



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**DROGODEPENDENCIA ASOCIADO A BAJA ADHERENCIA A LA
TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL
HOSPITAL LOAYZA 2013 -2015**

PRESENTADA POR

VICTOR MANUEL MOROCHO CASTAÑEDA

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN
EN PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**DROGODEPENDENCIA ASOCIADO A BAJA ADHERENCIA A LA
TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL
HOSPITAL LOAYZA 2013 -2015**

TESIS

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTADA POR

VICTOR MANUEL MOROCHO CASTAÑEDA

LIMA-PERÚ

2015

ASESOR

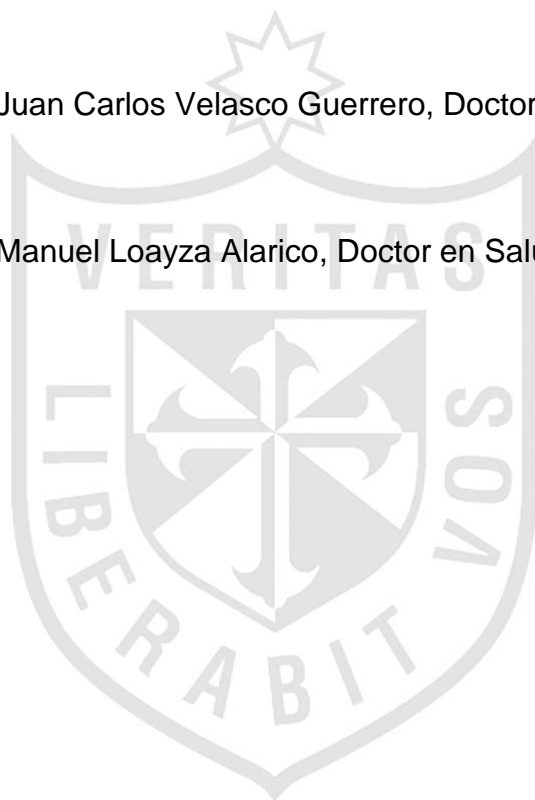
Florian Tutaya Luis Sandro Master en Medicina, Médico Especialista en
Pediatria

JURADO

Presidente: Dr. Javier Navarrete Mejia, Doctor en Salud Pública

Miembro: Dr Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública

Miembro: Dr Manuel Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública



**A mis padres, esposa e hija que con su inmenso amor siempre me están
apoyando**



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Florian Tutaya Luis Sandro Master en Medicina, por la lectura del borrador y las sugerencias para las bases teóricas, metodología y redacción.

Al Dr. Héctor Núñez Aguirre, Especialista en Psiquiatría por las sugerencias para el abordaje de las bases teóricas.



ÍNDICE

Asesor y jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Índice	V
Resumen	VIII
Abstract	IX
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
1.1 Antecedentes de la investigación	13
1.2 Bases teóricas	13
1.3 Definiciones conceptuales	14
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	18
2.1 Tipo y diseño de investigación	19
2.2 Población y muestra	19
2.3 Recolección de datos.	19
2.4 Procesamiento y análisis de los datos	19
2.5 Aspectos éticos	20
CAPÍTULO III: RESULTADOS	21
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	35
CAPITULO V: CONCLUSIONES	39
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	40
CAPITULO VII: FUENTES DE INFORMACION	41
ANEXOS	46
Anexo 1.	46
Anexo 2	48

INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

	PAG
Tabla N° 01 Sexo, Grupo etareo, nivel de instrucción, ocupación y estado Civil de los pacientes con VIH recibiendo al segundo año el TARGA. 2013 - 2015.	21
Gráfico N° 01. Sexo, Grupo etareo, nivel de instrucción, ocupación y estado Civil de los pacientes con VIH recibiendo al segundo año el TARGA. 2013 - 2015.	22
Gráfico N° 02 Porcentaje de los grupos etareos de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015.	22
Gráfico N° 03 Porcentaje de los grupos etareos de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA 2013- 2015	23
Gráfico N° 04 Porcentaje de los grupos ocupacionales de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA 2013- 2015.	23
Gráfico N° 05 Porcentaje del Estado Civil de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015	24
Tabla N° 02 Tipo de Adicción, efectos colaterales al TARGA, estadio de la enfermedad y Adherencia de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015.	24
Gráfico N° 06 Porcentaje de los pacientes con adictos y no adictos a OH y/o drogas con VIH al segundo año de estar recibiendo el TARGA. 2013- 2015	25
Gráfico N° 07 Porcentaje de los pacientes por tipo de Adicción al OH y/o drogas con VIH con VIH al segundo año de estar recibiendo el TARGA. 2013- 2015.	25

Gráfico N° 08 Porcentaje de pacientes con VIH recibiendo al segundo año de recibir el TARGA que presentaron y no presentaron efectos colaterales al TARGA. 2013- 2015. 26

Gráfico N° 09 Porcentaje de los pacientes con VIH al segundo año de estar recibiendo el TARGA por Estadio de Enfermedad. 2013- 2015. 26

Gráfico N° 10 Porcentaje de los pacientes con VIH al segundo año de recibir el TARGA con Buena y Mala Adherencia. 2013- 2015 27

Tabla N° 03 Frecuencias, porcentaje Chi², valor de p, adherencia por sexo, nivel de instrucción, grupo etareo, estado civil y ocupación de pacientes recibiendo TARGA. 2013- 2015. 28

Gráfico N° 11 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por sexo de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015. 29

Gráfico N° 12 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por sexo de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015. 29

Gráfico N° 13 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por grupo etareo de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015. 30

Gráfico N° 14 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por estado civil de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015. 30

Gráfico N° 15 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por ocupacional de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.	31
Gráfico N° 16 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por ocupacional de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.	32
Tabla N° 04 Frecuencias, porcentaje Chi ² , valor de p, adherencia de los pacientes con VIH recibiendo TARGA y la adicción a drogas y/o alcohol, tipo de adicción, estadio de la enfermedad, reacciones adversas al tratamiento. 2013- 2015	32
Gráfico N° 17 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por tipo de drogas y/o alcohol en los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015	33
Gráfico N° 18 Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por estadio de la enfermedad de VIH los pacientes con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015	33
Gráfico N° 19 Frecuencias de efectos Colaterales y adherencia de los pacientes con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.	34
Tabla N° 05 Adicción al Alcohol y Drogas asociado a Mala adherencia al TARGA en los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015.	34
Tabla N° 06 Tipo de adicción al alcohol y/o drogas asociado a mala adherencia al TARGA en pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015	35

RESUMEN

Objetivo: Conocer si existe asociación entre mala adherencia anual a la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) y la dependencia al alcohol y/o drogas a los dos años de tratamiento. Junio 2013 a Junio 2015.

Métodos de investigación: La muestra del estudio fue n=75 pacientes, (casos) pacientes con mala adherencia al TARGA 37 (49.33%) y controles pacientes con buena adherencia al TARGA 38 (50.67%), de los cuales 31 (41.33%) fueron mujeres y 44 (58.67%) fueron varones. El tipo de estudio fue observacional retrospectivo de casos y controles.

Resultados: Se encontró que la Adicción a drogas y/alcohol se asocia a mala adherencia al TARGA con un Odds ratio de 5.29 con un intervalo de confianza del 95% límite inferior 1.86, límite superior 15.0, $p < 0.001$.

La Adicciones más frecuentes son el PBC con una frecuencia de 12 y 16% y la adicción a múltiples drogas con frecuencia de 19 y un porcentaje de 25.33%.

Conclusión: El consumo compulsivo de alcohol o drogas en pacientes Adictos con VIH que reciben tratamiento TARGA en los últimos 24 meses se asocia a mala adherencia en los últimos 12 meses.

Palabras clave: Adherencia, TARGA, VIH, Adicción drogas y Alcohol.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between the mean annual Antiretroviral Therapy (HAART) adherence and dependence on alcohol and / or drugs after two years of treatment. 2015.

Research Methods: The study sample was n = 75 patients (cases) patients with poor adherence to HAART 37 (49.33%) and control patients with good adherence to TARGA 38 (50.67%), of which 31 (41.33%) were women and 44 (58.67%) were male. The type of study was retrospective observational case-control.

Results: We found that drug addiction and / Alcohol is associated with poor adherence to HAART with an odds ratio of 5.29 with a confidence interval of 95% lower limit 1.86, the upper limit 15.0, $p < 0.001$.

The most common addictions are the PBC with a frequency of 12 to 16% and drug addiction often multiple of 19 and a percentage of 25.33%.

Conclusion: binge drinking or drug addicted HIV patients receiving HAART in the last 24 months is associated with poor adherence in the last 12 months.

Keywords: Adherence, HAART, HIV, drug and alcohol addiction.

INTRODUCCIÓN

Hasta el 2013 se registraron 28,064 personas con SIDA, el tratamiento antirretroviral de gran actividad TRAGA, lo brinda gratuitamente el Ministerio de Salud desde hace 10 años, sin embargo muchos pacientes tienen baja adherencia, abandonan el programa de tratamiento, lo que produce un incremento en la carga viral, disminución de los niveles de células CD4 y sintomatología clínica, cambio de esquema de tratamiento, desarrollo de cepas virales resistentes a los antirretrovirales y mayores costos en el servicio de salud ¹, Romina (2011) en otro estudio realizado en el Perú 2008 reportó que a los 4 años de tratamiento, en Lima es mayor el abandono y baja adherencia al tratamiento que en provincias.²

Chincha et al (2008) en un estudio realizado por la universidad Cayetano Heredia reportó que el alcoholismo y abuso de drogas se asocia a mayor riesgo de contagiarse y transmitir el virus de inmunodeficiencia adquirida. ³

Mejía F (2013) en un estudio realizado en Hospital Cayetano Heredia reportó que en el periodo 2006 al 2010 el abandono al tratamiento luego de siete meses de tratamiento fue del 14%. ⁴

Bazan-Ruiz S. et al (2013) En un estudio en hospital general reportaron que en el servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que de los pacientes que reciben TARGA el 11.6% consumían drogas y esto se asoció a mala adherencia con un OR de 1.5%. ⁵

Los reportes de diversos estudios a nivel mundial indican que solo 50 a 80% de los pacientes recibiendo TARGA tienen buena adherencia presentan buena adherencia al tratamiento, ⁶ De otro lado existe una correlación directa proporcional a buena adherencia al tratamiento superior al 90 y control clínico del SIDA, así como incremento de células CD4 y disminución de la carga viral. ⁷

La norma técnica del MINSA no incluye el despistaje de consumo de drogas con análisis toxicológicos ni el despistaje de consumo de alcohol con encuestas de alta sensibilidad, tan solo recomienda realizar la pregunta si consume o no drogas y/o alcohol. ⁸

Se desconoce si a mediano plazo 2 años existe baja adherencia al TARGA asociado a consumo de drogas y/o alcohol.

De continuar este problema de baja adherencia al tratamiento TARGA se desarrollaran cepas del VIH resistentes a los antiretrovirales obligando a cambiar el esquema terapéutico, se incrementarán los días de hospitalización por enfermedades oportunistas y aparecerían cepas del virus resistentes a los fármacos utilizados en los tratamientos antirretrovirales de gran actividad.

Esta tesis tiene como objetivo principal conocer si existe asociación entre mala adherencia anual a la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) y la dependencia al alcohol y/o drogas a los dos años de tratamiento, como objetivos secundarios conocer si la mala adherencia al TARGA a que dependencia se asocia con mayor probabilidad y si la mala adherencia al TARGA se asocia con mayor probabilidad a la mono dependencia o multi drogodependencia.



CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Alvis O. (2009)¹ realizó un estudio transversal en 465 pacientes que recibían la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, en el servicio de infectología, que fueron atendidos en servicio de Salud Mental reportando que el consumo de drogas se asoció a una mala adherencia al TARGA con un OR 1.5 (0.84 -2.66) con un intervalo de confianza de al 95%.

Tejada R. (2011)² Realizó un estudio en el Instituto Materno Perinatal en 44 gestantes que recibían la Terapia antirretroviral de Gran Actividad en 44 gestantes, encontrando que el consumo de drogas se asoció a haber perdido alguna dosis del TARGA con un OR 1.1 y un intervalo de confianza al 95% de 0.3-3.9

2.2 Bases teóricas

El VIH ingresa al cuerpo humano por vía sexual, transfusiones y vertical madre niño, es un retrovirus que, que al interactuar con la glicoproteína gp 120 en la membrana en las celulares de los linfocitos T CD4, penetra en ellas, luego se replica al interior de la célula por acción de la transcriptasa inversa del VIH, transcribiendo el ARN del virus en el ADN de las células, luego se forman nuevos viriones y luego las células infectadas se destruyen, la disminución de los linfocitos T CD4 origina la depresión del sistema inmunitario lo que da lugar a la aparición de enfermedades oportunistas, el diagnóstico se realiza por una prueba llamada ELISA que detecta los anticuerpos al VIH, y la comprobación de la infección se realiza por la prueba Western Blot.³

Los antirretrovirales para el tratamiento de la infección por el retrovirus VIH, causante del SIDA. Son los inhibidores de la transcriptasa inversa (TI) y los inhibidores de la proteasa, para mayor eficacia se combinan 3 o 4 fármacos a lo que se denomina Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA.

Usualmente se utiliza dos análogos de los nucleósidos con un inhibidor de la proteasa o bien con efavirenz. ⁴

El TARGA tiene los siguientes objetivos 1) aumentar el recuento de células CD4, 2) Mejorar la respuesta inmunitaria; 3) Disminuir la carga viral a niveles indetectables 4) Evitar la aparición de resistencias a los antirretrovirales. 5) Disminuir enfermedades oportunistas 6) Disminuir la transmisión del VIH. ⁴

Luego de empezar el tratamiento a las 8 semanas usualmente la carga viral disminuye 10 veces. La pérdida de 3 dosis al mes del TARGA, puede provocar resistencia a los antirretrovirales en un 5%. ⁵

2.3 Definiciones conceptuales

TARGA.- Terapia anti-retroviral de Gran Actividad. Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica de las personas con infección por VIH. ⁶

Adherencia.- Grado de cumplimiento de las indicaciones del equipo multidisciplinario del TARGA (médicas o psicológica-conductuales), por ejemplo, porcentaje del total de medicación que la paciente realmente toma frente a lo que recibe ⁶

Mala adherencia: Pacientes que reciben el TARGA que según cuestionario SMAQ y registro de dispensación de fármacos tienen una adherencia anual < al 95%.⁶

Buena adherencia: Pacientes que reciben el TARGA que según cuestionario SMAQ y registro de dispensación de fármacos tienen una adherencia anual ≥ 95%.⁶

Registro de dispensación de fármacos: es el % de adherencia anual = n° de unidades dispensadas – n° de unidades devueltas/ n° unidades prescritas x 100.
6

Abandono.- Es el estado en que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos o paciente transferido a otro establecimiento de salud sin confirmación de recepción del caso. 6

Carga viral (CV).- Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide por mililitro de plasma. 6

Prueba rápida para VIH.- Es una prueba de tamizaje (inmunoensayo enzimático rápido) que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH. 6

Pruebas confirmatorias de VIH.- Son las pruebas que identifican la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH, tal como Inmunolectrotransferencia o Western Blot (WB), inmunofluorescencia Indirecta (IFI), Radioinmuno precipitación (RIPA) e Inmunoblot con Antígenos Recombinantes (LIA). 6

Recuento de linfocitos CD4.- Medición de las cepas de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituyen la principal célula blanca del VIII. Se mide por mm³. 6

Dependencia al alcohol o drogas CIE 10 (1992) 7

Si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso, compulsión de consumir una sustancia.
- b) No puede controlar la cantidad y frecuencia de sustancia que consume.
- c) Síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese abstinencia.
- d) Tolerancia, cada vez necesita más cantidad de sustancia para lograr el efecto deseado.
- e) Abandono de actividades recreacionales.
- f) Continúa consumiendo a pesar de los efectos nocivos sobre su salud.

1.3 Definición de términos

1.3.1 TARGA.- Terapia anti-retroviral de Gran Actividad. Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica de las personas con infección por VIH. ⁶

Adherencia.- Grado de cumplimiento de las indicaciones del equipo multidisciplinario del TARGA (médicas o psicológica-conductuales), por ejemplo, porcentaje del total de medicación que la paciente realmente toma frente a lo que recibe, se mide en porcentaje mensual, semestral, anual. ⁶

Buena Adherencia.- Se consideró paciente con buena adherencia al TARGA aquel paciente que en el cuestionario SMAQ \geq de 95%, y el reporte de entrega de medicamentos de enfermería del servicio de Infectología \geq de 95%.

$\% \text{ de adherencia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ unidades dispensadas} - \text{n}^\circ \text{ unidades devueltas}}{\text{n}^\circ \text{ unidades prescritas}} \times 100.$

Mala Adherencia.- Se consideró paciente con mala adherencia al TARGA aquel paciente que en el cuestionario SMAQ $<$ de 95%, y el reporte de entrega de medicamentos de enfermería del servicio de infectología $<$ de 95%.

Dependencia al alcohol o drogas CIE 10 (1992) ⁷

Si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso, compulsión de consumir una sustancia.
- b) No puede controlar la cantidad y frecuencia de sustancia que consume.
- c) Síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese abstinencia.
- d) Tolerancia, cada vez necesita más cantidad de sustancia para lograr el efecto deseado.
- e) Abandono de actividades recreacionales.
- f) Continúa consumiendo a pesar de los efectos nocivos sobre su salud.

PBC: Pasta básica de cocaína, polvo amarillento, se fuma mezclado con tabaco y tiene poder adictivo 10 veces mayor que la cocaína.

Cocaína: Clorhidrato de cocaína, polvo blanco, sustancia adictiva usualmente se consume por inhalación nasal.

Marihuana: Cannabis, sustancia adictiva, planta cannabis sativo que se fuma las hojas y tallos en cigarrillos.

Alcohol: Sustancia etílica que se obtiene por destilación, bebidas que contienen diversos grados de alcohol cerveza 4 grados, Vodka 40 grados, vino 12 grados.

Mixtos: Mezcla de marihuana y pasta básica de cocaína, se consume fumando.

Multidrogodependiente: paciente que es adicto a dos o más sustancias adictivas.



CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

El enfoque del estudio fue observacional, analítico, prospectivo. El diseño del estudio fue de casos y controles.

2.2 Población y muestra

Todos los pacientes atendidos en el servicio de Salud Mental del Hospital nacional arzobispo Loayza que reciben la Terapia Retroviral de Gran Actividad y que tienen dependencia en el periodo de Junio 2013 a Junio 2015..

Tamaño de la muestra

Durante el periodo de junio 2013 a junio del 2015 en el Servicio de Salud Mental se realizaron 381 Atenciones de pacientes mayores de 18 años, con VIH que reciben tratamiento del TARGA en los 2 últimos y 41 de ellos en la actualidad tienen mala adherencia al TARGA para el cálculo de la muestra adecuada para casos y controles se utilizó el programa Epi Info versión 7, con una confianza del 99%, poder de 80%, con una razón de número control sobre número de casos igual a 1, con un porcentaje de casos con exposición del 60%. (Prueba piloto en 30) Obteniéndose número total de la muestra = 76, el número de casos de 38 y un número de controles de 38. Uno de los casos se retiró del estudio por su voluntad quedando finalmente el numero casos con mala adherencia al TARGA 37 y el numero controles con buena adherencia al TARGA 38, total de la muestra n=75. Luego se asignó números aleatorios a los pacientes para ser seleccionados.

Criterio de inclusión ^{15,16}

1. Edad de 18 a 60 años.
2. Residencia permanente en la ciudad de Lima.
3. Paciente que firma el consentimiento informado.
4. Casos: Pacientes que recibe Terapia Retroviral de Gran Actividad por dos años y tiene mala adherencia al TARGA.

5. Controles: Pacientes que recibe Terapia Retroviral de Gran Actividad por dos años y tiene mala adherencia al TARGA.

Criterios de exclusión ^{15,16}

1. Paciente retardo mental.
2. Paciente con demencia.
3. Paciente con esquizofrenia.
4. Paciente menor de edad.
5. Paciente con tratamiento para tuberculosis concomitantemente a Terapia Antirretroviral de Gran actividad.
6. Gestantes.

2.3 Recolección de datos

La recolección de datos fue realizada por el propio investigador, mediante revisión de todas las historias clínicas de pacientes con VIH y que reciben TARGA a 2 años, a quienes se le realizó atención en servicio de Salud Mental del Hospital Arzobispo Loayza entre enero a junio del 2015, previo a la recolección de datos se aplicó el consentimiento informado, así los datos obtenidos se manejaron en total confidencialidad y se mantuvo en el anonimato a los pacientes participantes en el estudio, Los datos se obtuvieron según la ficha de recolección de datos sociodemográficos y para evaluar la adherencia utilizare el cuestionario de adherencia SMAQ (*simplified medication adherence questionnaire*) y los datos del Registro de dispensación de medicamentos del servicio de Infectología del HNAL, para evaluar la adicción a drogas y/o alcohol se aplicó la entrevista psiquiátrica semi estructurada del DSM IV, ítem dependencia al alcohol y drogas¹⁹

2.4 Procesamiento y plan de análisis de los datos

Los datos de los pacientes con VIH que reciben el TARGA los últimos 2 años y que fueron atendidos en el Servicio de Salud Mental se obtuvieron de la ficha de recolección de datos y se ingresaron, en una base de datos de Exel para Windows 8, Software epidemiológico EPI info 7.1, SPSS 15 luego se realizó el análisis de los resultados como asociación de variables (entre la variable

independiente dependencia al alcohol y drogas y la variable dependiente adherencia al TARGA), también se calculó el Odds ratio, el intervalo de confianza, Chi cuadrado de Pearson X^2 y el valor de $p < 0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

Para el análisis de la probabilidad de ocurrencia de un (evento) mala adherencia asociado dependencia de drogas se utilizó el Odds ratio con un intervalo de confianza al 95%.

Recolección de datos e instrumentos

Procedimiento. ^{20,21}

Procedimientos de recolección de datos:

Se entrenó a 6 encuestadores que fueron estudiantes del 5to año de medicina de la Universidad San Martín de Porres, para la correcta aplicación de los instrumentos, luego se designó un monitor de campo que verifique la autenticidad de los datos recogidos por el grupo de encuestadores, luego se identificó en los registros e Historias clínicas del servicio de Salud Mental del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, a los pacientes en el Programa TARGA, que cumplan los requisitos de inclusión y estén exentos de los criterios de exclusión, posteriormente se aleatorizó la muestra, se recabó la firma del consentimiento informado previa amplia información del propósito, objetivos, alcances de la investigación, se despejaron las dudas que surjan de la lectura del consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos del cuestionario sociodemográficos y el cuestionario, estructurados para el estudio de adherencia, entrevista neuropsiquiatría semi-estructurada DSM IV, ítem dependencia al alcohol, drogas, depresión, teste de adherencia.

