encuesta)*	Min. 17 - Max. 89	73

Nota: tto. = tratamiento, * mayor puntuación mayor grado de adhesión al tratamiento

Grado de Adhesión requerido (punto de corte -% adhesión)	1ª medición carga viral (línea base) nº sujetos por categoría			2ª medición carga viral (6 meses) nº de sujetos por categoría		
	<400 copias/ml.	400-30.000 copias/ml.	>30.000 copias/ml.	<400 copias/ml.	400-30.000 copias/ml.	>30.000 copias/ml.
<69(<70%)	4	10	6	6	10	3
70-71.20 (70-80%)	4	9	4	4	8	3
71.21-74.99 (80-90%)	4	9	0	4	9	0
75-78.99 (90-95%)	1	13	5	1	14	3
>79 (>95%)	9	9	5	9	12	2

ce de estas variables indican que, en la primera medición, alcanzan un nivel de adhesión estricto acorde con una viremia indetectable o controlada 32 pacientes, y en la segunda medición 36 pacientes, aproximadamente un tercio del total de pacientes evaluados (Ver Tabla 2).

Diferenciación del patrón de adhesión según el tiempo de infección por VIH

Para explorar la relación entre el tiempo de infección y el grado de adhesión al tratamiento, se realizó un análisis bivariado, a través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Los grupos se han establecido a partir de la división de todos los sujetos en dos grupos de tiempo de infección, utilizando como punto de corte la mediana (82 meses).

Los resultados muestran que aquellos pacientes que presentaban un menor tiempo de infección por VIH (menos de 82 meses de seropositividad) habían sido más estrictos en el cumplimiento del tratamiento, considerando la omisión del tratamiento durante la última semana ($U= 805,0$; $p<0,01$) y la adhesión al horario ($U= 760,0$; $p<0,01$). Además, aquellos sujetos con un menor tiempo de infección por VIH habían experimentado un menor grado de esfuerzo para seguir el tratamiento ($U= 805,0$; $p<0,05$), se habían percibido a sí mismos como más capaces de seguir el tratamiento ($U= 682,5$; $p<0,001$) y habían percibido más beneficios en continuar con el mismo ($U= 826,0$; $p<0,05$). En relación con la autovaloración del grado de adhesión, esta variable también ha sido mayor en aquellos sujetos que presentaban un menor tiempo de infección por VIH ($U= 799,0$; $p<0,05$). Finalmente, el grado adhesión global al tratamiento (puntuación total de la encuesta) ha sido mayor para los sujetos con un tiempo de infección menor de 82 meses ($U= 724,5$; $p<0,01$).

No se encontraron, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables, en ambos grupos de pacientes, considerando el tiempo de infección por VIH que presentaban en el momento de la evaluación del grado de adhesión.

Asociación de variables psicológicas con el grado de adhesión al tratamiento

Para poder delimitar el grado de asociación entre las variables psicológicas y el grado de adhesión al tratamiento antirretroviral, se ha realizado un análisis de correlación entre éstas. Los resultados indicaron que a mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés se observan menores niveles de adhesión, y a mayor nivel de apoyo social se observa un mayor grado de adhesión. El análisis se resume en la Tabla 3.

		Ansiedad	Depresión	Apoyo Social ^a	Estrés
Grado de adhesión al tratamiento	Correlación de Pearson	-0,287** $p=0,005$	-0,370** $p=0,000$	-0,311** $p=0,003$	-0,413** $p=0,000$

Nota: ^a mayor puntuación, peor apoyo social; ** 0,01.

Discusión

Entre los resultados obtenidos respecto a la adhesión terapéutica en esta muestra de pacientes VIH+ en distintas etapas de la infección, destaca como dato más significativo la falta de adhesión generalizada que se observa en los sujetos evaluados, ya que la tasa de cumplimiento estricto no alcanza un tercio. Estos resultados, si bien pueden ser considerados como alarmantes, parecen seguir la línea de otros estudios (Samet et al., 1992; Chesney, 1997) con características similares en grupos de pacientes seropositivos. Junto a este aspecto, es oportuno señalar que el grado de adhesión hallada en el grupo ha sido detectado a través de la asociación entre diferentes variables, que han sido referidas en distintos estudios como buenos discriminantes del grado de adhesión en personas VIH+ (Bayés, 1998; Paterson et al., 1999; Tuldrá et al, 1999; Ortiz et al., 2000).

La toma de la medicación adecuada, reglada y de acuerdo a un patrón temporal específico constituyen requisitos fundamentales para evitar la aparición de cepas víricas resistentes a los fármacos, siendo muy influyentes, por lo tanto, en la eficacia de la terapia administrada y en la progresión de la infección a medio plazo (Paterson et al., 1999). Aunque el tipo de diseño empleado en este estudio no permite llegar a resultados concluyentes sobre esta cuestión, una serie de datos interesantes emergen a partir de esta investigación. Los resultados obtenidos parecen señalar que, en general, el grado de adhesión no obedece a la utilización de estrategias especiales para recordar la toma de los fármacos, poco frecuentes en los pacientes. En cuanto a las razones esgrimidas para la falta de adhesión, éstas aluden fundamentalmente al olvido y a los efectos secundarios. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes experimentan una cierta dificultad para seguir con el tratamiento y algunos consideran que éste les exige un mayor grado de esfuerzo y de tiempo. Además, los pacientes refieren sentirse menos capaces de seguir correctamente el tratamiento y perciben, como se comentó anteriormente, unos efectos secundarios asociados más intensos. Sin duda, estas variables podrían estar determinando las diferencias observadas en el grado de adhesión de los pacientes.

