



## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN SUJETOS EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

S. Orejudo Hernández\*, L. Ladero Martín\*\*, J.A. Carrobes\*\*\* y C. Malo Aznar\*\*\*\*

\*U. de Zaragoza, \*\*CAID Torrejón, \*\*\*U. A. de Madrid, \*\*\*\*Diputación de Aragón

2006, 12(1), 19-30

**Resumen:** En este trabajo se estudia la relación entre la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y las variables ansiedad, depresión y estrés en una muestra de 100 pacientes VIH+ que se encuentran en programa de metadona, y la evolución de esta relación un año después en 83 de estos sujetos. Se comprueba que los sujetos que siguen adherentes a lo largo de todo el año presentan menos ansiedad, estrés y depresión que los que siguen sin tomar el tratamiento. Por su parte, los que abandonan incrementan sus puntuaciones en ansiedad y los que inician tratamiento muestran una reducción en la escala de estrés. Se concluye que el papel de estas variables puede ser muy relevante en el mantenimiento de la adhesión una vez establecida, pero resulta más difícil explicar su papel en la instauración o pérdida de la misma.

**Palabras Clave:** Adherencia, TARGA, Ansiedad, Depresión, Estrés, Drogodependientes, Programa de mantenimiento con metadona

**Abstract:** This work analyzes the relationship between the adherence to antiretroviral treatments and variables such as anxiety, depression and stress in a sample of 100 HIV+ subjects included in a methadone maintenance program and its evolution one year later on 83 of these subjects. It can be shown that the subjects who adhere to the treatment throughout the year show lesser degrees of anxiety, stress and depression than those who do not follow the treatment. Those who give up the treatment increase their scores on anxiety and those who initiate the treatment show a reduction on the stress scale. Results remark the relevant role of these variables in the maintenance of the adherence, once established, but it is more difficult to explain their role in the establishment or loss of adherence itself.

**Key words:** Adherence, HAART, anxiety, depression, stress, drug addict, methadone maintenance program.

**Title:** *Adherence to antiretroviral therapy and anxiety, depression, and stress in subjects within a methadone maintenance program*

### Introducción

Los casi 25 años transcurridos desde la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana se han caracterizado por el logro de conocer algunos de los mecanismos implicados en la enfermedad y por la aparición fármacos que han supuesto una esperanza para las numerosas personas afectas. No obstante, estos avances no han supuesto una mejora para todos los pacientes, habiendo en este momento dos importantes

problemas a los que dar repuesta, los efectos secundarios de la medicación y lograr mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos. Este último punto es especialmente relevante por cuanto estamos hablando de una enfermedad crónica que va a requerir el seguimiento de pautas de tratamiento complejas y continuadas en el tiempo (Jensen-Fangel, 2004).

Desde la psicología se ha intentado aportar soluciones a los problemas asociados al VIH (Baratas et al, 1996) y en particular al problema de la falta de adherencia a los tratamientos médicos (Gordillo y de la Cruz, 2003). El punto de partida es considerar la propia enfermedad como un

\* Dirigir la correspondencia a Dr. Santos Orejudo Hernández. Dpto de Psicología y Sociología, Facultad de Educación, Universidad de Zaragoza, C/ San Juan Bosco, 7. 50009 - Zaragoza

