



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FRECUENCIA DE FACTORES DE NO ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL-  
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA POBLACIÓN  
LESBIANA-GAY-TRANSEXUAL-BISEXUAL- INTERSEXUAL EN  
LA PROVINCIA DE CHICLAYO DE ENERO A SEPTIEMBRE DEL  
AÑO 2018**

**PRESENTADA POR  
ANGEL MANUEL DAVILA URIARTE  
MARIA DE FATIMA FLORES VELASQUEZ**

**ASESOR  
DR. VICTOR SOTO CACERES**

**TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO – PERÚ  
2020**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**FRECUENCIA DE FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL-VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA  
HUMANA EN LA POBLACIÓN LESBIANA-GAY-TRANSEXUAL-BISEXUAL-  
INTERSEXUAL EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DE ENERO A SEPTIEMBRE  
DEL AÑO 2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR  
DAVILA URIARTE, ANGEL MANUEL  
FLORES VELASQUEZ, MARIA DE FATIMA**

**ASESOR  
DR. SOTO CACERES, VICTOR**

**CHICLAYO-PERÚ  
2020**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>Resumen</b>	iii
<b>Abstract</b>	iv
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	4
<b>III. RESULTADOS</b>	9
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	14
<b>V. CONCLUSIONES</b>	17
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	18
<b>VII. FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	19
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar la frecuencia de los factores de no adherencia al tratamiento infecciones de transmisión sexual – virus de inmunodeficiencia humana (ITS-VIH) en la población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales (LGBTI) durante el periodo enero a septiembre el 2018 en la provincia de Chiclayo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal de enfoque cuantitativo en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional de Lambayeque en donde se captaron a 304 pacientes que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral por su condición de estar infectados por el virus de inmunodeficiencia humana y en quienes se les aplicó la encuesta CEAT-VIH el cual fue validada y adaptada para ser utilizada en el Perú con un valor  $\alpha = 0.706$  para así valorar la adherencia o no adherencia a su tratamiento antirretroviral. **Resultados:** Se determinó que de los 304 pacientes implicados, 200 (63,3%) resultaron con una calificación correspondiente a No Adherentes al tratamiento, de estos el mayor porcentaje estuvo constituido por personas entre los 26 a 35 años (35%) con mayor proporción los pertenecientes al género Gay y Bisexual (41% y 34% respectivamente). Fue el modulador “Relación médico paciente” el que mostró que un 61,5% de la población no adherente tienen una buena relación con su médico y el modulador “Estrategias para mejorar la adherencia” reveló que el 52,5% no usa algún método o plan para un mejor apego a su tratamiento. **Conclusiones:** Los moduladores “Estrategias para mejorar la adherencia” y “creencias del paciente” son aquellos factores que presentan mayor proporción de pacientes (>50%) y los que influyeron en la falta de adherencia al tratamiento para ITS-VIH.

**Palabras claves:** minorías sexuales y de género, cumplimiento y adherencia al tratamiento, infecciones por VIH. (Fuente: DeCS-BIREME)

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the frequency of factors of non-adherence to sexually transmitted infections-human immunodeficiency virus (STI-HIV) treatment in the population Lesbians, Gays, Bisexuals, Transsexuals, Intersexuals (LGTBI) during the period January to September 2018 in the district of Chiclayo. **Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional, quantitative study was conducted at the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital, the Las Mercedes Teaching Hospital and the Lambayeque Regional Hospital, where 304 patients were taken who also received antiretroviral treatment because of their condition of being infected by the human immunodeficiency virus and in those who apply the CEAT-HIV survey was applied, which has been validated and adapted to be detected in Peruvian with a value of  $\alpha=0.706$  to assess the adherence or non-adherence to their antiretroviral treatment. **Results:** It was determined that of the 304 patients involved, only 200 (63.3%) were classified as Non-Adherents to the Treatment, of which the highest percentage was constituted by people between the ages of 26 and 35 (35%) with Major proportion of Gay and Bisexual members (41% and 34% respectively). It was the modulator "Patient medical relationship", which showed that only 61.5% of the population does not adhere, has a good relationship with their doctor and the modulator "Strategies to improve adherence", 52.5% did not use any method or plan for a better attachment to your treatment. **Conclusions:** The modulators "Strategies to improve adherence" and "patient beliefs" are those factors that have the highest proportion of patients (> 50%) and those that influence the lack of adherence to treatment for STI-HIV.

