

Estado clínico y psicosocial de reclusos en tratamiento con antirretrovirales

A Olry de Labry¹, J Plazaola¹, I Ruiz¹, JM Soto², JJ Antón³, JM Castro⁴, E Girela⁵

¹ Área de Salud Pública. Escuela de Salud Pública (Granada). Red de Investigación Salud y Género

² Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

³ Servicios Médicos Centro Penitenciario de Albolote (Granada)

⁴ Servicios Médicos Centro Penitenciario de Huelva

⁵ Servicios Médicos Centro Penitenciario de Córdoba

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los estudios realizados en prisiones se han centrado en el estudio de la infección por VIH, la adherencia o la TBC. Sin embargo, llama la atención la escasez de estudios sobre las características psicosociales de esta población, como son por ejemplo la morbilidad psíquica, el apoyo social o el consumo de drogas.

Objetivos: Describir el estado clínico y psicosocial de los reclusos en tratamiento con antirretrovirales en tres prisiones andaluzas (Córdoba, Granada y Huelva).

Material y métodos: Mediante una encuesta transversal, con un cuestionario administrado por entrevistador, se entrevistaron a todos los reclusos en tratamiento con antirretrovirales de los tres centros. Las variables estudiadas fueron: datos sociodemográficos, variables del medio penitenciario, variables sobre la adherencia al tratamiento, variables de salud y variables de apoyo.

Resultados: La frecuencia de morbilidad psíquica fue del 42% y el 64,4% refirió tener algún tipo de enfermedad crónica; de éstos, el 12,7% afirmó padecer tuberculosis. El 46,6% afirmaron contar con apoyo social dentro de la prisión, recibiendo de otros internos el 45% y de los profesionales de la prisión el 36,6%. El 54,8% fueron considerados no adherentes al tratamiento con antirretrovirales. El 89% consideraba que la comida era mala, y sólo al 29,9% se le facilitaban suplementos de comida. Por último, el 33,8% refería no tener flexibilidad para que le abrieran la celda en caso de olvido del tratamiento. El 31% refería peor salud autopercebida.

Palabras clave: Reclusos, estado clínico, morbilidad psíquica, apoyo social.

CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL STATE OF INMATES IN TREATMENT WITH ANTIRETROVIRALS

ABSTRACT

Introduction: Most studies conducted in prisons have focused on the study of HIV infection, adherence to treatment or TBC. However, there is a surprisingly small number of studies on the psychosocial characteristics of this population, such as psychic morbidity, social support or drug use.

Objective: To describe the clinical and psychosocial status of inmates in treatment with antiretrovirals in three Andalusian prisons (Córdoba, Granada and Huelva).

Materials and method: All inmates in treatment with antiretrovirals in the three correctional facilities were interviewed using a heteroadministered questionnaire, with a cross-sectional design. The sociodemographic data, penitentiary, adherence to treatment, health and social support variables were studied.

Results: The frequency of psychic morbidity was 42%, and 64,4% of the interviewed sample mentioned having some kind of chronic disease; of these, 12,7% admitted to suffering from tuberculosis. 46,6% stated that they had social support within the prison, receiving it from other inmates in 45% of the cases and 36,6% from professionals of the prison. 54,8% were con-

sidered non-adherent to antiretroviral treatment. 89% of the sample considered that the food was of bad quality, and only 29,9% were provided with food supplements. Finally, 33,8% stated that they were not able to have their cells opened if their medication was forgotten. 31% mentioned worse self-perceived health when compared with the previous year.

Key words: Prison inmates, clinical status, psychic morbidity, social support.

INTRODUCCIÓN

La población reclusa ha aumentado significativamente en España en los últimos años, pasando de 33.035 internos en el año 1990 a 53.868 en 2003. De estos reclusos, 12.046 están distribuidos en las doce prisiones andaluzas¹.

Este gran volumen de población se ve afectado por diversos problemas de salud, siendo las enfermedades de transmisión parenteral (VIH y VHC fundamentalmente), junto con la tuberculosis, las enfermedades psiquiátricas y el consumo de drogas, las más frecuentes². Así, la prevalencia de infección por VIH entre los reclusos de las cárceles españolas es la más alta de Europa; aproximadamente un 20% de los reclusos existentes son VIH+ y un 4% han recibido el diagnóstico de SIDA³.