E-mail: sorejudo@unizar.es

© Copyright 2006: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

evento estresante, constituido por pequeños estresores repetidos en el tiempo y que suponen un alto nivel de amenaza, igual que ocurre con otras enfermedades crónicas (Olivares, Sanz y Roa, 2004, Pastor et al., 1999). Además, el hecho de que la infección por VIH suponga una alteración de la función inmune conlleva la posibilidad de que en su progresión se puedan ver implicadas respuestas psicológicas de las que se conoce bien su repercusión inmunitaria (Borrás, 1995). Otra hipótesis adicional es la posibilidad de que algunas variables relacionadas con la enfermedad puedan tener un papel directo en las conductas de adherencia. Entre éstas, la que más interés ha despertado ha sido la depresión. Esta variable parece asociarse a una baja adherencia inicial y ser una barrera posterior para mejorarla. Se relaciona con dificultades como la falta de trabajo, los conflictos, la falta de apoyo percibido por parte de los profesionales o las dificultades para poder seguir con el tratamiento (Gordillo y de la Cruz, 2003). También se plantea que la depresión podría explicar la peor adherencia de la mujeres a los tratamientos antirretrovirales, ya que inicialmente éstas presentarían más sintomatología depresiva, que llevaría a una peor adherencia, pero que tendría una mejora notable al lograr que estas mujeres iniciasen un tratamiento de salud mental (Turner, Laine, Cosler, Hauck, 2003). En general, se constata la presencia de síntomas depresivos en la población afectada, con una incidencia directa en la adherencia (Schuman et al, 2001), con una mayor gravedad y una más rápida evolución en estados avanzados de la enfermedad (Cook et al., 2004).

La ansiedad y el estrés han sido otros dos manifestaciones emocionales asociadas a la evolución de la infección por el VIH y a la adherencia al mismo (Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003). Como ya hemos señalado, se considera que la infección es una fuente de estrés, que apare-

cen diferencias individuales en el impacto que la misma tiene en los pacientes, y que este impacto condiciona el grado de tolerancia a los efectos secundarios de la medicación, y con ello a la adherencia y al bienestar psicológico (Remor, 2002). De manera más específica, en ocasiones se encuentra que los síntomas de ansiedad son más frecuentes que los de depresión en los sujetos seropositivos, y que ésta se relaciona directamente con la calidad de vida percibida (Remor, Ulla, Arranz y Carboles, 2001). Otra medida distinta de ansiedad e inestabilidad emocional, la escala de neuroticismo del NEO-PI-R, no logra discriminar directamente entre sujetos adherentes y no adherentes, pero sí se asocia a una peor adaptación personal y a peores niveles de calidad de vida, siendo este estado el que incide directamente sobre la adherencia (Penedo et al., 2003). Los sentimientos de estrés también se encuentran directamente asociados con la adherencia antirretroviral en población sin antecedentes de drogas (Gebo, Keruly y Moore, 2003).

De cualquier manera, bien a través de una mediación inmunológica, bien a través de las conductas de adherencia, la atención a las variables emocionales en los pacientes con infección por VIH+ resulta de gran relevancia, por lo que en el diseño y aplicación de los más recientes programas que intentan mejorar la adherencia se incluye esta dimensión (Ballester, 2003).

En España, una gran parte de los pacientes con VIH-SIDA tienen antecedentes de consumo de drogas y están en programas de mantenimiento con metadona. En este grupo, las variables determinantes de la falta de adherencia aun son menos conocidos que en otras poblaciones (Avants, Margolin, Warburton, Hawkins y Shi, 2001), y su idiosincrasia particular requiere conocer sus patrones de adherencia y sus determinantes, que ya inicialmente son inferiores al resto de la población (Wood et

al, 2004), aunque los programas de metadona han venido a suponer una plataforma desde la que poder acceder a los tratamientos y estabilizarlos en los mismos (Avants, et al., 2001; Clarke, Delamere, McCullough, Hopkins, Bergin y Mulcahy, 2003).

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 et al., 2000). 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), aunque no se descarta el papel que pueden tener otras variables como la carga viral, el nivel educativo alcanzado, la depresión o el estado emocional (Avants, et al, 2001).

Hasta este momento, la mayor parte de las investigaciones sobre la adherencia se han hecho con diseños transversales y retrospectivos, siendo los estudios longitudinales menos frecuentes o limitados a espacios temporales breves en los que únicamente se analiza la evolución de la adherencia. No obstante, esta metodología presenta algunas dificultades para establecer relaciones entre la adherencia y posibles variables antecedentes. Entre otros motivos, estas dificultades vienen marcadas por la complejidad de la conducta de adherencia, que puede adoptar diferentes patrones en función de los contextos en los que se encuentran los sujetos, del apoyo social disponible, de la dificultad de las propias pautas del tratamiento (Hill, Kendall y Fernández, 2003) o de sus razones personales para tomar o no el tratamiento (Roberts y Mann, 2003). Además, el hecho de que algunas variables pueden ser tanto antecedente de la adherencia como efectos asociados a la propia infección por el VIH aun dificulta más esta situación.

