
AUTOEFICACIA, ESFUERZO Y EXPECTATIVAS DE CONTROL EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH+ EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Lucía Ladero Martín¹, Santos Orejudo Hernández²,
José A. Carrolles Isabel³

¹*Centro de Atención Integral a Drogodependencias de Torrejón de Ardoz. Madrid (España).* ²*Universidad de Zaragoza (España).* ³*Univesidad Autónoma de Madrid (España)*

(Recibido: 13/10/2008 / Aceptado: 12/11/2008)

RESUMEN

La adhesión al tratamiento antirretroviral es un factor a considerar en el control del VIH/SIDA. El presente estudio longitudinal tiene como objetivo la exploración de la relación existente entre la adhesión al régimen de tratamiento VIH/SIDA y las variables autoeficacia, esfuerzo y expectativas de control en una muestra de población drogodependiente en programa de metadona. A través de un cuestionario y con un intervalo anual se estudió la evolución de 100 pacientes VIH+. Los participantes se clasificaron en cuatro grupos: adherentes, no adherentes, los que abandonan o inician el tratamiento, según intervalos temporales en los que se recogió la información (día, semana, mes anterior). Se analizaron

Correspondencia

Santos Orejudo Hernández
Facultad de Educación – Universidad de Zaragoza
C/ San Juan Bosco, 7
50009 – Zaragoza
sorejudo@unizar.es

las relaciones que presentaban con las variables estudiadas encontrándose diferencias en las mismas entre los cuatro grupos. La autoeficacia, el esfuerzo y las expectativas de control se asociaron al inicio, al mantenimiento, a la no adhesión y al abandono del régimen de tratamiento.

Palabras clave: Adhesión, TARGA, autoeficacia, esfuerzo, expectativas de control, drogodependientes, programa de mantenimiento con metadona.

ABSTRACT

The adherence to treatment regimens to Highly Active Antiretroviral Therapies (HAART) is the problem for the success of the viral infection. In this longitudinal study was to explore the relationship of IDUs between adherence to HAART by self-efficacy, effort and control expectancy a sample of 100 HIV+ patients on a methadone maintenance program in Madrid (Spain). They were elicited using a structured, interviewer-administered questionnaire and they were followed for one year. We have split up the sample with the rigorous adherence criteria (>85% pill intake) and we were been a analysed the relation the adherence to HAART over time with these variables. We describe the following 4 research team: the patients was continued, was refused, was started and the patients was the treatment failure. The results considering that detected significant relations between these variables and the adherence to HAART in the start, continuation, refuse and to medical treatment failure.

Key Words: Adherence, HAART, self-efficacy, effort, control expectancy, drug addict, methadone maintenance program.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1996 aparecieron los primeros tratamientos antirretrovirales para la infección VIH/SIDA (TARGA- Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) son muchos los avances conseguidos en el control de esta enfermedad hasta el punto de ser considerada con un estatus crónico (Nischal, Khopkar y Saple, 2005).

En el mundo Occidental los agentes de salud nos enfrentamos a un problema de gran magnitud como es el abandono del régimen de tratamiento antirretroviral por parte de los pacientes VIH+, todo ello a pesar de los muchos esfuerzos realizados por las industrias farmacéuticas para

conseguir la reducción del número de fármacos y la disminución de su toxicidad. La falta de adhesión a la TARGA supone la principal amenaza para el fracaso terapéutico de esta enfermedad. Algunos autores hablan de que por debajo del 95% de la toma de las dosis prescrita existe riesgo de aumento de la carga viral y de la disminución del número de Linfocitos T4 con la consiguiente aparición de cepas resistentes (Vlahov y Celentano, 2006).

La gran variabilidad y complejidad de la adhesión hace difícil conseguir evaluar los factores que influyen en este comportamiento, por lo que también resulta dificultoso el implementar programas de intervención que ayuden a mejorarla. En otras enfermedades, como por ejemplo la esquizofrenia, se han estudiado las variables que influyen en la adhesión al régimen de tratamiento y se ha encontrado que los factores a considerar son los mismos que para la adhesión a la TARGA (Hudson et al., 2004) lo que ayuda a orientar, en alguna medida, las intervenciones a desarrollar con las diferentes poblaciones.

Según las fuentes consultadas se podría hablar de cuatro tipos de factores que influyen en la adhesión: a) factores referidos al régimen terapéutico, b) aspectos psicosociales del paciente, c) referidos a la enfermedad de que se trate y d) interacción con el profesional sanitario (Rodríguez Marín, 1995).

Distintos autores han constatado la importancia de variables sociales como el nivel cultural (Reynolds et al., 2004), la edad (Goodkin et al., 2004), el estar empleado (Carballo et al., 2004), no vivir solo, el encarcelamiento (Kerr et al., 2005) con la adhesión a la TARGA en pacientes infectados por VIH/SIDA. También se han encontrado relaciones entre variables psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés y la adhesión al tratamiento antirretroviral, comprobando que cuando se tratan los trastornos mentales, además de sus problemas de adicción a drogas, su adhesión a la TARGA se ve aumentada (Podymow, Turnbull, Tadic y Muckle, 2006; Pence, Millar, Gaynes y Eron, 2007).

