

Factores relacionados con rehusar el tratamiento antirretroviral en prisión

Luis Sordo del Castillo^a / Isabel Ruiz Pérez^{b,c} / Antonio Olry Labry de Lima^{b,c} / José Manuel Soto Blanco^{c,d} / José Joaquín Antón Basanta^e / Eloy Girela López^f / José Manuel Castro Recio^g

^aServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Granada, España; ^bEscuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de la Cartuja, Granada, España; ^cCIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^dServicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, España; ^eServicio Médico, Centro Penitenciario de Albolote, Granada, España; ^fServicio Médico, Centro Penitenciario de Córdoba, Córdoba, España; ^gServicio Médico, Centro Penitenciario de Huelva, Huelva, España.

(Factors related to refuse antiretroviral therapy in prison)

Resumen

Introducción: A pesar de los beneficios sobre la morbilidad y la mortalidad que tiene el tratamiento antirretroviral de gran actividad, hay pacientes seropositivos que rehúsan tomarlo. Las prisiones nos permiten acceder con más facilidad a esta población.

Objetivo: Determinar las características psicosociales de los reclusos que rehúsan el tratamiento antirretroviral.

Metodología: Estudio transversal realizado a 580 reclusos seropositivos de 3 cárceles andaluzas. Como variable dependiente se estableció estar en tratamiento o rehusarlo. Las variables independientes fueron: sociodemográficas, psicosociales, relacionadas con el medio penitenciario, clínicas, y relacionadas con el estado de salud y con las drogodependencias. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar qué factores se relacionaban con rehusar el tratamiento antirretroviral.

Resultados: Al 73,1% de los reclusos seropositivos se les recomendaba el tratamiento con antirretrovirales. De éstos, el 23,1% rechazaba tomarlo, mientras el 76,9% lo tomaba. Los factores relacionados con los reclusos que rehusaban el tratamiento antirretroviral fueron una carga viral elevada, una peor salud autopercebida, un mayor número de entradas en la cárcel y ser visitados por personas diferentes a los familiares.

Conclusiones: Hay un grupo de reclusos con características propias que rechazan el tratamiento antirretroviral, sobre el que deben realizarse intervenciones específicas encaminadas a que conozcan las consecuencias de su decisión sobre la evolución de su enfermedad.

Palabras clave: Sida. Prisiones. Psicosocial. Antirretroviral.

Abstract

Introduction: Despite the benefits of highly-active antiretroviral therapy (HAART) on morbidity and mortality, some seropositive patients refuse to accept this treatment. Prisons provide easier access to this population.

Objective: To determine the psychosocial characteristics of prisoners who refuse HAART.

Methods: We performed a cross-sectional study in 580 seropositive prisoners in 3 hospitals in Andalusia (Spain). The dependent variable was being under treatment or refusal to be so. The independent variables were sociodemographic and psychosocial factors related to the prison environment and clinical factors related to health status and drug addiction. A logistic regression analysis was performed to determine which factors were related with refusal to accept HAART.

Results: HAART was recommended to 73.1% of seropositive prisoners. This treatment was refused by 23.1% of these prisoners and was accepted by 76.9%. The factors related to refusal to accept HAART were high viral load, worse self-perceived health status, a greater number of stays in prison, and being visited by persons other than relatives.

Conclusions: There is a group of prisoners with specific characteristics that refuse HAART. Specific interventions should be performed in these prisoners to make them aware of the effects of their decision on the course of their disease.

Key words: AIDS. Prisons. Psicosociales. Antiretrovirals.

Correspondencia: Isabel Ruiz Pérez.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de la Cartuja.
Apdo. de correos 2070. 18080 Granada. España.
Correo electrónico: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 7 de febrero de 2007.

Aceptado: 19 de junio de 2007.

Introducción

El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) disminuye tanto la mortalidad como la morbilidad en los pacientes seropositivos, además de reducir los costes sanitarios¹⁻³. Sin embargo, aún hay pacientes en quienes está indicado el TARGA y lo rehúsan. Este grupo de pacientes no siempre es accesible, ya que no se mantienen habitualmente

en contacto con los servicios asistenciales⁴. Sin embargo, el medio penitenciario, por sus características de reclusión, permite el acceso a estos pacientes.

