

Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales

Isabel Ruiz-Pérez^a, Antonio Olry de Labry-Lima^a, José L. Prada-Pardal^b, Jesús Rodríguez-Baño^c, Manuel Causse-Prados^d, Miguel A. López-Ruz^e, Patricia Martín-Rico^d, Alfonso del Arco-Jiménez^b, Juan Pasquau-Liaño^e, Javier de la Torre-Lima^b, Manuel López-Gómez^e, Nuria Muñoz-Roca^e, Miguel Marcos-Herrero^d, Isabel Muñoz^e y Dolores Morales-Rojas^c

^aEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. ^bHospital Costa del Sol. Marbella. ^cHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^dHospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ^eHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO. La efectividad de los antirretrovirales está asociada de forma muy estrecha al grado de adhesión. Este trabajo pretende determinar la asociación de las variables demográficas y psicosociales con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio transversal con 320 pacientes en tratamiento antirretroviral, atendidos en cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma Andaluza. Se utilizó un cuestionario semiestructurado, administrado por personal sanitario.

RESULTADOS. La edad media de la muestra fue 39,7 años. El 11,9% de la muestra estudiada fue considerada no adherida al tratamiento antirretroviral. Se detectó una interacción entre la presencia de morbilidad psíquica y la puntuación del índice de salud mental (ISM). Así, entre aquellos que padecían morbilidad psíquica a una mejor calidad de vida mental se les asoció un menor riesgo de no adherirse al tratamiento ($p = 0,04$), no describiéndose esta asociación entre aquellos sin morbilidad psíquica. Una mayor edad, ser homosexual y haber estado menos años como consumidor de drogas por vía parenteral mostraron una tendencia a asociarse a la no adherencia.

CONCLUSIONES. Los factores demográficos y psicosociales influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: Adherencia. Antirretrovirales. Factores psicosociales.

Impact of demographic and psychosocial factors on adherence to antiretroviral treatment

BACKGROUND AND OBJECTIVE. Antiretroviral efficacy is closely related to the degree of adherence. The aim of this study is to assess the association between psychosocial and demographic variables and adherence to antiretroviral treatment.

PATIENTS AND METHODS. A cross-sectional survey of 320 patients under antiretroviral treatment was conducted in four Andalusian hospitals, using a semi-structured questionnaire given by health care professionals.

RESULTS. Median age was 39.7 years. Nearly 12% of the sample was considered non-compliant to antiretroviral treatment. An interaction was observed between psychological morbidity and mental health quality of life scores. Among patients who presented psychological morbidity, a higher mental quality of life score was associated with a lower risk of non-compliance ($P = 0.04$). This association was not found among patients without psychological morbidity. Older age, homosexual or bisexual status and the use of injecting drugs for a shorter period of time was associated with non-compliance.

CONCLUSIONS. Demographic and psychological factors have an influence on adherence to antiretroviral treatment.

Key words: Adherence. Antiretroviral. Psychological factors.

Introducción

Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), se ha producido una drástica disminución de las enfermedades oportunistas y aumento en la supervivencia de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sida^{1,2}. La no cumplimiento a la TARGA disminuye la presión contra el virus y favorece el desarrollo de resistencias y la progresión de la enfermedad. Todo ello hace que con la terapia antirretroviral se exija un cumplimiento casi perfecto³.

Correspondencia: Dra. I. Ruiz-Pérez.
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Campus Universitario de Cartuja.
Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada. España.
Correo electrónico: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 5-7-2005; aceptado el 13-9-2005.

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

Por otro lado hay que tener en cuenta que en España, los medicamentos antirretrovirales se proporcionan gratuitamente a través de las farmacias hospitalarias y tienen coste anual por paciente entre 9.500 y 10.000 €⁴.

Así, debido al problema sanitario y el económico, la falta de adherencia a los antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que impide conseguir con los recursos disponibles para el tratamiento de la infección del VIH la efectividad clínica.

La interferencia con los hábitos, horario, vida social y requerimientos alimentarios son algunos de los factores para que los pacientes dejen de tomar el tratamiento o lo hagan incorrectamente⁵. En cuanto a la combinación farmacológica, varios estudios han demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo^{3,6}.