La población drogodependiente, objeto de nuestro estudio, parece que es la que presenta niveles de adhesión más bajos a la TARGA debido quizá a sus características: consumo de drogas, problemas sociales, trastornos mentales, dificultades de acceso a recursos, etc. De entre las variables explicativas de la falta de adhesión a la TARGA en esta población el consumo de drogas es la que se erige como una de las barreras más claras para conseguir dicha adhesión (Battaglioli-DeNero, 2007; Hinkin et al, 2007). El tratamiento con sustitutivos opiáceos, como la metadona,

ha contribuido a mejorar la supervivencia de la población adicta a drogas por vía parenteral, aunque su efecto protector más que por el efecto propiamente farmacológico esté basado en la posibilidad que brinda de reducir daños (Esteban, Gimeno, Barril, De la Cruz, 2004) además de contribuir junto a otros factores como son la organización y la estrategia del tratamiento a aumentar la retención de los pacientes (Camacho, Gimeno, Linares, Gimeno, 2003).

Otra de las variables exploradas en la adhesión a los tratamientos es la autoeficacia. Los resultados encontrados en estudios que indagan acerca de la relación entre autoeficacia y la adhesión al régimen de tratamiento antirretroviral avalan dicha relación, aunque los autores no siempre coinciden en la capacidad predictiva de esta variable (Johnson et al., 2006; Kerr et al., 2005). Se han encontrado algunas variables psicosociales como la ansiedad, el apoyo social percibido o la frecuencia de asistencia al centro de tratamiento que se han considerado como predictoras de la autoeficacia y a través de ésta podían influir en la adhesión al régimen de tratamiento antirretroviral (Ladero, Orejudo, Carrobles, 2005).

En la literatura revisada existen numerosos estudios que investigan la influencia de la autoeficacia en conductas como la abstinencia a drogas (Hser, 2007; Davis y Jasón, 2005), considerándola en algunos de ellos como una variable predictora del éxito de los tratamientos, junto a otras variables como el apoyo social (McKellar, Harris y Moods, 2006; Montoya, 1998). También se ha investigado la influencia de esta variable en la adhesión a regímenes complejos de tratamiento en enfermedades como hipertensión (García-Pavia et al., 2007) o diabetes. En los estudios que evalúan las relaciones entre la adhesión en esta última y la autoeficacia encuentran que el grupo que recibe una información exhaustiva acerca de la autoadministración de la insulina además de una buena preparación, consiguen un mejor nivel de autoeficacia para el tratamiento y ven reducidos a su vez, los niveles de depresión y ansiedad, mientras que el grupo que solo recibe información presenta un nivel de autoeficacia menor y por tanto una menor adhesión (Matteucci y Giampietro, 2003). Así, y al igual que ocurre en otros campos como por ejemplo en la ansiedad social (Orejudo, Nuño, Fernández, Ramos y Herrero, 2006), parece que la autoeficacia guarda relación con la conducta y que a su vez es un buen mediador de otras variables que inciden en la misma.

Si bien abundan los estudios sobre la relación entre autoeficacia y adhesión a la TARGA con un diseño transversal, no ocurre lo mismo con los estudios de diseño longitudinal. Por ello, el objetivo principal de este

trabajo consiste en aportar un análisis evolutivo de las relaciones entre la autoeficacia y la adhesión a la TARGA en una población drogodependiente que se encuentra en tratamiento con metadona con el fin último de conseguir un mayor acceso a los tratamientos antirretrovirales por parte de esta población, así como una mejor adhesión a los mismos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

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

La política de los programas de mantenimiento con metadona de ambos centros es de bajo umbral, no exigiéndose la abstinencia como condición necesaria para la permanencia en el mismo. Los programas funcionan desde 1995, por lo que hay personas que pueden estar en el mismo desde esta fecha. Se facilita la normalización de los pacientes con dosis para casa (semanales y tres veces por semana) quedando la recogida diaria únicamente para aquellos que se inician en el programa. A los pacientes se les oferta la posibilidad de recoger sus dosis en distintos puntos de dispensación: en el CAID, en el Metabús (servicio móvil de dispensación de metadona de la CAM) o en algunas farmacias concertadas.