**Key words:** sexual and gender minorities, treatment adherence and compliance, HIV infections. (Source: MeSH-NLM).

## I. INTRODUCCIÓN

Aún en el siglo XXI las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) siguen siendo una problemática de salud por lo que hasta el momento no existe una cura definitiva, sin embargo, esto ha conllevado a buscar métodos o actitudes preventivas y si se llegase al grado de infección contar con un tratamiento oportuno que ayude a que la enfermedad no siga su curso y atenuarla con el fin de dar a la persona una calidad de vida más proactiva (1).

Son estas medidas las claves, al menos por el momento, para un adecuado control; por lo que es sumamente importante que la sociedad conozca y así comprendan el dilema y la rigurosidad que se lleva al tratar esta enfermedad que cursa con diferentes resultados que va desde una adecuada respuesta inmunológica con una buena expectativa de vida hasta una situación de deterioro progresivo y muerte en los peores casos (2).

A finales de 2015 había 36,7 millones de personas infectadas por el VIH-SIDA en todo el mundo. Cada año, se reporta cerca de 2,5 millones de personas que son diagnosticadas con VIH-SIDA en todo el mundo. Siendo África Subsahariana, el país donde se reporta a nivel mundial la mayor incidencia (3).

En América Latina, Argentina es el país con más casos nuevos de contagio, los casos aumentaron un 7,8% al año, entre los años 2005 y 2015, seguido de Paraguay, Bolivia, Colombia y Ecuador; siendo la causa principal el incremento de las relaciones coitales sin protección (4).

En el Perú los adolescentes y los adultos jóvenes son los grupos más vulnerables para padecer estas infecciones, siendo más frecuentes los varones jóvenes entre los 25 y 35 años que están en el estadio SIDA (6, 7). Según el Ministerio de Salud, Lima y Callao es donde encontramos la mayor incidencia y prevalencia respecto a este virus, con un porcentaje de 73% de casos, respecto al 27% restante que está distribuido en

el resto de departamentos del país. Cabe resaltar que de cada 20 personas mayores de 15 años infectados con el VIH-SIDA, 11 son hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y nueve son hombres y mujeres heterosexuales, incluyendo principalmente mujeres que son pareja de HSH, bisexuales, trabajadores sexuales y hombres clientes de trabajadoras sexuales (7). La prevalencia de HSH y Trans en Lima es del 12,4%, ubicándose como la principal población afectada por este virus, y parte de ellos con comportamiento bisexual estarían infectando a las mujeres y ellas al salir embarazadas, transmitirían el virus a sus hijos.

Lambayeque se encuentra en el séptimo lugar de casos acumulados, con 1124 casos reportados hasta el año 2017. El 80% de casos de personas con VIH/SIDA se encuentran en la provincia de Chiclayo (8). Esta incidencia de reportes sería menor, si la gran mayoría de pacientes con ITS Y VIH/SIDA, sobre todo los que se encuentran en la población de riesgo, tomaran el verdadero interés y conciencia para continuar hasta el final la adherencia al tratamiento terapéutico que se les brinda generando así una significativa reducción de casos años tras año y no lo que vemos reflejado en los datos ya presentados.

En muchos países las personas que pertenecen al colectivo LGBTI no suelen mostrarse, no se visibilizan y eso les ocasiona una carencia en la búsqueda de información de prevención generándose así un círculo vicioso, incluso en lugares donde es legal el matrimonio entre homosexuales, aun hoy en día todavía es estigmatizante ser gay, lesbiana o una persona transexual (9). Por lo que el resultado de esto es una falta de desarrollo en la mejoría de prevenciones y tratamiento en este grupo colectivo (7).

Se sabe que uno de los pilares para el control de las infecciones que agobian al ser humano, es el buen cumplimiento al tratamiento siguiendo las indicaciones, pautas y sugerencias farmacológicas y no farmacológicas hechas por el personal de salud llegando a cumplir con el objetivo planteado, por el contrario, el incumplimiento o no



adherencia nos llevaría al fracaso farmacológico con resultados negativos en la salud del paciente e incluso la muerte (10).

Poblaciones afectadas por estas infecciones siguen siendo un factor de riesgo en salud pública por que determinan una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad, produciendo un impacto negativo en la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva. Hasta el 31 de diciembre del 2018 se tiene un registro total de 120389 de casos de infección por VIH de los cuales 43072 se encuentran en estadio sida, además de casos acumulados que van en aumento notificados a nivel nacional (11).