La mayoría de los estudios realizados en prisiones se han centrado en el estudio de la infección por VIH, la adherencia a los antirretrovirales o la TBC. Sin embargo, llama la atención la escasez de estudios sobre las características psicosociales de esta población, como son por ejemplo la morbilidad psíquica, el apoyo social o el consumo de drogas.

La literatura científica señala que, por una parte, la frecuencia de infección por VIH entre los enfermos mentales es mayor que en población general y, por otra parte, también hay evidencias de una elevada frecuencia de morbilidad psíquica entre los pacientes infectados⁴⁻⁶. Ésta puede conllevar un mayor riesgo de conflictividad interna⁷, y también parece influir positivamente en la capacidad de esta población para entender y llevar a cabo los consejos relacionados con su enfermedad^{8, 9}. Los trastornos depresivos y de ansiedad han sido objeto de estudio en otros países; sin embargo, son pocas las investigaciones realizadas sobre este tema en nuestro país.

De la misma manera, el apoyo social es un factor raramente estudiado en esta población, y los estudios disponibles no han proporcionado datos sobre su frecuencia ni sobre sus fuentes. El apoyo social es considerado uno de los principales elementos "amortiguadores" de la morbilidad psíquica y en consecuencia una variable indispensable a tener en cuenta en el estudio de la salud integral de los individuos. Esta va-

riable toma una mayor relevancia en este medio cerrado y privativo de libertad¹⁰.

En cuanto al consumo de drogas, más del 50% de las personas que ingresan en prisión refieren haber consumido en la calle, y aproximadamente la mitad de ellas lo hacen por vía intravenosa. Esto es especialmente relevante, ya que hasta hace pocos años el principal mecanismo de transmisión del VIH ha sido el material inyectable¹¹.

Por otra parte, está ampliamente constatado que la morbilidad y mortalidad de los individuos se ven influidas por la adherencia al tratamiento antirretroviral, y de la misma manera los factores psicosociales anteriormente descritos parecen influir de manera significativa en la adherencia al tratamiento^{8, 9}.

Por último, la influencia de las variables previamente mencionadas en la salud global de los pacientes está ampliamente demostrada, y esto hace preciso la necesidad de estudiar estos aspectos, para poder detectar tanto déficit como la presencia de algunos de estos elementos disturbadores, con el fin de ofrecerles la mejor asistencia socio-sanitaria posible.

El objetivo de este estudio es describir el estado clínico y psicosocial de los reclusos en tratamiento con antirretrovirales en tres prisiones andaluzas (Córdoba, Granada y Huelva).

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el mes de mayo de 2002, y mediante una encuesta transversal, se entrevistaron a todos los reclusos en tratamiento con antirretrovirales de tres centros penitenciarios de la comunidad autónoma andaluza (Córdoba, Granada y Huelva). Fueron excluidos aquellos que por sus circunstancias físicas o psíquicas no estaban en condiciones de realizar la entrevista. Se obtuvo información de 281, con una tasa de respuesta del 97,23%.

Las variables estudiadas fueron

1. Los datos sociodemográficos (prisión, sexo, edad, domicilio fijo, situación laboral previa, grado de estudios, hijos, tiempo como consumidor de drogas y droga más frecuentemente consumida en la calle).

2. Variables del medio penitenciario (situación penal, juicio pendiente, destino dentro de la prisión, tipo de causa, tiempo de condena y cuánto les queda, número de entradas en prisión, consumo de drogas dentro de la cárcel y droga más frecuentemente consumida, tratamiento con metadona, calidad de la comida, recibir suplementos de comida [leche, batidos, etc.] y flexibilidad para abrir la celda en caso de olvido de sus pastillas).

3. Variables sobre la adherencia al tratamiento (adherencia y motivo de no-adherencia, dificultad para tomar la medicación [afrentamiento], capacidad para seguir con el tratamiento [autoeficacia], confianza en el tratamiento y en los médicos, explicación detallada del tratamiento por el médico, si reciben la ayuda médica necesaria, dónde olvidan menos las pastillas y número de antirretrovirales al día).