Todos los pacientes hacen entre uno y dos controles toxicológicos por semana, penalizándose la falta de asistencia a los mismos con pérdidas

temporales de las dosis para casa. El equipo básico de tratamiento está compuesto por un médico, un trabajador social y un psicólogo. Se presta especial atención al estado de salud de los pacientes infectados por VIH+, por lo que se incluye una intervención psicoeducativa específica para ellos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables que se han incluido en este estudio han sido las variables de adhesión a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y distintas escalas que evalúan la autoeficacia y otros constructos relacionados. Más concretamente, las variables incluidas han sido las siguientes:

- **Adherencia a la terapia antirretroviral**, evaluada con un autoinforme que incluye datos sobre la toma de los fármacos tres momentos temporales distintos: ayer, la última semana y el último mes. Los valores inicialmente adoptados iban desde un cumplimiento perfecto, toma perfecta de todas las pastillas (del día anterior, de la semana o del mes), a incumplimiento total con algunos grados intermedios. No obstante, el tratamiento de la variable fue dicotómico, por lo que se consideraron como adherentes a aquellos participantes que cumplían perfectamente con toda la medicación y dado el carácter longitudinal del estudio, diferenciamos distintos niveles de adhesión, a partir de la evolución ocurrida con la misma. Así, generamos cuatro grupos de participantes: pacientes adherentes que lo siguieron siendo al año de seguimiento, pacientes adherentes que abandonaron el tratamiento, pacientes inicialmente no adherentes que iniciaron terapia antirretroviral y aquellos que siguieron todo el año sin tomar la medicación. Dado el grado de concordancia entre el indicador de la semana y del día anterior, para simplificar la exposición de resultados nos remitiremos únicamente a la adherencia semanal y del mes anterior.
- **Autoeficacia y Esfuerzo para la TARGA**. La primera definida como la percepción de la capacidad para seguir con el tratamiento antirretroviral (autoeficacia). Evaluada con una escala tipo likert de (1) "Mucho" a (5) "Nada". Esta escala ha sido usada en otros estudios sobre adhesión (Remor et al., 2001). Un indicador adicional inverso se obtiene al preguntar con el mismo procedimiento por el grado de *esfuerzo* que supone el tratamiento.
- También se ha incluido el Cuestionario de percepción de control BEEGC-20. (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control; Palenzuela, 1994) que mide diferentes tipos de expectativas.

Se trata de una escala con 20 ítems que mide cuatro tipos de expectativas y que incluye cinco puntuaciones diferentes fruto de la suma de cuatro ítems en cada caso. Las dos primeras son las expectativas de éxito y de locus de control (LOC) derivadas de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1966), que por su naturaleza multidimensional se evalúan con tres escalas: *expectativa de contingencia o internalidad* ($\alpha=.807$ en la primera recogida y $\alpha=.938$ en la segunda recogida), *expectativa de no contingencia o Indefensión* ($\alpha=.722$ y $\alpha=.809$, respectivamente) y *creencia en la Suerte* ($\alpha=.863$ y $\alpha=.884$). También mide la expectativa de indefensión, derivada de la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) mediante la *escala de Éxito* ($\alpha=.855$ y $\alpha=.924$) y la expectativa de autoeficacia (escala de autoeficacia, $\alpha=.726$ y $\alpha=.846$), derivada de la teoría cognitivo social de Bandura (1977). La escala es tipo likert con opciones que van desde "totalmente en desacuerdo" (0) a "totalmente de acuerdo" (9). La puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones directas de las diferentes subescalas (Palenzuela, Almeida, Prieto y Barros, 1994).

PROCEDIMIENTO

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 que fueran VIH+; Se consultaba la historia clínica para comprobar que en algún momento de su tratamiento con metadona en el CAID habían iniciado algún periodo de TARGA, 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 administradas por el entrevistador de modo que se acortara el tiempo y que no cansara a los participantes. Las pruebas duraban entre 15 y 20 minutos. La recogida de datos se hizo entre los meses de Abril, Mayo y Junio y se volvieron a recoger en los mismos meses del año siguiente.

RESULTADOS

De los 100 participantes en el estudio, la mayor parte de ellos había tomado la medicación antirretroviral en la semana anterior a la evalua-

ción, tanto en la primera toma de datos (60%), como en la segunda un año después (63.5%). Aunque en el indicador mensual, el porcentaje de participantes adherentes es menor que en el semanal, aún siguen manteniendo buenos niveles de adhesión, tanto en la primera recogida de datos (44%), como en la segunda (51.8%).

Analizando pormenorizadamente los cambios experimentados por los participantes en el transcurso del año en su adhesión (tabla 1), se observa que casi la mitad de los mismos continuaban tomando su medicación antirretroviral de forma correcta la semana anterior (47%) y el mes anterior (34.9%) a ser evaluados. Los participantes que continúan sin tomar la medicación en la semana anterior (19.3%) y, sobre todo en el mes anterior (36.1%), suponen también un porcentaje importante.

Un número menor sufre modificaciones en su adhesión, siendo los porcentajes de los que hacen un cambio positivo (15.7% para la adhesión semanal y 16.9% para la mensual) ligeramente superior a los que abandonan el tratamiento (18% para la adhesión semanal y 12% para la mensual) (tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias de adhesión y evolución entre el primer y el segundo momento de recogida de datos.