Con todo esto, el objetivo principal de este trabajo consiste en analizar las relaciones y variaciones experimentadas a lo largo de un año entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y las ansiedad, depresión y estrés en una población en programa de mantenimiento con metadona. 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

### *Sujetos*

Los sujetos se seleccionaron en dos Centros de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de la Comunidad de Madrid. De los 250 usuarios del centro de Torrejón de Ardoz se seleccionaron los 83 sujetos que cumplían los criterios de inclusión en la investigación (ser mayores de 18 años, portadores de VIH, estar en programa de mantenimiento con metadona 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 periodo de recogida de datos hospitalizado, encamado o preso). La muestra se completó con otros 17 sujetos del CAID de San Blas que cumplían con los criterios señalados anteriormente, y, que fueron seleccionados aleatoriamente, entrando a formar parte de la muestra aquellos que mostraban su consentimiento según pasaban a recoger las dosis de metadona el día elegido.

La muestra está compuesta en su mayoría por hombres (80%), de nivel socioeconómico bajo (71%), con estudios primarios (92%) y ocupados laboralmente (50%). La media de edad es de 37 años (rango 20-49 años) y el 77% tiene estancias en prisión. Cuentan con una amplia historia de consu-

mo de drogas (18,12 años de opiáceos, 15,80 de cocaína y 13,91 de benzodiacepinas), aunque llevan una media de 77 meses en programa de metadona (rango 13-128). En la primera recogida de datos, se detectaban en orina restos de drogas en el 19% de los casos para opiáceos, en el 35% para cocaína y en el 52% para benzodiacepinas.

La mayor parte se encuentra se encuentra en los estadios B (44%) y C (34%) de la enfermedad, con una media de carga viral de 25.530 copias/ml, con el 45% de los sujetos con carga viral inferior a 50 copias/ml. La mayor parte (52%) presenta entre 200 y 500 CD<sub>4</sub>, con una media de 398,67. Todos ellos habían tenido en algún momento de su vida una prescripción de fármacos antirretrovirales.

En el seguimiento se recogen únicamente datos de 91 personas. De los restantes, cuatro han fallecido y el resto han cambiado de centro.

### *Instrumentos*

Variables de adhesión a la TARGA: autoinforme sobre adhesión, con tres criterios temporales, *ayer, la última semana y el último mes*. Los valores inicialmente adoptados iban desde un cumplimiento perfecto, de todas las pastillas del día anterior, todos los días de la semana y del mes, a incumplimiento total con algunos grados intermedios. El tratamiento dado a la variable será dicotómico, por lo que consideraremos únicamente como adherentes a aquellos sujetos que cumplan perfectamente con toda la medicación. El tipo de estudio con dos medidas de adherencia hará que finalmente podamos diferenciar distintos niveles de adherencia, y sobre todo, la evolución ocurrida con la misma. Así, tendremos finalmente cuatro grupos de sujetos: adherentes que siguen siendo adherentes al cabo de año de seguimiento, adherentes que han abandonado el tratamiento, sujetos inicialmente no adherentes que han iniciado la

terapia antirretroviral y sujetos que siguen sin tomar la medicación.

*Ansiedad* (Escala de ansiedad y depresión en el hospital – HAD, Zigmond y Snaith, 1983). En nuestro caso esta escala de 7 ítems presenta una buena consistencia interna:  $\alpha = .9154$  y  $\alpha = .8951$  en las dos recogidas de datos.

*Depresión* (Escala de ansiedad y depresión en el hospital – HAD, Zigmond y Snaith, 1983). Sub escala de 7 ítems ( $\alpha = .9105$  y  $\alpha = .9305$ ).

Puntuación conjunta de ansiedad y depresión, sumatorio de las dos puntuaciones anteriores ( $\alpha = .9401$  y  $\alpha = .8986$ ).