El objetivo de esta investigación es conocer con qué frecuencia existe factores que estarían implicados a que la persona infectada por el VIH tenga o no un estricto apego y cumplimiento a su tratamiento antirretroviral que como se mencionó sería una medida clave para el control de la enfermedad en estos días.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo y diseño de investigación**

Descripción del diseño: no experimental

Tipo – nivel: II Descriptivo – Transversal - Retrospectivo

Enfoque: Cuantitativo

### **Población y muestra**

#### **Población**

Según los datos obtenidos de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) en el Hospital Regional de Lambayeque, Hospital Regional Docente Las Mercedes y el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo es donde se provee el tratamiento para VIH en la Provincia de Chiclayo, obteniéndose un total de 1471 personas atendidas que están recibiendo tratamiento durante los últimos 5 años hasta la actualidad.

#### **Muestra**

Partiendo de una población de 1471 personas que reciben tratamiento de VIH, según los datos obtenidos en la GERESA y con ayuda del EPIDAT 3.1 se calculó una muestra de 304 personas. Este resultado viene dado con una proporción del 50% (no existe antecedente sobre el estudio, se usa la mayor proporción posible), nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5%

#### **Muestreo**

Se procedió a realizar un muestreo estratificado por afijación proporcional de acuerdo al establecimiento de salud donde se ofrece el tratamiento ITS-VIH dando como resultado el número y porcentaje de pacientes a encuestar por establecimiento:

<b>Hospital</b>	<b>Proporción de pacientes a encuestar</b>	<b>Número de pacientes a encuestar</b>
<b>Hospital Regional Docente Las Mercedes</b>	40%	122
<b>Hospital Regional de Lambayeque</b>	26%	79
<b>Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo</b>	34%	103
<b>Total</b>	100%	304

### **Técnicas de recolección de datos**

El presente proyecto hizo uso de un cuestionario de carácter voluntario y anónimo, los datos se obtuvieron directamente del paciente con ayuda del investigador quien se encargó de explicar la metodología del llenado y orientó en su desarrollo. Se abordó al paciente cuando éste finalizó su evaluación en las correspondientes consultorías externas de cada hospital; así en el Hospital Regional de Lambayeque fue por consultorio externo de Infectología o después de haber recibido su tratamiento en el área de atención farmacéutica, en consultorio externo de Medicina Interna en el caso del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y en el servicio de PROCETSS (programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA) en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

La identificación de los pacientes se hizo de manera conjunta con el personal de salud correspondiente al servicio del hospital en donde se realizó la encuesta ya que conocen y están en contacto directo con ellos, posterior a esto se le expuso brevemente las citas del consentimiento informado y los objetivos del presente proyecto, ante la aceptación se procedió al desarrollo del cuestionario y la resolución de las dudas que hubieran surgido. Una vez finalizada las encuestas se consideró un ítem que ayudaría a identificar aquellos cuestionarios útiles para la realización del presente trabajo invalidando aquellas en donde el paciente no se considere perteneciente al grupo de estudio, los cuales están especificados en el cuestionario. Todo esto se realizó en un ambiente apartado e independiente para respetar y

resguardar la privacidad del paciente y de los datos que se proporcione, además de crearse un ambiente cómodo, seguro y confiable para éste.

### **Descripción de los instrumentos**

El instrumento empleado, llamado Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), ha sido validada y adaptada para ser utilizada en el Perú en una investigación aplicada en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” - Lima y que obtuvo un valor  $\alpha = 0.706$ , consta de 20 preguntas de las cuales 17 están medidos en una escala tipo Likert del 1 al 5 que tomarían los valores correspondientes de dicha escala, 2 preguntas a modo dicotómicas de SÍ y NO que tomarían dos valores (0 ó 1) y una pregunta que aborda el conocimiento de la toma de medicamentos del paciente, evaluándose con 3 valores: “0”, cuando el paciente no conoce qué medicamentos toma; “1”, cuando conoce al menos un medicamento o la cantidad de medicamentos que toma y “2”, al conocer al menos el nombre de dos medicamentos para su tratamiento. Todas estas preguntas se encuentran agrupadas en 5 moduladores los cuales tomaran el valor de la sumatoria de acuerdo al valor asignado a cada pregunta siendo: Modulador I (cumplimiento al tratamiento), Modulador II (Antecedentes de la falta de adherencia), Modulador III (Relación médico-paciente), Modulador IV (Creencias del paciente) y Modulador V (Estrategia para mejorar la adherencia). El puntaje total de la suma de los ítems fue 89 como valor máximo y 17 como valor mínimo, de acuerdo a este último puntaje se obtendrán 4 categorías finales: a) adherencia baja: <74, b) adherencia insuficiente: 74 – 80, c) adherencia adecuada: 81 – 85 y e) adherencia estricta: >85, estando las dos primeras categorías integradas dentro del grupo de no adherentes al tratamiento de importancia para este estudio.