La adherencia se asocia a una habilidad y capacidad de los pacientes seropositivos para tomar las complicadas pautas de antirretrovirales correctamente, por ello no hay duda de que estos factores psicosociales tienen un papel importante en la adherencia. Así, el tratamiento más efectivo puede fallar si existen fallos en la cumplimentación, por ello la predisposición del paciente es el factor más importante para una adecuada adherencia⁵.

En cuanto a los factores sociodemográficos y psicosociales se ha descrito que aquellos pacientes con un bajo nivel de apoyo social, con bajo nivel de estudios y de ingresos refieren una inadecuada adherencia a los fármacos antirretrovirales^{5,6}, sólo se conoce un estudio en nuestro país que analice estos factores.

El objetivo de este estudio es determinar la asociación de las variables demográficas y psicosociales medidas de forma estandarizada en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes atendidos a las unidades de enfermedades infecciosas de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio transversal con pacientes VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales que entre septiembre y noviembre de 2002, acudieron a las unidades de enfermedades infecciosas de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma Andaluza: Virgen de las Nieves (Granada), Virgen Macarena (Sevilla), Hospital General de Málaga y Hospital Costa del Sol (Marbella).

Para una prevalencia esperada de morbilidad psíquica del 50%, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y un $\beta = 80\%$, se prevé estudiar un mínimo de 296 sujetos, tamaño muestral suficiente para detectar *odds ratio* (OR = 2). Se planteó reclutar 80 pacientes por hospital, lo que da una muestra final de 320 pacientes.

Como variable dependiente se consideró el grado de cumplimentación declarada por el paciente con relación al número de pastillas no tomadas en el último mes (% adherión = [número de pastillas tomadas/número de pastillas prescritas] × 100). Pérdidas superiores al 10% se consideraron como no adherentes.

Como principales variables independientes se incluyeron:

1. Variables psicosociales. Apoyo social, morbilidad psíquica y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).
2. Variables demográficas. Edad, sexo, nivel de estudios, número de hijos, situación laboral de paro en el último mes, profesión, estado civil, usuario de drogas por vía parenteral (UDVP) alguna vez, orientación sexual, consumo de metadona y tiempo como UDVP.

Igualmente se incluyeron otras variables independientes o posibles factores de confusión:

1. Variables clínicas. Recuento de linfocitos CD4 (cél./ μ l) y carga viral (\log_{10} número de copias de ARN/ml), estadio sida (para ello se utilizó el sistema por estadios clínicos para la infección por VIH del CDC⁷ (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) adaptados para Europa, coinfección por hepatitis C y la prescripción de cualquier otro tratamiento diferente al antirretroviral.

2. Variables relacionadas con la terapéutica antirretroviral. Motivos de la cumplimentación incorrecta, prescripción de TARGA, régimen de antirretrovirales prescrito incluye inhibidores de la proteasa, dosis (número de pastillas de antirretrovirales prescritas al día) y dificultad para tomar la medicación (*afrontamiento*).

Instrumentos de medición

1. Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. Es un cuestionario autoadministrado que ha sido validado y adaptado en nuestro medio. Consta de 11 ítems que evalúan el apoyo social funcional o cualitativo percibido, en dos dimensiones: la confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y la afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía)⁸. Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 "Mucho menos de lo que deseo" a 5 "Tanto como deseo". La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de cada ítem, estableciéndose el punto de corte de Bajo Apoyo Social en una puntuación igual o inferior a 32.

2. General Health Questionnaire. El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) ha sido adaptado y validado a nuestro medio⁹. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems de tipo Likert con 4 categorías. A las 4 categorías de respuesta se les adjudicó el valor 0 (respuestas 1 y 2) o 1 (respuestas 3 y 4). Para el punto de corte establecido de 6/7, el instrumento tiene una sensibilidad de 76,9% y una especificidad de 90,2%.

3. MOS-HIV. Para medir la CVRS, se utilizó la versión del MOS-HIV adaptada a nuestro medio. Consta de 35 ítems agrupados en 11 dimensiones de salud y permite obtener dos índices globales: un índice de calidad de vida de salud física (ISF) y un índice de calidad de vida de salud mental (ISM). Las puntuaciones obtenidas para cada dimensión se estandarizan para hacer posible la comparación entre escalas con diferentes formatos de respuesta y oscilan entre 0 a 100, donde mayores puntuaciones representan mejor la calidad de vida. Su tiempo de administración no supera los 15 min¹⁰.