Por otra parte, el tiempo de infección parece ser una variable importante en lo que se refiere al grado de adhesión, ya que los pacientes que llevan menos tiempo infectados son aquellos que presentan el mejor cumplimiento. Las razones podrían ser, por una parte, la existencia de un mayor temor hacia su situación de VIH+, ante la cual el seguimiento del tratamiento posibilita un cierto control, y también, el hecho de que parezcan estar más motivados para seguir el tratamiento, se perciban a sí mismos con más capacidad de seguir el tratamiento, atribuyan más beneficios a la continuidad del mismo y perciban menos esfuerzo en el cumplimiento. Por todo ello, es importante tener en cuenta el tiempo de infección como variable de riesgo para la falta de adhesión.

Algunos trabajos previos (Catz et al., 2000; Gordillo et al., 1999; Tuldrá et al, 1999) han referido una asociación entre la evaluación de la adhesión (a través de autoinforme) y la cantidad real de pastillas tomadas, con una consecuente disminución en la medición de carga viral. El presente trabajo también reporta un resultado similar, en el cual el grado de adhesión al tratamiento auto-informado se ha asociado significativamente con la cantidad de virus en la sangre de los sujetos, en concreto, a medida que aumenta el grado de adhesión disminuye la carga viral, tanto en la línea base como a los seis meses de seguimiento. En cualquier caso, es

oportuno señalar, la dificultad para lograr instrumentos basados en el autoinforme que sean sensibles a la evaluación del cumplimiento, que permitan neutralizar la deseabilidad social inherente a las situaciones de evaluación, y que mantengan una adecuada validez de criterio externo. Todo ello, son obstáculos a los que se ha enfrentado este estudio y que se constituyen también en claves importantes para el desarrollo de investigaciones futuras.

Respecto a las variables psicosociales que podrían estar asociadas a la falta de adhesión o bajo cumplimiento, cabe destacar la prevalencia de un mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés y poca disponibilidad de apoyo social. Estos datos corroboran los resultados descritos en otros estudios (Aversa y Kimberlin, 1996; Mehta, Moore y Graham, 1997; Amigo et al., 1998; Gordillo et al., 1999; Holzemer et al., 1999; Siegel, Schrimshaw y Dean, 1999; Tuldrá et al., 1999).

En conclusión, estos datos ponen de relieve, aunque con ciertas limitaciones, cómo ante una misma condición patológica y una prescripción de regímenes terapéuticos similares, las personas pueden exhibir niveles de adhesión distintos, y cómo una diferente constelación de características individuales puede estar relacionada con este patrón de cumplimiento. En esa línea, los aspectos psicosociales, en conjunto con el tiempo de infección, se perfilan como factores asociados al grado de adhesión, y que han de ser consideradas si se quieren implantar estrategias que mejoren la adhesión de los pacientes seropositivos en el futuro.

En concreto, las estrategias incluirían el desarrollo de programas cuyo objetivo fuera el incremento de la autoeficacia de los pacientes o que proporcionasen a éstos habilidades para disminuir el impacto del tratamiento en su vida diaria, asimismo anticipar po-

sibles dificultades o desmotivaciones derivadas del paso del tiempo. Trabajar sobre el establecimiento de rutinas adaptadas a su estilo de vida y sobre la detección de las barreras experimentadas hacia el tratamiento, podrían constituirse también en estrategias útiles. La simplificación de los tratamientos, aspecto sobre el cual la industria farmacéutica está realizando un gran esfuerzo, contribuiría enormemente para facilitar el seguimiento de los regímenes terapéuticos por parte de los pacientes. Otro aspecto, no menos importante, es ofrecer al personal médico-sanitario entrenamiento para mejorar sus habilidades de comunicación y relación con el paciente para que el profesional de la salud pueda negociar con el paciente la mejor estrategia a seguir en su tratamiento, considerando las expectativas y el contexto en que vive el mismo. Conviene recordar, por último, el potencial del «*counseling*», un modelo basado en las habilidades de comunicación, soporte emocional, solución de problemas y autocontrol (Arranz, 1994; Arranz, Costa, Bayés, Cancio, Magallón, y Hernández, 2000), como una herramienta capaz de suministrar información adecuada y ayudar en la solución de los problemas y barreras asociadas a este complejo régimen terapéutico, responsabilizando al individuo sobre su propio bienestar y salud.

Agradecimientos

El autor agradece los comentarios y sugerencias del Prof. Jorge López Martínez (UAM) a la primera versión de este manuscrito. Asimismo, quiero expresar mi agradecimiento a todo el equipo del Servicio de Medicina Interna-Unidad VIH del Hospital U. La Paz, coordinado por el Dr. J. M. Peña, pues sin su generosa ayuda no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo.