	Adhesión al tratamiento antirretroviral			
	Momento 1	Momento 2		
Semana	60 (60.0%)	54 (63.5%)		
Mes	44 (44.0%)	44 (51.8%)		
	Cambios en adhesión			
	Cambio negativo, abandona el tratamiento	Sigue mal, sin tratamiento	Cambio positivo, inicia tratamiento	Sigue bien, adherente
Semana	15 (18%)	16 (19.3%)	13 (15.7%)	39 (47%)
Mes	10 (12%)	30 (36.1%)	14 (16.9%)	29 (34.9%)

Se observan diferencias entre los grupos definidos por su condición de adherencia en el primer momento de evaluación. En concreto, con relación a los grupos definidos a partir de la adherencia, vemos que se dan diferencias tanto en la autoeficacia percibida para seguir el tratamiento (Chi-Cuadrado basado en Kruskal-Wallis=51.994, $p<.000$ en los grupos de adherencia semanal, Kruskal-Wallis=35.303, $p<.001$ en adherencia mensual), en el esfuerzo que éste les supone (Kruskal-Wallis=39.524, $p<.000$ para la adherencia semanal y Kruskal-Wallis=32.379, $p<.000$ para la mensual), en las expectativas de éxito (Kruskal-Wallis=8.731, $p=.033$ y Kruskal-Wallis=96.26, $p=.022$) y en la percepción de contingencia (Kruskal-Wallis=10.736, $p=.013$) e indefensión. (Kruskal-Wallis=8.647, $p=.034$). Aunque, en las dos últimas variables únicamente presentaron diferencias en la adhesión semanal. No se encuentran diferencias en ninguna de las dos condiciones de adherencia en dos de las escalas del cuestionario de percepción de control, en la de autoeficacia y en la de contingencia.

Las comparaciones por pares (U de Mann-Whitney) atendiendo a adherencia semanal muestran que en todos los casos los grupos que siguen sin ser adherentes presentan puntuaciones diferentes a los que siguen adherentes ($p<.05$), salvo en el caso de la puntuación de BEEG-Suerte en la que no se encuentran diferencias.

Por su parte, los que hacen un cambio negativo, es decir son adherentes en el momento de tomar la medida, no se diferencian en ninguna puntuación de los que seguirán adherentes todo el año.

Sin embargo, sí aparecen diferencias entre los que seguirán mal todo el año y los que estando mal, harán un cambio positivo, en concreto los segundos presentan una mayor expectativa de éxito ($p=.012$, rango promedio= 19.38 vs. 11.44), mayor expectativa de contingencia ($p=.005$, rango promedio=19.96 vs. 19.96) y menor indefensión ($p=.011$, rango promedio=10.54 vs. 18.63).

Por su parte, los que hacen un cambio positivo frente a los que siguen bien todo el año, son menos capaces de seguir el tratamiento ($p=.000$, 10.77 vs. 31.74) y señalan mayor esfuerzo para hacerlo ($p=.000$, 40.42 vs. 21.86).

También se encuentran algunas diferencias entre los que hacen un cambio negativo de los que siguen mal, siendo en el momento inicial los primeros más capaces de seguir un tratamiento ($p=.000$, rango promedio=22.90 vs. 9.53), presentando más expectativas de éxito ($p=.038$, 10.54 vs. 18.63), más percepción de contingencia ($p=.019$, 19.93 vs. 12.31) y menor percepción de esfuerzo para seguir el tratamiento ($p=.000$, 22.50 vs. 9.07).

Por otra parte, los que hacen un cambio negativo frente a los que hacen un cambio positivo se muestran inicialmente más capaces de seguir el tratamiento ($p=.000$, 19.33 vs. 8.92) y con menor esfuerzo para hacerlo ($p=.001$, 9.90 vs. 19.81).

Cuando tomamos como factor la adherencia mensual, vemos que las diferencias entre los grupos se encuentran básicamente en la percepción de autoeficacia, de esfuerzo para el tratamiento y en las expectativas de éxito. Las comparaciones por pares muestran diferencias en las tres variables entre los sujetos que siguen bien y los que siguen mal, a favor de los primeros en los tres casos, y también en la percepción de contingencia.

En este caso, tampoco se encuentran diferencias entre los que siguen bien todo el año de aquellos que harán un cambio negativo, es decir, que inicialmente eran también adherentes.

Como en el caso anterior, se dan diferencias entre los que siguen mal y los que harán un cambio positivo, presentando estos últimos más expectativas de éxito ($p=.027$, 28.75 vs. 19.58) y menor indefensión ($p=.027$, 28.75 vs. 19.58).

Los que hacen un cambio positivo frente a los que siguen bien todo el año se diferencian por mostrar en el momento inicial una menor capacidad percibida para hacer el tratamiento ($p=.000$, 11.89 vs. 26.88) y un mayor esfuerzo para seguirlo ($p=.000$, 30.75 vs. 17.78).