Frente a los muchos estudios que caracterizan a la población seropositiva extrapenitenciaria, en prisiones sólo han comenzado a realizarse estudios en nuestro país en los últimos años. En estos trabajos quedan patentes las características específicas de este medio, como la relación con el cumplimiento del tratamiento antirretroviral: un factor específico de prisión como es la limitación en la posibilidad de entrar en la celda a cualquier hora dificulta un óptimo cumplimiento^{5,6}. La realización de estudios en el medio penitenciario es muy importante, más cuando en España la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es del 13%, porcentaje que representa la cifra más alta de Europa⁷. Las posibilidades de tener una adecuada asistencia sanitaria y las condiciones terapéuticas que encontramos en los centros penitenciarios españoles no difieren de las de la población en libertad. Incluso ha quedado reflejado el hecho de que con los mismos tratamientos antirretrovirales prescritos, los marcadores de la evolución de la infección por el VIH son mejores en el medio penitenciario que en el extrapenitenciario^{8,9}. Así, las recomendaciones respecto a su inicio son iguales en ambos lugares¹⁰, y determinan la cifra de linfocitos CD4⁺ y la carga viral plasmática como factores de referencia más importantes para el inicio del tratamiento antirretroviral¹¹. Es una recomendación, ya que tales recomendaciones supeditan la decisión final al criterio de cada médico que la pueda valorar individualmente con cada paciente, y por supuesto cuenta con la libertad de cada uno para seguir o no los consejos médicos. Esta autonomía de la que goza también la población penitenciaria hace que, respecto a la infección por el VIH, queden definidos 3 grupos de pacientes: los que siguen un tratamiento antirretroviral (TARV), los que no lo realizan porque no está indicado, y los que rehúsan tomarlo a pesar de estar indicado. Este último grupo ha sido objeto de pocos estudios, y éstos se centran, en su mayor parte, en los motivos que refieren para rehusar, y no en sus características¹²⁻¹⁴.

El objetivo de este estudio es comparar las características psicosociales de los presos que rehúsan realizar TARV e identificar los factores relacionados con tal negativa.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal a todos los reclusos VIH positivos ingresados en los centros penitenciarios de Albolote (Granada), Córdoba y Huelva entre mayo y julio de 2004. Se excluyeron del estudio todos

aquellos cuyo estado físico o mental hizo imposible la realización de las entrevistas y cumplimentar los cuestionarios. Se dispuso de información de un total de 580 sujetos (tasa de respuesta del 96%).

Como variable de agrupación se consideró rehusar el TARV o tomarlo. Como variables independientes se incluyeron las siguientes:

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, número de hijos y nivel de estudios (primarios sin acabar, primarios acabados).

2. Variables psicosociales: recibir visitas, personas que les visitan (familiares u otros), existencia de apoyo social externo e interno y quién presta este último (otros internos o profesionales del centro/organización no gubernamental).

3. Variables relacionadas con las drogas: consumo de drogas en la calle y droga más frecuentemente consumida (heroína y/o cocaína u otras), consumo más frecuente de drogas en prisión (ninguna, heroína y/o cocaína, derivados del cáñamo u otras), tiempo desde el inicio del consumo de drogas, excluidas las legales y los derivados del cáñamo, y tratamiento con metadona en prisión.

4. Variables clínicas y relacionadas con el estado de salud: CD4 (células/ μ l), carga viral (indetectable, < 1.000 copias/ml o > 1.000), sida, tiempo desde que se sabe portador de anticuerpos (meses), coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC), presencia de otras enfermedades crónicas, presencia de morbilidad psíquica, número de veces en tratamiento antirretroviral, ingreso en el hospital en los 6 meses previos y salud autopercebida respecto al año anterior (mejor, igual, peor).

5. Variables del medio penitenciario: situación penal (cumplimiento de pena o prisión preventiva), tipo de delito como causa del encarcelamiento (delitos contra la salud pública y robos) frente a otros delitos (homicidio, violación, etc.), destino en prisión (asignación de trabajo dentro del centro), juicios pendientes, tiempo de condena, tiempo de condena que queda por cumplir, número de entradas en prisión (más o menos de dos), calidad percibida de la comida y recibir suplementos alimenticios (leche, batidos, etc.). Estas 2 últimas variables se mostraron relacionadas con el cumplimiento en este medio en estudios previos⁶.