Referencias

- Azjen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 227-260). Madrid: Pirámide.
- Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 121-157.
- Arranz, P., Costa, M., Bayés, R., Cancio, H., Magallón, M. y Hernández, F. (2000). *El apoyo emocional en hemofilia*. Madrid: Aventis Behring.
- Aversa, S.L. y Kimberlin, C. (1996). Psychosocial aspects of antiretroviral medication use among HIV patients. *Patient Education and Counseling*, 29, 207-219.
- Bandura, W. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bartlett, J.G. y Moore, R.D. (1998). Progresos Terapéuticos. *Investigación y Ciencia*, 264, 60-68.
- Bassetti, S., Bategay, M. y Furrer, H. (1999). Why is Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) not prescribed or discontinued? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 21, 114-119.
- Bayés, R. (1998). El problema de la adhesión en la terapéutica de la infección por el VIH. *Intervención Psicosocial*, 8 (2), 229-237.
- Catz, S.L., Kelly, J.A., Bogart, L.M., Benotsch, E.G. y McAuliffe, T.L. (2000). Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology*, 19 (2), 124-133.
- Chesney, M.A. (1997). New antiretroviral therapies: adherence challenges and strategies. Symposium on Evolving HIV treatments: *Advances and the Challenge of Adherence*. Toronto, Canada, Sep 27.
- Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González-LaHoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1.763-1.769.
- Gulick, R., Mellors, J., Havlir, D., Eron, J., Gonzalez, C. y Mahon, D. (1996) Potent and sustained antiretroviral activity on indinavir, in combination with zidavudine and lamivudine. *III Conference on Retrovirus and opportunistic infections*. Washington.
- Hammer, S.M., Katzenstein, D.A. y Hugues, M.D. (1996). A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *New England Journal of Medicine*, 335, 1.081-90.
- Holzemer, W.L., Corless, I.B., Nokes, K.M., Turner, J.G., Brown, M.A., Powell-Cope, G.M., Inouye, J., Henrey, S.B., Nicholas, P.K. y Portillo, C.J. (1999). Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDS*, 13 (3), 185-197.
- Kelly, J.A., Otto, S.L., Sikkema, K.J., Pinkerton, S. D. y Bloom, F. R. (1998). Implications of HIV treatment advances for behavior research in AIDS: Protease inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. *Health Psychology*, 17 (4), 310-319.
- Llewellyn, C.D., Miners, A.H., Harrington, C., Lee, C.A. y Weinman, J. (2000). The illness perception of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment. *World Congress of World Federation of Hemofilia*, 16-21 July, Montreal (Canada).
- Mathez, D., Truchis, P., Gorin, I., Katlama, C., Pialoux, G. y Saimot, A.G. (1996). Ritonavir, AZT, DDC as a triple combination in AIDS patients. *III Conference on Retrovirus and opportunistic infections*. Washington.

- Mehta, S., Moore, R.D. y Graham, N.M. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11, 1.665-1.670.
- Nájera, R. Resistencias a los antirretrovirales de uso clínico. En J.M. González Lahoz (1997). *Terapia antirretroviral* (pp. 48-66). Madrid: SEI-SIDA.
- Nájera, R., González-LaHoz, J. y Medina, A. (1997). XI Conferencia Internacional sobre el SIDA. En: R. Nájera y J. González-Lahoz (Eds.), Editoriales y revisiones de la *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA* (pp. 91-98). Madrid: IDEPSA.
- Ortiz, F., Martínez-Donate, A., Remor, E., Arranz, P., Bayés, R. y Hernández, F. (2000). Estudio comparativo de la adhesión terapéutica en pacientes VIH+ de larga evolución con y sin coagulopatías congénitas. *Psiquis*, 21 (5), 241-250.
- Paterson, D., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E., Squier, C., Wagner, M. y Singh, N. (1999). How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. *Sixth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Chicago, IL, January.
- Remor, E.A. (2000). *Infección por VIH y SIDA: Características psicológicas y adhesión al tratamiento*. Tesis Doctoral no publicada, UAM, Madrid.
- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and prevention health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-368.
- Saameño, J.A.B., Sánchez, A.D., Castillo, J.D.L. y Claret, P.L. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria*, 18 (4), 153-163.
- Samet, J.H., Libman, H., Steger, K.A., Dhwan, R.K. Chen, J. Skevitz, A.H., Dewees-Dunk, R., Levenson, S., Kufe, D. y Caven, D.F. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with HIV tape 1: Across sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 92 (5), 495-502.
- Siegel, K., Schrimshaw, E.W. y Dean, L. (1999). Symptom interpretation and medication adherence among late middle-age and older HIV-infected adults. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 247-257.
- Tseng, A.L. (1998). Compliance issues in the treatment of HIV infection. *American Journal of Health-Syst Pharmacology*, 55, 1.817-24.
- 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.
- Wright, M.T. (2000). The old problem of adherence: research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 12, 703-710.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 301-307.