4. Variables de salud (morbilidad psíquica [ansiedad y/o depresión], CD4 y carga viral, salud autopercebida y presencia de enfermedad crónica y tipo).

5. Variables de apoyo social (apoyo social dentro y fuera de la prisión, fuente de apoyo, número de visitas al mes, quién les visita, restricción de visitas y convivencia fuera de la cárcel).

Instrumentos de medición

El instrumento de medición utilizado para la recogida de la información fue un cuestionario estructurado con entrevistador, dividido en cuatro bloques que agrupaban las variables previamente mencionadas: Bloque A: variables sociodemográficas; Bloque B: variables sobre la salud de los reclusos; Bloque C: apoyo social, y Bloque D: drogas. Los items de estos bloques se extrajeron de un estudio previo¹².

Para la valoración de la adherencia se utilizó el cuestionario SMAQ validado en España y que presenta un 72% de sensibilidad y 91% de especificidad¹³.

Procedimiento

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo por encuestadores adiestrados. A todos los pacientes se les explicaron los objetivos del estudio y tras su incorporación voluntaria al mismo se les hizo firmar el consentimiento informado, de acuerdo con el artículo 8.1 del reglamento penitenciario. Se garantizó, igualmente, la confidencialidad de los datos. Los CD4

		N	%
Provincia	Granada	81	28,8
	Huelva	96	34,2
	Córdoba	104	37
Sexo	Mujer	28	10
	Hombre	253	90
Domicilio fijo	Sí	259	92,2
	No	22	7,8
Situación laboral	Trabajan	149	53
	Sin trabajo y con paro	36	12,8
	Sin trabajo y sin paro	62	22,1
	Resto	34	12,1
Estudios	Menos de EGB	143	50,9
	EGB	117	41,6
	Más de EGB	21	7,5
Hijos	Sí	150	53,4
	No	131	46,6
Tipo de drogas fuera de la cárcel	Cocaína más heroína	173	62,2
	Heroína	60	21,6
	Otras	45	16,2
		Media	Des. Tip.
Edad		35,4	5,4
Tiempo como consumidor de drogas		13,9	6,5

Tabla I. Características sociodemográficas de la población.

		N	%
Situación penal	Preventivo	10	3,9
	Cumpliendo	271	96,1
Juicio pendiente	Sí	48	17,2
	No	231	82,8
Tipo de causa	Robo	192	68,3
	Salud pública	58	20,6
	Otros	29	10,3
Nº de entradas	Una (sólo esta vez)	32	11,4
	Dos	29	10,3
	Tres	42	14,9
	≥Cuatro veces	178	63,3
Destino dentro de la prisión	Sí	164	58,4
	No	117	41,6
Flexibilidad para abrir la celda por olvido de la medicina	Sí	95	33,8
	No	186	66,2
Alimentación	Buena	31	11
	Mala	250	89
Suplementos	Me dan	84	29,9
	No me dan	197	70,1
Tratamiento con metadona	Sí	101	38,3
	No	163	61,7
Consumo de drogas dentro de la cárcel	Sí	163	61,7
	No	101	38,3
Tipo de drogas dentro de la cárcel	Heroína más cocaína	6	3,7
	Heroína sola	8	4,9
	Psicofármacos	28	17,2
	Hachís	98	60,1
	Otros	23	14,1
	Media		Des. Tip.
Tiempo de condena	92,2		76,2
Tiempo que les queda en prisión	36,4		42,8

Tabla II. Características del medio penitenciario.

y la carga viral se extrajeron de las historias clínicas informatizadas.

Análisis estadístico

Se utilizaron los estadísticos descriptivos (frecuencias, medias, desviación estándar, etc.), todos ellos a través del paquete estadístico SPSS v.11.