Instrumentos de medición

Para medir la morbilidad psíquica se usó el General Health Questionary de 12 ítems, que ha sido adaptado y validado en nuestro medio¹⁵. Se trata de un cuestionario autoadministrado. Este instrumento considera como paciente con una morbilidad psíquica al que ob-

tiene una puntuación ≥ 3 . Para el punto de corte establecido de 6/7, el instrumento tiene una sensibilidad del 76,9% y una especificidad del 90,2%.

El resto de variables se recogieron mediante un cuestionario estructurado con entrevistador. Los ítems de estos bloques se extrajeron de un estudio previo¹⁶. Éstos se agruparon en los siguientes bloques: variables sociodemográficas, variables clínicas, variables relacionadas con el medio penitenciario, variables de apoyo social y variables relacionadas con las drogas.

Procedimiento

Los datos necesarios para el estudio se obtuvieron gracias a las entrevistas concertadas por el equipo médico de los centros. Tras explicarles los objetivos del estudio, su incorporación voluntaria quedó ratificada firmando el consentimiento informado, en cumplimiento del artículo 8.1 del Reglamento Penitenciario. Igualmente, se garantizó la confidencialidad de los datos. La

administración de los cuestionarios se llevó a cabo por encuestadores entrenados.

Teniendo en cuenta las características de la población diana, muchas de las preguntas se adecuaron a la jerga al uso.

Los valores de CD4 (citometría de flujo) y la carga viral (la técnica de medición utilizada fue el NASBA o la reacción en cadena de la polimerasa, según el centro) se extrajeron de las historias clínicas informatizadas, coincidiendo con la fecha de la última visita al centro penitenciario para la recogida de datos.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo usando los estadísticos habituales (media y desviación estándar, o mediana y rango intercuartil) para las variables cuantitativas con distribución no normal. En el análisis bivariante, para las variables independientes cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 , o el test exacto de Fisher

Tabla 1. Factores psicosociales y relacionados con drogodependencias

	Rehúsan tomar el tratamiento n (%)	Toman el tratamiento indicado n (%)	p	OR (IC del 95%)
Sexo				
Mujer	6 (6,3)	25 (7,8)	0,614	1,27 (0,47-3,56)
Hombre	90 (93,7)	296 (92,2)		
Hijos				
No	39 (41,1)	148 (46,1)	0,384	1,23 (0,75-2,01)
Sí	56 (58,9)	173 (53,9)		
Estudios				
Primarios sin acabar	62 (64,6)	207 (64,7)	0,985	1,00 (0,61-1,66)
Primarios acabados	34 (35,4)	113 (35,3)		
Consumo de drogas en la calle				
No	1 (1)	7 (2,2)	0,456	2,19 (0,27-47,90)
Sí	95 (99)	304 (97,8)		
Droga de más consumo en la calle				
Otras	5 (5,3)	26 (8,3)	0,330	1,63 (0,57-4,98)
Heroína y/o cocaína	90 (94,7)	288 (91,7)		
Tratamiento con metadona				
No	36 (37,5)	168 (52,3)	0,010	1,83 (1,12-3,00)
Sí	60 (62,5)	153 (47,7)		
Consumo de drogas dentro de la prisión				
Ninguna	38 (40,6)	132 (41,4)	—	—
Derivados del cáñamo	36 (37,5)	131 (40,1)	0,859	0,95 (0,55-1,65)
Otras	10 (10,4)	44 (13,7)	0,549	0,79 (0,34-1,81)
Heroína y/o cocaína	11 (11,5)	13 (4,4)	0,013	2,94 (1,12-7,71)
	Media (DE)	Media (DE)	p	
Edad (años)	37,50 (7,75)*	37,00 (5,32)*	0,468	
Tiempo como consumidor de drogas	18,50 (6,87)	17,71 (6,71)	0,315	

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

*Mediana (rango intercuartil).