2.5 Aspectos éticos

- Se solicitó el consentimiento informado por escrito
- Se mantuvo la reserva y confidencialidad y anonimato de todos los participantes.
- Se tuvo cuidado de actuar en justicia con no maleficencia y beneficencia al brindar a los pacientes soporte psicoterapéutico.

CAPITULO III: RESULTADOS

Tabla N° 1

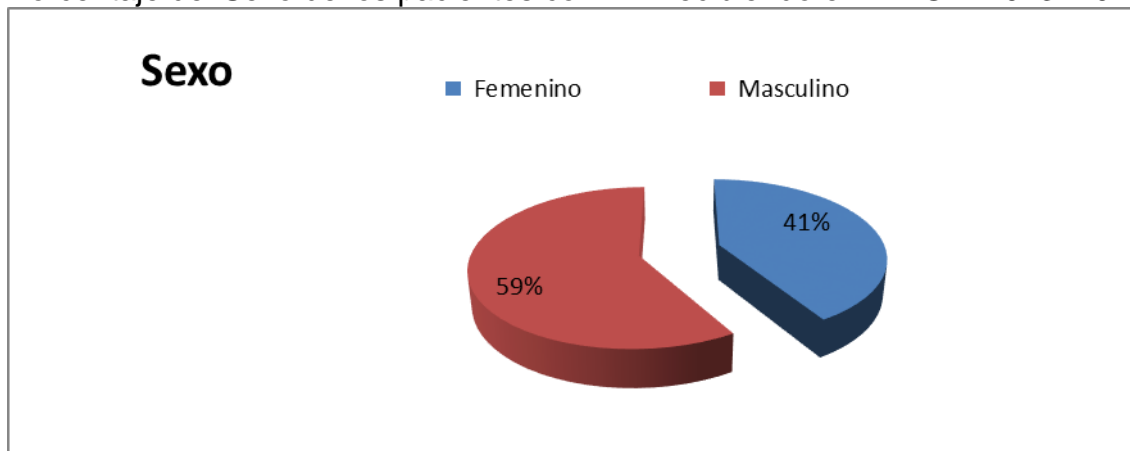
Sexo, Grupo etareo, nivel de instrucción, ocupación y estado Civil de los pacientes con VIH recibiendo al segundo año el TARGA. 2013 - 2015.

Sexo	Frecuencia	%	% acumulado	Proporción	Desviación Estándar	95% Intervalo de Confianza	
Femenino	31	41.33	41.33	.42	.06	31	54
Masculino	44	58.67	100	.58	.06	46	69
Total	75	100					
Grupo Etareo							
18 a 25 años	29	38.67	38.67	.39	.06	.28	.51
26 a 35 años	29	38.67	77.33	.38	.06	.27	.49
36 a 45 años	14	18.67	96.00	.19	.04	.11	.29
46 a 55 años	3	4	100	.04	.02	.01	.12
Total	75	100.00					
Nivel de Instrucción							
Secundaria incompleta	8	10.67	10.67	10	.03	.05	20
Secundaria completa	41	54.67	65.33	54	.06	.42	65
Superior incompleta	22	29.33	94.67	29	.05	.20	41
Superior completa	4	5.33	100	05	.03	.02	13
Total	70	100					
Ocupación							
Desocupado	25	33.78	33.78	33	.06	.24	45
Informal	21	28.38	62.16	28	.05	.19	39
Obrero	19	25.68	87.84	26	.05	.16	37
Estudiante	5	6.76	94.59	07	.02	.03	15
Comerciante	3	4.05	98.65	04	.02	.01	12
Empleado	1	1.35	100	01	.01	.00	09
Total	75	100					
Estado Civil							
Soltero	25	33.33	33.3	33	.05	.23	45
Casado	7	9.33	42.67	09	.03	.04	18
Conviviente	7	9.33	52	09	.03	.04	18
Separado	30	40.0	92	39	.06	.28	51
Viudo	6	8.0	100	08	.03	.03	17
Total	75	100					

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

Gráfico N° 1

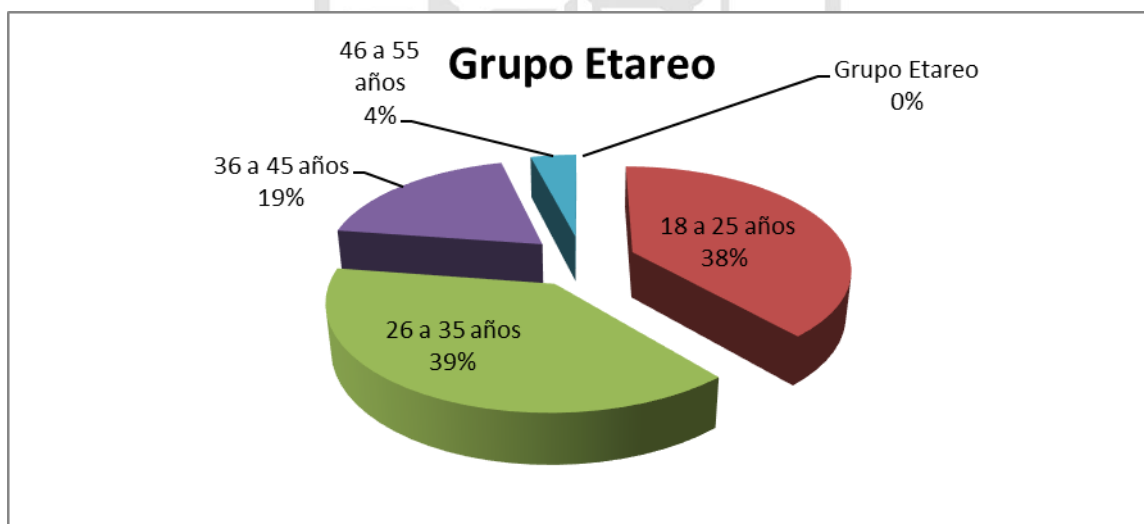
Porcentaje del Sexo de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

Gráfico N° 2

Porcentaje de los grupos etareos de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015.

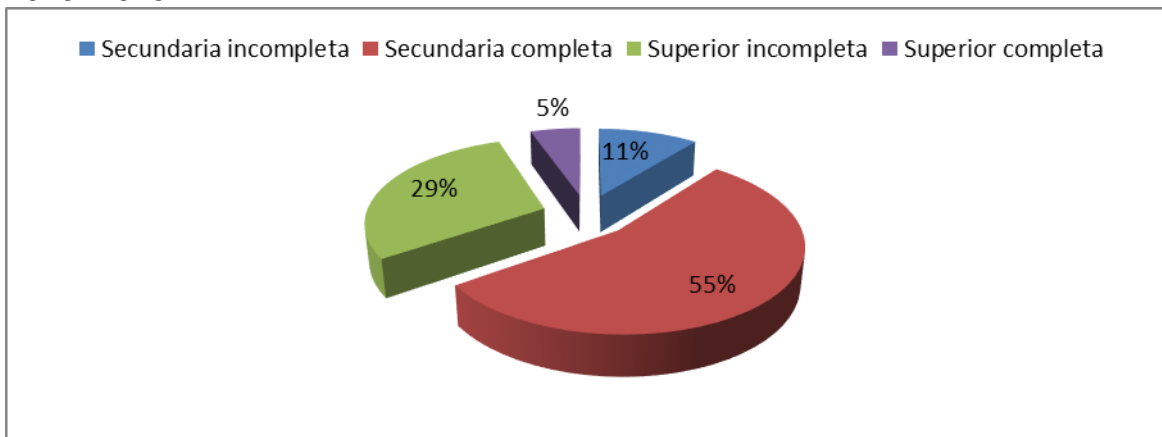


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

En el gráfico n° 2 se puede observar que los pacientes de 18 a 35 años conforman el 75% de los pacientes de la muestra es decir $\frac{3}{4}$.

Gráfico N° 3

Porcentaje de los grupos etareos de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA 2013- 2015



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

En el grafico n° 3 destaca que el 66% tienen solo educación secundaria y solo el 5 % superior completa.

Gráfico N° 4

Porcentaje de los grupos ocupacionales de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA 2013- 2015.

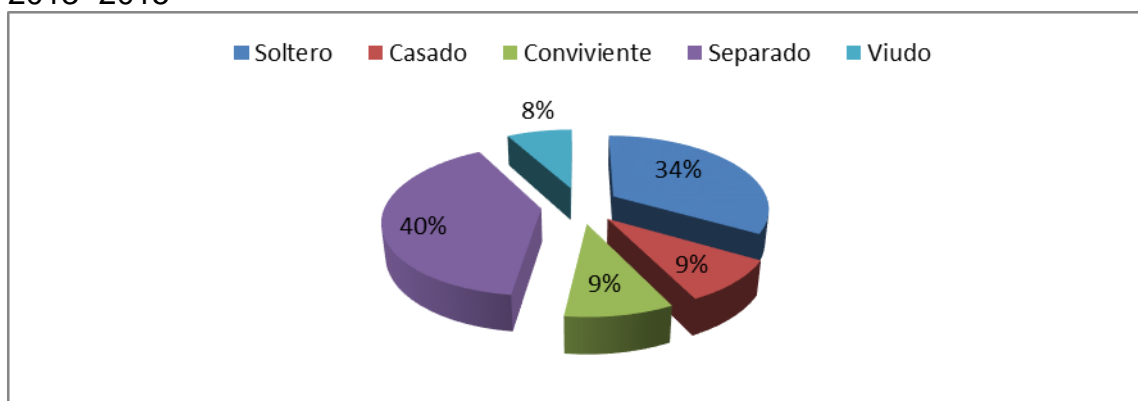


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

En el grafico n° 5 destaca que un tercio de los pacientes se encuentran desocupados.

Gráfico N° 5

Porcentaje del Estado Civil de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

En el gráfico n° 5 se observa que solo el 18% de pacientes de la muestra está casado o tiene conviviente.

Tabla N° 2.

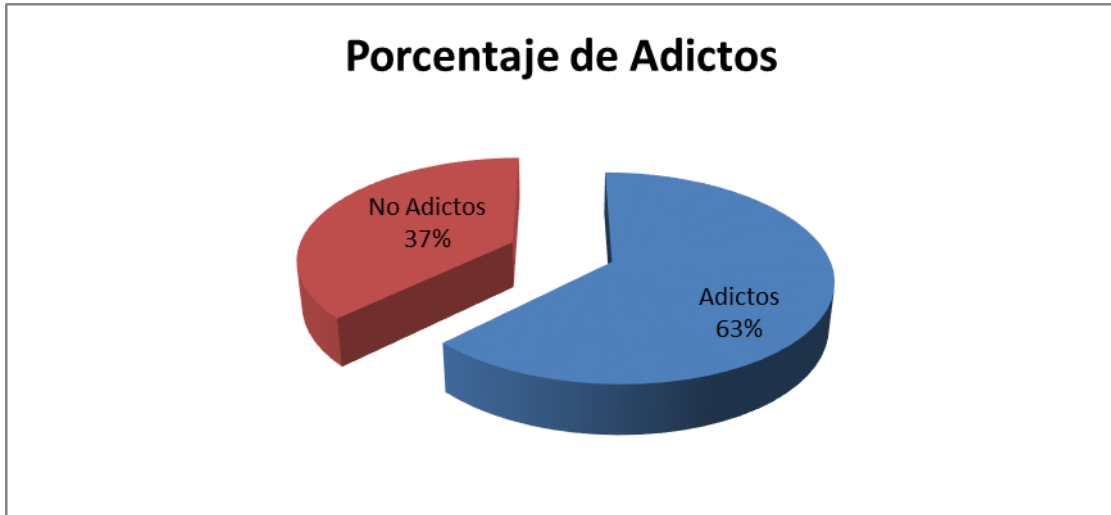
Tipo de Adicción, efectos colaterales al TARGA, estadio de la enfermedad y Adherencia de los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015.