4. El instrumento de medición utilizado para la recogida de la información fue un cuestionario estructurado con entrevistador, dividido en cinco bloques que agrupaban las variables previamente mencionadas: sociodemográficas, psicosociales, relacionadas con la terapéutica antirretroviral, con el consumo de drogas y variables clínicas. Los ítems de estos bloques están basados en estudios previos.

Los cuestionarios fueron administrados por personal sanitario entrenados específicamente para este estudio. En cada hospital y de forma consecutiva, se contactó con los primeros 2 pacientes que acudían a la consulta y cumplían criterios de inclusión. El propio médico les explicaba los objetivos del estudio. Posteriormente se les solicitó firmar el consentimiento informado.

Los valores de los parámetros clínicos de CD4 y carga viral se extrajeron de las historias clínicas. La técnica de medición de los CD4 fue la citometría de flujo y para la carga viral el NASBA, el cual consideraba un nivel inferior a 1,69 copias/ml como indetectable.

Análisis estadístico

En primer lugar se determinó la frecuencia de no adhesión y se describieron las variables explicativas mediante los estadísticos descriptivos (porcentajes, medias, desviaciones típicas, etc.). Posteriormente la relación entre las variables explicativas y la variable resultado se contrastaron mediante la prueba de la chi cuadrado para las variables cualitativas y mediante regresión logística para las cuantitativas. Como medida de asociación se utilizó la OR con su IC 95%. Finalmente para el control de los posibles factores de confusión, se realizó un análisis de regresión logística múltiple donde se incluyeron todas las variables que se habían mostrado estadísticamente significativas en el análisis bivalente, ajustando el modelo por aquellas va-

riables clínicas y relacionadas con el tratamiento antirretroviral que se mostraron a nivel bivariante, asociadas a la no adherencia. El modelo predictivo para la no adherencia a los fármacos antirretrovirales se construyó por el procedimiento hacia delante, forzándose el modelo con aquellas variables de interés para el objetivo del estudio que a pesar de no mostrar asociación estadísticamente significativa, se sospecha que pueden estar asociados a la variable dependiente o comportarse como factor de confusión. La bondad del modelo fue comprobada mediante el coeficiente de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,59$) y se exploró la existencia de interacciones entre las variables. Se estableció un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

En total se estudiaron 320 pacientes (92,7%). El 11,9% de la muestra estudiada fue considerada no adherida al tratamiento antirretroviral, siendo el olvido (51,6%), otros (23%) y los efectos secundarios los motivos de no adhesión más referidos.

La población a estudio estaba formada por un 73,4% de varones, con una edad media de 39,7 años, el 43,1% no tenía hijos, siendo 1,99 el número medio de hijos y el 77,2% de la muestra afirmó ser heterosexual. El 32,8% tenía el bachiller o estudios técnicos, frente al 67,2% que no tenía estudios o tenía estudios primarios. El 38,4% es-

taba en situación de paro en el último mes. En cuanto a la profesión el 76,9% tenía un oficio manual, frente al 23,1% que eran jubilados o tenían un trabajo no manual. El 46,9% de la muestra había consumido drogas por vía intravenosa alguna vez en su vida, siendo 8,65 años la media de tiempo como consumidor. El 19,4% de la muestra estaba en tratamiento sustitutivo con metadona en el momento del estudio. En relación a las características psicosociales, el 82,2% refirió tener apoyo social y el 27,5% padecía ansiedad o depresión en las últimas semanas.

Al analizar las variables sociodemográficas y psicosociales con la adherencia a los antirretrovirales se observa que aquellos que estaban en tratamiento sustitutivo con metadona (OR: 2,14; IC 95%: 1,01-4,53), carecían de apoyo social (OR: 2,09; IC 95%: 0,97-4,5), presentaban morbilidad psíquica (OR: 2,12; IC 95%: 1,06-4,26) y refirieron haber consumido alguna vez en su vida drogas por vía intravenosa (OR: 3,17; IC 95%: 1,51-6,67), igualmente aquellos que estuvieron más años como consumidor de drogas (OR: 1,08; IC 95%: 1,03-1,14) se les asoció un mayor riesgo de no adherirse al tratamiento antirretroviral. Por el contrario un menor riesgo de no adherirse al tratamiento se asoció a aquellos que refirieron ser homosexuales/bisexuales (OR: 0,16; IC 95%: 0,03-0,70) (tabla 1).