en el caso de las dicotómicas, cuando el porcentaje de frecuencia esperada < 5 fue mayor del 30%. Para las variables cuantitativas con comportamiento normal y homogeneidad de la varianza se empleó la prueba de *t* de Student. Para las demás variables se utilizó la prueba de la *U* de Mann-Whitney. El control de los factores de confusión se realizó mediante un análisis de regresión logística. Todo ello se realizó a través del paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados

De los 580 reclusos seropositivos de los que se dispuso de datos, 10 habían abandonado el TARV de acuerdo con el facultativo por los efectos adversos que éste le producía. De los 570 restantes, en 153 (26,8%) no estaba indicado el TARV, y en 417 sí lo estaba. De ellos, el 23,1% rechazaba tomarlo, mientras el 76,9% lo tomaba.

Respecto a las características sociodemográficas, tanto los pacientes que rehusaban el TARV como los que lo tomaban, tenían una media de edad de 37 años. Con respecto a los que lo tomaban, entre los reclusos que rechazaban el TARV había más hombres (93,7%), con un mayor número con hijos (58,9%) y un peor nivel educativo (el 64,6% no tenían estudios primarios). Respecto a las variables relacionadas con las drogodependencias, entre los que rechazaban el TARV había más sujetos que consumían drogas antes de entrar en prisión (99%), con un mayor tiempo desde el inicio del consumo (18 meses); asimismo, se constató un mayor predominio de la heroína y/o la cocaína como sustancia más consumida en libertad (94,7%). Sin embargo, siendo los derivados del cáñamo la droga más consumida en prisión, aparece un consumo más frecuente entre los pacientes que toman el tratamiento (40,1%). Tomaba metadona el 62,5% de los reclusos que rechazaban el TARV frente al 47,7% de los que lo tomaban, la única de las variables con diferencia estadísticamente significativas en el análisis bivariado (*odds ratio* [OR] = 1,83; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,12-3) (tabla 1).

En cuanto a las variables relacionadas con el estado de salud, los pacientes que rechazaban el tratamiento presentaron una mayor prevalencia de morbilidad psíquica (65,9%), enfermedad crónica (80,9%) y hepatitis C (91,1%) que los que lo tomaban. Por el contrario, el diagnóstico de sida (22,6%), el número de veces en TARV (1,69) y el ingreso hospitalario en los 6 meses previos (20,8%) fueron menos frecuentes que en los reclusos en tratamiento. El tiempo desde la detección de anticuerpos en los que rehusaban el TARV era de 168 meses frente a los 156 de los que estaban en TARV. Tenía peor salud que el año anterior el 47,9% de los

que rechazaban el TARV frente al 33,5% de los que lo tomaban, y mejor el 16,7 frente al 45,5% asociado a tener una salud autopercebida respecto al año anterior igual o peor frente a mejor, de forma significativa, con rehusar el TARV (OR = 4,6; IC del 95%, 2,27-9,41, y OR = 3,9; IC del 95%, 2,01-7,62, respectivamente). Las otras variables de este grupo que se asociaron de forma significativa con rehusar el TARV fueron tener un mayor nivel de CD4 (323 frente a 255 células/ μ l; $p = 0,007$) y tener en la carga viral detectable menor o mayor de 1.000 copias frente a indetectable (OR = 13,87; IC del 95%, 4,37-48,93, y OR = 32,08; IC del 95%, 10,69-107,89, respectivamente) (tabla 2).

Respecto a las variables relacionadas con el medio penitenciario, los reclusos que rechazaban el TARV tenían con más frecuencia juicios pendientes (22,9%), un número de entradas en prisión superior a dos (86,5%), mayor condena (62 frente a 52 meses) y mayor tiempo por cumplir (31 frente a 22 meses). Recibían visitas con mayor frecuencia (67,7%) y apoyo social externo (95,8%). Por el contrario, recibían menos apoyo social interno (76,3%), y cuando éste existía era con mayor frecuencia proporcionado por otros internos (76,3%) que en los reclusos en tratamiento. Entre los pacientes que rehusaban el TARV, había más sujetos en situación penal preventiva (4,2%), con condena por robo o delitos contra la salud pública (84,4%) y con una mala opinión sobre la comida (85,4%), aunque eran menos los que recibían suplementos alimentarios (43,8%). Se relacionó estadísticamente con rechazar el tratamiento no tener destino en prisión (el 58,9 frente al 45,3%; OR = 1,73; IC del 95%, 1,06-2,83), que las personas que proporcionaban apoyo social interno fueran otros reclusos y no trabajadores de prisión (el 76,3 frente al 59,1%; OR = 2,23; IC del 95%, 0,93-5,49) y que las visitas recibidas no fueran de familiares (el 17,7 frente al 7,5%; OR = 2,64; IC del 95%, 1,24-5,61) (tabla 3).