*Estrés* (Escala de estrés percibido, Remor y Carrobbles, 2001). Escala de 14 ítems igualmente con una alta consistencia interna,  $\alpha = .9172$  y  $\alpha = .9201$  para la primera y la segunda recogida de datos.

### *Procedimiento*

La recogida de datos se hizo entre los meses de Abril, Mayo y Junio de 2003 y en los mismos meses del año siguiente. Para la realización del estudio se tomó el listado de todos los usuarios que estaban en el programa de mantenimiento con metadona, y se seleccionaron aquellos sujetos que fueran HIV+. Se consultó la historia clínica para comprobar que en algún momento de su tratamiento de metadona en el CAID habían iniciado algún periodo de tratamiento con antirretrovirales, independientemente de que continuaran con él o no. Una vez recogidos estos datos se les citaba con el entrevistador y se les explicaban las características del estudio invitándoles a participar en él. Todos debían firmar el consentimiento informado y en el transcurso de esta misma cita se les pasaba el cuestionario de evaluación diseñado ad hoc para esta investigación. Las pruebas eran leídas por el entrevistador de modo que se acertara el

tiempo y que no cansara a los sujetos, en una única sesión de entre 15 y 20 minutos.

Una vez recogidos los datos, se tabularon con el programa estadístico SPSS para Windows, para su posterior análisis estadístico. Una vez obtenidos los valores descriptivos de las variables, hemos optado por un análisis de la varianza con dos factores y medidas repetidas en una de ellos, por adaptarse al tipo de estudio que tenemos aquí, un primer factor constituido por los cuatro grupo de adherencia y otro factor derivado de los dos momentos de medida (Pardo y Ruiz, 2005).

## Resultados

Los resultados descriptivos se muestran en la Tabla 1 y la Figura 1. Cómo se puede comprobar en el mismo, encontramos diferentes porcentajes de sujetos en las cuatro categorías de adherencia según el período temporal considerado, siendo los datos más parecidos entre el día y la semana anterior, y más discrepantes los del mes. Así, encontramos que siguen siendo adherentes al cabo de un año el 51,2%, el 47,0% y el 34,9%, mientras que siguen sin tomar correctamente la medicación el 13,4%, el 19,3% y hasta el 36,1%. Entre un 12 y un 18% de sujetos cambian su condición para cada una de las categorías (Figura 1).

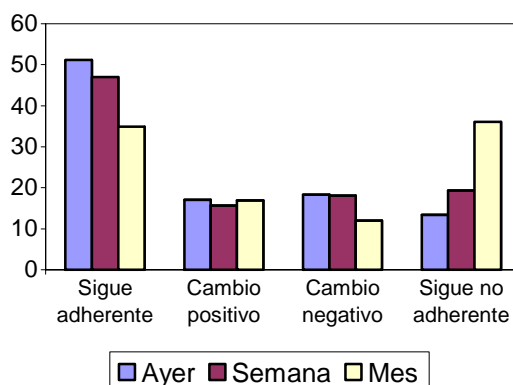


Figura 1. Frecuencias de adherencia en función del período temporal considerado

En la tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos del resto de variables estudiadas, tanto en el año 2003 como en el año 2004. Las puntuaciones obtenidas por la muestra total no presenta variaciones de un año a otro en ninguna de las escalas consideradas (ansiedad,  $t=-.104$ ,  $p=.918$ ; depresión,  $t=-.165$ ,  $p=.870$ ; ansiedad-depresión,  $t=-.146$ ,  $p=.884$  y estrés,  $t=.118$ ,  $p=.090$ ).

El resultados de los tres análisis de varianza con dos factores y medidas repetidas en uno de ellos considerando los tres niveles de adherencia antes descrito muestran resultados muy parecidos. En ningún caso se encuentran diferencias en el factor temporal atendiendo al momento de medida, es decir, las medias en ansiedad, depresión y estrés no son estadísticamente distintas en los años 2003 y 2004, pero si se encuentra que el análisis de varianza encuentra dife-

rencias en el nivel inter.-sujeto, esto es, entre los cuatro grupos de adherencia y con los tres tipos de medida considerada: día, semana y mes anterior (Tabla 2).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos.