RESULTADOS

La distribución de la muestra por prisiones fue: 28,8% de Granada, 34,2% de Huelva y 37% de Cór-

doña. El 10% eran mujeres, el 92,2% tenía domicilio fijo y el 53,4% tenían hijos. La media de edad de esta muestra fue de 35,4 años. El 53% de ellos tenía algún tipo de trabajo y la mitad de la muestra (50,9%) eran analfabetos o no llegó a terminar el graduado escolar. La media de años como consumidor de drogas fue de 13,9, siendo para el 62,2% el "rebujo" (cocaína más heroína) la droga más utilizada y para el 21,6% la heroína.

Casi la totalidad de los internos (96,1%) estaba en situación penal de condenado y sólo el 17,2% tenía juicios pendientes. El robo fue el principal motivo de ingreso (68,3%) y para el 20,6% los delitos contra la salud pública. El 63,3% de los sujetos había tenido cuatro o más entradas en la cárcel.

En cuanto a la situación en prisión, el 58,4% tenía algún tipo de destino dentro de la prisión. El 89% consideraba que la comida era mala, y sólo al 29,9% se le facilitaban suplementos de comida. Por último, el 33,8% refería no tener flexibilidad para que le abrieran la celda en caso de olvido del tratamiento. El tiempo de condena medio de los sujetos estudiados

fue de 92,2 meses y aún les quedaban 36,42 meses por término medio para redimir la pena.

El 38,3% de la población estudiada estaba en tratamiento con metadona. Entre los que afirmaron consumir drogas dentro de la prisión (61,7%), fue el hachís la droga más utilizada para el 60,1% mientras que el 17,2% consumía psicofármacos.

		N	%
CD4 (cel/mm ³)	≤500	205	73
	>500	76	27
Carga viral (copias/ml)	Indetectable	111	39,5
	50-10.000	104	37
	>10.000	66	23,5
Salud comparada hace un año	Ahora es mejor	118	42
	Más o menos igual	76	27
	Peor	87	31
Morbilidad psíquica	Sí	118	42
	No	163	58
Enfermedad crónica	Sí	181	64,4
	No	100	35,6
Tipo de enfermedad crónica	Tuberculosis	23	12,7
	Psicótrópos	8	4,4
	Otras	150	82,9
Restricción de visitas	Sí	7	2,5
	No	274	97,5
Recibe visitas	Sí	184	65,5
	No	97	34,5
Quién los suele visitar	Parientes y familiares	138	75
	Pareja	35	19
	Otros	11	6
Nº visitas al mes	Ninguna	109	38,8
	De 1 a 3	117	41,6
	Más de tres	55	19,6
Apoyo social dentro de la cárcel	Sí	131	46,6
	No	150	53,4
Quién da apoyo dentro de la cárcel	Otros internos	59	45
	Profesionales	48	36,6
	ONGs/otros	24	18,3
Apoyo social fuera de la cárcel	Sí	255	91,4
	No	24	8,6
Quién da apoyo fuera de la cárcel	Pareja e hijos	40	15,7
	Parientes y familiares	205	80,4
	Profesionales de distinta índole/amigos/otros	10	3,9
Convivencia fuera de prisión	Pareja/pareja e hijos	66	23,5
	Parientes o familiares	195	69,4
	Amigos/solo/otros	20	7,1

Tabla III. Descripción del estado de salud y del apoyo social.

Respecto al estado de salud, el 73% tenía unos niveles de CD4 menores de 500 cel/mm³ y en cuanto a la carga viral el 37% tenía entre 50-10.000 copias/ml y el 39,5% una carga viral indetectable. El 42% dijeron tener mejor salud que el año pasado, frente al 31% que creían estar peor. La frecuencia de morbilidad psíquica fue del 42% y el 64,4% refirió tener algún tipo de enfermedad crónica; de éstos, el 12,7% afirmó padecer tuberculosis. El 4,4% de los sujetos estudiados manifestó estar tomando algún fármaco psicotrópico.

