



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE  
GRAN ACTIVIDAD EN MUJERES CON  
USO DE SUSTANCIAS QUE ACUDEN A  
UN HOSPITAL III. I LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON  
ENFOQUE DE GÉNERO

MEDALIT LILIANA LUCHO CABILLAS

LIMA - PERÚ

2018



**MIEMBROS DEL JURADO**

*Dr. Carlos Lopez Villavicencio*

*Presidente*

*Mg. Geraldine Salazar Vargas*

*Vocal*

*Dra. Elizabeth Araujo Robles*

*Secretaria*

**ASESOR DE TRABAJO ACADEMICO**

*Dr. Carlos López Villavicencio*

## **DEDICATORIA**

A mis padres que me han dado la existencia y la capacidad para superarme con su presencia y persona han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi maestro el Dr. Raul Jeri Vasquez por transmitir sus enseñanzas académicas,  
como también el respeto, la ética que se le debe dar a los pacientes que atendemos  
durante la labor profesional.



PROGRAMA DE ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE  
GRAN ACTIVIDAD EN MUJERES CON  
USO DE SUSTANCIAS QUE ACUDEN A  
UN HOSPITAL III. I LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON  
ENFOQUE DE GÉNERO

MEDALIT LILIANA LUCHO CABILLAS

LIMA - PERÚ

2018

Resumen de coincidencias

5 %

1	Entregado a Universida...	1 %
2	docplayer.es	<1 %
3	hdl.handle.net	<1 %
4	www.slideshare.net	<1 %
5	servicio.bc.uc.edu.ve	<1 %
6	repositorio.upn.edu.pe	<1 %
7	vsip.info	<1 %

## Tabla de contenido

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPITULO I: INTRODUCCION .....	12
1.1 Identificación y Planteamiento del Problema .....	13
1.2 JUSTIFICACION: .....	15
1.4 OBJETIVO GENERAL:.....	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS: .....	17
CAPITULO II : MARCO TEORICO .....	18
2. 1 Revisión teórica de las variables.....	18
Breve Historia del consumo de sustancias.....	18
Mujeres infectadas con VIH que usan y que abusan drogas.....	19
Adherencia en el tratamiento antirretroviral .....	20
CAPITULO III METODOLOGÍA .....	29
3.1 TIPO DE DISEÑO:.....	29
3.2 MUESTREO .....	29
3.4 Técnicas o instrumentos de recolección de datos: .....	31
INSTRUMENTOS:.....	32
3.5 Consideraciones éticas:.....	32
OPERALIZACION DE LAS VARIABLES .....	33
CAPITULO IV: Resultados.....	35
CAPITULO V: Discusión.....	43
CONCLUSIONES .....	48
RECOMENDACIONES .....	49
Referencias Bibliográficas .....	50
ANEXOS .....	53

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edades de las Mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	36
Tabla 2 Grado de Instrucción de las mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	36
Tabla 3 Lugar Nacimiento de las mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	36
Tabla 4.- Estado civil de las mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	37
Tabla 5.- Hijos de las mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	37
Tabla 6.-Ocupacion de las mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	38
Tabla 7.- Procedencia de las mujeres con uso de sustancias y con VIH.....	38
Tabla 8.- Evaluación de la comprensión del Programa de la Adherencia Grow Básico de las mujeres con uso de sustancias y con VIH (Segundo Objetivo).....	39
Tabla 9.- Resultado de la prueba de Adherencia empleada ((CEAT-VIH) en mujeres con uso de sustancias y con VIH (Tercer Objetivo).....	40

## RESUMEN

Se han estudiado quince mujeres en un servicio de infectología de un Hospital General de la ciudad de Lima (Perú). Todas estas pacientes pertenecen a los estratos E o D y solicitaron intervenciones profesional por adolecer de alguna complicación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Durante las entrevistas psicológicas se comprobó que consumían sustancias adictivas a pesar de estar recibiendo tratamiento intensivo para la infección viral que consistía en la administración simultánea de varios fármacos antirretrovirales. El estudio comprobó que todas estas mujeres presentaban comorbilidad con algunos trastornos mentales, generalmente de grado moderado a leve.

El grupo recibió intervenciones psicológicas grupales mediante talleres del Programa de la Adherencia en el Grow Básico. Al inicio y al final de las actividades se tomo una prueba de adherencia, la cual revelo cumplimiento en la totalidad de las pacientes, quienes colaboraron durante todas las sesiones de los talleres y también en el seguimiento del programa. El estudio mostro que existe un campo extenso de acción para el tratamiento y rehabilitación de mujeres infectadas con VIH y que consumen sustancias adictivas.

Palabras claves: Mujeres, Uso de sustancias, VIH, Adherencia

## **ABSTRACT**

Psychological Adherence Program in the Intensive Antiretroviral Treatment of HIV infected women who use addictive drugs.

Fifteen women in an infection unit of a general hospital (Lima – Perú) were studied. All belonged to social classes D or F and applied for treatment of HIV infection. During the psychological interventions it was found that all used addictive substances while receiving intensive treatment for the viral infection or its complications. It was also found that these women had comorbidity with some mental disturbance generally of low or moderate degree.

These patients received psychological group treatment and adherence workshops (Basic Group). At the beginning and ending of all activities a test of adherence was taken which showed that all patients ended the tests and the follow up of the program.

It also showed that there is a wide field for the treatment and rehabilitation in women infected with HIV who use addictive drugs.

Key words: women, substances, HIV, adherence.

## CAPITULO I: INTRODUCCION

En la actualidad la población peruana afronta cuatro problemas importantes: el consumo de drogas, la infección por el VIH, la patología de cada sexo y la violencia que sufre la mujer por parte del varón. Con respecto al consumo de fármacos, el uso del alcohol está extendido a la todas las regiones y culturas de nuestro país. Esta sustancia se consume bajo diversas formas. Tradicionalmente mediante la chicha, bebida fermentada tradicional que se ha estado usando desde épocas pre- hispánicas. Con la llegada de los conquistadores españoles se introdujeron otras bebidas alcohólicas tales como el vino, los vinos generosos y las bebidas espirituosas (Fernández de Oviedo G 1526). Después de la independencia se permitió el ingreso al país de bebidas alcohólicas provenientes de otros países, tales como la ginebra, el whisky, el vodka, el aguavit y diversos rones, estos últimos haciéndole competencia al ron nacional procedente de la caña de azúcar (Palma 1947).

Desde tiempos prehispánicos los peruanos masticaban la hoja de coca por sus efectos estimulantes, energizantes y adaptables a las alturas. Después de que se aislara la cocaína de la hoja de coca, este alcaloide fue usado de manera recreacional inicialmente en Europa y posteriormente por las clases pudientes de la sociedad peruana (Encyclopedia Britanica 1974)

Después de la proliferación de los medios de comunicación y la facilitación de los viajes en el mundo entero, llegaron al Perú, informaciones y luego diversas sustancias químicas (opio, láudano, morfina, heroína, anfetaminas, metanfetaminas, ketamina y

otros fármacos). Estos productos así mismo comenzaron a ser usados primero por las clases pudientes y luego por individuos de todas las esferas sociales y de ambos sexos. Los cambios de comportamiento que se producen por el uso de sustancias hacen que la gente actúe no midiendo los peligros y actuando sin tomar medidas de prevención para las infecciones de transmisión sexual (ITS). En los Hospitales y en los servicios especializados para atención de personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se comprueba preocupación acerca de las dificultades de la adherencia sobre todo para los pacientes que usan sustancias (Research Monograph 37, 1993).

### **1.1 Identificación y Planteamiento del Problema**

Según las estadísticas mundiales de la Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), en el 2016 hubo 36,7 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, de las cuales solo 19,5 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral (WHO 2017).

La infección afecta a las poblaciones de todos los estratos económicos a nivel mundial y en el Perú en el 2016 los casos de VIH notificados eran 39304, según el Centro de Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. Siendo los casos en heterosexuales lo más predominantes, ó sea tres hombres por cada mujer infectada. Encontrándose la mayoría de ellas en edad fértil, las cuales se inician sexualmente muy jóvenes y se exponen doblemente a contagiarse de infecciones de transmisión sexual por su vulnerabilidad física y psicológica. Además las

investigaciones nos indican que ellas habían padecido frecuentemente problemas parentales, violencia familiar, violencia de pareja, problemas emocionales, uso de sustancias en familiares, pobreza y escasa posibilidad de desarrollo personal (GROW 2014).