### **Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Los datos recolectados mediante la encuesta CEAT-VIH se usaron para crear una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y fueron analizados con el uso del programa SPSS Statistics 19. Las variables cualitativas fueron analizadas en base a frecuencias absolutas y relativas; y en cuanto a las variables cuantitativas fueron

analizadas mediante las medidas de tendencia central (media, moda) y de dispersión (desviación estándar). Con esto se pretende una mejor organización de los datos, así como sintetizar, aclarar y depurar la información contenida en la población.

Para una mejor perspectiva de la situación, se procedió a la elaboración de tablas donde se expondrán las variables y sus respectivas medidas estadísticas.

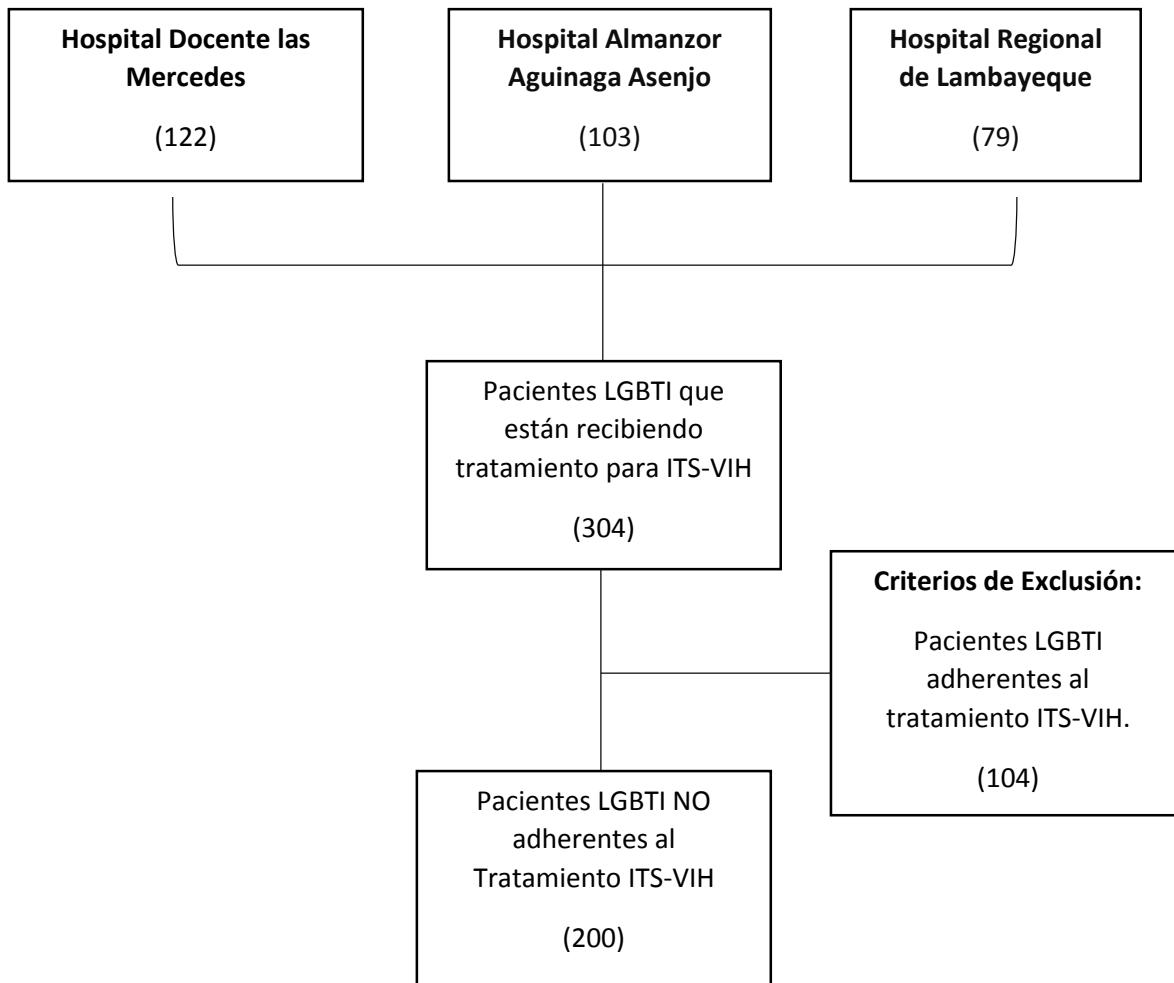
### **Aspectos éticos**

Este trabajo presenta un mínimo de riesgo para los sujetos de estudio. Sólo se aplicó el instrumento al personal que acceda al consentimiento informado y con el permiso correspondiente responder el cuestionario, no se propició su participación por medios diferentes a éste, respetando los principios éticos que deben guiar a la comunidad (códigos de Helsinki) y el Colegio Médico del Perú.