Con relación al apoyo social, el 65,5% manifestó recibir visitas y el 19,6% recibía más de tres al mes, siendo los parientes y familiares los que con más frecuencia los visitaban (75%). Un 2,5% afirmó tener restringidas las visitas. Casi la mitad de los reclusos (46,6%) afirmaron contar con apoyo social dentro de la prisión, recibéndolo de otros internos el 45% y de los profesionales de la prisión el 36,6%. En cuanto al apoyo social fuera de la cárcel, el 91,4% manifestó recibirlo, siendo los parientes y familiares (80,4%) jun-

to con la pareja e hijos (15,7%) los que más apoyo dan. El 69,4% convivían con parientes y familiares, frente al 23,5% que lo hacían con su pareja/pareja e hijos.

Finalmente, como se recoge en la tabla IV, el 54,8% fueron considerados no adherentes al tratamiento con antirretrovirales, siendo el olvido (42,6%) y los efectos secundarios de la medicación (22,7%) las causas más frecuentes. El 23,3% de los sujetos afirmó olvidarse de tomar la medicación con mayor frecuencia en la cárcel que en la calle, mientras que casi la mitad (47,3%) afirmó que se le olvidarían igual dentro y fuera de la prisión.

El 66,8% no tenían dificultad con la medicación (afrontamiento) y el 84,8% se consideraba muy capaz de seguir con el tratamiento. El 86,8% de los encuestados confiaban en el tratamiento y el 68,7% en los médicos, refiriendo el 42,3% de ellos que no recibían la ayuda médica que creían necesaria. La dosis media diaria prescrita de antirretrovirales en la muestra estudiada era de 9,2 pastillas al día.

		N	%
Adherencia al tratamiento antirretroviral	Sí	127	45,2
	No	154	54,8
Motivo de no-adhesión	Olvido	67	42,6
	Demasiadas pastillas	5	3,5
	Efectos secundarios	32	22,7
	Dificultades en cárcel	12	8,5
	Otras	32	22,7
Capacidad de seguir con el tratamiento	Nada capaz	13	4,7
	Poco capaz	29	10,5
	Muy capaz	234	84,8
Dificultad con el tratamiento	Sí	93	33,2
	No	187	66,8
Confianza en el tratamiento	Sí	244	86,8
	No	37	13,2
Confianza en los médicos	Sí	193	68,7
	No	88	31,3
Ayuda médica	Sí	162	57,7
	No	119	42,3
Dónde se olvidan menos las pastillas	Calle	81	29,5
	Cárcel	64	23,3
	Igual	130	47,3
		Media	Des. Tip.
Nº de antirretrovirales al día		9,2	4,5

Tabla IV. Descripción de la adherencia a los antirretrovirales.

DISCUSIÓN

Durante los últimos años, la administración penitenciaria española ha hecho un esfuerzo considerable para mejorar la salud de los internos y esto lo demuestra la puesta en marcha de los programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas o la distribución de preservativos. Sin embargo, hoy día la atención sanitaria se concibe como algo más amplio que lo estrictamente biológico, y la consideración de los factores psicológicos y sociales del individuo todavía pasan desapercibidos. Por ello, la atención psicosocial de los reclusos precisa una revisión urgente.

El perfil de esta muestra constituida por sujetos jóvenes, en su mayoría hombres, con estudios básicos y cumpliendo condena, coincide con el perfil de la población reclusa española y con la de otros países^{1, 10, 14}.

Respecto a la morbilidad psíquica, la prevalencia en nuestro país de trastornos depresivos y de ansiedad en población general está en torno al 20%^{15, 16}, y se sabe que la presencia de morbilidad psíquica en población reclusa es superior que en población general¹⁷⁻¹⁹. La frecuencia de ansiedad y depresión detectada en este grupo fue del 42%. Estos datos coinciden con lo observado en otros estudios realizados en el medio penitenciario, donde las cifras oscilan entre el 29-53%¹⁹⁻²². Esta alta prevalencia plantea la necesidad de elaborar un protocolo de evaluación psicológica en la prisión con el fin de proporcionar un cuidado integral de atención a los reclusos con problemas de salud mental²³.