Otro de los factores de riesgo para contraer el VIH es el uso de sustancias psicoactivas, las que producen dificultad para decidir cómo ser asertivos en su comportamiento y ser capaces de tomar medidas preventivas. Si continúan usando sustancias estas personas tienen dificultad para cumplir adecuadamente el tratamiento antirretroviral. Por lo tanto es necesario realizar trabajos dirigidos para motivar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral adherencia. Las personas que usan drogas durante el tratamiento están en riesgo de tener pobre adherencia. Por otra parte los individuos que padecen problemas psicológicos y uso de sustancias están en condiciones que desfavorecen la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

El Ministerio de Salud esta capacitando a profesionales sanitarios de Lima y las Regiones para realizar atención diferenciada sobre el uso de sustancias, sensible al género (GROW 2014). Esto ayuda a incluir en las atenciones asistenciales estrategias de intervención para mejorar la condición de las mujeres que presentan consumo de diversas sustancias, tales como alcohol, pasta de cocaína, clorhidrato de cocaína, cannabis y otras drogas ilegales, que varían de acuerdo a la región del Perú donde residen estas mujeres. Estos problemas traen como consecuencia que fallen en el cuidado de la salud física, emocional, social, conyugal y familiar. Por eso es importante realizar intervenciones que motiven a mejorar la adherencia al tratamiento de gran actividad en mujeres.

## **1.2 .JUSTIFICACION:**

En los Hospitales de Lima y las provincias se atienden diariamente hombres y mujeres, gestantes y adolescentes infectados con el VIH. Al parecer existen factores psicológicos en estas personas que los exponen al riesgo de contraer el VIH. Al hacer las entrevistas comprobamos que el uso de sustancias obnubila la mente y predispone a que estas personas no usen medidas preventivas para evitar la infección por el VIH. Al iniciar el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) mejora la salud, haciendo posible retornar a las actividades que hacían antes de haberse manifestado sintomáticamente la enfermedad (trabajo, estudio y recreación). Si estas personas retornan al uso de sustancias se complica gravemente el problema del tratamiento. En estos casos el profesional debe tratar a un paciente que continúa abusando de las sustancias psicoactivas, acarreando nuevos problemas de salud, incrementando los gastos de tratamiento personal, familiar y Estatal.

Es de conocimiento general la considerable repercusión física, psicológica y económica sobre los familiares de la mujer infectada con VIH y que consumen drogas. Esta situación obliga al personal profesional a intervenir sobre los problemas generados en cada hogar. La intervención tanto como acabamos de mencionar puede requerir tratamientos médicos o psicológicos así como programas de prevención de los trastornos familiares generados por la mujer adicta.

Los pacientes y familiares que acuden a los hospitales públicos de nuestro país pertenecen a las clases sociales menos diferenciadas de la población. Si nuestra

sociedad se clasifica en cinco grupos (A, B, C, D, E), la gran mayoría está en el grupo E, a pesar que algunos pueden haber pertenecido anteriormente a grupos sociales más elevados. Existe por tanto relaciones etiológicas entre nivel social, pobreza y educación. No obstante existen exenciones por ejemplo casos de economistas, ingenieros o profesores infectados con el VIH. Entre las mujeres también hay profesionales con dicha enfermedad y que usan drogas.

Con este trabajo podemos contribuir en ayudar a los profesionales de los Hospitales de Lima a realizar intervenciones por medio de Talleres denominados “Guiando a la Recuperación de las Mujeres (GROW)” para mejorar la adherencia de las pacientes del sexo femenino que usan o siguen usando sustancias psicoactivas y que están recibiendo tratamiento antiretroviral.

Si las mujeres mejoran su adherencia permanecen en buenas condiciones de salud un tiempo prologando y dejan de significar un peligro de salud publica ya que al disminuir la carga viral mengua la posibilidad de contagio en la comunidad.

I.3 Limitaciones estas fueron algunas al inicio de la investigación, al llamar a las pacientes para acudir a los talleres, principalmente la hora de las sesiones. Se trato de llegar coordinar con tiempo con ellas.

#### **1.4 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el efecto del programa de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en mujeres con uso de sustancias que acuden a un Hospital III-I Lima.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar las características socio demográficas de las mujeres con uso de sustancias en un Hospital III-I Lima.
- Identificar el efecto del programa de adherencia en el Grow Básico en tratamiento antirretroviral de gran actividad en mujeres con uso de sustancias que acuden a un Hospital III- I Lima.
- Conocer la adherencia al tratamiento antirretroviral luego de la aplicación del Programa de Capacitación del Currículo Especializado Grow Básico en mujeres con uso de sustancias que acuden a un Hospital III-I Lima

## **CAPITULO II : MARCO TEORICO**

### **2.1 Revisión teórica de las variables**

#### **Breve Historia del consumo de sustancias**

En el pasado el uso de sustancias ha estado restringido a ciertas comunidades con propósitos de éxtasis religioso u otras actividades teológicas. El uso de sustancias devino epidémico en Europa en el siglo XIX asociado al opio o sus derivados, para luego extenderse a los Estados Unidos y otras naciones occidentales. Después de la Segunda Guerra Mundial (1939- 1945) el abuso de clorhidrato de Cocaína se extendió por muchos países europeos y americanos. En todas las publicaciones se mencionaba que las drogas eran usadas predominantemente por individuos de sexo masculino, indicando por lo general que el uso de estas sustancias era epidemiológicamente mucho menor en el sexo femenino. La práctica médica ha comprobado en los últimos cincuenta años que las mujeres tienden a usar dichas sustancias cada vez en mayores proporciones. Sin embargo, pocas investigaciones se dedican exclusivamente a mujeres que usan drogas. En los últimos años el Proyecto Grow propicia investigar el uso de sustancia por las mujeres analizando los factores genéticos, sociales, biológicos, somáticos, psicológicos y psicopatológicos.

## **Mujeres infectadas con VIH que usan y que abusan drogas**

Es de conocimiento médico que la infección por VIH tiene tres etapas. Se inicia con la infección primaria, caracterizada por síntomas semejantes a un resfriado común o a un ataque de influenza, muy raras veces produce síntomas neurológicos o psicológicos (Gallant &Pham, 2012). Esta etapa dura de una a tres o cuatro semanas. Luego los síntomas desaparecen y el sujeto vuelve a su estado de salud inicial. Ulteriormente se desarrolla las etapas de graves complicaciones denominada SIDA.

En el lenguaje narcoléptico se define a las sustancias como compuestos químicos con acción sobre los neurotransmisores del sistema nervioso central. Estos compuestos pueden estar constituidos por las flores, las hojas, los tallos o las raíces de ciertas plantas (hongos, coca, cannabis), por gases emanados de vegetales en combustión (hachís, bang, opio, cocaína) o por extractos de plantas (morfina y codeína) o pueden ser también compuestos sintetizados en los laboratorios (anfetaminas, sedantes, hipnóticos, esteroideos). Algunos de estos compuestos tienen aplicación médica terapéutica, otros han sido proscritos de la farmacoterapia (heroína) y muchos son usados en forma recreacional por las personas que desean experimentar sus efectos sobre el encéfalo y sus conexiones.

En mi experiencia las mujeres pueden infectarse con el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida de dos maneras: la mayor parte son infectadas por la pareja heterosexual; una porción menor adquieren la enfermedad por sus hábitos de vida, con frecuente asistencia a discotecas y centros bailables donde se consume alcohol y otras drogas. En esas condiciones pueden tener relaciones sexuales sin protección e

infectarse con el VIH. Cuanto mayor es la psicopatología el riesgo se incrementa, así Pedrero y Olivar (2010) comprobaron además stress de adictos españoles de ambos sexos. Entre nosotros rara vez las mujeres llegan a la adicción y estas tienen considerable psicopatología familiar y personal. En 84 mujeres infectadas con el VIH estudiadas durante dos años (2016-2017) 48 admitieron haber usado sustancias, de las cuales 20 bebían alcohol en exceso y 8 eran alcoholómanas, 18 abusaban de otras drogas y 11 las consumían con etanol (Uso de sustancias por mujeres peruanas infectadas con el VIH, trabajo a ser publicado próximamente).

Las mujeres infectadas por el VIH requieren urgente tratamiento para evitar las complicaciones de la enfermedad (Infecciones oportunistas, carcinomas, linfomas, leucemias) y el deceso por estas u otras circunstancias (suicidio, homicidio, suicidio-homicidio). El tratamiento es complejo y requiere de las pacientes estricta y constante colaboración.