TABLA 1. Características de las variables sociodemográficas y psicosociales y su asociación con la no adhesión al tratamiento antirretroviral (n = 320)

	Número (%)	No adheridos	p	OR (IC 95%)
Sexo				
Varón	235 (73,4)	31 (13,2)	0,22	0,59 (0,25-1,39)
Mujer	85 (26,6)	7 (8,2)		
Orientación sexual				
Heterosexual	247 (77,2)	36 (14,6)	0,01	0,16 (0,03-0,70)
Homosexual/bisexual	73 (22,8)	2 (2,7)		
Profesión				
Oficios manuales	246 (76,9)	31 (12,6)	0,46	0,72 (0,31-1,72)
Jubilados/no manual	44 (23,1)	7 (9,5)		
Situación de paro				
No	197 (61,6)	20 (10,2)	0,23	1,51 (0,76-2,99)
Sí	123 (38,4)	18 (14,6)		
Nivel de estudios				
Sin estudios o sólo primarios	215 (67,2)	30 (14)	0,10	0,51 (0,23-1,15)
FP/BUP* o técnicos	105 (32,8)	8 (7,6)		
UDVP** alguna vez				
No	170 (53,1)	11 (6,5)	< 0,01	3,17 (1,51-6,67)
Sí	150 (46,9)	27 (18)		
Tratamiento con metadona				
No	258 (80,6)	26 (10,1)	0,04	2,14 (1,01-4,53)
Sí	62 (19,4)	12 (19,4)		
Apoyo social				
Alto	263 (82,2)	27 (10,3)	0,05	2,09 (0,97-4,5)
Bajo	57 (17,8)	11 (19,3)		
Morbilidad psíquica				
No	232 (72,5)	22 (9,5)	0,03	2,12 (1,06-4,26)
Sí	88 (27,5)	16 (18,2)		
	Media (DE)	No adheridos	p	OR (IC 95%)
Edad (años)	39,71 (8,59)	37,4 (5,4)	0,08	0,95 (0,91-1,00)
Número de hijos***	1,99 (1,29)	0,79 (1,0)	0,73	0,95 (0,72-1,25)
Años de UDVP**	8,65 (5,52)	10 (6,6)	< 0,01	1,08 (1,03-1,14)

*Formación Profesional/Bachillerato Unificado Polivalente.

**UDVP: usuario de drogas por vía parenteral.

***El 43,12% no tenía hijos.

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; DE: desviación estándar; UDVP: usuario de drogas por vía parenteral.

TABLA 2. Características de las variables psicosociales, clínicas y relacionadas con el tratamiento antirretroviral y su asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral (n = 320)

	Número (%)	No adheridos	p	OR (IC 95%)
Sida				
No	206 (64,4)	22 (10,7)	0,79	1,36 (0,69-2,72)
Sí	114 (35,6)	16 (14)		
Hepatitis C				
No	168 (52,5)	14 (8,3)	0,03	2,06 (1,02-4,15)
Sí	152 (47,5)	24 (15,8)		
Afrontamiento				
Sí	38 (11,9)	7 (18,4)	0,18	0,55 (0,22-1,3)
No	282 (88,1)	31 (11)		
TARGA				
No TARGA	18 (5,6)	1 (5,6)	0,34	0,42 (0,05-3,26)
TARGA	302 (94,4)	37 (12,3)		
Régimen con IP*				
No	178 (55,6)	16 (9,0)	0,08	1,85 (0,93-3,68)
Sí	142 (44,4)	22 (15,5)		
Tratamiento profiláctico y otros				
No	161 (50,3)	16 (9,9)	0,28	0,69 (0,33-1,43)
Sí	159 (49,7)	22 (13,8)		
	Media (DE)	No adheridos	p	OR (IC 95%)
Tiempo tratamiento (meses)	41,54 (21,75)	40,9 (22,1)	0,15	1,01 (0,99-1,02)
Dosis (número de pastillas)	7,74 (3,61)	8,3 (3,4)	0,27	1,05 (0,96-1,15)
CD4 (cél./ μ l)	471,50 (297,06)	454,7 (311,8)	0,71	1,00 (0,99-1,00)
Carga viral** (log ₁₀ n. ^o copias ARN/ml)	2,33 (1,02)	2,81 (1,31)	< 0,01	1,52 (1,15-2,01)

*Inhibidor de la proteasa.