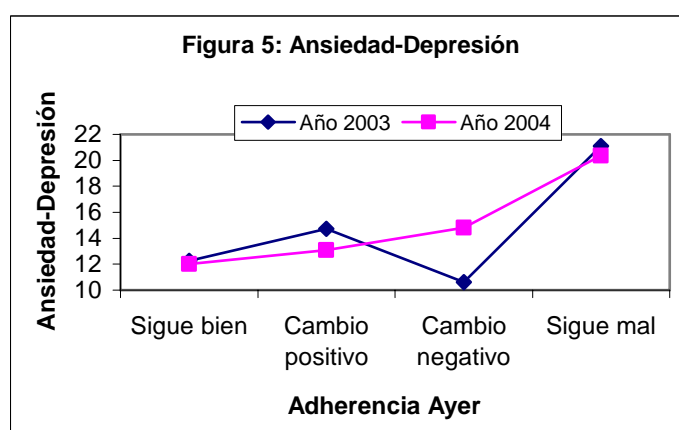
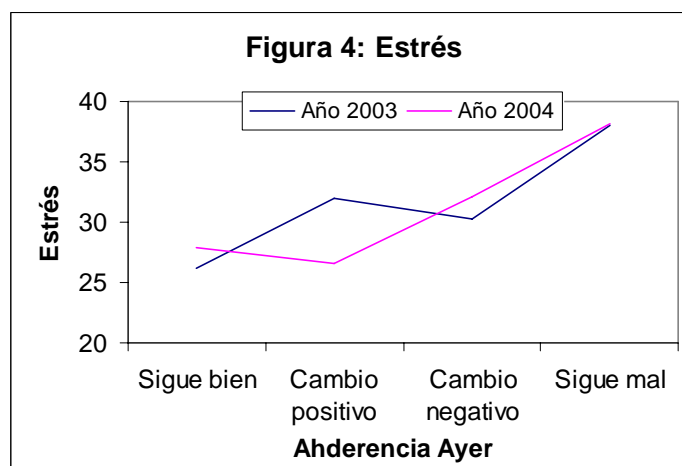
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
AÑO 2003					
HAD- Ansiedad	100	,00	21,00	8,69	5,3
HAD- Depresión	100	,00	17,00	5,21	4,57
PSS- Estrés	100	5,00	50,00	29,88	10,98
HAD- Ansiedad-depresión	100	,00	34,00	13,90	9,34
AÑO 2004					
HAD- Ansiedad	91	,00	20,00	8,60	5,58
HAD- Depresión	91	,00	19,00	5,05	4,90
PSS- Estrés	91	10,00	56,00	29,70	11,28
HAD- Ansiedad-depresión	91	,00	37,00	13,66	9,69
DIFERENCIAS 2003-2004					
HAD- Ansiedad	91	-17,00	13,00	0,054	5,05
HAD- Depresión	91	-15,00	12,00	0,076	4,45
PSS- Estrés	91	-33,00	30,00	-,142	11,53
HAD- Ansiedad-depresión	91	-30,00	19,00	-,131	8,63

Tabla 2: Análisis de varianza de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos (medida año 2003 y 2004 x Grupo de adherencia). Estadísticos univariantes intersujetos.

	Medida promedio	S. C. tipo III	gl	M. C.	F	p.
Adherencia ayer	HAD- Ansiedad	395,780	3	131,927	3,226	,027
	HAD- Depresión	277,892	3	92,631	2,850	,043
	PSS- Estrés	2376,157	3	792,052	4,878	,004
	HAD- Ansiedad-depresión	1321,128	3	440,376	3,412	,022
Adherencia semanal	HAD- Ansiedad	399,596	3	133,199	3,173	,029
	HAD- Depresión	227,469	3	75,823	2,272	,087
	PSS- Estrés	2248,045	3	749,348	4,627	,005
	HAD- Ansiedad-depresión	1211,734	3	403,911	3,033	,034
Adherencia mensual	HAD- Ansiedad	259,848	3	86,616	1,980	,124
	HAD- Depresión	185,304	3	61,768	1,821	,150
	PSS- Estrés	1307,159	3	435,720	2,506	,065
	HAD- Ansiedad-depresión	882,650	3	294,217	2,142	,102