### **Adherencia en el tratamiento antirretroviral**

El término adherencia implica la forma como el paciente lleva a cabo el tratamiento individualmente. Hace 30 años la terapia era complicada pues había que administrarse varias drogas a diferentes horas del día. En la actualidad este problema se ha resuelto en parte concentrando todos los fármacos antirretrovirales en una sola tableta. Sin embargo la dificultad principal radica en la conducta del paciente, debe cambiar muchos hábitos de su vida (forma y horario de trabajo, horas de alimentación, tiempo dedicado al sueño, reducción de las actividades recreativas y otros). Por estos motivos

pocos se ciñen estrictamente al régimen indicado lo que puede significar el fracaso de la terapia. Esta dificultad ha surgido en todas las naciones y se han empleado diversas técnicas para mejorar la adherencia. En mi experiencia el factor psicológico es fundamental. Debe existir una verdadera alianza terapéutica entre el médico y la paciente. Esto significa que ella ha logrado una adecuada comprensión de la necesidad de ceñirse a las reglas del tratamiento, las cuales deben explicarse a la enferma verbalmente y por escrito, cerciorándose de haberlas comprendido, ya que lo fundamental es lograr la confianza del paciente que se consigue mediante una adecuada relación interpersonal de la paciente y el terapeuta. Es decir conseguir transferencia positiva en ella y adecuada empatía en el o la terapeuta. Técnicas que debe ser practicada por todo el personal profesional responsable del tratamiento y con la decidida colaboración de los psicólogos y las psicólogas de cada servicio de terapia antiretroviral. En este sentido coincido ampliamente con Kandelian y colaboradores (2002) quienes señalan que el tendón de Aquiles del tratamiento antiretroviral es la adherencia, especialmente en los pacientes con mayor psicopatología.

Para cuantificar la adherencia he empleado el cuestionario de la Adhesión del tratamiento antirretroviral CEAT – VIH Validado en el Perú por Tafur (2008).

## - El Proyecto GROW

El proyecto Grow consta de diez Currícula, uno de ellas es titulada Una orientación al “Grow Básico” dirigida a profesionales para que puedan entrenar a otras personas en el tratamiento de mujeres adictas a las drogas. La Guía es auspiciada por el Centro Internacional de Certificación y Educación de Profesionales en Adicciones (ICCE). Esta Guía es una amplia revisión de la literatura anglosajona con referencia a sustancias en la presentación titulada “Mujeres y abuso de sustancia” y hace tres afirmaciones sobre el sexo femenino:

1.- Las mujeres responden de manera diferente al tratamiento que los hombres; 2.-Las mujeres abusan de diferentes sustancias, a diferentes velocidades y por diversas motivaciones; 3.- La capacidad de respuesta femenina requiere programas específicos. Recomienda por tanto programas con sensibilidad cultural tomando en cuenta a la familia y a los niños. Describe posteriormente las intervenciones terapéuticas más recomendables, refiriéndose en forma ocasional a casos clínicos de mujeres norteamericanas.

El trauma y el estrés pos traumático (TEPT) son estados de gran importancia para esta organización no gubernamental. Las mejores prácticas recomendadas son 1. Servicios con perspectiva de género; 2. Ayudas a la recuperación (Covington) ; 3. Otras técnicas de rehabilitación incluyendo el modelo de los 16 pasos. También recomienda el enfoque cognitivo conductual y los modelos multicomponentes.

El proyecto Grow proporciona la investigación y la documentación de apoyo para las intervenciones de tratamiento con perspectivas de género eficaces para las mujeres que abusan de sustancias, presentando los principios y valores fundamentales para alentar

al personal de tratamiento para desarrollar las habilidades para entender y aplicar la terapia con perspectiva de género. Este programa presenta las necesidades y retos especiales que se usan en los tratamientos. Además ofrece una ampliación que incluye las intervenciones en los padres y en los educadores para instruir a las mujeres en la crianza y el desarrollo de niños sanos.

El Proyecto consta de 10 módulos que son los siguientes:

Currículo 1: Una orientación “El Grow Básico”, brinda información sobre intervención de consumo de sustancias y los servicios de tratamiento dirigidos a mujeres.

Currículo 2: Tratamiento de prevención de recaídas de mujeres, dirigido según las necesidades de las mujeres.

Currículo 3: Intervenciones con enfoque de género específico de las mujeres que han experimentado trauma.

Currículo 4: Las Intervenciones para el tratamiento de las mujeres con experiencia en Violencia Domestica, que es un problema para la mujer, la familia y la sociedad.

Currículo 5: Tratamiento e intervenciones para las mujeres adictas embarazadas, incidiendo principalmente en el estrés, el estigma y los riesgos del consumo de drogas.

Currículo 6: La continuidad de cuidados y necesidades de atención de mujeres en recuperación, recalando la continuidad en la terapia.

Currículo 7: Intervenciones y tratamiento con enfoque de género para niñas y adolescentes, se trabaja en las dificultades y los retos que la llevan a la adicción y a la delincuencia.

Currículo 8: Tratamiento de las mujeres con trastornos concurrentes, describe la relación de las necesidades de las pacientes.

Currículo 9: Tratamiento de mujeres y niños/as, que no deben ser excluidos del sistema de recuperación.

Currículo 10: Terapia familiar, aplicando la teoría de los sistemas familiares y los problemas que ocurren en las familias.

- Modelo Teórico Psicológico que aporta el Programa Grow

El programa Guiando a la Recuperación de las Mujeres (GROW), se basa en los métodos de intervención psicológica usando técnicas educativas y conductuales, consideradas como relativamente para la modificación para los hábitos y las conductas de las personas. En este programa el énfasis es sobre las mujeres peruanas que abusan del alcohol o de otras sustancias aditivas. Las técnicas conductuales también llamadas técnicas de primera generación, se han desarrollando en distintos contextos especialmente en Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos. El objetivo de estas técnicas fue mejorar la conducta, logro que no había sido obtenido con los métodos derivados del psicoanálisis. El precursor fue Joseph Wolfe en África del Sur quien uso la técnica de de sensibilización sistemática, perfeccionada por el grupo del hospital Maudsley

(Londres) enfatizando la psicología clínica (Eysenck, Shapiro) y que fue perfeccionado por Skinner con su conductismo radical.

Según GROW el consumo de sustancias en las mujeres tiene una evolución diferente de los hombres, con distintas necesidades de tratamiento estos hallazgos son importantes porque proporcionan información fundamental para el tratamiento, las políticas y las especiales necesidades de las mujeres (tratamiento con enfoque de género en la adicción). Se supone que la mayor parte de las conductas se adquieren, mantienen y cambian según los mismos principios que regulan las conductas llamadas adecuadas. Tanto unas como las otras son principiante consecuencia de la historia del aprendizaje, es decir la trasmisión de la información y los procesos cognitivos implicados que conducen a modificaciones del comportamiento.

## II.2 Antecedentes

Desde que se inicio el tratamiento antirretroviral para la infección VIH se comprobaron dificultades en la adhesión de las tomas los horarios y la permanencia. Al principio el tratamiento solo estaba constituido por un fármaco. Ante los pobres resultados se fueron agregando otras medicinas dedicadas a destruir los diversos segmentos de la célula parasitaria, posteriormente se agregaron otros tratamientos, con diferentes horarios y modalidades, lo que constituyó dificultad mayor para los usuarios. En el momento actual existen varios regímenes que tienen que ser explicados y entregados por escrito a los pacientes o a sus familiares. Esta creciente complejidad hace difícil cumplir todas las especificaciones de la terapia contemporánea. En consecuencia han ido surgiendo dificultades para la adherencia (varias técnicas de recuerdo, alarmas cronométricas, intervenciones familiares o profesionales, esquemas gráficos) han

tratado de resolver este problema, sin que ningún método haya logrado una adherencia del ciento por ciento. Varias tentativas se han ensayado para mejorar el cumplimiento adecuado con la terapia, así por ejemplo en el año 2008 Rivas Enrique en su tesis para graduarse de psicólogo, concluyo en un estudio que lo pacientes no tenían buena adherencia, fundamentalmente olvidos de las dosis, retraso en las tomas o confusión de los horarios. En el año siguiente (Rodríguez MC, 2009) comprobó que la adherencia tenía mucha relación con aspectos psicológicos de los pacientes. Sin embargo, en una revisión de la literatura comprobó que el 90 % de los casos publicados tenía buena adherencia. Sin embargo debe advertirse que este trabajo se basa en una revisión bibliográfica.

En un trabajo realizado en el 2011 para optar el título de médico cirujano Baduck comprobó adherencia aceptable en el 30% de sus casos, adherencia insuficiente en un 25% y en los demás caso la adherencia era aceptable.