**61,6% tenía una carga viral indetectable.

OR: *odds ratio*; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; TARGA: terapia antirretroviral de gran actividad; DE: desviación estándar.

En la tabla 2 se muestran las variables clínicas de la muestra estudiada, así se observa que el 35,6% estaba en estadio sida y casi la mitad de la muestra (47,5%) presentaba coinfección por el virus de la hepatitis C. La media de los valores de carga viral (log₁₀ número de copias de ARN/ml) y de CD4 (cél./ μ l) fueron 2,33 y 471,5, respectivamente. En cuanto a las variables relacionadas con el tratamiento el 94,4% tenía prescrito una TARGA, incluyendo para casi la mitad de ellos (44,4%) un inhibidor de la proteasa, estando la muestra estudiada una media de 41,54 meses en tratamiento con antirretrovirales, siendo 7,74 el número de pastillas prescritas al día. El 88,1% afirmó no tener dificultades para tomar la medicación. El 50,3% tenía prescrito cualquier tratamiento diferente al antirretroviral.

Al realizar el análisis bivariante de las características clínicas y relacionadas con el tratamiento con la no adherencia a los antirretrovirales se observó que aquellos que tenían coinfección por el virus de la hepatitis C (OR: 2,06; IC 95%: 1,02-4,15) y mostraban una mayor carga viral (OR: 1,52; IC 95%: 1,15-2,01) obtuvieron de manera estadísticamente significativa una mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento.

En cuanto a la calidad de vida la media del índice global de salud física ISF fue 50 (19,36-65,99), al igual que el índice global de salud mental ISM (16,64-67,48). Las medias de las puntuaciones de las 11 dimensiones del MOS-HIV variaron entre 47,39 de *percepción de salud general* y 83,37 de *función de rol*. Al realizar el análisis bivariante se encontró que aquellos que obtuvieron una mayor puntuación de calidad de vida tenían una menor

probabilidad de no adherirse al tratamiento antirretroviral, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en todas las dimensiones, a excepción de las dimensiones *función física, función de rol y salud transitoria* (tabla 3).

Como viene reflejado en la tabla 4, se realizó el análisis multivariante a través de la regresión logística binaria. Así se detectó una interacción entre la presencia de morbilidad psíquica y la puntuación del ISM, así entre aquellos pacientes con morbilidad psíquica se observó que a mejor calidad de vida mental el riesgo de no adherirse al tratamiento era menor (OR: 0,09; IC 95%: 0,00-0,90), describiéndose para aquellos sujetos sin morbilidad psíquica que esta asociación entre la calidad de vida mental y la adherencia, no era estadísticamente significativa (OR: 47,12; IC 95%: 0,40-5487,2). Otros factores que mostraron una tendencia a asociarse con una mejor adherencia fueron asociados a una mejor adherencia fueron tener mayor edad (OR: 0,94; IC 95%: 0,88-1,00), ser homosexual (OR: 0,24; IC 95%: 0,05-1,10) y haber estado menos años como UDVP (OR: 1,06; IC 95%: 0,99-1,14).

Discusión

Este trabajo tiene varias limitaciones que deben ser consideradas para la interpretación de los resultados. Al tratarse de un estudio transversal no es posible establecerse si la mala calidad de vida es causa o consecuencia de la no adherencia. Tampoco se puede excluir que los pacientes con una peor salud y probablemente con una peor adheren-

TABLA 3. Distribución de las puntuaciones del MOS-HIV y su asociación con la al tratamiento antirretroviral (n = 320)

	Media (DE)	No adheridos Media (DE)	p	OR (IC 95%)
Calidad de vida física	50 (10,63)	45,4 (12,3)	0,006	0,96 (0,93-0,98)
Calidad de vida mental	50 (9,58)	45,7 (9,3)	0,004	0,95 (0,92-0,98)
Percepción general de salud	47,39 (25,26)	37,6 (21,6)	0,012	0,98 (0,96-0,99)
Dolor	72,92 (26,34)	60,2 (31)	0,002	0,98 (0,96-0,99)
Función física	78,23 (22,14)	72,1 (24,6)	0,074	0,98 (0,97-1,00)
Función de rol	79,21 (36,47)	69,7 (42,8)	0,091	0,99 (0,98-1,00)
Función social	83,37 (25,40)	74,2 (28,6)	0,021	0,98 (0,97-0,99)
Salud mental	62,90 (21,22)	55,5 (19,7)	0,023	0,98 (0,96-0,99)
Energía/fatiga	61,23 (22,65)	51,4 (22,2)	0,005	0,98 (0,96-0,99)
Preocupación por la propia salud	74,26 (23,38)	66,7 (25,0)	0,036	0,98 (0,97-0,99)
Función cognitiva	76,90 (21,66)	69,2 (26,2)	0,022	0,98 (0,97-0,99)
Calidad de vida	58,12 (19,60)	50 (16,4)	0,007	0,97 (0,95-0,99)
Salud transitoria	59,21 (22,50)	59,9 (23,6)	0,849	1,00 (0,98-1,01)