En cuanto al apoyo social, el 53,4% de reclusos refirieron carecer del mismo dentro de la prisión. Esta frecuencia es superior a la encontrada en pacientes con infección VIH+ no encarcelados y en otras poblaciones^{24, 25} y dada la ausencia de estudios al respecto, no es posible comparar con la frecuencia de otras cárceles. Según los datos hallados en este estudio, podríamos afirmar que la confianza en los médicos de la prisión parece ser uno de los factores determinantes de que el recluso perciba apoyo social dentro de la prisión, ya que éstos constituyen, junto con sus iguales, las principales fuentes de apoyo dentro del medio penitenciario. Esto coloca a los médicos de instituciones penitenciarias en una situación de especial responsabilidad. Pero además, el acercamiento entre médico y recluso toma relevancia en este tipo de población, ya que es en la cárcel en el único momento donde reciben atención sanitaria debido a su exclusión social, y esta asistencia puede facilitar su incorporación al medio extrapenitenciario²⁶.

En referencia a la adherencia terapéutica, más de la mitad de los internos fueron hallados no adherentes al tratamiento con antirretrovirales. En el medio penitenciario la frecuencia de no adherencia oscila entre el 10-38%²⁷⁻³⁰. Estas cifras son inferiores a las detectadas en el medio extrapenitenciario³¹⁻³³. Hay que tener en cuenta que la variabilidad puede ser debida a los diferentes instrumentos de medición utilizados. En este trabajo se utilizó el SMAQ, un instrumento que considera adherentes únicamente a aquellos que efectúan correctamente el 100% de las pautas y dosis prescritas. En contraposición a la alta tasa de no adherencia encontrada en el presente estudio, encontramos que un gran porcentaje de la población confía en el tratamiento, afirma no tener dificultad con éste, expresa sentirse muy capaz de seguir con el mismo y confía en el médico, variables todas ellas que se relacionan con una buena adherencia³⁴.

Es también relevante destacar que la adherencia entre la población reclusa puede verse por un lado favorablemente influida por el hecho de que en este medio podría existir la posibilidad de implementar programas de tratamiento directamente observado³⁵, y por lo tanto los antirretrovirales serían más difíciles de rehusar u olvidar y por otro lado negativamente influida, ya que la movilidad interpenitenciaria que caracteriza a los reclusos no favorece una buena alianza terapéutica, la cual, como se ha indicado previamente, generalmente favorece la adherencia.

Parece lógico pensar que tanto la flexibilidad, una buena comida y el recibir suplementos pudiesen contribuir significativamente al bienestar y calidad de vida del interno. Son escasas las investigaciones que han tenido por objeto estas variables y su influencia en el estado y situación global del recluso. Cabe destacar que en este estudio estos elementos no son considerados por los reclusos todo lo bueno que ellos desearían.

Finalmente, merece la pena destacar que más de la mitad de los internos VIH+ del presente estudio afirma consumir drogas dentro de la prisión, y que un número considerable utiliza psicofármacos. También es relevante destacar que un gran número de sujetos manifiesta padecer algún tipo de enfermedad crónica, siendo la tuberculosis la más frecuente. La prevalencia de tuberculosis en este estudio es algo inferior a la hallada en un centro penitenciario de León, que fue del 20,1%³⁶. Sin embargo, al considerar este dato deberíamos tener en cuenta que en este estudio sólo incluimos pacientes en tratamiento, lo cual podría explicar esta diferencia de porcentajes.

En resumen, los resultados de este trabajo ponen de relieve la necesidad de un enfoque multidiscipli-