(Tafur 2008) ha adaptado el cuestionario para evaluar la adherencia de los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral de gran actividad y comprobó que este cuestionario era útil para evaluar e identificar los factores positivos y negativos que influyen en la adherencia.

En relación al alcohol, como principal sustancia aditiva varios investigadores peruanos ha publicado trabajos que coinciden con nuestras observaciones sobre las consecuencias de dicho consumo en la mujer. Alfaro (2016) al analizar los 101, 104 accidentes de tránsito anuales en nuestro país concluyeron que los factores psicólogos tales como negligencia del conductor imprudencia del pasajero, consumo de alcohol y drogas por el piloto eran factores etiológicos importantes. Bustillos (2017) recalcó que

el consumo de 20 gramos de alcohol diarios por 10-12 años ocasiona daño hepático irreversible en la mujer. Conviene por lo tanto conocer qué factores pueden predecir el uso problemático de alcohol Fiestas (2011). En la mujer las probabilidades son 26 veces mayores que en los varones, a pesar de que las adictas se excluyeron de la investigación.

Con respecto a la violencia contra la mujer varios autores corroboraron esta agresiva costumbre en el peruano promedio. Contreras y col. (2013) analizaron 292 madres adolescentes. El 2.7% sufrió violación sexual, el 90% no planificó el embarazo, el 48.1% reportó violencia (17.1%), violencia física 8.2%, agresión directa 6.8% violencia sexual 10.3%. Conclusión que la violencia durante el embarazo de estas jóvenes era altamente frecuente. El intento de suicidio en relación con experiencias traumáticas durante la infancia, ha sido estudiado por Cáceres y Vásquez (2013) en 200 pacientes el 76% eran mujeres y de estas el 83.1% tenían personalidad limítrofe. Ellas intentaron suicidarse en algunas etapas de sus vidas. La comorbilidad de esta serie fue depresión 43.1%, esquizofrenia 20.6% y elevada prevalencia de trauma físico o psicológico. Perales y col. (2013) en 131 alumnas reveló plan suicido en el 8.1%, intento suicida en el 13.9%, indicadores de conductas antisocial 13.9%, depresión 4.6%, ansiedad 3.1%, problemas con el alcohol 5.2%. Perales y col. (2014) En otro estudio investigaron la conducta suicida en estudiante de obstetricia la mayor parte mujeres, concluyeron de 1 de cada 12 estudiantes habían intentado suicidas en sus vidas esta conducta se asociaba con otros trastornos psicológicos tales como pensamiento homicida, depresión y rasgos de conducta antisocial

En pacientes infectados con el VIH es usual comprobar el estado demencial al avanzar la enfermedad. Nosotros hemos usado la prueba mini mental de Folstein, la cual es bastante útil para comprobar cuantitativamente esta grave complicación encefálica. Custodio y col. (2011) han validado como prueba adecuada para detectar demencia el dibujo del reloj. Evaluaron 103 sujetos mayores de 65 años comparados con 107 controles, obtuvieron, una sensibilidad de 99% y una especificidad de 83.5% con esta prueba.

Rodríguez y Pacora 2013 han hecho una extensa recopilación de las recomendaciones de la salud mental de la mujer peruana.

## CAPITULO III METODOLOGÍA

### **3.1 TIPO DE DISEÑO:**

Estudio cuasi experimental mediante talleres vivenciales, dinámicas y informaciones educativas de mujeres con uso de sustancias. En el tratamiento de hipertensión arterial se consiguió adecuada adherencia en el 86.6% de los pacientes estudiados Holguin, Correa, Arrivillaga, et al (2006).

### **3.2 MUESTREO**

La selección de pacientes será a partir del muestreo no probabilístico de tipo intencional. Para ello:

1.- Se ha coordinado con la Enfermera responsable del Área de TARGA para que informe acerca de las pacientes que no cumplen adecuadamente a su control médico y recojo de medinas.

2.- También se coordinado con la consejera de pares para la invitación a las mujeres que consumen sustancias para que asistan a los talleres vivenciales del Programa de Adherencia.

3.- También se realizó una revisión de las Historia Psicológicas de los últimos 2 años para realizar la búsqueda de las pacientes con uso de sustancias. En todo momento se brindará la confidencialidad de los datos y de las invitaciones.

La intervención de los talleres se realizará en la Sección de Psicología del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Dos de Mayo, en la primera semana de abril del 2018.

Población y muestra:

Ingresarán al estudio las pacientes mujeres con diagnóstico de VIH y que consumen sustancias y que se encuentren en tratamiento TARGA como mínimo 6 meses.

Criterios de inclusión:

Paciente mujeres mayores de 18 hasta los 60 años con diagnóstico de VIH (Elisa positivo), que usen sustancias y que se encuentren recibiendo TARGA y en las que no se conoce el grado de adherencia. Estas pacientes son atendidas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo, deben estar libres de incapacidad cognitiva, para poder participar en los talleres vivenciales, responder adecuadamente a los instrumentos y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten otras enfermedades avanzadas que compliquen el VIH y que se encuentren imposibilitadas para asistir a los talleres.

III.3 Variables:

Variable. Independiente: Programa de la Adherencia

Variable. Dependiente: Calidad de la Adherencia

Variable de control:

Edades: 18- 60 años

Mujer con VIH y uso de sustancias

Estudios: secundarios, técnicos y universitarios

Estado civil: Solteras, convivientes, casadas, .separadas

Procedentes de Lima predominantemente

Lugar de Nacimiento: costa, sierra y selva.

### **3.4 Técnicas o instrumentos de recolección de datos:**

1.- Ficha demográfica de cada una de las pacientes

2.-Programa de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

3.- Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH).

4.- Apreciación del Taller de cada una de las pacientes.

Una vez seleccionadas las pacientes, se les invitará a participar en los talleres.

Los talleres consisten en tres sesiones de tres horas, usando la Guía del Grow básico, donde nos indican las intervenciones eficaces para las mujeres que usan sustancias.

Al inicio se tomara la evaluación Pre test del programa y la prueba de adherencia; a la terminación del taller se administrará la prueba Pos test, incluyendo la evaluación del taller al tercer día. El primer seguimiento se hará a los 8 días del término del taller, el 2do seguimiento a los quince días con la evaluación de la prueba de adherencia y el 3er seguimiento al mes. Luego se continuara el seguimiento cada 3 meses.

## **INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos a utilizar han sido validados internacionalmente.

El instrumento es el Manual Grow Básico que consiste en cinco módulos

Modulo1.- Introducción Modulo 2- Investigaciones sobre abuso de sustancias 3.- Impacto del trauma y TEPT en la recuperación, 4.- Mejores prácticas, 5.- Barrera para las mujeres.

### **3.5 Consideraciones éticas:**

La siguiente investigación fue revisada y aprobada p por el Comité de Utica del Hospital Nacional Dos de Mayo antes de ejecución. Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado antes de la ejecución del estudio, se les explico y se mantendría la reserva y confidencialidad de los datos personales,

## OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variabl e	Tipo	Escala de Medición	Definición Operacional	Dimensio nes	Indicadores	Valor Final
Edad	Cuantitativo	Razón	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la actualidad		Años	>18 19-29 30-40 41- 60 años
Grado de Instrucción	Cuantitativo	Razón	Conocimientos adquiridos		Años de estudio	Secundaria Incompleta Secundaria completa Técnico incompleta Técnico completa Universitaria incompleta Universitaria completa
Lugar de procedencia	Cualitativo	Nominal	Lugar donde nació		Costa Sierra Selva	
Lugar de Residencia actual	Cualitativo	Nominal	Lugar de vivienda actual		Lima Victoria Surquillo, VMT, VES	
Adherencia	Cuantitativo	Razón	Cumplimiento de tratamiento.	-Escala de validez	baja adherencia adherencia insuficiente adherencia adecuada adherencia estricta	>73 74-80 81-85 >86
Programa Adherencia mediante Grow Básico	Cuantitativo	Razón	5 Módulos	Pruebas Pre-test y Pos test	Insuficiente Regular Aceptable Sobresaliente	0-10 13 15 20
Mujer con uso de sustancia	Cualitativo	Nominal	Persona que usa sustancias de forma esporádica y continua.	DSM V	Uso Abuso Adicción	Mujer infectada con VIH

Ocupación	Cualitativo	Razón	Actividad que realiza diariamente para el sustento personal	obreros, , técnicos, profesionales, comerciantes independientes estilista		
Estado Civil	Cualitativo	Nominal	Situación de la persona en relación de familia, convivencia o en aislamiento.	Solo Pareja Padres Hermanos Conviviente Casado Divorciado o Separado Viudo		

## CAPITULO IV: Resultados

Las mujeres que concurren para diagnóstico y tratamiento en el Hospital Dos de Mayo pertenecen a clases sociales relativamente bajas. Si se tiene en cuenta las categorías sociales aceptadas entre nosotros y que se han definido como cuando menos cinco clases, las mujeres estudiadas pertenecen a las categorías D y E, dicha clasificación comprende a clases sociales bajas, siguiendo en parte la categorización establecida por Hollingshead y Redlich.