Tipo de Adicción	Frecuencia	%	% acumulado	Proporción	Desviación Estándar	95% Intervalo Confianza	
Alcoholismo	11	14.67	14.67	14	04	08	24
Cocaína	7	9.33	24	09	03	04	18
PBC	16	21.33	45.33	21	04	13	32
Marihuana	1	1.33	37.33	01	01	00	09
Múltiples Sustancias	12	16.0	62.67	16	04	09	26
Ninguna	28	37.33	100	37	06	27	49
Total	75	100					
Tipo de Tratamiento							
Efectos Colaterales al TARGA	50	66.67	66.67	67	05	56	77
No efectos Colaterales al TARGA	25	33.33	100	32	05	23	44
Total	75	100					
Estadio de la Enfermedad							
NO SIDA	62	82.67	82.67	82	04	72	89
SIDA	13	17.33	100	17	04	10	28
Total	75	100					
Adherencia							
Mala Adherencia	37	49.33	49.3	49	06	38	60
Buena Adherencia	38	50.67	100	51	06	39	62
Total	75	100					

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

Gráfico N° 6

Porcentaje de los pacientes con adictos y no adictos a OH y/o drogas con VIH al segundo año de estar recibiendo el TARGA. 2013- 2015.

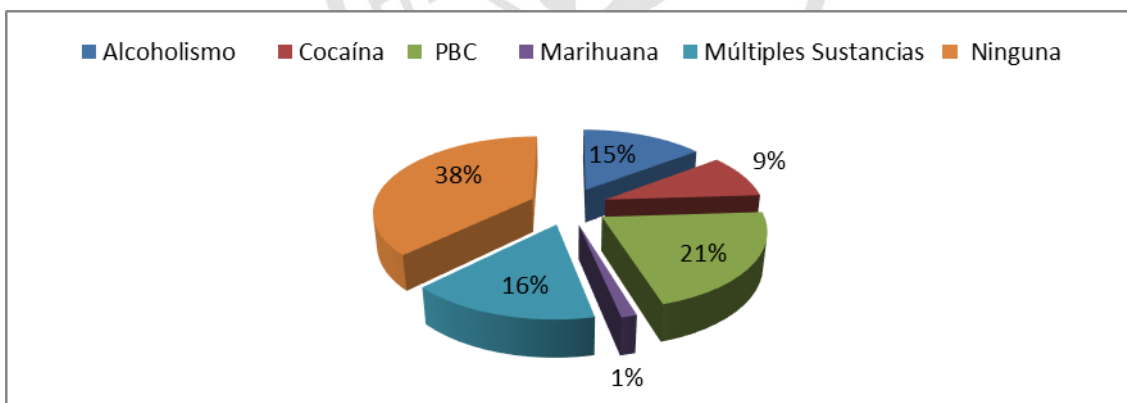


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

En el grafico nº 6 se observa una razón de adición de 1,7

Gráfico N° 7

Porcentaje de los pacientes por tipo de Adicción al OH y/o drogas con VIH con VIH al segundo año de estar recibiendo el TARGA. 2013- 2015.

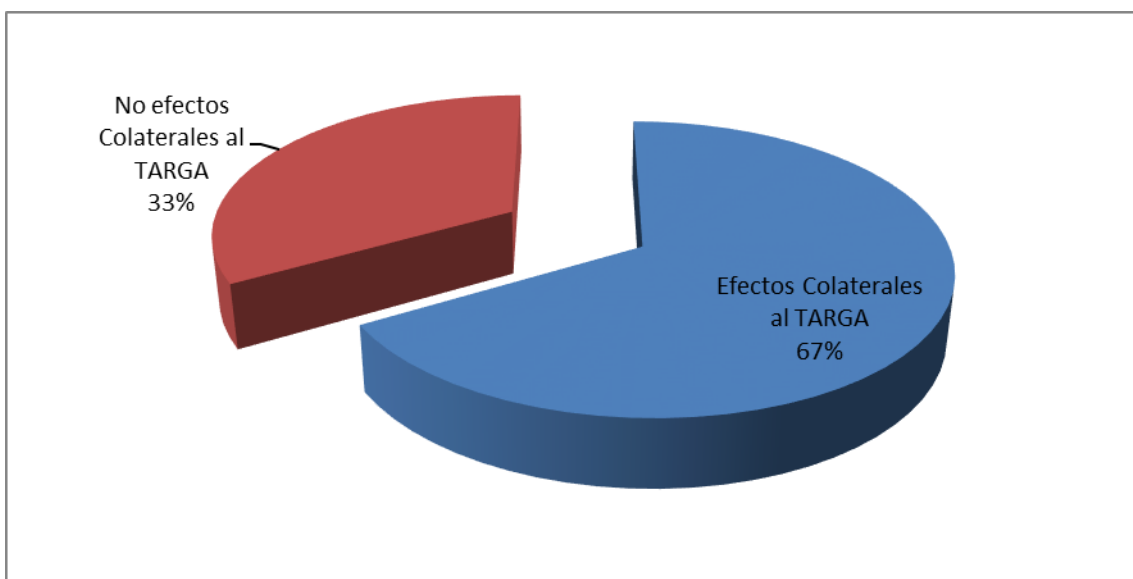


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015..

En el grafico nº 7 podemos apreciar que el alcoholismo, dependencia a cocaína y PBC son las drogas que con mayor frecuencia se usan con un porcentaje acumulado de 52%.

Gráfico N° 8

Porcentaje de pacientes con VIH recibiendo al segundo año de recibir el TARGA que presentaron y no presentaron efectos colaterales al TARGA. 2013- 2015.

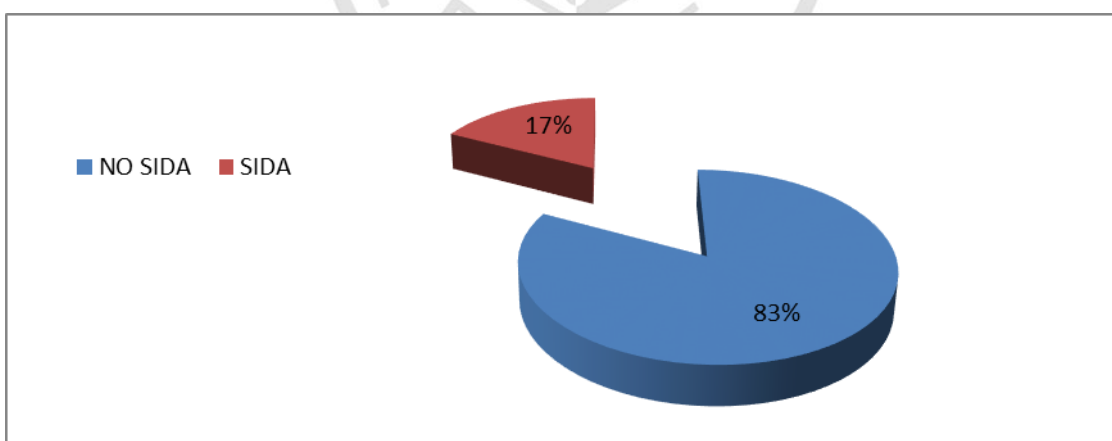


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Se puede observar en el gráfico n° 8 que los efectos adversos al TARGA, son 2/3 de la muestra.

Gráfico N° 9

Porcentaje de los pacientes con VIH al segundo año de estar recibiendo el TARGA por Estadio de Enfermedad. 2013- 2015.

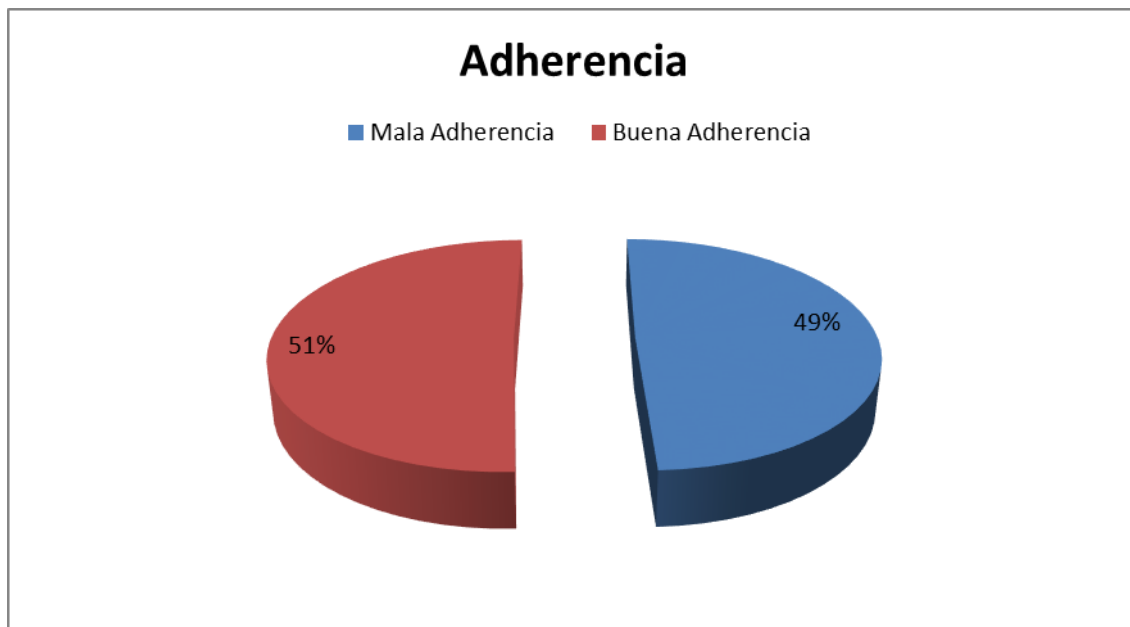


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015..

Los pacientes que vienen recibiendo el TARGA en estadio SIDA son el 17% lo que estaría reflejando la mala adherencia al TARGA.