Por su parte, los que siguen mal frente a los que hacen un cambio negativo se diferencian en su menor capacidad percibida para el tratamiento ($p=.003$, 17.43 vs. 29.70), en su menor expectativa de éxito ($p=.036$, 18.28 vs. 27.15) y menor expectativa de contingencia ($p=.043$, 18.33 vs. 27.00) y por su mayor esfuerzo percibido para seguir el tratamiento ($p=.001$, 23.77 vs. 10.70).

Por último, los que hacen un cambio positivo frente a los que hacen un cambio negativo únicamente difieren en su menor capacidad percibida para hacer el tratamiento ($p=.007$, 9.43 vs. 16.80).

Las tablas 2 a 5 recogen las comparaciones entre los dos momentos de medida para cada uno de los cuatro grupos de adherencia semanal y mensual considerados. En el caso de aquellos participantes que mantienen su adherencia en este tiempo, podemos comprobar además que con el paso del tiempo han disminuido su creencia general en la suerte y su percepción general de indefensión, tanto en el grupo definido a partir de la adherencia mensual como de la semanal (tabla 2). Además, en el caso de la adherencia semanal se comprueba una reducción significativa en el esfuerzo percibido para mantener el tratamiento.

Curiosamente, el grupo de los que siguen sin tomar la medicación también ha disminuido su percepción de indefensión (tabla 3), que como ya hemos comentado, era claramente superior a los del grupo que seguían bien. Algo parecido ocurre con la percepción de contingencia, que se incrementa en este intervalo temporal y se equipara a los grupos que han hecho bien el tratamiento durante este año.

Tabla 2. Medias pre-post en el grupo que sigue bien

	Semana (n=39)					Mes (n=29)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	4.87	0.41	4.92	0.26	-0.632	4.96	0.18	4.93	0.22	-1.802
Esfuerzo tratamiento	1.71	1.12	1.25	0.54	-2.440*	1.48	1.05	1.13	0.35	-0.577
BEGG-Autoeficacia	22.5	6.27	23.5	6.36	-1.576	22.8	5.88	23.0	6.52	-0.796
BEGG-Expectativas éxito	28.9	6.19	28.4	6.73	-0.063	29.6	4.89	29.0	5.95	-0.122
BEGG-Contingencia	30.4	4.93	31.8	4.10	-1.761	30.6	4.77	32.0	3.66	-1.509
BEGG- Suerte	20.2	6.87	16.8	7.57	-2.516*	19.8	7.13	16.1	7.96	-2.566**
BEGG-Indefensión	19.5	6.74	16.3	7.13	-2.637**	19.8	6.94	15.5	7.06	-3.158**

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

Tabla 3. Medias pre-post en el grupo que sigue mal

	Semana (n=16)					Mes (n=30)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	2.25	1.34	1.81	1.16	-1.086	3.03	1.65	2.73	1.61	-0.817
Esfuerzo tratamiento	4.50	1.09	4.87	.500	-1.089	3.80	1.54	4.23	1.22	-1.144
BEGG-Autoeficacia	18.1	7.48	20.7	8.30	-1.337	20.1	7.04	20.9	7.42	-0.969
BEGG-Expectativas éxito	23.2	7.68	24.3	9.63	-0.711	24.9	7.39	25.8	8.57	-0.949
BEGG-Contingencia	24.3	7.84	30.4	6.06	-2.688**	27.2	6.81	31.5	5.29	-3.161**
BEGG- Suerte	20.5	6.58	18.1	7.89	-1.035	20.3	6.03	18.8	7.20	-1.039
BEGG-Indefensión	25.0	6.66	19.0	7.59	-2.616**	23.5	7.13	18.4	6.99	-3.238***

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

Por lo que respecta a los que hacen un cambio positivo, su evolución más significativa se da en que su eficacia percibida para hacer el tratamiento se ve aumentada y disminuye el esfuerzo que éste les supone (tabla 4), aproximando sus puntuaciones a los valores máximos y mínimos de la escala con valores similares a los del grupo que fue adherente todo el año. Además, en el caso del grupo de adherencia mensual se produce un incremento general en su percepción de autoeficacia evaluada a través del BEEGC-20.

Por el contrario, los que hacen un cambio negativo tienen una evolución inversa a la mostrada por los que hicieron un cambio negativo. De manera estadísticamente significativa disminuyen su percepción de autoeficacia para seguir el tratamiento y se acercan a valores próximos a los que siguieron mal todo el año (tabla 5). Además, en el caso de los adherentes semanales, se produce un incremento notable en el esfuerzo percibido para seguir el tratamiento, similar al de los no adherentes. Curiosamente, este mismo grupo disminuye su percepción general de control de los acontecimientos relacionados con la suerte.