Desde 1994 atendemos pacientes infectados con el VIH en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Dos de Mayo. En esta investigación hemos analizado algunas características clínicas de 15 mujeres infectadas con dicho virus y que consumían alcohol y que además dos de ellas usaban alprazolam en años anteriores al diagnóstico del VIH también dos de ellas habían usado marihuana, pasta o clorhidrato de cocaína. Estas personas fueron evaluadas por psicología para inicio de tratamiento TARGA y que se encuentran en tratamiento desde dos a ocho años. Fueron seleccionadas mediante entrevista psicológica y la prueba de Folstein para evaluación cognitiva. Diez de ellas obtuvieron resultado de 26 puntos y cinco un resultado de 25 puntos en esta prueba. En la entrevista psicológica 8 mujeres mencionaron que habían vivido violencia familiar y 4 de ellas vivieron violencia con la pareja que les había infectado con el VIH. Con referencia a las edades, tres estaban entre treinta y treinta y cuatro, cuatro entre cuarenta y uno y cuarenta y cinco, dos entre cuarenta y seis y cincuenta, una entre cincuenta y seis y sesenta (Tabla 1). Coinciden las edades encontradas en la tesis de (Rivas, J 2008)

Tabla 1 Edades de las Mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>Edades</b>	<b>N° Mujeres</b>
30-34	3
35-40	6
41-45	4
46-50	2
51-55	2
56-60	1

Con respecto a la instrucción, cuatro tenían instrucción secundaria incompleta, cinco tenían instrucción secundaria completa, cinco tenían estudios técnicos incompletos y una ha completado los estudios universitarios (Tabla 2).

Tabla 2 Grado de Instrucción de las mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>Grado</b>	<b>N° Mujeres</b>
Secundaria Incompleta	4
Secundaria Completa	5
Técnico Incompleto	5
Univ. Completo	1

Con respecto al lugar de nacimiento, doce nacieron en la costa, dos en la sierra y una en la selva (Tabla 3).

Tabla 3 Lugar Nacimiento de las mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>Región</b>	<b>N° Mujeres</b>
Costa	12
Sierra	2
Selva	1

En relación al estado civil, dos eran casadas, ocho convivientes, dos eran solteras, dos separadas, una es viuda (Tabla 4).

Tabla 4.- Estado civil de las mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>Condición</b>	<b>N° Mujeres</b>
Conviviente	8
Soltera	2
Casada	2
Separada	2
Viuda	1

En referencia a los hijos, diez mujeres tenían hijos, una mujer un hijo, cuatro mujeres cada una dos hijos, tres mujeres cada una de ellas tenían tres hijos, y dos mujeres cada una tenía cuatro hijos (Tabla 5).

Tabla 5.- Hijos de las mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>N° de Mujeres</b>	<b>N° de hijos</b>
5	No tienen
1	1
2	4
3	3
4	2

Con respecto a la ocupación ocho eran amas de casa, dos comerciantes; dos se encontraban desocupadas, una era cosmetóloga y dos empleadas (Tabla 6).

Tabla 6.-Ocupacion de las mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>Actividad</b>	<b>N° Mujeres</b>
Ama de Casa	7
Negocio	1
Desocupada	2
Cosmetóloga	1
Empleada	4

Con respecto a la procedencia, cinco vivían en el Centro de Lima; cuatro vivían en la Victoria, una vivía en Surquillo, una en Independencia, una en Villa el Salvador, una en Villa María del Triunfo y una en el Rímac (Tabla 7).

Tabla 7.- Procedencia de las mujeres con uso de sustancias y con VIH

<b>Lugar</b>	<b>N° Mujeres</b>
Victoria	5
Lima Centro	4
Surquillo	1
Independencia	1
Ate	1

VES	1
VMT	1
Rímac	1

---

Con respecto a los Talleres, hechos de acuerdo al Programa GROW Básico, las señoras se mostraron comunicativas, con deseos de participar, ganar conocimientos y experiencias en sus vidas, respondieron la prueba de inicio del taller, y la prueba hecha al término del taller. También se tomó una prueba de adherencia (Cuestionario de la Evaluación de la adhesión al tratamiento (CEAT-VIH) validado por Remor en España y Adaptado para sus uso en Perú.

En el pre test del Programa GROW las 15 participantes obtuvieron una calificación menor de 0.7. En el pos test del mismo programa las señoras mostraron mayor seguridad y entusiasmo al responder los cuestionarios, con los resultados siguientes: dos señoras obtuvieron notas de trece, nueve de ellas obtuvieron notas de catorce y cuatro señoras obtuvieron quince (Tabla 8).

Tabla 8.- Evaluación de la comprensión del Programa de la Adherencia Grow Básico de las mujeres con uso de sustancias y con VIH (Segundo Objetivo)

---

Nota	Pre test	Pos test	Calificación
0- 10	15	-	Insuficiente
11- 13	-	2	Regular
14- 15	-	13	Aceptable
16- 20	-	-	Sobresaliente

---

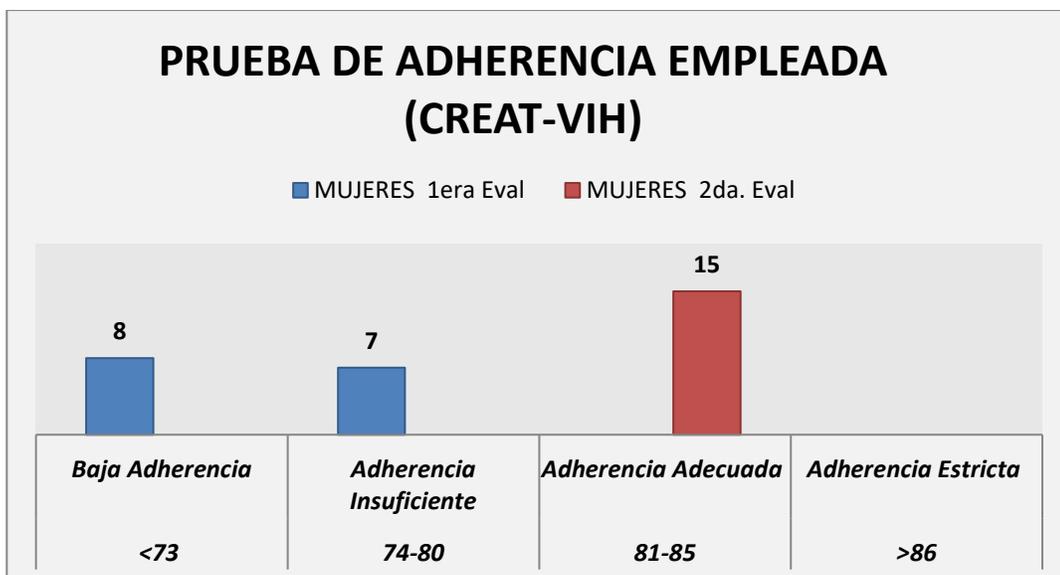
En la primera columna indica la calificación empleada de (0-20), en la columna 2 indica que ninguna mujer aprobó el pre test. En la 3 columna se registra los resultados del post

test hecho al terminar los talleres, la columna 4 indica la calificación empleada por el GROW.

Con respecto a los resultados en la prueba de Adherencia que fue tomada al inicio de los talleres ocho mujeres obtuvieron una calificación de baja adherencia y siete de ellas adherencia insuficiente. Después del taller se continuó con el seguimiento a las mujeres en el primero se realizo reunión grupal para saber sus vivencias y en el 2do seguimiento se tomo nuevamente la prueba de adherencia se obtuvo cambios favorables porque las 15 obtuvieron adherencia aceptable lo que significa mejor cumplimiento y aceptación al tratamiento ver tabla (Tabla 9).

Tabla 9.- Resultado de la prueba de Adherencia empleada ((CEAT-VIH) en mujeres con uso de sustancias y con VIH (Tercer Objetivo).