Gráfico N° 10

Porcentaje de los pacientes con VIH al segundo año de recibir el TARGA con Buena y Mala Adherencia. 2013- 2015



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

Tabla N° 3

Frecuencias, porcentaje Chi2 de Pearson y valor de p, de adherencia por sexo, nivel de instrucción, grupo etareo, estado civil y ocupación de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

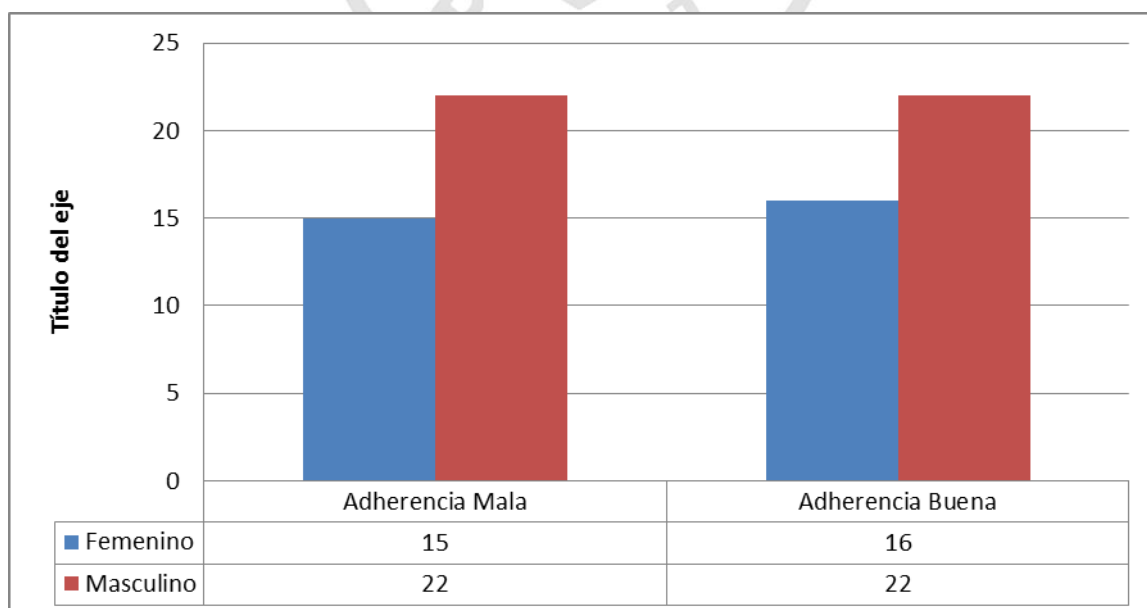
		Adherencia		Total	Chi2 de Pearson	valor de p
		Mala	Buena			
Sexo						
Femenino	Frecuencia	15.0	16.0	31.0		
	Porcentaje	20.0	21.33	41.33		
Masculino	Frecuencia	22	22	44		
	Porcentaje	29.33	29.33	58.67	0.0189	0.89
Nivel de Instrucción						
Secundaria incompleto	Frecuencia	5	3	8		
	Porcentaje	6.67	4.0	10.67		
Secundaria Completo	Frecuencia	21	20	41		
	Porcentaje	28.0	26.67	54.67		
superior Incompleto	Frecuencia	10	12	22		
	Porcentaje	13.33	16.0	29.33		
Superior completo	Frecuencia	1	3	4		
	Porcentaje	1.33	4.0	5.33	1.7	p>0.63
Grupo Etareo						
18 a 25	Frecuencia	13	16	29		
	Porcentaje	17.33	21.33	38.67		
26 a 35	Frecuencia	17	12	29		
	Porcentaje	22.67	16.0	38.67		

36 a 45	Frecuencia	6	8	14		
	Porcentaje	8.0	10.6	18.7		
46 a 55	Frecuencia	1	2	3		
	Porcentaje	1.33	2.67	4.0	1.77	0.62
Estado Civil						
Soltero	Frecuencia	14	11	25		
	Porcentaje	18.67	14.67	38.33		
Casado	Frecuencia	3	4	7		
	Porcentaje	4.0	5.33	9.33		
Conviviente	Frecuencia	5	2	7		
	Porcentaje	6.67	2.67	9.33		
Separado/divorciado	Frecuencia	12	18	30		
	Porcentaje	16.0	24.0	40.0		
Viudo	Frecuencia	3	3	6		
	Porcentaje	4.0	4.0	8.0	2.97	0.56
Ocupación						
Desocupado	Frecuencia	8	17	25		
	Porcentaje	10.8	22.9	33.78		
Informal	Frecuencia	13	8	21		
	Porcentaje	17.57	10.8	28.38		
Obrero	Frecuencia	10	9	19		
	Porcentaje	13.5	12.16	25.68		
Estudiante	Frecuencia	2	3	5		
	Porcentaje	2.7	4.05	6.76		
Comerciante	Frecuencia	2	1	3		
	Porcentaje	2.7	1.35	4.05		
Empleado	Frecuencia	1	0	1		
	Porcentaje	1.35	0.0	1.35	5.96	0.3

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Gráfico N° 11

Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por sexo de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

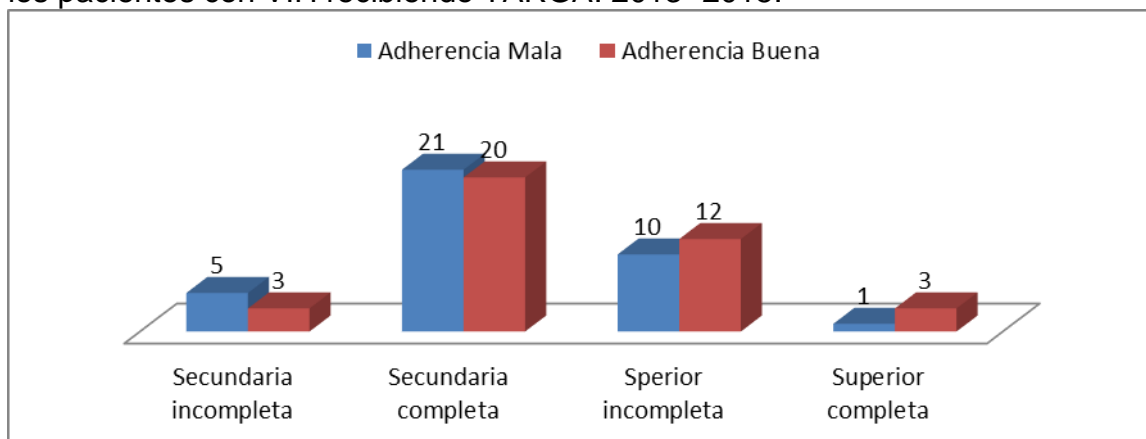


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Respecto al sexo y la mala adherencia se encontró un OR de 0.9, χ^2 de 0.018, valor de $p < 0.8$, con lo que se concluye que el sexo no influye en la adherencia al TARGA, en el presente estudio

Gráfico N°12

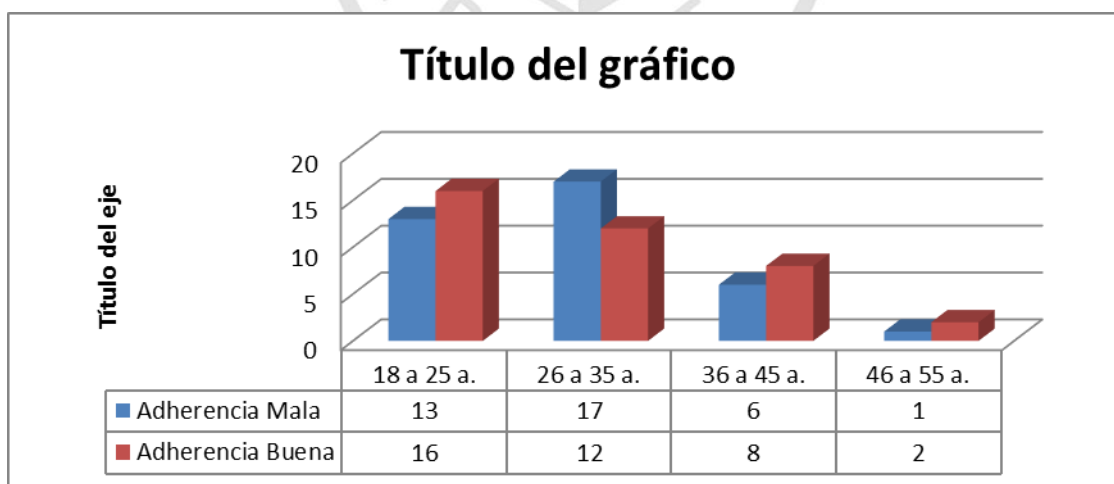
Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por grado de instrucción de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Gráfico N°13

Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por grupo etareo de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

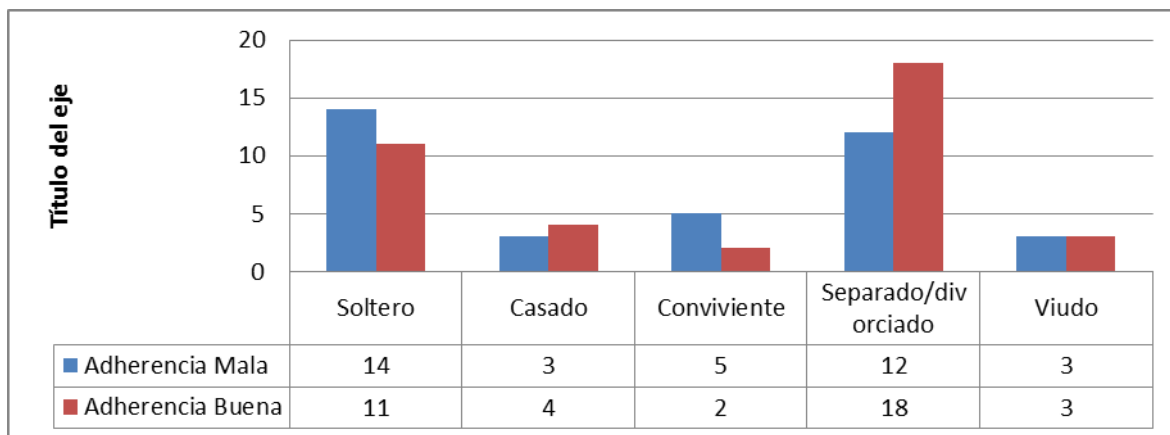


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

En el gráfico n° 13 destaca que el grupo etareo con peor adherencia se encuentra entre los jóvenes de 18 a 25 años.

Gráfico N°14

Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por estado civil de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

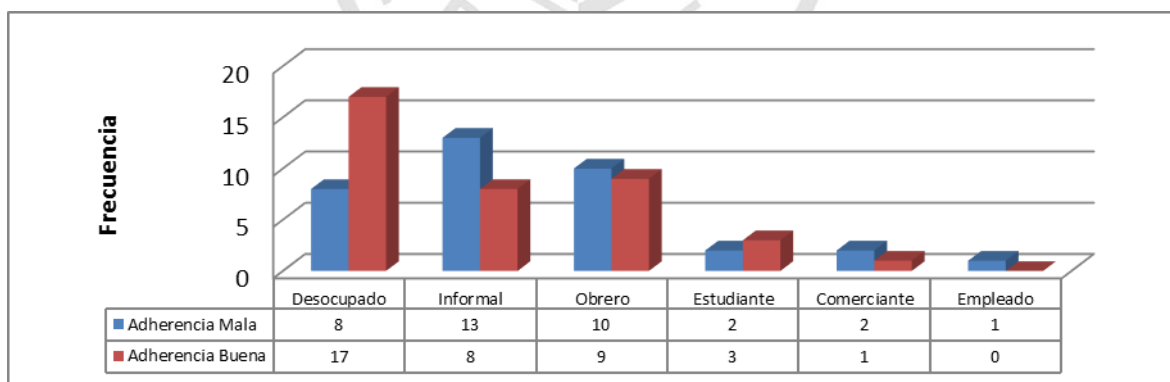


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

En el grafico 14 observamos que las personas solteras y convivientes tienen peor adherencia que los otros grupos de estado civil.

Gráfico N°15

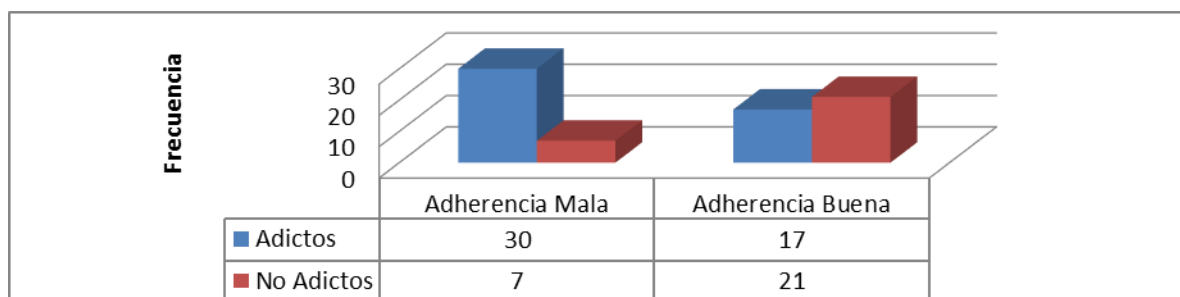
Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por ocupacional de los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Gráfico N°16.

Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por adicción y no adicción a



drogas y/o alcohol de los pacientes con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

Tabla N° 4

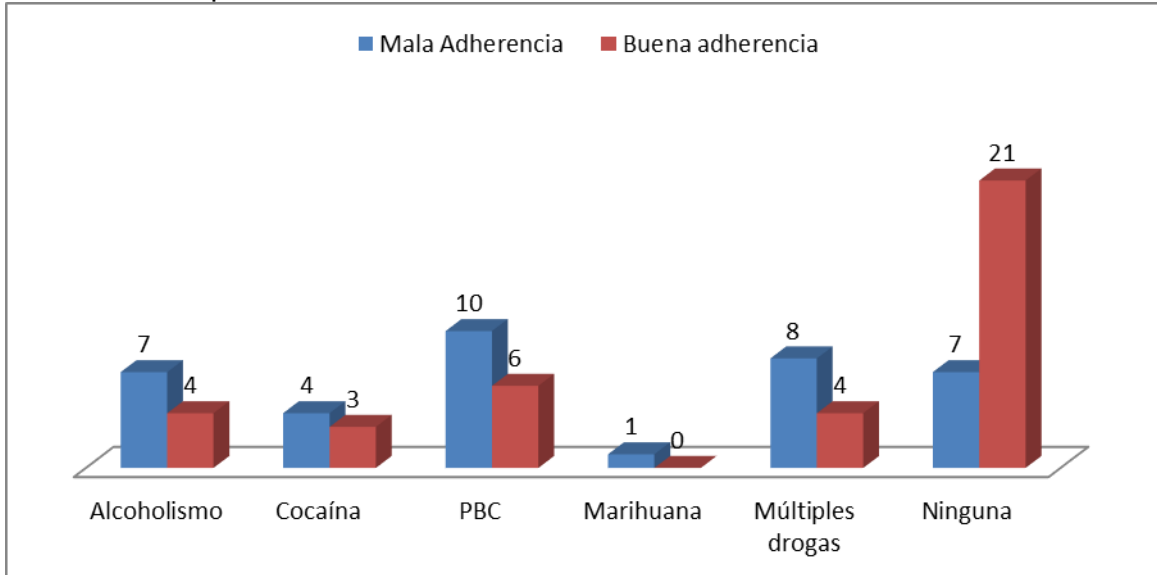
Frecuencias, porcentaje Chi2 de Pearson y valor de p, en adherencia de los pacientes con VIH recibiendo TARGA por dos años consecutivos y la adicción a drogas y/o alcohol, tipo de adicción, estadio de la enfermedad, reacciones adversas al tratamiento. 2013- 2015

Adicción a Drogas y/o Alcohol		Mala	Buena	Total	Chi2 de Pearson	valor de p	
Adictos	Frecuencia	30	17	47	10.58	0.001	
	Porcentaje	40.0	22.67	62.67			
No Adictos	Frecuencia	7	21	28			
	Porcentaje	9.33	28.0	37.3			
Tipo Adicción							
Alcoholismo	Frecuencia	7	4	14.67			
	Porcentaje	9.33	5.33	12.0			
Cocaína	Frecuencia	4	3	7			
	Porcentaje	5.33	4.0	9.33			
PBC	Frecuencia	10	6	16			
	Porcentaje	13.33	8	21.33			
Marihuana	Frecuencia	1	0	1			
	Porcentaje	1.3	0.0	1.3			
Múltiples drogas	Frecuencia	8	4	12			
	Porcentaje	10.67	5.33	16.0			
Ninguna	Frecuencia	7	21	28	11.28	0.04	
	Porcentaje	9.3	28.0	37.3			
Estadio enfermedad							
Portador VIH	Frecuencia	30	32	62			
	Porcentaje	40.0	42.67	82.67			
SIDA	Frecuencia	7	6	13			
	Porcentaje	9.3	8.0	17.3			
Tipo de Tratamiento							
Reacciones adversas al TARGA	Si	Frecuencia	23.0	27.0	50.0	0.66	0.41
		Porcentaje	30.67	36.0	66.67		
	No	Frecuencia	14	11	25		
		Porcentaje	18.67	14.67	13.33		

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015.

Gráfico N° 17.

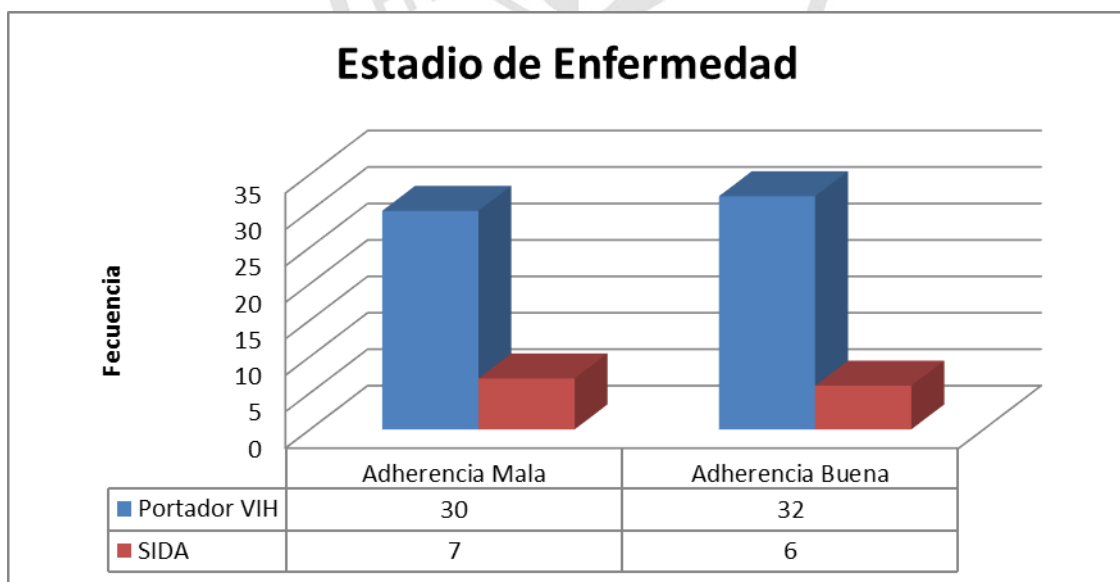
Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por tipo de drogas y/o alcohol en los pacientes con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA. 2013- 2015..

Gráfico N° 18.

Frecuencias de buena y mala adherencia al TARGA por estadio de la enfermedad de VIH los pacientes con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015

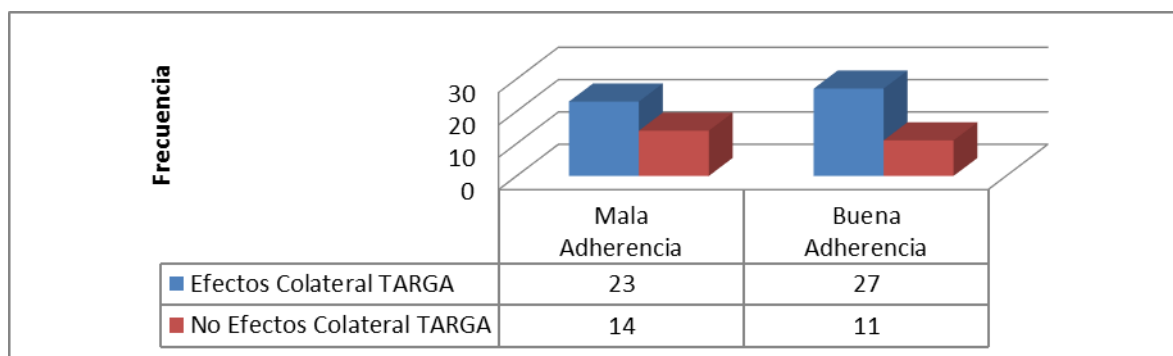


Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Respecto de estadios del SIDA y la mala adherencia al TARGA, se encontró un OR de 0.8, un χ^2 de 0.12 y un valor de $p < 0.76$, estableciéndose que no existe asociación entre estas variables

Gráfico N° 19.

Frecuencias de Efectos Colaterales y mala adherencia de los pacientes con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.



Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

Respecto Los efectos adversos al TARGA y la mala adherencia no se encontraron asociación con un OR de 0.6, χ^2 de 0.6, valor de $p \leq 0.4$.

Tabla N° 5.

Adicción al Alcohol y Drogas asociado a Mala adherencia al TARGA en los pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015.

		Mala Adherencia		
		SI	NO	TOTAL
Consumo de Alcohol y Drogas	SI	30	17	47
	% líneas	63.83%	36.17%	100 %
	% Columnas	81.08%	44.74%	62.67%
	NO	7	21	28
	% líneas	25%	75%	100%
	% Columnas	18.92%	55.26%	37%
	TOTAL	37	38	75
	% líneas	49.33	50.67	100
	% Columnas	100	100	100
	Estimador	Intervalo de confianza al 95%		Valor de p
Odds ratio	5.29	1.86	15.0	<0.001

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

En la tabla nº 5 observamos que existe una elevada probabilidad de ocurrencia (OR) de mala adherencia al TARGA en los pacientes con dependencia al alcohol y/o drogas de 5.29 y un valor de $p < 0.01$

Tabla Nº 6.

Tipo de adicción al alcohol y/o drogas asociado a mala adherencia al TARGA en pacientes con VIH recibiendo el TARGA. 2013- 2015

Tipo Adicción	Mala adherencia		Or	Intervalo confianza		Valor de p
	SI	NO				
Alcoholismo	7	4	5.25	1.17	23.45	0.02
Cocaína	4	3	4	0.7	24.44	0.1
PBC	10	6	5	1.32	18.8	0.01
Marihuana	1	0	-			0.09
Múltiples drogas	8	4	6	1.37	26.19	0.01
Ninguna	7	21				

Fuente: Registro de pacientes, historia clínica de pacientes atendidos en el Servicio Salud Mental HNAL con VIH recibiendo TARGA 2013- 2015.

En la tabla numero 6 observamos que la dependencia a múltiples drogas se asoció fuertemente a la mala adherencia, seguido dl alcoholismo y dependencia a Pasta Básica de Cocaína.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

Varios estudios concluyen que la mala adherencia al TARGA se asocia a mayor riesgo de morbilidad, mortalidad, aparición de cepas del VIH resistentes al TARGA³⁰.

A continuación se realizó el análisis de los resultados comparándolo con resultados de otros estudios realizados en el Perú y en el extranjero.

El estudio incluyó n=75 pacientes, de los cuales 31 (41.33%) fueron mujeres y 44 (58.67%) fueron varones se realizó un estudio observacional retrospectivo no experimental que evaluara si existe asociación entre las variables independiente (dependencia al alcohol y drogas) y variable dependiente (adherencia a la Terapia Retroviral de Gran Actividad), adictos 47.2 (62.67%) no adictos 28 (37.33%), con mala adherencia al TARGA 37 (49.33%) con buena adherencia al TARGA 38 (50.67%). Tejada R reportó que el 54 % de mujeres consumieron drogas en algún momento de su vida.³¹ Varios estudios realizados en el extranjero reportaron una peor adherencia al TARGA asociado al sexo femenino^{31,32,33,34,35} pero esta asociación no ha sido observado en el presente estudio.