nar en el abordaje de la atención integral al recluso infectado de VIH+ en nuestro país, atención que debería incluir la consideración de aspectos psicosociales de especial relevancia en este grupo como son la morbilidad psíquica, el apoyo social y el consumo de drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gabinete técnico de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior; 9 de mayo de 2003 (consulta 22 de mayo de 2003); disponible en: <http://www.mir.es/instpeni/index.htm>
- Pérez-Molina JA, Fernández-González F, Hernán Gómez S, González C, Miralles P, López-Bernaldo de Quirós JC, Bouza E. Differential characteristics of HIV-infected penitentiary patients and HIV-infected community patients. *HIV Clin Trials* 2002; 3 (2): 139-47.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre las Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 4. Madrid: Ministerio del Interior, 2001.
- Luckhurst A. Mental health, HIV and AIDS: a review of the literature. *Aust Health Rev* 1992; 15 (1): 76-88.
- Lyketos CG, Federman EB. Psychiatric disorders and HIV infection: impact on one another. *Epidemiol Rev* 1995; 17 (1): 152-164.
- Judd FK, Mijch AM. Depressive symptoms in patients with HIV infection. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30: 104-109.
- Reed J. Mental health care in prisons. *BMJ* 2003; 182: 287-288.
- Tuldrá A, Ferrer MJ, Fumaz CR, Bayés R, Paredes R, Burger DM et al. Monitoring adherence to HIV therapy. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1376-1377.
- Riera M, De la Fuente L, Castanyer B, Puigventós F, Villalonga C, Ribas MA et al. Adherencia a los fármacos antirretrovirales medida por la concentración de fármacos y el recuento de comprimidos. Variables relacionadas con una mala adherencia. *Med Clín* 2002; 119: 286-292.
- Kindelán Jaquotot JM, del Amo J, Martín C, Saiz de la Hoya P, Pulido F, Laguna F. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (2): 19-28.
- HIV and AIDS in Spain, 2001, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.
- Comisionado para la droga. Salud y Drogas en la cárcel de Huelva. EASP 1999-2000 (datos no publicados).
- Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA study. *AIDS* 2002; 16 (4): 605-613.
- 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.
- Canals J, Domenech E, Carbajo G, Blade J. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 287-294.
- Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, Flores I, Leal S. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34 (8): 410-415.
- Fazel S, et al. Serious disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.
- Brinded PM et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35 (2): 166-73.
- Koenig HG, Johnson S, Bellard J, Denker M, Fenton R. Depression and anxiety disorder among older male inmates in a federal correctional facility. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (4): 399-401.
- Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *Brit J Psychia* 2001; 179: 535-539.
- Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 1524-1527.
- Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blanck A. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community of former prisoners of war. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1740-1745.

23. Birmingham L. Screening prisoners for psychiatric illness: who benefits? *Psychia Bull* 2001; 25: 462-464.
24. Ruiz Pérez I, Montero I, Hernández-Aguado I. Associated factors to psychiatric morbidity in postmenopausal phases. *Maturitas* 1998; 24: 107-115.
25. Morrison M, Pettito J, Have TT, Gettes D, Chiappini M, Weber A et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (5): 789-796.
26. Levy M. Prison health services. *BMJ* 1997; 315: 1394-1395.
27. Soto Blanco JM, Ruiz Pérez I. Adhesión al tratamiento antirretroviral en los reclusos de las prisiones de Granada y Córdoba. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. EASP 2000 (datos no publicados).
28. Edwards S, Tenant-Flowers M, Buggy J, Horne P, Hulme N, Easterbrook P et al. Issues in the management of prisoners infected with HIV-1: the King's College Hospital HIV prison service retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322: 398-399.
29. Mostashari F, Riley E, Selwyn PA, Altice FL. Acceptance and adherence with antirretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum retrovirol* 1998; 18: 341-348.
30. Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum retrovirol* 2001; 28: 47-58.
31. Samet JH, Libman H, Steger KA, Dhawan RK, Chen J, Shevitz AH, et al. Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus type 1: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *Am J Med* 1992; 92: 495-502.
32. Mehta S, Moore RD, Graham NMH: Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997, 11: 1665-1670.
33. Chesney MA, Ickovics J, Hecht FM, Sikipa G, Rabkin J. Adherence: A necessity for successful HIV combination therapy. *AIDS* 1999, 13 (Suppl A): S271-S278.
34. Marco A. Adherencia al tratamiento antirretroviral en los centros penitenciarios. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 110-116.
35. Babudieri S, Aceti A, D'Offizi GP, Carbonara S, Starnini G. Directly observed therapy to treat HIV infection in prisoners. *JAMA* 2000; 284 (2): 179-180.
36. Martín V, Cayla JA, Castilla J. Mycobacterium tuberculosis and human immunodeficiency virus coinfection in intravenous drug users on admission to prison. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 41-46.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Isabel Ruiz Pérez
Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja.
Apartado de Correos 2070, E-18080 Granada, Spain.
Telephone number +34-958-027510
Fax +34-958-027503
e-mail: iruizp@easp.es