MOS-HIV: Medical Outcomes Study HIV Health Survey; DE: desviación estándar; OR: *odds ratio*; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

cia, se encontrasen ingresados en el momento del estudio, lo cual afectaría a la generalización de los resultados, pero no a la validez interna. Por último, los estudios con pacientes con VIH deben considerar la gran heterogeneidad que existe entre pacientes y por ello, estos resultados no son necesariamente extrapolables a otras poblaciones.

Para valorar la adherencia al tratamiento antirretroviral existen varios métodos, entre los que se incluyen los sistemas de recuento electrónicos, autorregistros de las dosis y valores plasmáticos del fármaco entre otros, sin que se haya establecido aún un método "gold-estandar"^{11,12}. Ello hace que la medición autorreferida, por su simplicidad, coste y por ser bien aceptada, sea una medición ampliamente utilizada¹³. Además hay que añadir que se ha demostrado la relación entre el grado de cumplimiento autorreferido y otras medidas de adherencia¹⁴.

Se ha descrito que tanto la presencia de morbilidad psíquica como una peor calidad de vida se han asociado a una inadecuada adherencia a los fármacos antirretrovirales⁴⁻⁶. En este estudio en los pacientes con morbilidad psíquica, la cumplimentación con los antirretrovirales aumentaba conforme aumentaba la calidad de vida mental. El hecho de que la calidad de vida mental no se asocie a la adherencia si no es en presencia de la morbilidad psíquica, hace pensar que el tener algún tipo de patología psíquica es lo que ejerce una influencia negativa sobre la adecuada adherencia a los fármacos antirretrovirales. En este sentido, al igual que como ocurre con otros tratamientos crónicos, está ampliamente demostrado que el tener un trastorno mental disminuye la adherencia^{6,15}. Esta asociación parece ser debida a varios factores, como un menor apoyo social, una merma en su capacidad cognitiva, una reducción en la motivación para el cuidado personal y una disminución en la habilidad de cumplir las complejas instrucciones del tratamiento antirretroviral los cuales son esenciales para el correcto seguimiento farmacológico⁵.

Por otro lado cabe destacar que existen ciertas evidencias de que la presencia de morbilidad psíquica, independientemente de la adherencia, empeora el sistema inmunitario (fundamentalmente los linfocitos CD8 y NK), aumenta la carga viral y acelera el curso de la infección por el VIH/sida^{16,17}. Por ello dada la alta prevalencia de trastornos mentales en esta población y dado que se ha de-

TABLA 4. Factores asociados a la no adherencia. Análisis de regresión logística (n = 320)

Regresión logística	β	p	OR (IC 95%)
Edad	-0,062	0,05	0,94 (0,88-1,00)
Orientación sexual			
Heterosexual			
Homosexual/bisexual	-1,413	0,06	0,24 (0,05-1,10)
Años como consumidor UDVP	0,066	0,05	1,06 (0,99-1,14)
Morbilidad psíquica Sí			
Índice de CV de Salud mental	-4,698	0,04	0,09 (0,00-0,90)
Morbilidad psíquica No			
Índice de CV de Salud mental	3,853	0,11	47,12 (0,40-5.487,2)

OR: *odds ratio*; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; UDVP: usuario de drogas por vía parenteral; CV: calidad de vida.

mostrado la efectividad de los antidepresivos mejoran no sólo la depresión sino también la ansiedad de estos pacientes, deberían aumentarse los esfuerzos para identificar a esta población con patologías mentales²³ y considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual⁴. Por todo ello parecería que controlando su patología mental mejoraríamos además de su adherencia, su estado físico.