La evaluación de las frecuencias por edad que las mayores frecuencias se encuentran en el grupo etareo de 18 a 25 años y 26 a 35 años 29 y 38.67 % en cada grupo etareo y un porcentaje acumulado de 77.34 en tanto en el grupo etareo de 36 a 45 años frecuencia de 14 (18.7%) y en el grupo etareo de 46 a 55 una frecuencia de 3 (4%) y porcentaje acumulado para estos dos grupos etareos de 77.34. Lo que nos estaría indicando que en la actualidad los diagnósticos de VIH se hacen más tempranamente y se instaran los tratamientos antirretrovirales precozmente, en el análisis del Chi² de Pearson se encontró 0.0189 y un valor de p 0.89, es decir el grupo etareo y la adherencia al TARGA no presentaron asociación estadística significativa. Estos hallazgos difieren de algunos estudios que reportaron una leve asociación entre ser joven) menor de 25 años y mala adherencia al TARGA^{36,37,38,39}.

Cuando evaluamos los resultados por estado civil salta a la vista que los solteros son 24 (38.33%) y los separados/divorciados frecuencia de 30 (40%), los viudos frecuencia de 6 (8%) con un porcentaje acumulado para estos tres grupos de 86.3%, el análisis para probar asociación entre grupo etareos y buena o mala adherencia muestra un Chi² de Pearson de 2.97 y un valor de p 0.56, muestra que no existe asociación entre estas dos variables, estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios donde no se encontraron asociaciones significativas entre estas dos variables⁴⁰.

El análisis para del nivel de instrucción muestra que la mayor frecuencia es de los que tienen secundaria completa con una frecuencia de 41 (56.67%) seguido de superior incompleta 22 (29.33) y un porcentaje acumulado de 86% para estos 2 grupos y los grupos con menor frecuencia son con secundaria incompleta 8 (10.67%) y los que tienen instrucción superior completa 4 (5.33%) con un porcentaje acumulado para estos dos grupos de 16%. Al probar asociación del nivel de instrucción y la mala adherencia al TARGA no encontró asociación entre estas dos variables con un Chi de Pearson de 1.7 y $p > 0.63$, en cambio en estudios realizados en el extranjero reportaron que tener estudios bajo nivel de instrucción, analfabetos se asociaron a peor adherencia al TARGA⁴¹. De otro lado el estudio corte transversal analítico de Pacific J. 2015 en 364 pacientes que recibieron TARGA al menos 30 días en el primer semestre del 2013, reportando que el nivel de instrucción superior no se asocia a buen adherencia con un OR 0.5 Intervalo de confianza al 95% de 0.27 a 0.75, la diferencia en Odds ratio y valor de p de debe a que la adherencia al TARGA se midió solo en los últimos 30 días⁴⁴.

En cuanto al grupo ocupacional 25 personas son desocupadas representando un 33% de la muestra, en el grupo de ocupados las mayores frecuencias lo tienen los trabajadores informales con 21 (28.38%), obreros 19 (25.68%) seguido de los estudiantes con frecuencia de 5 (6.76), comerciante 3 (4.05%) y empleado 1 (1.35%). El análisis para probar asociación entre el grupo ocupacional y la adherencia al TARGA no encontró asociación entre estas dos variables con un Chi de Pearson de 5.96 y $p > 0.3$, estos hallazgos concuerdan con varios estudios realizados en extranjero^{36,37,38,39}.

Con respecto al estadio de enfermedades los portadores al VIH tuvieron una frecuencia de 62 (82.67%) y en el estadio de SIDA 13 (17.33%). También se analizó si existía asociación entre la variable estadio de enfermedad y adherencia y no se encontró asociación estadísticamente significativa con Chi² de Pearson de 0.13 y un $p > 0.41$, similares hallazgos se reportaron en varios estudios realizados en los últimos 10 años^{36,37,38,39}.

El análisis por efectos colaterales al tratamiento TARGA, muestra una frecuencia de 50 (66.67%) para la presencia de efectos colaterales al TARGA, en tanto los pacientes que no presentaron efectos colaterales al TARGA TUVIERON una frecuencia de 25 (13.33%) Varios estudios reportaron que no existe. Para evitar sesgo por el tipo de tratamiento se analizó si existía asociación entre tipo de tratamiento TARGA y adherencia sin encontrar asociación entre estas dos variables con un Chi² de Pearson de 0.66 y un $p > 0.41$, Martin 2007 y Protopopescu 2009 reportaron resultados similares^{42,43}.

En el presente estudio se encontró que con respecto al tipo de drogas y/o alcohol que consumen los pacientes la mayor frecuencia lo tienen los pacientes que consumen múltiples sustancias psicoactivas con una frecuencia de 19 (25.33%), seguido de PBC con una frecuencia de 12 (16%) alcohol 9 (12%), cocaína 6 (12%), marihuana 1 (1.33%) en tanto que ninguna droga fueron 28 (37.5%).

En la presente tesis los adictos con mala adherencia fueron 30 (40%) ósea 17% más los adictos con buena adherencia 17 (22.67) mientras que en el grupo de no-adictos con mala adherencia fueron 7 (9.33%) y el grupo de no-adictos con buena adherencia fueron 21 (18.67%) es decir se encontró una diferencia de 28% a favor para el grupo de no-adictos con buena adherencia al TARGA, Razón adictos con mala adherencia al TARGA/ no-adictos con mala adherencia al TARGA $30/7 = 4.28$. En tanto las pruebas estadísticas de asociación muestran que el ser adicto a drogas y alcohol se asoció a mala adherencia al TARGA, con un Chi² de 10.58 un Odds ratio de 5.29 con un intervalo de confianza al 95% de 1.86 a 15 y un $p > 0.001$ a diferencia de Alvis et al 2009.¹ que reportó que el

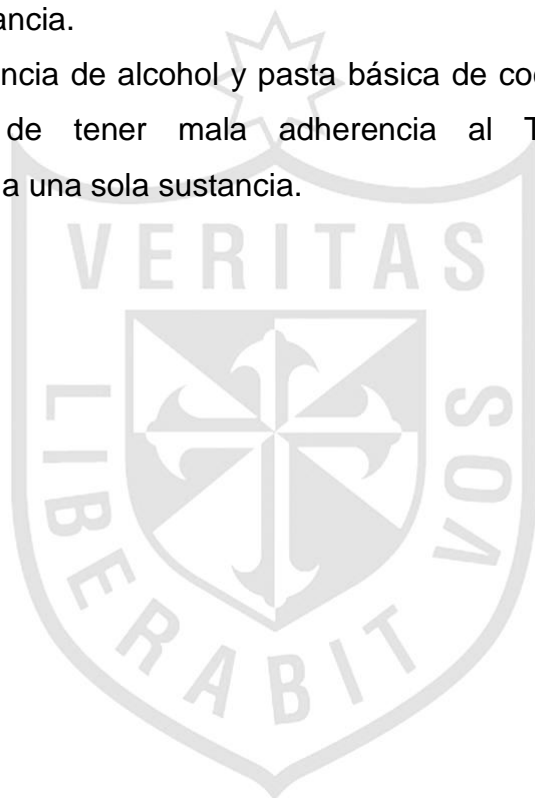
consumo de droga en los últimos 6 meses se asoció a mala adherencia al TARGA, con un OR de 1.5 y un valor de $p < 0.2$. Esta diferencia se debe a que Alvis realizó un estudio transversal y no uno de caso y control, otra de las diferencias fue el instrumento utilizado para determinar el consumo de drogas: un par de preguntas del mismo autor, pero no utilizó un test o cuestionario estructurado y validado para adicciones. En tanto Tejada R. 2011³¹ realizó un estudio en gestantes y reportó que en el parto el consumo de drogas se asoció a mala adherencia al TARGA reportando un OR de 2.5 y $p < 0.4$. Con respecto a este estudio la principal diferencia fue la población de estudio. Samet J, 2005.⁴⁵ Malta M. 2008.⁴⁶ reportaron una fuerte asociación entre dependencia al alcohol y drogas y mala adherencia al TARGA.

Buathong N 2009⁴⁹ reportaron que el trastorno depresivo se asoció a mala adherencia al TARGA, esta fue una variable que no se estudió en la presente tesis.

Al realizar la prueba de hipótesis se encontró que el ser adicto a drogas y alcohol se asoció a mala adherencia al TARGA, con un χ^2 de 10.58 un Odds ratio de 5.29 con un intervalo de confianza al 95% de 1.86 a 15 y un $p > 0.001$, por tanto se rechaza la hipótesis nula que no existe asociación entre consumo de alcohol y/o drogas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES

1. El consumo de alcohol y/o drogas se asocia a mala adherencia al TARGA con un Odds ratio de 5.29 con un intervalo de confianza al 95% de 1.86 a 15 y un $p > 0.001$. Es recomendable iniciar el tratamiento del TARGA una vez el paciente haya superado el síndrome de abstinencia.
2. El policonsumo de sustancias se asocia a mayor riesgo de mala adherencia comparado con las personas que tienen dependencia a una sola sustancia.
3. El la dependencia de alcohol y pasta básica de cocaína tienen mayor probabilidad de tener mala adherencia al TARGA entre los dependientes a una sola sustancia.



CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

1. Realizar actividades preventivo promocionales y de tamizaje para diagnostico precoz de dependencia al alcohol y/o drogas en los pacientes que iniciaran el TARGA.
2. Organizar un programa de tratamiento para los pacientes con dependencia al alcohol y/o drogas en los pacientes que iniciaran o se encuentran realizando el TARGA.
3. El programa de tratamiento debe incluir en el seguimiento para prevención de recaídas pruebas análisis de orina para metabolitos de drogas y seguimiento con reporte de familiar o persona responsable



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Alvis, Ó. et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An. Fac. med.* [online]. 2009, vol.70, n.4 [citado 2015-05-26], pp. 266-272. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000400007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583.
2. Romina T. Alarcón T. Velásquez C. Gutiérrez C. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. *Rev. Peru. epidemiol.* Vol 15 N Abril 2011
3. Fauci D, Lane HC. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. *Harrison principios de medicina interna*. 17th ed. México: McGraw-Hill; 2008.
4. Sherris J, Ryan K, Ray CG. *Microbiología médica: una introducción a las enfermedades infecciosas*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
5. Longo D, Fauci A. Retrovirus humano. In: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. *Harrison principios de medicina interna*. 17th ed. Mexico: McGraw-Hill; 2008.
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud 097-MINSA/ DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto/a con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". Lima Perú: MINSA; 2012.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 2007.
8. Milton, J. Susan. *Estadística para Biología y Ciencias de la salud*. 3ª edition ampliada. McGraw-Hill, 2007
9. Ugarte, M., Militino, A.. y Arnholt, A.. *Probability and Statistics with R*. CRC Press, 2008

- 10 Zar A, Jerrold H. *Biostatistical analysis*. 5th edition. Pearson Education international, 2010
- 11 . Sampieri R, Collado C, Lucio P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Mexico D.F. 2010
- 12 . Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C: OPS, © 2008.
- 13 . Artiles L, et al. Metodología de la investigación. Editorial ciencias Médicas. Habana Cuba 2008.
- 14 . Software EXEL. 2012. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- 15 . Hulley S. Diseño de Investigaciones Clínicas. Metodología de la investigación. Wolters Kluwer-Health. Madrid 2014
- 16 .Tamayo M. (1.998). El Proceso de la [Investigación Científica](#). 3era Edición. Editorial Limusa S.A. México- D. F.
- 17 . Tafur E, Ortiz C, Alfaro C, García E, Faus M. Adaptación del “Cuestionario de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)” para su uso en Perú. Perú: 2008; 49(3): 183-198. (fecha de acceso: 17 enero del 2011). Disponible en: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/434.pdf>
18. Harvey K. Carrington D. Duncan J. Figueroa et al. Evaluation of adherence to highly active antiretroviral therapy in adults in Jamaica. *West Indian Med J: Jamaica*, 2008; 57(3): 293-7.
19. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.. Bonora, J. Lépine Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE. D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida - Tampa - USA. Spanish version translated by : Ferrando L. Franco-A L, Soto M. Bobes J. Soto O. Gibert J. Instituto M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview Version en español 5.0.0 DSM-IV Y. IAP – Madrid – SPAIN.
20. Gordillo A. et al. Manual de Investigación Clínica. Manual Moderno México D.F. 2012.
21. Portney L. Watkins M. Foundations of Clinical Research. Applications to Practice. Pearson – Prentice Hall. New Jersey USA. 2009.