Los factores que de forma independiente se asociaron a rehusar el TARV fueron tener una carga viral detectable (tanto mayor como menor de 1.000 copias), una peor salud autopercebida, un número mayor de 2 entradas previas en prisión y recibir visitas de personas diferentes a la familia (tabla 4).

Discusión

Este estudio pretende determinar las características diferenciales del grupo de reclusos que rehúsan el TARV. La investigación en esta población, más allá de la importancia que tiene por sí misma, supone la incorporación de pacientes que en otros estudios realizados en medios asistenciales podrían pasar por alto. Esto no significa que los resultados en esta población reclusa que

Tabla 2. Factores relacionados con el estado de salud

	Rehúsan tomar el tratamiento n (%)	Toman el tratamiento indicado n (%)	p	OR (IC del 95%)
Salud autopercebida				
Mejor	16 (16,7)	145 (45,5)	–	
Igual	34 (35,4)	67 (21)	< 0,001	4,6 (2,27-9,41)
Peor	46 (47,9)	107 (33,5)	< 0,001	3,9 (2,01-7,62)
Morbilidad psíquica				
No	30 (31,3)	114 (38,3)		
Sí	58 (65,9)	184 (61,7)	0,478	1,2 (0,71-2,03)
Enfermedad crónica				
No	18 (19,1)	81 (25,6)		
Sí	76 (80,9)	236 (74,4)	0,202	1,45 (0,79-2,68)
Hepatitis C				
No	8 (8,9)	34 (11,6)		
Sí	82 (91,1)	258 (88,4)	0,465	1,35 (0,57-3,30)
Sida				
Sí	21 (22,6)	86 (27,8)		
No	72 (77,4)	223 (72,2)	0,315	1,32 (0,74-2,37)
Ingreso los 6 meses previos				
Sí	20 (20,8)	70 (21,8)		
No	76 (79,2)	251 (78,2)	0,839	1,06 (0,59-1,93)
Carga viral indetectable				
< 1.000 copias	4 (4,2)	162 (50,6)	–	
< 1.000 copias	25 (26)	73 (22,8)	< 0,001	13,87 (4,37-48,93)
> 1.000 copias	61 (63,5)	77 (24,1)	< 0,001	32,08 (10,69-107,89)
	Media (DE)	Media (DE)	p	
CD4 (células/ μ l)	255 (175,5)*	323 (284)*	0,007	
N.º de veces en tratamiento ARV	1,69 (2,25)	1,84 (1,225)	0,389	
Meses desde detección anticuerpos	156,65 (68,96)	150,23 (64,92)	0,403	

ARV: antirretroviral; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

*Mediana (rango intercuartil).

rechaza el tratamiento puedan extrapolarse al medio extrapenitenciario, pero quizá puedan representar en alguna medida a los pacientes que no se encuentran encarcelados. Cabe destacar que apenas se han encontrado estudios, penitenciarios o extrapenitenciarios, que se centren en los pacientes infectados por el VIH que, por algún motivo, decidan rehusar el TARV.

Respecto a las limitaciones del presente estudio, es posible que los pacientes con un peor estado de salud estuvieran ingresados en el momento del estudio. En relación con el TARV, en las 3 cárceles los criterios en que se basa la puesta en tratamiento son los mismos¹⁷, aunque cada caso ha sido estudiado individualmente por diferentes médicos, por lo que es innegable la posibilidad de cierta variabilidad a la hora de recomendar o no el TARV. La transversalidad del estudio también supone una limitación a la hora de determinar las relaciones de causalidad en los factores que se relacionan directamente con los pacientes que rehúsan el tratamiento. Además, aunque la mayor parte de los reclusos consumían heroína, cocaína o la mezcla de

ambas antes de entrar en prisión, no podemos determinar quienes contrajeron la infección por el VIH por vía intravenosa, dado que no está recogida la vía de administración de estas sustancias.