Puntaje	Mujeres		Categoría	
	(Inicio) %	(2do Seg.) %		
< 73 puntos	8	53		baja adherencia
74- 80 puntos	7	46.6		adherencia insuficiente
81- 85 puntos	-		15	100 adherencia adecuada
> 86 puntos	-			adherencia estricta



La primera columna indica el puntaje de la adherencia, la segunda columna indica el número de mujeres con uso de sustancia y con VIH prueba de inicio y el 2do seguimiento de la prueba de adherencia con el mejoramiento en el cumplimiento del tratamiento. La tercera columna indica la categoría de adherencia.

En la apreciación del término del taller se hicieron varias preguntas. A continuación se indican las repuestas de cada de la interrogación.

- ¿Qué le agrado?      Todas contestaron que les agrado que hablaran de las mujeres, de sus necesidades, de la posibilidad de mejor la socialización y de conocer más de las enfermedades y los daños que puedan producir.
- ¿Le ayudo?            Todas contestaron afirmativamente
- ¿En qué le ayudo?    Respondieron a valorarse, a pensar, afrontar situaciones difíciles, compartir vivencias, generar optimismo, aumentar la autoestima, mejorar la comunicación.

¿Qué acciones tomaría en su salud)	Mayor información, cuidarse más, tomarse el tratamiento con responsabilidad, ser precavida, ser responsable, estar pendiente de mi salud, preguntar mas sobre mi salud preguntar mas sobre mi salud (más información de los profesionales) buscar ayuda profesional.
¿Sugerencias para Otros talleres	Deben haber mas talleres, mas reuniones (profesionales con pacientes) que los talleres sean más frecuentes como base del Programa, talleres sobre derechos de los pacientes.

## **CAPITULO V: Discusión**

Se han estudiado quince mujeres adultas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana VIH que abusadas de sustancias adictivas. Además de hacer una historia psicológica de cada paciente, fueron evaluadas con referencia a las variables cuyos resultados constan en la tablas 1 al 9. Para determinar la capacidad intelectual se les sometió a el test mini mental de Folstein el cual reveló que ninguna tenía deterioro cognitivo, a pesar de sufrir una enfermedad infecciosa crónica y progresiva, la cual afecta finalmente el sistema nervioso y ocasiona déficit tanto a nivel central como periférico. Este grupo estaba por lo tanto en la fase de latencia de la infección VIH. Sin embargo la investigación mostró que la mayoría (12 de 15) habían sufrido de violencia, ya sea familiar o de pareja. Es bien conocido que la violencia constituye un estrés grave, el cual produce efectos inmediatos bajo la forma de ansiedad, pánico, depresión o síntomas combinados, constituyendo en la etapa inicial el estrés agudo y en la etapa crónica el estrés postraumático, este último proceso patológico puede durar meses o años.

En la tabla 1 se comprobó que la mujeres tenían entre 30 y 60 años. En la tesis Rivas (2008) todas las mujeres estudiadas eran adultas, de edad mediana o de edad avanzada. En nuestros casos las pacientes no tenían compromiso neurológico ostensible. Lo que significa que en todas ellas el periodo asintomático de la enfermedad viral estaba presente.

La tabla 2 resalta el hecho que la gran mayoría había accedido a un nivel relativamente alto de instrucción si consideramos su estado social. Todas habían completado

instrucción primaria pero las dificultades se presentaban en etapas superiores, solo 5 completaron la instrucción secundaria y una completó estudios universitarios, nueve no pudieron completar la instrucción secundaria o técnica. Es precisamente en esta etapa adolescente en que las mujeres son acosadas sexualmente e inician dicha actividad de manera relativamente precoz, muchas a partir de los 11 años de edad. Es también en esta etapa en la cual las mujeres deben aprender cómo prevenir los actos de violencia de la pareja y de los familiares de sexo masculino (Brizar & Grownen 1983).

La tabla 3 indica el lugar de nacimiento de las mujeres estudiadas, la gran mayoría provenían de regiones costeñas relativamente cercanas a la ciudad capital del Perú, fenómeno que ocurre predominante en los Estados Unidos (National Institute Drug Abuse 1998), en el Reino Unido (Bazele 2000) y los Países Bajos (Bore 2005).

El estado civil (Tabla 4) de estas pacientes indica la situación de social de la mayor parte de ellas: solo dos eran casadas, ocho tenían conviviente, situación de pareja, que podía disgregarse en cualquier momento por decisión mutua o individual, confiriendo considerable inestabilidad a la unión de estas personas.

La tabla 5 presenta la descendencia de 10 de 15 mujeres. Considerando que todas eran adultas mayores de 30 años, con alto grado de fertilidad puesto que 10 tenían, hijos que ponían ser de uno a cuatro, lo que significa que llevan una vida sexual activa, sin emplear anticonceptivos, a pesar de saber que padecían de una enfermedad infecciosa crónica transmisible, frecuentemente complicada con serios trastornos somáticos y psicológicos.

Un hallazgo sorprendente fue que solo dos estaban desocupadas, siete eran ama de casa el resto trabajaba fuera del hogar pero requería colaboración de alguna persona para cumplir las labores domésticas de sus casas. Este dato sugiere que la gran mayoría (13 de 15) trabajaba diariamente a pesar de sufrir de enfermedad infecciosa y consumiendo sustancias aditivas, para proseguir existiendo aceptablemente en su comunidad.

Todas estas mujeres procedían de la ciudad de Lima y de los suburbios, área de captación de la Institución donde trabajamos, como se ha indicado anteriormente.

Con referencia a los Talleres, el comentario que podemos hacer es que todas estas señoras cooperaron con entusiasmo demostrando, además considerable interés, muchos deseos de comunicarse, dar su testimonio y colaborar activamente en todos los procedimientos.

En referencia a la evaluación del aprendizaje, se les tomó una prueba que consistía en 10 preguntas sobre los temas expuestos. Los resultados fueron los siguientes: en el pre test todas obtuvieron una calificación insuficiente (desaprobadas). En el pos test todas mejoraron en sus calificaciones: dos de ellas con calificación 13 (igual a regular), 9 mujeres obtuvieron calificación de 14 (aceptable), 4 mujeres obtuvieron la calificaron 15 (bueno). Estos resultados demuestran, que a pesar de la enfermedad, tenían todavía capacidad de aprendizaje y por lo tanto la posibilidad de mejorar voluntariamente sus condiciones de vida y de mejorar su adherencia.

En el primer seguimiento realizado después de 8 días de realizado el taller, seis de ellas mencionaron que venían al hospital para su consulta médica y para recoger sus medicinas con mayor entusiasmo. Cuatro mujeres mencionaron que se sentían más

comunicativas con sus hijos y familiares, las otras cinco mencionaron que no van a volver a descuidarse de su tratamiento.

En el segundo seguimiento, después de quince días de terminado el taller, se evaluó la adherencia, los resultados fueron los siguientes: cuatro mujeres obtuvieron puntuación de 81 puntos, lo equivale a adherencia adecuada, seis mujeres obtuvieron puntuación de 82 lo que equivale también a adherencia adecuada, cinco mujeres obtuvieron 83 puntos lo que equivale a adherencia adecuada. Ninguna obtuvo adherencia estricta.

El tercer seguimiento se hizo al mes en el cual las pacientes cumplieron con venir al taller o reunión de grupo donde mencionaron que se sentían bien en el grupo y que deseaban traer a otras mujeres a los talleres. Después de estos resultados se decidió proseguir con el seguimiento cada tres meses.

Las pacientes no obtuvieron resultados sobresalientes en la evaluación GROW porque dos de ellas estaban en recuperación de infecciones oportunistas. Las demás obtuvieron notas aceptables (14 y 15), ninguna obtuvo nota sobresaliente porque necesitaban algo más de práctica en el taller. Además hay que considerar que estas mujeres tenían estudios secundarios y técnicas incompletas y padecían de enfermedad orgánica, que como se sabe tiene profundas repercusiones psicológicas.

En conclusión se determinó que el programa de la adherencia al TARGA de las 15 pacientes entrevistadas dio resultados positivos en cuanto a la comprensión, ejecución y seguimiento del tratamiento establecido para mujeres VIH positivas que usaban sustancias, como ha sido comprobado anteriormente por el Consejo Nacional de Estupefaciente del Ministerio del Interior de la República Española (2004).

En este trabajo las pacientes respondieron favorablemente a los temas, trabajos prácticos, dinámicas y vivencias personales durante las sesiones del Programa GROW Básico.