Las comparaciones múltiples de Scheffé muestran que las diferencias encontradas en ansiedad, depresión, ansiedad-depresión y estrés corresponden a los grupos de sujetos que siguen adherentes a lo largo de todo el año y los que no han sido adherentes en ningún momento al considerar el indicador de adherencia del día anterior. Para el indicador de adherencia semanal el esta-

dístico de Scheffé vuelve a mostrar diferencias entre los mismos grupos pero únicamente para la ansiedad y el estrés, mientras que en el indicador de la adherencia mensual no se llega a detectar diferencias entre ningún par de medias. Se ejemplifican los resultados con las gráficas de las puntuaciones de los grupos de adherencia del día anterior (Figuras 2, 3,4 y 5).



Como ya hemos comentado, los grupos de sujetos que siguen adherentes y no adherentes a lo largo del año se diferencian entre sí en las variables consideradas. Dado el interés que tienen los grupos de sujetos que hacen un cambio negativo o un cambio positivo, haremos un análisis más detallado con ellos y refiriéndonos únicamente al indicador de adherencia del día anterior, el que hemos representado en los gráficos

Vemos que para el grupo de sujetos que hace un cambio negativo, es decir, que eran adherentes y dejan de serlo, se ve incrementada su puntuación en ansiedad y en la medida conjunta de ansiedad y depresión ( $t = -2,50$ ,  $p = .024$ ;  $t = -2,34$ ,  $p = .034$ ). Además, es llamativo que en el año 2003 este grupo no difería en estas puntuaciones con el grupo que va a permanecer adherente a lo largo de todo el año, por lo que se puede decir que el abandono del tratamiento va acompañado de un incremento de la ansiedad y de la puntuación conjunta de ansiedad y depresión. Para el caso del estrés y de la depresión, aunque se producen incrementos, éstos no son significativos estadísticamente.

En el caso del grupo que inicia el tratamiento se observan puntuaciones similares en ansiedad y depresión, mientras que en el caso del estrés se da una notable reducción a la largo del año en el que se produce el cambio en la adherencia, lo que permite que esta puntuación que era mayor que la del grupo de sujetos que siguen adherentes a lo largo de todo el año, se equipare a este grupo. No obstante, la comparación intra-grupo no logra alcanzar una significación estadística ( $t = 1.942$ ,  $p = .072$ ).

## Discusión

El estudio de las relaciones entre las conductas de adherencia y la búsqueda de los

determinantes de los mismos parece no resultar sencillo, sobre todo cuando nos encontramos ante enfermedades crónicas que requiere seguir tratamientos durante años. Esto es aún más relevante en el caso de los sujetos con antecedentes de consumo de drogas, que en ocasiones pueden asociar el inicio de sus tratamientos antirretrovirales a programas de deshabituación de drogas, pero que luego pueden presentar abandonos de los mismos (Muga et al., 2004). En nuestro trabajo, con una muestra de sujetos con una larga estancia en un programa de mantenimiento con metadona encontramos datos parecidos respecto a la inconsistencia del tratamiento. Así, únicamente entre el 51% y el 34% de los sujetos cumplen consistentemente con toda la medicación al considerar indicadores de adherencia del día anterior y del mes. Vemos también que entre un 12% y un 18% de sujetos varían su conducta de adherencia. Estos cambios son mayores cuanto definimos la adherencia de manera más exigente.

Cuando pretendemos estudiar las relaciones entre la adherencia y los predictores psicológicos hemos de considerar estas posibles variaciones. Nuestros datos, al tomar únicamente una medida de manera transversal, apoyan la tesis de las relaciones entre la ansiedad, la depresión o el estrés y la adherencia, pero éstas medidas tomadas con un año de antelación parecen no predecir los cambios, aunque sí se siguen encontrando relaciones estadísticamente significativas en algunos casos entre los sujetos que ya eran adherentes y los que no eran adherentes. Esto nos remite nuevamente a la complejidad de la conducta de adherencia, siendo preciso diferenciar, al menos, entre las conductas de inicio, de mantenimiento y de abandono. Parece que en el caso de los usuarios de drogas, las conductas de inicio y abandono están en gran medida asociadas a los tratamientos de deshabituación.



ción y a las recaídas (Turner, 2001), aunque las razones para los que no inician el tratamiento no parecen estar tan claras.