Tabla 4. Medias pre-post en el grupo que hace un cambio positivo

	Semana (n=13)					Mes (n=14)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	2.61	1.50	4.84	0.37	-2.953**	3.35	1.44	5.00	0.00	-2.821**
Esfuerzo tratamiento	4.00	1.47	1.84	1.06	-2.850**	3.07	1.49	1.28	.611	-2.958**
BEGG-Autoeficacia	22.6	3.90	24.2	6.88	-1.495	22.5	6.50	25.7	7.26	-2.135*
BEGG-Expectativas éxito	30.2	4.76	29.6	5.97	-0.102	29.8	6.45	29.1	7.66	-0.409
BEGG-Contingencia	32.0	4.16	33.3	4.00	-1.080	30.8	5.41	31.2	5.22	-0.297
BEGG- Suerte	17.6	9.01	19.0	9.40	-0.270	19.7	9.42	18.8	8.00	-0.490
BEGG-Indefensión	17.7	7.71	17.0	6.99	-0.472	17.4	7.92	19.5	6.72	-1.808

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

Tabla 5. Medias pre-post en el grupo que hace un cambio negativo

	Semana (n=15)					Mes (n=10)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	4.67	0.61	2.80	1.78	-2.615**	4.80	.421	3.10	2.02	-2.020*
Esfuerzo tratamiento	1.86	1.06	4.13	1.35	-2.499**	1.90	1.19	3.50	1.64	-1.901
BEGG-Autoeficacia	22.6	6.63	22.2	6.98	-0.404	22.3	5.77	24.4	4.88	-1.227
BEGG-Expectativas éxito	28.9	5.17	28.7	7.00	-0.284	30.1	4.70	28.9	6.72	-0.654
BEGG-Contingencia	30.8	3.50	31.5	5.81	-0.595	31.9	3.95	32.2	6.37	-0.140
BEGG- Suerte	21.0	5.13	17.3	5.88	-1.960*	20.1	5.19	15.8	6.95	-1.365
BEGG-Indefensión	21.8	7.77	19.4	7.27	-0.856	19.4	6.38	18.0	8.58	-0.460

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio longitudinal con una muestra de población drogo-dependiente en programa de mantenimiento con metadona se pone de manifiesto que la adhesión a la medicación antirretroviral varía con el transcurso del tiempo, motivo por el cuál resulta más difícil su estudio y el posterior desarrollo de programas de intervención para conseguir aumentarla.

De entre los resultados obtenidos en referencia a la variable autoeficacia para seguir el régimen de tratamiento se encuentra el hecho de que ésta evoluciona en relación a la adhesión a la TARGA y, en general los cuatro grupos de participantes difieren en la misma. Los pacientes que siguen siendo adherentes difieren significativamente de aquellos que se mantienen no adherentes en sus niveles de autoeficacia para el tratamiento, observando un aumento de la misma en el transcurso del año. Los pacientes que se inician en la TARGA durante el transcurso del año parten de unos niveles de autoeficacia menores que los que abandonan y consiguen un aumento significativo de la misma durante el año disminuyendo, a su vez, el esfuerzo percibido para la toma de la medicación antirretroviral. Este resultado muestra un patrón opuesto a la pérdida de autoeficacia experimentada por aquellos pacientes que

abandonan la medicación, alcanzando niveles de pérdida similares a los adherentes de larga evolución y también ven aumentado el esfuerzo para continuar con el tratamiento. Los participantes que se incorporan a tomar la medicación antirretroviral durante el año muestran niveles similares de autoeficacia percibida que los que ya eran adherentes. En este grupo destaca principalmente el aumento de su eficacia percibida para la toma de la medicación antirretroviral en el transcurso del año, ya que en un principio presentaban similares niveles de autoeficacia a los no adherentes. Se podría deducir, por tanto, que la variable autoeficacia tiene un valor predictivo, debiendo considerarla un factor importante no solamente en el inicio, sino también y sobre todo, en el manteniendo la adhesión a la TARGA. En este grupo también se observa un aumento en sus expectativas de autoeficacia, de contingencia y unas mejores expectativas de éxito cuando se comparan con el grupo de pacientes que siguen sin tomar la medicación en el transcurso del año.

Resultados similares han sido hallados en los estudios realizados sobre Síndrome de Burnout en los que un Locus de Control Interno (contingencia, autoeficacia y éxito) parece asociarse con la evitación de aparición del Síndrome, mientras que un Locus de Control Externo (suerte) y el uso de estrategias emocionales propiciaría la aparición del mismo (Menezes, Calvo y Ramos, 2001).