Al igual que en otros trabajos, se ha encontrado que aquellos pacientes con mayor edad referían un mayor grado de cumplimentación a los fármacos antirretrovirales^{6,18}. En este sentido se ha descrito que esta mejor adherencia es debido, entre otros factores, a un mayor conocimiento de la combinación farmacológica, importancia en la toma de las pastillas, menor miedo a la enfermedad y entender mejor las instrucciones del médico¹⁹.

Un reciente estudio describe como el deterioro cognitivo que conlleva el abuso de drogas podría afectar a la adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral²⁰. Esto podría explicar que los pacientes con más años como consumidor de drogas por vía parenteral, mostraban un mayor riesgo de no adherirse al tratamiento antirretroviral.

La caracterización de los perfiles de riesgo asociados a una peor adherencia a los antirretrovirales no debería suponer una menor accesibilidad al tratamiento farmacológico para estos grupos. Por el contrario, es una herramien-

ta útil para la identificación de aquellos pacientes con mayor riesgo de no adherencia al tratamiento y el establecimiento de estrategias de intervención multidisciplinar para la mejora de la misma.

Así, el hecho de que un paciente en particular presente características asociadas a un menor grado de cumplimiento a los antirretrovirales, implica la necesidad de implementar estrategias que favorezcan el afrontamiento de la situación, la autoeficacia y el tratamiento del estrés. Estas estrategias requieren la concienciación de otros profesionales como los psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, educadores y los familiares del paciente, así como una voluntad política que facilite la articulación intersectorial.

Bibliografía

- Anastos K, Barrón Y, Cohen M, Greenblatt R, Minkoff H, Levine A, et al. The prognostic importance of changes in CD4+ cell count and HIV-1 RNA level in women after initiating highly active antiretroviral therapy. *Ann Intern Med.* 2004;140:256-64.
- Kleeberger CA, Buechner J, Palella F, Detels R, Riddler S, Godfrey R, et al. Changes in adherence to Highly Active Antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS cohort study. *AIDS.* 2004;18:683-8.
- Fogarty L, Roter D, Larson S, Burke J, Gillespie J, Levy R. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reported. *Patient Educ Couns.* 2002;46:91-2.
- Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde T, Casado JL, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005; 23:221-31.
- Adherence to long-term therapies: evidence for action. En *Human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome.* Genève: World Health Organization; 2003. p. 95-106.
- Puigventós F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, De la Fuente L, Boronat A. Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2002;119:130-7.
- Ancelle-Park R. Expanded European AIDS case definition [letter]. *Lancet.* 1993;341:441.
- Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de Apoyo Social funcional de Duke-UNC-11. *Aten Primaria.* 1996;18: 153-63.
- Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish populations. *Psychol Med.* 1986;16:135-40.
- Badia X, Podzamczar D, López-Lavid C, García M. Medicina basada en la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida; La versión española del MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1999;17 Supl 2:103-13.
- Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, Forthal D, Kemper C, Beall GN, et al. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS.* 1999;13:1099-107.
- Murri R, Ammassari A, Gallicano K, De Luca A, Cingolani A, Jacobson D, et al. Patient-Reported nonadherence to HAART is related to Protease inhibitor levels. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 2000;24:123-8.
- Tuldrá A, Ferrer JM, Fumaz CR, Bayes R, Paredes R, Burger DM, et al. Monitoring adherence to HIV therapy. *Arch Intern Med.* 1999;159:1376-7.
- Garber M, Nau D, Erickson S, Aikens J, Lawrence J. The concordance of self-report with other measures of medication adherence. *Med Care.* 2004;42: 649-52.
- DiMatteo, Lepper H, Crogham T. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000;160:2101-7.
- Cruess DG, Petitto JM, Leserman J, Douglas SD, Gettes DR, Ten Have TR, et al. Depression and HIV Infection: Impact on Immune Function and Disease Progression. *CNS Spectrums.* 2003;8:52-8.
- Evans D, Have T, Douglas S, Gettes D, Morrison M, Chiappini M, et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1752-9.
- Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133:21-30.
- Wutoh A, Elekwachi O, Clarke-Tasker V, Daftary M, Powell N, Campuzano G. Assessment and predictors of antiretroviral adherence in older HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;33:S106-S14.
- Hinkin C, Ardí D, Mason K, Castellón S, Durvasula R, Lam M, et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS.* 2004;18 Suppl 1:19-25.