Lo que sí se comprueba en nuestro trabajo es que si bien estas variables no discriminan entre los distintos grupos de sujetos de manera prospectiva, si cambian según se van produciendo variaciones en la adherencia. Así, los sujetos adherentes y que se mantienen en esta situación tras un año, muestran mejores indicadores emocionales a lo largo del tiempo. Esto podría ser explicado, en parte, por las expectativas positivas generadas al afrontar de manera exitosa la enfermedad o por otras variables que podrían incidir igualmente en la adherencia y reducir el estrés, tales como el apoyo social o la capacidad de afrontamiento del propio sujeto (Carroble et al. 2001; Remor, 2002).

Por el contrario, los sujetos que no toman medicación presentan los peores niveles de adaptación: mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y estrés. No sabemos si este dato responde al fracaso personal por no seguir la medicación o por el contrario aparece asociado a otras circunstancias como el consumo de drogas, presente en una parte de nuestra muestra o a la negativa a tomar la medicación por no creer en ella o no tolerar los efectos secundarios o haber tenido intentos anteriores poco exitosos, lo que ha mermado su autoeficacia, otro de los predictores de la adherencia (Pinheiro, de Carvalho-Leite, Drachler, y Silveira, 2002). En cualquier caso, el peor estado emocional de estos sujetos conjuntamente con el no tratamiento de la infección les pone en una situación de doble riesgo, sobre todo teniendo en cuenta que a medida que se progresa en la enfermedad, factores psicológicos como la de-

presión se convierten en pronósticos de una más rápida evolución (Cook et al., 2004).

Por último tenemos a aquellos que realizan cambios con el paso del tiempo. En estos dos grupos, las gráficas de evolución muestran como la tendencia que muestran estos sujetos es parecida a la que tienen los adherentes y los no adherentes de más larga evolución. Los sujetos adherentes mejoran sus puntuaciones en los indicadores de adaptación, mientras que los que abandonan el tratamiento inician una tendencia de aproximación a los no adherentes, situación inversa a la señalada un año antes.

La conclusión que se puede extraer de estos datos es que hay una clara relación entre ajuste psicológico y adherencia a la terapia antirretroviral en sujetos en programas de mantenimiento con metadona. Ahora bien, resulta difícil poder establecer que algunas de estas variables ayuden a predecir directamente cambios en la adherencia consideradas en niveles como los aquí señalados, cambios con altos niveles de cumplimiento en el tratamiento. No obstante, nuestro estudio tampoco puede descartar que estas variables sí puedan ser relevantes en el mantenimiento de las conductas ya establecidas, bien directamente o bien a través de otras variables moduladoras del tratamiento, tales como la autoeficacia, relación establecida en otros trabajos de nuestro grupo (Ladero, Orejudo y Carroble, 2005), los estilos de vida (Wagner y Ryan, 2004), el apoyo social (Carroble et al. 2003) o el consumo de drogas (Ladero, Orejudo, Carroble y Malo, 2005).