De todos los reclusos infectados por el VIH a los que se recomienda el TARV, más de una quinta parte rechaza tomarlo. Este dato es especialmente significativo teniendo en cuenta el estrecho contacto con los servicios médicos que están a disposición de los reclusos, lo que hace por sí solo plantearse no sólo qué factores se relacionan con este grupo de pacientes, sino los motivos que podrían provocar esta decisión. En el medio extrapenitenciario se han identificado, entre muchas otras causas, los efectos adversos como principal motivo para no tomar el tratamiento^{11,13}, pero no hay estudios que lo exploren en las prisiones.

El perfil de los reclusos de nuestra muestra está constituido por sujetos jóvenes, en su mayoría hombres, que consumían drogas antes de entrar en prisión, con estudios primarios sin terminar, varios ingresos en prisión y en cumplimiento de condena. Estas caracterís-

Tabla 3. Factores relacionados con el medio penitenciario

	Rehúsan tomar el tratamiento n (%)	Toman el tratamiento indicado n (%)	p	OR (IC del 95%)
Juicios pendientes				
No	74 (77,1)	252 (79,5)		
Sí	22 (22,9)	65 (20,5)	0,612	1,15 (0,64-2,06)
N.º de entradas en prisión				
Una o dos	13 (13,5)	69 (21,5)		
Más de dos	81 (86,5)	249 (77,6)	0,093	1,73 (0,87-3,47)
Reciben visitas				
No	31 (32,3)	118 (36,8)		
Sí	65 (67,7)	203 (63,2)	0,422	1,22 (0,73-2,04)
Personas que les visitan				
Familiares	48 (73,3)	179 (88,1)		
Amigos u otras	17 (27,7)	24 (11,9)	0,005	2,64 (1,24-5,61)
Apoyo social externo				
Sí	91 (95,8)	300 (93,8)		
No	4 (4,2)	20 (6,3)	0,454	1,52 (0,47-5,39)
Apoyo social interno				
Sí	38 (39,6)	149 (46,4)		
No	58 (60,4)	172 (53,6)	0,237	1,32 (0,81-2,16)
Personas de apoyo interno				
Profesionales del centro o de ONG	9 (23,7)	61 (40,1)		
Otros internos	29 (76,3)	88 (59,1)	0,05	2,23 (0,93-5,49)
Situación penal				
Cumpliendo	92 (95,8)	313 (97,5)		
Preventiva	4 (4,2)	8 (2,5)	0,389	1,70 (0,42-6,41)
Destino en prisión				
Sí	39 (41,1)	175 (54,7)		
No	56 (58,9)	145 (45,3)	0,02	1,73 (1,06-2,83)
Causa de ingreso				
Resto de delitos	15 (15,6)	51 (16)		
Robo-delitos contra la salud pública	81 (84,4)	268 (84)	0,932	1,03 (0,53-2,02)
Opinión sobre la comida				
Buena	14 (14,6)	67 (21)		
Mala	82 (85,4)	252 (79)	0,164	1,56 (0,80-3,07)
Recibe suplementos				
Sí	54 (56,3)	210 (65,4)		
No	42 (43,8)	111 (34,6)	0,102	1,47 (0,90-2,40)
	Media (DE)	Media (DE)	p	
Tiempo de condena (meses)	36 (87,0)	29 (67,25)	0,269	
Tiempo que le queda de condena (meses)	18 (28,5)	10 (26,25)	0,126	

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; ONG: organización no gubernamental; OR: *odds ratio*; RIC: rango intercuartil.

ticas aparecen sin demasiada variación con independencia de si están en tratamiento o rehúsan tomarlo, y coinciden con lo descrito tanto para toda la población penitenciaria española como para la de otros países^{8,9,17}.