- 22.. Friedman L. Fundamentals of clinical trials. 4th edition, Springer, New York. 2010.
23. Soria V. Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Murcia (Comunidad Autónoma). Consejería de Sanidad 2012.
24. Díaz J. et al. Guía Metodológica de Investigación en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid. 2010.
25. Martínez H. Metodología de la Investigación. Cengage Learning Editores. México, D.F. 2012.
26. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 9ª ed. México D.F.: McGraw – Hill Interamericana; 2010.
27. Ortiz J. Guía para elaborar un protocolo de tesis. Universidad de Cuenca. Cuenca –Ecuador. 2010.
28. Center for Clinical Disease. EPI info 7.1 edition. Software. Brixton Books. Atlanta USA. 2012.
29. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References. National Library of Medicine,.last review 2013.
30. Llorca J. y Huedo-Medina T. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un Metaanálisis. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria. Santander 2011.
31. Tejada R. Alarcón J. Velásquez C. Gutiérrez C. Loarte C. Zunt J. Montano S. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, parto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. Rev. peru. epidemiol. Vol 15 No 1 Abril 2011.
32. Floridia M, Giuliano M, Palmisano L, Vella S. Gender differences in the treatment of HIV infection. Pharmacol Res 2008 Sep-Oct;58(3-4):173-182.)
33. Arrondo A, Sainz M. Iruin A, Napal V. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Farmacia Hospitalaria 2009;1(33):4-11.
34. Riera M, La Fuente L, Castanyer B, Puigventós F, Villalonga C, Ribas M, et al. Adherencia a los fármacos antirretrovirales medida por la concentración de

- fármacos y el recuento de comprimidos. Variables relacionadas con una mala adherencia. *Medicina Clínica* 2002; 119(8):286-292.
35. Knobel H. Calidad de vida en el paciente VIH. 2009. Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Grupo de Estudio del Sida (GESIDA), Madrid.
36. Herraiz F. Variables psicosociales y adhesión terapéutica al tratamiento antirretroviral en pacientes reclusos. 2006 Dpto. Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.
37. Mills E, Nachega J, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *JAMA* 2006 Aug 9;296(6):679-690.
38. Applebaum A, Richardson M, Brady SM, Brief D, Keane T. Gender and Other Psychosocial Factors as Predictors of Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in Adults with Comorbid HIV/AIDS, Psychiatric and Substance related Disorder. *AIDS Behav* 2009 Feb;13(1):60-65.
39. Carrieri M, Leport C, Protopopescu C, Cassuto J, Bouvet E, Peyramond D, et al. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy: a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 Apr 1;41(4):477- 485
40. Cruess D, Minor S, Antoni M, Millon T. Utility of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD) to predict adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) medication regimens among HIV-positive men and women. *J Pers Assess* 2007 Dec;89(3):277-290.
41. Kalichman S, Cherry J, Cain D. Nurse-delivered antiretroviral treatment adherence intervention for people with low literacy skills and living with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurse in AIDS Care* 2005;16(5):3-15.
42. Del Cacho M, López E, Codina C, Tuset M, de Lazzari E, et al. Reacciones adversas del tratamiento antirretroviral relación entre los síntomas percibidos y el cumplimiento terapéutico. *Medicina Clínica* 2007;4(129):127-133.
43. Protopopescu C, Raffi F, Roux P, Reynes J, Dellamonica P, Spire B, et al. Factors associated with non-adherence to long-term highly active

- antiretroviral therapy: a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. *J Antimicrob Chemother* 2009 SEP;63(3):599-606.
- 44..Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(1):66-72.
- 45.Samet J, Horton N, Meli S, Dukes K, Tripps T, Sullivan L, et al. A randomized controlled trial to enhance antiretroviral therapy adherence in patients with a history of alcohol problems. *Antivir Ther* 2005;10(1):83-93.
- 46..Malta M, Strathdee S, Magnanini M, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction* 2008 Aug;103(8):1242-1257
- 47..Andrade L. Revisión de la adherencia al TARGA y directrices para su mejoramiento tras 4 años de tratamiento ARV en el Perú. MINS. Lima 2008.
- 48.Parsons J, Golub S, Rosof E, Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007 Dec 1;46(4):443-450.
- 49.Buathong N, Hiransuthikul N, Tangwongchai S, Komoltri C. Association between depression and adherence to highly active antiretroviral therapy among adult HIV infected patients in Thailand. *Asian Biomed* 2009 APR;3(2):127-133.
- 50.Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Grupo de Estudio del Sida (GESIDA),. Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria* 2008;52(6):349-357.

ANEXOS

ANEXO Nº 1:

Datos sociodemográficos

Edad en años_____

Sexo Masculino____

Femenino____

Estado Civil

Soltero

Casado

Conviviente

Separado

Divorciado

Viudo

Nivel de Instrucción

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Superior incompleta

Superior completa

Ocupación

Desocupado

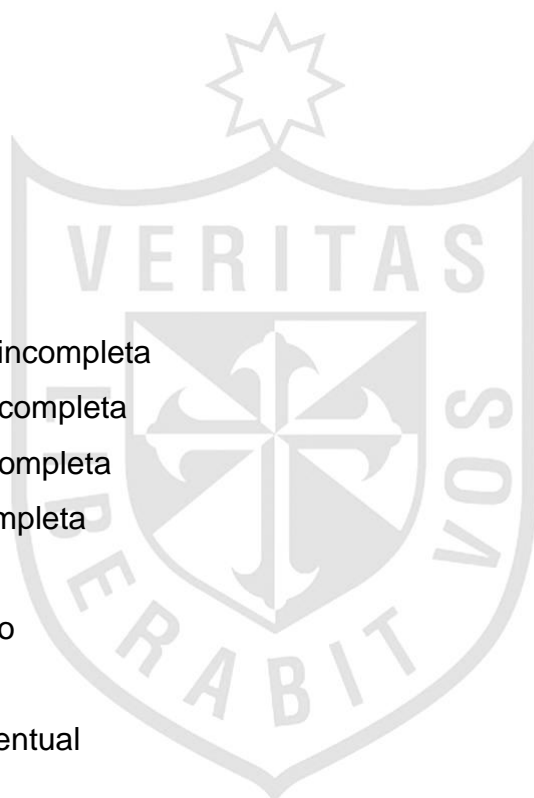
Estudiante

Informal/eventual

Obrero

Comerciante

Empleado



ANEXO N° 2:

Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire)

Cuestionario validado para la población peruana con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) que consta de 7 preguntas:

		Si	No
1	¿Alguna vez olvida tomar la medicación?		
2	¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?		
3	¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?		
4	¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?		
5	En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?		N°
6	En los últimos 12 meses ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?		N°
7	En los últimos 24 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?		N°

Pregunta 5 (A: ninguna/B: 1-2/C: 3-5/D: 6-10/E: más de 10).

Se considera incumplidor si el paciente responde en la pregunta 1, sí; en la 2, no; en la 3, sí; en la 4, sí; en la 5, C, D o E, y en la 6, más de 2 días. El cuestionario es dicotómico, por tanto, cualquier respuesta en el sentido de no cumplimiento se considera incumplimiento. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa, asignándose un porcentaje de cumplimiento según la respuesta: A, 95-100% de cumplimiento; B, 85-94% de cumplimiento; C, 65-84% de cumplimiento; D, 30-64% de cumplimiento, y E, menos del 30% de cumplimiento.

ANEXO N° 3

ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA MINI ITEM DEPENDENCIA, ABUSO ALCOHOL Y DROGAS ⁵

A. DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL

J
1 ¿Durante los últimos 24 meses ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones? NO SI

J2	Durante los últimos 12 meses:				
a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI		2
b	¿Cuándo ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, p. ej. Temblores, sudor, agitación? CODIFICAR SI, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI		3
c	¿Cuándo ha bebido alcohol, ha terminado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI		4
d	¿Ha intentado reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI		5
e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo o recuperándose de sus efectos?	NO	SI		6
f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI		7
g	¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber que la bebida le causa problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI		8

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN J2?

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?

NO

SI

**DEPENDENCIA
ALCOHOLICA**

J3 Durante los últimos 12 meses:

a.- Ha estado intoxicado, embriagado con "resaca" en mas de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo, casa? ¿Esto la ha ocasionado algún problema?			
CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEAS	NO	SI	9
b. ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico Ejm: Conduciendo un coche, navegando, utilizanso maquinarias. Etc?	NO	SI	
c. ¿Ha tenido algún problema legar por haber bebido? (ejm. Arrestos o conductas delictivas)	NO	SI	
c. Ha seguido bebiendo aunque esto le hay ocasionado problemas con la familia o en su entorno?			

¿ HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN J3

NO	SI
ABUSO DE ALCOHOL	

B. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NOALCOHOLICAS)

K1	<p>Ahora voy a enseñarle/ leerle (ENSEÑAR LA LISTA DE SUSTANCIAS/ LEER LA SIGUIENTE LISTA), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 24 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor o cambiar de humor.</p>	NO	SI
ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:			
Estimulantes: anfetaminas "speed" Ritalin,			

K2	Considerando su consumo de [NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS], en el transcurso de los 24 últimos meses:			
a	Ha constatado que necesitaba tomar mas cantidad de de [NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS] para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarlo	NO	SI	1
b	¿Cuándo reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? ¿Utilizaba otras sustancias para evitar encontrarse mas (SINTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?	NO	SI	2
CODIFICAR SI ALGUNA ES AFIRMATIVA				
c	¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más cantidad de lo que era su intención?	NO	SI	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de consumir(NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) pero no lo ha conseguido?	NO	SI	4
e	¿Los días que ha consumido (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) ha empleado mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, tomar esta sustancia, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)?	NO	SI	5
f	¿Ha tenido menos tiempo para trabajar, disfrutar de sus distracciones, o estar con su familia o amigos por consumir droga?	NO	SI	6
g	¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales?	NO	SI	7

Cocina: PBC, MIXTOS: Pasta Básica de cocaína con marihuana

Cannabinoides: Hachis “hasch” THC, cannabis”hierba”, grifa, pasto, etc.

¿Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (OLAS) SUSTANCIAS MAS CONSUMIDAS(S) _____

ESPECIFICAR LO QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE) CADA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS POR SEPARADO, UNICAMENTE LA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) MAS CONSUMIDA.
- SISOLO CONSUME UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) UNICAMENTE UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS)

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN K2?

ESPECIFICAR LA (S) SUBSTANCIA(S):

NO	SI
<i>DEPENDENCIA de SUBSTANCIA(S)</i>	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA A SUBSTANCIA(S)?

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

a ¿Ha estado intoxicado, embriagado, con resaca, acausado (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades académicas, laborales o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?

CODIFICAR SI, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA

b ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo

físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.)?

NO SI

c ¿Ha tenido algún problema legal por consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. arrestos o conductas delictivas?

NO SI

d ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas?

NO SI

11

¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUBSTANCIA(S):

NO

SI

**ABUSO DE
SUBSTANCIA(S)
ACTUAL**