Kaletra, primera opción de tratamiento en la nuevas pautas de terapia antirretroviral

La mayoría de los pacientes que iniciaron terapia antirretroviral con este fármaco hace cinco años siguen con carga viral indetectable y aumentando sus linfocitos T CD4+

El Departamento de Salud y Bienestar Social (DHHS) de Estados Unidos publicó recientemente las nuevas Guías para el Uso de Antirretrovirales en Adultos y Adolescentes Infeccionados por el VIH (<http://AIDSinfo.nih.gov>). El documento se dió a conocer dentro del marco del Congreso de la Sociedad Internacional de SIDA, celebrado en París entre el 13 y el 16 de julio.

Las nuevas pautas internacionales recomiendan la utilización de Kaletra (Lopinavir/r) como primera opción si el tratamiento elegido se basa en inhibidores de proteasa, debido a su potencia virológica, tolerancia de los pacientes y número de pastillas.

A raíz de su comercialización en España, hace ahora aproximadamente dos años, el antiviral de Abbott comenzó a utilizarse en la clínica preferentemente como terapia de rescate y paulatinamente ha sido empleado también en pacientes no tratados previamente con otros antirretrovirales.

Kaletra cuenta hoy con datos de 5 años de seguimiento con buenos resultados clínicos en un importante volumen de pacientes(1).

En la actualidad se están llevando a cabo ensayos, en pacientes no tratados previamente con otros antirretrovirales, sobre eficacia antiviral de Kaletra una vez al día frente a su dosificación habitual de dos veces al día.

Cinco años controlando el VIH

La mayoría de los pacientes que comenzaron su terapia antirretroviral con Kaletra (lopinavir/r) hace cinco años continúa con su carga viral de VIH indetectable (menos de 50 copias/ml), según datos de un estudio presentado en la 43 Conferencia sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia (ICAAC), que se ha celebrado en Chicago. El estudio demuestra que se pueden mantener a largo plazo niveles indetectables del virus del SIDA en sangre administrando el inhibi-

dor de proteasa de Abbott en combinación con dos inhibidores de la transcriptasa inversa (estavudina y lamivudina). Además, la supresión de la carga viral se acompañó de aumentos en los recuentos de los linfocitos T CD4+ del sistema inmune, incluso en los pacientes con enfermedad muy avanzada (menos de 50 CD4/mm³ al comienzo). Por otra parte, los datos indican que Kaletra fue generalmente bien tolerado.

“Estos estimulantes datos demuestran que un régimen basado en Kaletra es una poderosa opción para los pacientes que inician terapia, porque revelan la capacidad del fármaco para mantener al VIH indetectable”, comentó el Dr. Joseph Eron (Universidad de Carolina del Norte), especialista en VIH y director del estudio.

Este ensayo fue iniciado en 1998 con 100 pacientes naïve, de los que 68 permanecen en tratamiento. El 94 por ciento de ellos (64/68) había conseguido suprimir el virus hasta menos de 50 copias de ARN-VIH por mililitro y el 99 por ciento (67/68) hasta menos de 400 copias/ml.

Simultáneamente, el incremento de linfocitos T CD4+ del sistema inmunitario fue constante a lo largo del periodo de cinco años, con un aumento promedio de 510 CD4/mm³. Dieciséis pacientes que habían comenzado terapia con enfermedad muy avanzada (menos de 50 CD4/mm³) alcanzaron un promedio de incremento de 519 células/mm³.

“Existen pocos ensayos clínicos sobre VIH por encima de cinco años, y estamos muy animados por estos resultados que demuestran supresión viral, beneficio inmunológico y tolerabilidad durante tal periodo de tiempo”, ha señalado por su parte el Dr. John Leonard, vicepresidente de Desarrollo Farmacéutico de Abbott Laboratories.

(1) Eron J, et al. *Lopinavir/ritonavir en pacientes infectados por el VIH sin tratamiento antirretroviral previo: Actualización a 5 años.*