Artículo recibido: 09-08-2005

aceptado: 16-02-2006

## Referencias bibliográficas

- Avants, S.K., Margolin, A., Warburton, L.A., Hawkins, K.A. y Shi, J. (2001). Predictors of nonadherence to HIV-related medication regimens during methadone stabilization. *American Journal of Addictions*, 10, 69-78.
- 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.
- Baratas, D., Monteserin, F., y Parejo, M. (1996). Programa marco de intervención psicológica con afectados por VIH/SIDA. *Ansiedad y Estrés*, 2, 69-82.
- Borrás, F.X. (1995). Psiconeuroinmunología: efectos del estrés psicológico sobre la función inmune en humanos sanos. *Ansiedad y Estrés*, 1, 21-35.
- Carboles, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Clarke, S., Delamere, S., McCullough, L., Hopkins, S., Bergin, C. y Mulcahy, F. (2003). Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users. *HIV Medicine*, 4, 33-37.
- Cook, J.A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M.H., Gurtman, A.C., Richardson, J.L., Wilson, T.E., Young, M. y Hessol, N.A. (2004). Depressive Symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, 94, 1133-1140.
- Gebo, K.A., Keruly, J. y Moore, R.D. (2003). Association of social stress, illicit drug use and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 104-111.
- Gordillo, M.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, 1099-1107.
- Hill, Z., Kendall, C., Fernández, M. (2003). Patterns of Adherence to Antiretrovirals: Why Adherence has no simple. *AIDS Patient Care & STDs*, 17, 519-525.
- Jensen-Fangel, S. (2004). The effectiveness of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients. *Danish Medical Bulletin*, 51, 371-392.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carboles, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Ladero, L., Orejudo, S., Carboles, J.A. y Malo, C. (2005). Consumo de drogas y adherencia antirretroviral en una muestra de pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 17, 203-214.
- 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.
- Muga, R., Egea, J.M., Sanvisens, A., Arnal, J., Tural, C. Tor, J y Rey-Joly, C. (2004). Impact of injecting drug use on the interruption of antiretroviral therapies. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 286-287.
- Olivares, M.E., Sanz, A. y Roa, A. (2004). Trastorno de estrés post-traumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*, 10, 43-61.
- Pardo, A. y Ruíz, M.A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid, McGraw-Hill.
- Pastor, M. A., Lopez Roig, S., Rodríguez Marin, J., Martín Aragón, M., Terol, M. C., & Pons, N. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5, 299-311.
- Penedo, F.J, Gonzalez, J.S., Dahn, J.R., Antoni, M., Malow, Costa, P. y Scheiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research. Special HIV & immunology*, 54, 271-278.
- 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, 1173-1181.
- Remor, E. y Carboles, J.A. (2001). Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Un estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P. y Carboles, J.A. (2001). "¿Es la percepción de control un factor protector contra el estrés emocional en personas VIH+?" *Psiquis*, 22, 5-10

- 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.
- Roberts, K. y Mann, T. (2003). Adherence to antiretroviral medications in HIV/AIDS care: An narrative exploration of one women's foray into intentional nonadherence. *Health Care for Women International*, 24, 552-564.
- Schuman, P., Ohmit, S.E., Cohen, M, Sacks, H.S., Richardson, J., Young, M., Schoenbaum, E., Rompalo, A. y Gardner, L. (2001). Prescription of and adherence to antiretroviral women with AIDS. *AIDS & Behavior*, 5, 317-378.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Lepout, C., Raffi, F. y Moatti, J.P. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: From a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine*, 54, 1481-1496.
- 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, 1376-1377.
- Turner, B.J., Laine, C. Cosler, L y Hauck, W.W. (2003). Relationship of gender, depression, and health care delivery with antiretroviral adherence in HIV-Infected drug users. *Journal of general internal medicine* 18, 248-257.
- Turner, B.J, Fleishman, J.A., Wenger, N., London, AS, Burnam, M.A., Shapiro, M.F., Bing, E.G., Stein, M.D., Longshore D. y Bozzette, S.A. (2001). Effects of drug abuse and mental disorders on use and type of antiretroviral therapy in HIV-infected persons. *Journal Gen. Intern Med*, 16, 625-633.
- Wagner, G.J. y Ryan, G.W. (2004). Relationship between routinization of daily behaviors and medication adherence in HIV-positive drug users. *AIDS patient Care & STDS*, 18, 385-393.
- Witteveen, E. y Van Ameijden, E. (2002). Drug users and HIV-Combination therapy (HAART): Factors which impede or facilitate adherence. *Substance use & misuse*, 37, 1905-1925.
- Wood, E., Montaner, J.S.G., Braitstein, P., Yip, B., Schechter, 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.
- Zigmond, A.S. y Snait, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 301-307.