Los factores relacionados con los pacientes que rehúsan el tratamiento ajustados por el resto de variables, al no haber prácticamente estudios con los que comparar, tienen difícil interpretación. Por un lado, aparece tanto una peor salud autopercebida como una elevada carga

viral. Al tratarse de un estudio transversal, no podemos determinar si estos factores son causa o consecuencia de rechazar el tratamiento. En el caso de la carga viral, se trata de una variable directamente relacionada con la evolución de la enfermedad. El TARGA reduce la carga viral³, por lo que parece lógico que ésta aumente cuando no se toma. Sin embargo, la salud autopercebida no es un parámetro clínico sino subjetivo. Llama la atención que los pacientes que rehúsan el tratamiento tengan una

Tabla 4. Factores relacionados con rehusar el tratamiento antirretroviral. Análisis de regresión logística

	OR	IC del 95%
Carga viral (cargas/ml)		
Indetectable		
< 1.000	2,33	1,06-5,11
> 1.000	28,96	7,88-106,37
Salud autopercebida (respecto al año anterior)		
Mejor		
Igual	3,77	1,43-9,96
Peor	2,06	0,91-4,85
N.º de entradas en prisión		
Una o dos		
Más de dos	2,59	1,03-6,52
Quién los visita		
Familiares		
Amigos u otros	3,26	1,30-8,17

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

peor percepción de su salud que los que lo toman. Según la literatura médica, parece que el malestar que les provocan los efectos adversos es el principal motivo que lleva a los pacientes a no tomar antirretrovirales^{14,18}. Sin embargo, al menos en el medio extrapenitenciario, evitar estos efectos adversos no parece que mejore la percepción de salud de los que rechazan el tratamiento. Fuera de este medio, dicho resultado debe interpretarse con cautela, ya que ha quedado demostrado que el encarcelamiento influye en la percepción que el recluso tiene de su salud¹⁹.

Por otro lado, es significativo que un mayor número de entradas en prisión se relacione con rechazar el TARV. La salida de prisión ha demostrado empeorar los parámetros clínicos de los reclusos seropositivos²⁰. Son personas que reinciden en la comisión de delitos, están menos integradas en la sociedad y no establecen lazos permanentes con el sistema sanitario, ni dentro ni fuera de prisión. A pesar de no tener referencias en la bibliografía con las que comparar este hecho, algunos estudios relacionan una mayor reincidencia con un menor apoyo social. Al mismo tiempo, establecen una relación entre un bajo apoyo social y un menor cumplimiento terapéutico⁶. En este estudio el apoyo social como tal no se relaciona con rehusar el tratamiento, pero sí con una fuente de apoyo, como son las visitas recibidas. Y si bien en este estudio se habla de rehusar el tratamiento y no de su cumplimiento, podríamos establecer ciertas similitudes entre presentar un bajo cumplimiento terapéutico y el extremo de un continuo, que es rechazar el tratamiento.

Finalmente, de los factores relacionados, llama la atención la relación entre rehusar el tratamiento y recibir visitas diferentes a la familia. O dicho de otra forma, la relación entre recibir visitas de familiares y tomar el tratamiento. Ha quedado reflejado en estudios previos

la relación entre tener pareja y tomar el tratamiento, y se ha establecido la importancia del apoyo familiar en el cumplimiento terapéutico²¹. En este caso, rehusar el tratamiento parece también estar relacionado con recibir visitas de personas no familiares. Quizá el hecho de que pudieran ser personas relacionadas con el ambiente que llevó al recluso a prisión esté detrás de este hallazgo.

Más allá de todos estos factores, en relación con la posibilidad de extrapolar los resultados al medio extrapenitenciario, hemos de recordar que en nuestro país el empeoramiento del estado de salud de los reclusos puede ser motivo de excarcelación²². Este hecho podría motivar, en determinados casos, rehusar el tratamiento, y provocar así un empeoramiento clínico. En este estudio no hemos estudiado tales motivos, pero este hecho podría asociarse con todos los factores relacionados.

En resumen, este trabajo pone de manifiesto la existencia de una importante población reclusa que rechaza el TARV y que tiene determinados factores específicos que la diferencian del resto de la población penitenciaria. Durante los últimos años, se ha realizado un importante esfuerzo desde la administración sanitaria para mejorar la salud de los internos con programas como el de mantenimiento con metadona o intercambio de jeringas. Respecto al VIH, deben realizarse intervenciones que conciencien a los reclusos de las consecuencias de no tomar el tratamiento prescrito, incidiendo especialmente en los factores relacionados con este grupo. De esta manera, no sólo mejorará la salud de estos reclusos, sino que evitaremos la aparición de enfermedades oportunistas transmisibles al resto de la población penitenciaria.