El Programa de la adherencia tuvo efecto positivo en todas las 15 mujeres con referencia al tratamiento antirretroviral y para el tratamiento de uso de drogas.

## CONCLUSIONES

- Esta investigación ha comprobado que algunas mujeres infectadas con el VIH abusan de sustancias psicoactivas.
- El programa para la adherencia antirretroviral Targa para mujeres con uso de sustancias ha tenido efecto positivo para mejorar la adherencia en las mujeres tratadas.
- El programa Grow básico, dirigido exclusivamente a mujeres, ha demostrado que puede ser aplicado íntegramente en la Republica del Perú.
- Los talleres y trabajos prácticos de dicho programa han tenido aceptación muy favorable en las mujeres tratadas.
- El programa Grow básico puede aplicarse en todas las provincias de nuestro país, previa capacitación de los profesionales que atienden a estas mujeres.

## **RECOMENDACIONES**

- Este trabajo nos ha demostrado que las mujeres con VIH y que usan sustancias necesitan recibir un tratamiento especializado de forma integral donde intervengan especialidades individuales y grupales así como terapias y talleres.
- Los resultados de este trabajo podrían ser de utilidad para las redes de profesionales que atienden pacientes con VIH para integrarlos a sus programas de atención.

## Referencias Bibliográficas

- Abuse of Volatile Solvents and Inhalants, World Health Organization, WHO Research and Training Centre, Malaysia 1998
- Alfaro D, Factores humanos en los accidentes de tránsito. *Diagnostico* 55/2 74-78, 2016.
- Allen D. *The Cocaine Crisis*, Plenum Press, New York, Bahamas, 1987
- Assessing Drug Abuse within and across Communities Nat. Inst. Drug Abuse, Dept. Health and Human Services, Rockville, MA, 1998..
- Bazire S, *Directorio de Fármacos Psicotrópicos*, Quay Books Division, Salisbury, Wits, SP3 5HN, United Kingdom 2000.
- Billler J, *Practical Neurology*, 5<sup>th</sup> Edition, Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Williams & Wilkins Raven, China, 2012.
- Boer JA, George MS, Horet GJ. *Current and Future developments in psychopharmacology*, Benecke NL, Amsterdam, the Netherlands 2005.
- Brizer DA & Crowner ML, *Current Approaches to the Prevention of Violence*, Amer. Psychiat. Press, Washington DC, 1998.
- Bustios C, Evaluación de pacientes con transaminasas anormales *Diagnost.* 56/1 5-10, 2017.
- Cáceres E, & Vásquez F, Intento suicida y antecedentes de experiencias traumáticas durante la infancia. *Rev. Neuropsiquiat.* 76/4 255-267, 2013.
- Castro L, Campos J et al. *Prevención positiva y adherencia al TARGA*, Ministerio de Salud, Lima, 2007
- Criterios Diagnósticos, DSM IV TR Breviario*, Masson SA, Paris, Francia 2014.
- Consejería en ITS /VIH y SIDA, Ministerio de Salud Lima -Perú Documento Técnico, 1- 91, 2009.
- Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Sadock BJ, Sadock BJ, Sadock V, Ruiz, P. Walters Kluwer, Fourth Edition, Philadelphia, 2017.
- Choo F, Alcohol, en *Addiction Assessment*, pp 39-64, Arlington, 2016
- Contreras, H et al *Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima. Perú. Rev. Peru Med. Exp. Salud Pub.* 30/3 371-385, 2013.

- Custodio N et al. Validación de la prueba del dibujo del reloj como prueba de cribado para detectar demencia. *Rev. Per. Med. Exp. Salud Pub.* 28/1 29-34, 2011.
- Fiestas F et al. Factores predictores de uso problemático del alcohol de personas atendidas en una sala de emergencia. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pub.* 28/1 64-71 2011.
- Demner AR, Cognitive- Behavior therapy, en *Addiction treatment*, pp 259-272, Arlington 2016.
- Douglas J. Motivational Interviewing, en *Addiction Treatment* pp 285-296, Arlington, 2016.
- Fernández de Oviedo, G. *Historia Natural de las Indias*, cap. 80, Toledo 1526 (versión actualizada al español moderno), ed Bruguera, Barcelona, 1972.
- Encyclopedia Britannica* vols. 5, 12, 16. Univ. Chicago, 1974.
- Fong T. Behavioral Addiction. Focus en Gambling Disorder, en *Addiction Assessment*, pp 243-256, Arlington 2016.
- Gallant JE & Pham PA *John Hopkins HIV Guide, Management of HIV Infection and its Complications*, Jones and Bartlet Learning, Burlingame, MA, 2012.
- Gibb JW, et al. Mechanisms mediating Biogenic Amine Deficits Induced by Amphetamine and its Congeners, en *Assessing Neurotoxicity*, 226-241, 1993.
- Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM5, Amer. Psychiat Association Washington DC, Arlington, 2014.
- Guiando a la Recuperación de las Mujeres (Grow), una orientación “El Grow Básico, Guía del entrenador, un volumen de 392 pag Washington DC 2011.
- Han B, & Avery J. Relapse Prevention, *Addiction Treatment*, pp 273-284, Arlington, 2016.
- Herron AJ, Inhalants en *Addiction Assessment*, pp 155- 170, Arlington, 2016.
- Holguin L, Correa D, et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universit. Psicol.* 5 (3) 535- 545, Cali 2006.
- Israel Y, Glaser FB et al. *research Advances in Alcohol Drug Problems*, Vol. 4, Plenum Press, New York, 1978.
- Kennedy CA, & Bhutia T. Anabolic Androgenic Steroids, en *Addiction Assessment*, pp 65-80, Arlington, 2016.
- Ketteringham MA, Cannabls, en *Addiction Assessment*, pp 109-126 Arlington, 2016.
- Kindelán J, Del Amo J, Ruiz C y col. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial *Enf. Infecc. Microbiol, Clin. Supplem.* 219-228 2002 Madrid.
- Lansfield PW, et al. Cannabinoid Interaction with Brain Glucocorticoid Reception, en *Assessing Neurotoxicity*, PP 242-252, 1993
- Levounis P, -et al. *Addiction Assessment and treatment*, Amer. Psychiat. Ass Publishing, Arlirgton, 2016.
- Lucho M, & Jeri, R. Abuso de sustancias en mujeres peruanas infectadas con VIH, en prensa 2018.
- Ministerio de Salud, Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, Dirección. General de Epidemiologia Ministerio de Salud 2013.

- Nahas GG, Sutin KM, Harvey D; Agurell S. *Marihuana and Medicine*, Humana Press Totowa, New Jersey, 1999.
- Nat. Inst. Drug Abuse: *Neurobiology of Addiction From Reward to Relief the Complex Neuro adaptations Underlying Addiction*, en *Addiction Assessment*, pp 3-6, Arlington, 2016.
- Opler, D & Han, S *Stimulants*, en *Addiction Assessment*, pp 201- 224, Arlington, 2016.
- Paloho M & Baramoski M. *Forensic Mental Health Professionals in the Immigration Process*, en *Forensic Psychiatry*, pp 929-946, *Psychiat. Clinics North America*, Philadelphia, 2012.
- Palma R, *Tradiciones Peruanas Completas*, Aguilar Madrid 1947.
- Perales A, et al. *Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Nutrición de una universidad pública Peruana*. *Rev. Neuropsiquiat. Vol 76 (4): 231-235*, 2013.
- Perales A, et al. *Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Obstetricia de una escuela pública del Perú*. *Rev. Peruana Psiquiat. 4 (1): 5-9*, 2014.
- Research Neuritoxicity of Drug of Abuse, Research Monograph Series, 136 Dehantment of Heath and Huaman Services, Nat, Inst. Drug Abuse Rock ville, Washington, 1993*
- Rivas M, Cavero R, *Adherencia al tratamiento Antirretroviral de gran Actividad y Calidad de vida en pacientes con VIH- SIDA del Hospital Doc. de Chiclayo. Tesis Chiclayo 2011.*
- Roncero C, Rodríguez L, et al. *Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio*, *Actas Esp Psiquiatría 40 (2): 63-69*, Madrid 2012.
- Rodríguez I, & Pacora P. *Promoción de la Salud mental en la mujer peruana*. *Diagnost. 54/7 74-79*, 2013.
- Rodríguez MC. *Aspectos Psicológicos y Adherencia en pacientes adultos infectados por el VIH con prolongada exposición a tratamiento antirretroviral. Tesis Doctoral, Univ. Autónoma Barcelona 2009.*
- Substance Related and Addictive Disorders*, en *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, pp 260-339, Sadock B, Sadock V & Ruiz P, Walters Kluwer, Fourth Edition, Philadelphia, 2017.
- Tafur E, Ortiz C, Alfaro CO. *Adaptación del " Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral " (CEAT- VIH) para su uso en Perú*. *Acta Pharmaceutica 49 (3): 183-198*, 2008.
- Tilson HA, *Behavioral Methodo used in Neurotoxicology in Assesing & Neurotoxicity*, pps. 1-33, 1993.
- Varela M, Salazar, I; Sánchez, D; *Adherencia al tratamiento en la Infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje* *Acta Colombiana de Psicología 11 (2): 101-113*, Bogotá 2008.