Sin duda una de las explicaciones más plausibles para la baja percepción de autoeficacia y un alto esfuerzo percibido en los pacientes que no inician el tratamiento antirretroviral o en los que lo abandonan sea la del consumo de drogas, ya que existen participantes que presentan consumos activos de heroína, cocaína y benzodiacepinas detectados a través de urinocontroles. Además de la recaída en el consumo de drogas en el grupo de personas que no inician tratamiento antirretroviral o que lo abandonan, cabe darle protagonismo también a otras variables que podrían explicar la falta de adhesión como es la pérdida de apoyo social, el ver aumentados sus niveles de ansiedad, depresión y estrés, el abandono de la terapia psicológica, pueden ser factores que expliquen un comportamiento complejo que varía con el paso del tiempo. En cuanto a las variables referidas propiamente al régimen de tratamiento, la automatización de estrategias a la hora de la toma de los fármacos podría explicar el mantenimiento de los buenos niveles de adhesión.

La autoeficacia se define como la capacidad que uno mismo percibe para organizar y llevar a cabo cursos de acción encaminados a obtener una serie de metas. Los niveles de autoeficacia varían en función del

nivel de dificultad de la tarea, del contexto y pueden ser generalizables transfiriéndose de una tarea a otra (Bandura, 1997).

En intervenciones llevadas a cabo para conseguir aumentar la adhesión a los programas de tratamiento de drogodependencias se ha puesto de manifiesto cómo las teorías del aprendizaje social-cognitivo aplicadas a población drogodependiente que se encuentra en tratamiento tienen buena fiabilidad y validez (Fernández Gómez y Llorente del Pozo, 2006). Otros estudios que han intentado validar el Modelo Trans-teórico para relacionar la autoeficacia con el proceso de cambio hacia la abstinencia obtienen resultados a favor de la aplicación de dicho Modelo, de hecho las intervenciones que hacen mejorar la autoeficacia, así como el apoyo social, ven reducidos el uso de sustancias (Naar-King et al., 2006). De acuerdo con Bandura, la red social es importante para sentirse apoyado y el apoyo social es vital para la autoeficacia (Bandura, 1997; Montoya, 1998).

Se han encontrado diferencias de género en algunos estudios en el sentido de que las mujeres encarceladas tendrían una mayor concepción del problema del uso de drogas, mayor reconocimiento de situaciones de riesgo y mayor autoeficacia, así como mejores estrategias de afrontamiento y apoyo social, una mayor aceptación de responsabilidades y evasión que los hombres (Pelissier y Jones, 2006; Davis y Jasón, 2005).

Existen también estudios que validan la teoría de la autoeficacia en intervenciones que aumentan la adhesión a la TARGA con sistemas de premios y castigos, tanto a nivel ambulatorio (Kerr et al., 2004; Haug y Sorensen, 2006), como en régimen cerrado (Sabbatani et al., 2004) y, sobre todo, con la Terapia Directamente Observada (Smith-Rohrberg, Mezger, Walton, Bruce y Altice, 2006; Chander, Himelhoch y Moore, 2006).

Como conclusión final cabe deducir que la autoeficacia es una variable importante y debe tenerse en cuenta en la intervención con población drogodependiente para conseguir aumentar su adhesión a los tratamientos antirretrovirales. En este sentido, los Centros de Atención a las Drogodependencias constituyen un espacio desde el que se podrían implementar programas de intervención que consigan un aumento en el número de pacientes que tengan acceso a la TARGA, así como un aumento de la adhesión. En estos Centros además de los programas de atención específicos de consumo de drogas se pueden tratar las diversas patologías que estos pacientes presentan constituyéndose así, en una verdadera fuente de apoyo social que logre acompañarlos en la consecución de sus objetivos de mejora de la salud.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Battaglioli-DeNero, A. M. (2007). Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (1 Suppl), 17-22.
- Camacho, I., Gimeno, M. J., Linares, R. & Gimeno, M. C. (2003). Tratamiento con metadona: relación entre dosis y retención. *Salud y Drogas*, 3, 49-109.
- Carballo, E., Cadarso-Suárez, C., Carrera, I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. & Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 13, 587-599.
- Chander, G., Himelhoch, S. & Moore, R.D. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, 66, 769-89.
- Davis, M. I. & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36, 259-74.
- Esteban, J., Gimeno, M. C., Barril, J. & De la Cruz, M. (2004). El tratamiento de mantenimiento con metadona, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la supervivencia de los adictos a opioides. *Salud y Drogas*, 4, 85-96.
- Fernández Gómez, C. & Llorente del Pozo, J.M. (2006). Evaluación de constructos relacionados con las teorías del aprendizaje social-cognitivo en drogodependientes en tratamiento: Fiabilidad y Validez. *Adicciones*, 18, 251-258.
- Goodkin, K., Shapshak, P., Asthana, D., Zheng, W., Concha, M., Wilkie, F. & Molina, R. (2004). Older age and plasma viral load in HIV-1 infection. *AIDS. Special Issue: HIV/AIDS and Aging*, 18 (Suppl1), 587-598.
- García-Pavía, P., González Mirelis, J., Pastorín, R., Bruna, M., Ruez, J., Tabuenca, A. I., Alonso-Pulpón, L. & Banegas, J.R. (2007). Epidemiological analysis of the improving areas for blood pressure control at Primary Care practice. *Revista clínica española*, 206, 220-4.
- Haug, N.A. & Sorensen, J. L. (2006). Contingency management interventions for HIV-related behaviors. *Current HIV/AIDS reports*, 3, 154-9.
- Hinkin, C. H., Barclay, T. R., Castellon, S. A., Levine, A. J., Durvasula, R. S., Marion, S. D., Myers, H. F. & Longshore, D. (2007). Drug use and medication adherence among HIV-1 infected individuals. *AIDS and behavior*, 11, 185-94.

- Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study. *Journal of addictive diseases*, 26, 51-60.
- Hudson, T.J., Owen, R.R., Thrush, C.R., Han, X., Pyne, J.M., Thapa, P. & Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 65, 211-216.
- Johnson, M.O., Chesney, M.A., Goldstein, R.B., Remien, R.H., Catz, S., Gore-Felton, C., Charlebois, E. & Morin, S.F. (2006). Positive provider interactions, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral medications among HIV-infected adults: A mediation model. *AIDS Patient Care STDS*, 20, 258-68.
- Kerr, T., Marshall, A., Walsh, J., Palepu, A., Tyndall, M., Montaner, J., Hogg, R. & Wood, E. (2005). Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS Care*, 17, 539-549.
- Kerr, T., Palepu, A., Barness, G., Walsh, J., Hogg, R., Montaner, J., Tyndall, M. & Wood, E. (2004). Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. *Antiviral therapy*, 9, 407-14.
- Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 573-579.
- McKellar, J. D., Harris, A. H. & Moods, R. H. (2006). Predictors of outcome for patients with substance-use disorders five years after treatment dropout. *Journal of studies on alcohol*, 67, 685-93.
- Matteucci, E. & Giampietro, O. (2003). Closing the gap between literature and practice: evaluation of a teaching programme (in the absence of a structured treatment) on both type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes, nutrition & metabolism*, 16, 298-305.
- Menezes, V., Calvo, B. & Ramos, F. (2001). Creencias de control personal y afrontamiento del Síndrome de Burnout en cuidados formales de ancianos. *Revista de Psiquiatría*, 16, 298-305.
- Montoya, I. D. (1998). Social network ties, self-efficacy and condom use among women who use crack cocaine: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 33, 2049-73.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J.T., Frey, M., Templin, T. & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18, 839-45.
- Nischal, K.C., Khopkar, U. & Saple, D.G. (2005). Improving adherence to antiretroviral therapy. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, 71, 316-20.

- Orejudo, S., Nuño, J., Fernández -Turrado, T. , Ramos, T. & Herrero, M.L. (2006). Participación del alumnado universitario en el aula. Una investigación sobre el temor a hablar en público en grandes grupos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 21, 145-162.
- Palenzuela D. L. (1994). BEEGC. *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control*. Universidad de Salamanca.
- Palenzuela D. L., Almeida L., Prieto G. & Barros A. M. (1994). *Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC)*. Memoria Final de la Acción Integrada entre España y Portugal (79 B). Ministerio de Asuntos Exteriores y de Educación y Ciencia de las Universidades de Salamanca, Minho y Braga.
- Pelissier, B. & Jones, N. (2006). Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of substance abuse treatment*, 30, 113-20.
- Pence, B.W., Miller, W.C., Gaynes B.N. & Eron, J.J. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 44, 159-66.
- Podymow, T., Turnbull, J., Tadic, V. & Muckle, W. (2006). Shelter-based convalescence for homeless adults. Canadian journal of public health. *Revue canadienne de santé publique*, 97, 379-83.
- Reynolds, N. R., Testa, M. A., Marc, L. G., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Smith, S.R., Vella, S. & Robbins, G. K. (2004). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: A multi-center, cross-sectional study. *AIDS and Behavior*, 8, 141-150.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P. & Carrobles, J.A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH+? *Psiquis*, 22, 5-10.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1 (Whole no. 609).
- Sabbatani, S., Giuliani, R., Fulgaro, C., Paolillo, P., Baldi, E. & Chiodo, F. (2004). HIVAb, HCVAb and HbsAg seroprevalence among inmates of the prison of Bologna and the effect of counselling on the compliance of proposed tests. *Epidemiologia e prevenzione*, 28, 163-168.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.

- Smith-Rohrberg, D., Mezger, J., Walton, M., Bruce, R.D. & Altice, F.L. (2006). Impact of enhanced services on virologic outcomes in a directly administered antiretroviral therapy trial for HIV-infected drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 43 Suppl 1, 48-53.
- Vlahov, D. & Celentano, D.D. (2006). Access to Highly Active Antiretroviral Therapy for injection drug users: Adherence, resistance and death. *Cadernos de saúde pública*, 22, 705-731.