Bibliografía

1. Lucas GM, Chaisson RE, Moore RD. Survival in an urban HIV-1 clinic in the era of highly active antiretroviral therapy: a 5-year cohort study. *J Acquir Imm Defic Syndr*. 2003;33:321-8.
2. García de Olalla P, Knobel H, Carmona A, et al. Impact of adherence and HAART on survival in HIV-infected patients. *J Acquir Imm Defic Syndr*. 2002;30:105-10.
3. Moore RD, Chaisson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS*. 1999;13:1933-42.
4. Cunningham WE, Sohler NL, Tobias C, Drainoni ML, Bradford J, Davis C, et al. Health services utilization for people with HIV infection: comparison of a population targeted for outreach with the US population in care. *Med Care*. 2006;44:1038-47.
5. Olry de Labry A, Plazaola J, Ruiz I, Soto JM, Antón JJ, Castro JM, et al. Estado clínico y psicosocial de reclusos en tratamiento con antirretrovirales. *Rev Esp Sanid Penit*. 2003;5:9-16.
6. Soto JM, Ruiz I, March JC. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *Int J STD AIDS*. 2005;16:133-8.
7. Informe General. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del interior; 2003.

8. Kindelan-Jaquotot JM, Del Amo-Valero J, Martín-Ruiz C, Saiz de la Hoya-Zamacola P, Pulido-Ortega P, Laguna-Cuesta F. Treatment of HIV infection in patients with psychosocial problems. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20:19-28.
9. Baillargeon J, Borucki MJ, Zepeda S, Jenson HB, Leach CT. Antiretroviral prescribing patterns in the Texas prison system. *Clin Infect Dis*. 2000;31:1476-81.
10. Grupo castellano-leonés para la infección de VIH en prisiones. Study of cases of HIV infection in Castile-Leon prisons. *Rev Clin Esp*. 2001;201:249-55.
11. Iribarren JA, Labarga P, Rubio R, Berenguer J, Antela A, González J, et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH (octubre de 2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:564-642.
12. Maisels L, Steinberg J, Tobias C. An investigation of why eligible patients do not receive HAART. *AIDS Patient Care STDS*. 2001;15:185-91.
13. Bassetti S, Battegay M, Ferrer H, Rickenbach M, Flepp M, Kaiser L, et al. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1999;21:114-9.
14. Kremer H, Bader A, O'Cleirigh C, Bierhoff HW, Brockmeyer NH. The decision to forgo antiretroviral therapy in people living with HIV compliance as paternalism or partnership? *Eur J Med Res*. 2004;9:61-70.
15. Muñoz PE, Tejerina-Allen M, Cañas F. Estudio de validación preactiva del GHQ en población general urbana. Beca FIS 93/0905. Pendiente de publicación.
16. Comisionado para la droga. Salud y drogas en la cárcel de Huelva. EASP, 1999-2000.
17. Gabinete técnico de la dirección general de instituciones penitenciarias. Ministerio del interior. Datos estadísticos de la población reclusa. Abril de 2006 [citado 26 Jul 2006]: Disponible en: www.mir.es/instpeni/archivos/mensual.pdf
18. Gold RS, Hinchey J, Batrouney CG. The reasoning behind decisions not to take up antiretroviral therapy in Australians infected with HIV. *Int J STD AIDS*. 2000;11:361-70.
19. Blanc A, Lauwers V, Telmon N, Rouge D. The effect of incarceration on prisoner perception on their health. *J Community Health*. 2001;26:462-4.
20. Stephenson BL, Wohl DA, Golin CE, Tien HC, Stewart P, Kaplan AH. Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Rep*. 2005;120:84-8.
21. Kremer H, Ironson G, Schneiderman N, Hautzinger M. To take or not to take: decision-making about antiretroviral treatment in people living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS*. 2006;20:335-49.
22. España. Artículo 196.2 del Reglamento Penitenciario. Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, del Código penal. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de junio de 1981, n.º 149.