## **ANEXOS**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días Usuario del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Dos de Mayo.

Yo Medalit Lucho Cabillas, psicóloga del Servicio voy a ejecutar un Programa de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en mujeres con uso de sustancia.

El objetivo es contribuir en mejor la adherencia al tratamiento antirretroviral la carga viral indetectable y aumento de las defensas de CD4, la seguridad personal, las relaciones interpersonales, familiares, conocimientos y contribuir a la salud física y emocional.

Los talleres consisten en teórico, práctico y vivenciales de 3 horas cada uno. Se realizara en un lugar tranquilo donde se le brinde la confidencialidad. También se le tomara una prueba de adherencia al término del 3er taller nos va servir para colaborar la intervención.

Su colaboración nos ayudará a mejorar y desarrollar estrategias para la atención psicológica y psicoterapéutica y contribuir en el desempeño profesional del Equipo de Salud en beneficio de los pacientes.

Su participación en la investigación es voluntaria y sus datos personales serán guardados de forma absolutamente confidencial.

Si tiene cualquier duda acerca de sus derechos en la investigación, puede dirigirse al Dr. Jorge Yarinzueca Presidente Comité de Ética del Hospital Dos de Mayo.

He comprendido los objetivos e importancia de la investigación, acepto mi participación voluntaria.

Lima -----

-----

Usuario

-----

Investigador

## **Talleres**

Primer día

1.- Presentación: Introducción explicar en qué consiste la intervención a realizar con los objetivos y la importancia asimismo los requisitos y compromisos que se necesita para a realizar las actividades (duración 10 minutos)

Se evalúa mediante una Ficha de datos donde responde acerca de las expectativas del taller y firma del consentimiento Informado.

2.- Dinámica: Presentación de los asistentes (duración 20 minutos)

3.- Temas:

Definición de Genero por medio de lluvia de ideas

Modulo:1.- Introducción Modulo

Refrigerio : duración 15 minutos

Modulo : 2- Investigaciones sobre abuso de sustancias

Duración 40 minutos.

Descanso de 10 minutos

Segundo día

Dinámica: Me recuerdo duración 20 minutos

3.- Impacto del trauma y TEPT en la recuperación,

Refrigerio duración 15 minutos

Trastorno Concurrentes

Tercer día

4.- Mejores prácticas,

Duración 40 minutos

Descanso de 10 minutos

Dinámica: persuasión duración 20 minutos

5.- Barrera para las mujeres.

Conceptos de adherencia, cuidados personales en lo físico, emociones, sexual y nutrición, proyecto de vida, (duración 60 minutos)

Descanso de 10 minutos

Toma de la prueba de adherencia.

Apreciación del Taller

Proyecto GROW: “Desarrollando Capacidades para ofrecer Tratamiento por Abuso de Sustancias Sensible al Género”

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL CURRÍCULO ESPECIALIZADO GROW

FASE I: GROW BASICO

PROGRAMA GROW BASICO		
DIA 1		
HORA	TEMARIO	PONENTE
9:00-9.30	Recepción de participantes, Registro de asistencia y Coordinaciones	
9:30- 9.40	Bienvenida: Presentación de los Facilitadores y de los objetivos del Plan de Capacitación Regional Presentación del Video GROW (video de Gracia)	
9.40– 9:50	Dinámica de presentación (personas de a dos dialogan se presentan y van integrando a otro participante hasta llegar a 10 y seguirán presentándose). 20 minutos. Ejercicio Grupal: Reglas Básicas (los grupos anteriores escribirán 3 expectativas y 3 de los deberes sobre el curso).escribirlas en cartulina para pegarla y luego firman su compromisos. Ejercicio Grupal: Nuestras Expectativas	
9.50 - 10:00	Evaluación Pre-test GROW Básico	
10:00 – 10:20	<b>Modulo 1:</b> Presentación del Currículo Especializado GROW / Objetivos /Propósitos/ Fundamentos	
10:25 - 10.50	Presentación: Psicología de la Mujer/ Teoría Relacional-Cultural/ Estigma / Conexión-Desconexión	
10:50 – 11:00	Ejercicio Grupal: Fomento de Crecimiento de las Relaciones (dinámica: imaginen recordando a alguien importante en tu crecimiento personal).	
11:00 - 11:15	<b>Break</b>	
11:15 – 11:30	Dinámica de animación (el nudo) 10 personas 15 minutos grupo de 10	
11:30 - 11:45	<b>Modulo 2:</b> Presentación Uso, Abuso y Adicción/ Teorías del Abuso/Otras Adicciones	
11.45. 12.00	Presentación: La Teoría Biopsicosocial, las bases de la Adicción y la Espiral de la Adicción y Recuperación	
	<b>DIA 2</b>	
9:00-9.30	Ejercicio Grupal: Construcción de Confianza ula ula 20 personas	
9:30- 9.40	Presentación: Mujeres y Uso de sustancias	
9.40 – 10:10	<b>Modulo 3:</b> Presentación: Trauma, TEPT y Abuso de Sustancias	
10.10 - 10:30	Ejercicio en Grupo: ¿Qué son eventos Traumáticos?	
10.30 – 10:50	Ejercicio de Grupo: Análisis de Caso	

10:50 – 11.10	Ejercicio Grupal: El Estimulo	
11.10 – 11:20	Presentación: Trastornos Concurrentes	
11:20 – 11:40	Trabajo Grupal: Definiendo Violencia	
11.40-12.00	<b>Break</b>	
	<b>Día 3</b>	
9:00-9.30	<b>Modulo 4:</b> Presentación: Mejores Practicas Servicios Sensibles al Género	
9.30-9.45	Ejercicio en Grupo: Confianza (Balanceo)	
9.45-10.00	Principios y valores del Tratamiento	
10.00-10.20	Presentación: Conociendo las Mejores Practicas	
10.20-10.40	Presentación: Conociendo las Mejores Practicas	
10.40-11.00	Presentación Barreras de la atención a Mujeres	
11.00-11.20	El Estimulo	
11.20-11.40	Hablando de nuestro tratamiento- adherencia	
11:40-12.00	POST- TEST GROW BASICO (Evaluación y entrega de resultados)	
12:00 – 12:15	Break	

## DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

### 1.- Estado Civil

Soltero \_\_\_\_\_ Conviviente \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_

Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

Solitario \_\_\_\_\_

### 2.- Tiene hijos:

Si: ----- No..... Cuantos.....

### 3.- Estudios terminados (marque con un aspa el nivel que ha cursado)

Primaria Completa \_\_\_\_\_

Secundaria Incompleta \_\_\_\_\_ Secundaria completa \_\_\_\_\_

Técnico incompleto \_\_\_\_\_ Técnico completo \_\_\_\_\_

Universitaria incompleto \_\_\_\_\_ Universitario completo \_\_\_\_\_

### 4.- Lugar de nacimiento (marca con un aspa)

Costa \_\_\_\_\_ Sierra \_\_\_\_\_ Selva \_\_\_\_\_

### 5.- Distrito que vive:

.....

### 6.- Ocupación:

.....

.....

Apreciación del Taller

1.- Que le agrado del taller

.....  
.....  
.....  
.....

2.- Le ayudo

Si..... No.....

¿En qué?

.....  
.....  
.....  
.....

3.- Que acciones tomaría ahora en su salud

.....  
.....  
.....  
.....

4.- Cual sería su sugerencia para otros talleres

.....  
.....

.....

.....

**Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH), validado por REMOR en España y adaptado para su uso en Perú**

Código	
Año de Diagnostico	
Tiempo de Tratamiento	
Edad	
Sexo	
Fecha	

Durante la última semana:		Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?					
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?					

5.- ¿Recuerda qué Medicamentos está tomando en este momento? \_\_\_\_\_

6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	13 Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo

17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad.	Regular	Poca dificultad	Nada d dificultad

		SI	NO
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?.....)		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál? .....		