Posterior a la autorización del Hospital Regional de Lambayeque, Hospital Regional Docente “Las Mercedes” y Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo las encuestas que se aplicaron guardarían toda confidencialidad mediante la asignación de códigos alfanuméricos y serán por anonimato, únicamente con fines de estudio, las únicas personas que tendrían acceso, manejarían y procesarían las encuestas serían los presentes autores del proyecto y toda la información se archivaría en una carpeta virtual que con ayuda de programas estadísticos se procesarían para su posterior análisis de los resultados.

Así mismo este proyecto contó con los permisos correspondientes de cada sede hospitalaria y la debida aceptación por un Comité de Ética otorgada por el Hospital Regional de Lambayeque y el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año de ejecución del estudio.

## Flujograma



### III. RESULTADOS

En el presente estudio se aplicó el cuestionario CEAT – VIH en una muestra de 304 pacientes pertenecientes a la población LGTBI quienes se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral contra el VIH específicamente con un tiempo mínimo de 3 años independientemente del régimen terapéutico, distribuidos en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Hospital Regional de Lambayeque y Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el periodo de enero a septiembre del 2018 en la provincia de Chiclayo.

Se determinó que, de los 304 pacientes implicados, 200 (63,3%) fueron los que resultaron con una calificación correspondiente a No Adherentes al Tratamiento, siendo estos los pacientes de interés para el presente estudio.

Para la población no adherente se detalla que la mediana de la edad fue 35 años (RIC 27.5-42.5), la edad mínima fue de 21 años y la edad máxima fue de 71 años, el mayor porcentaje de la población estuvo constituida por personas entre los 26 a 35 años (35%) seguido del grupo entre 36 a 45 años (31,5%) quienes mostraron ser los grupos de mayor porcentaje de no adherencia al tratamiento antirretroviral (66,5%) con respecto a los otros grupos de edad.

Se determinó de acuerdo a la frecuencia de los moduladores evaluados en pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento ITS-VIH, que el modulador “Relación médico paciente” muestra que aproximadamente más de la mitad de población no adherente (61,5%) tienen una buena relación y que el 38,5% no tiene una relación optima con el médico tratante (Tabla 1).

**Tabla 1.** Frecuencia de pacientes no adherentes al tratamiento ITS-VIH según moduladores del CEAT – VIH en tres hospitales de la provincia de Chiclayo desde enero hasta septiembre en el año 2018.

Moduladores de no Adherencia al Tratamiento		Adherentes (104)		No Adherentes (200)	
		n	%	n	%
Cumplimiento del tratamiento. Mediana (RIC)		17 (16-18)		14 (12,5-15,5)	
Antecedentes de Falta de adherencia	Si	0	0	4	2
	Posible	4	3,8	26	13
	No	100	96,2	170	85
Relación Medico Paciente	Mala	0	0	1	0,5
	Regular	0	0	76	38
	Buena	104	100	123	61,5
Creencias del paciente	Influyen en la no adherencia	0	0	0	0
	Podrían influir en la no adherencia	0	0	97	48,5
	Influyen en la adherencia	104	100	103	51,5
Estrategias para mejorar la adherencia	Si	87	83,7	95	47,5
	No	17	16,3	105	52,5

\*Se usó la Mediana y RIC (Rango Intercuartílico) en base a pruebas de normalidad K-S

Fuente: Datos extraídos de encuestas de recolección.

Se halló una diferencia en el modulador “Creencias del paciente” en donde la población no adherente sería aproximadamente la mitad de los pacientes (51,5%) quienes tendrían ideales o creencias que influirían a un mejor apego a su tratamiento, en cuanto en la población adherente (100%) este modulador sería uno de los cuales intervendría a una adherencia exitosa al tratamiento antirretroviral. Además, el segundo y tercer modulador muestran que más de la mitad de los pacientes tienen actitudes favorables para una mejor adherencia a pesar de estar catalogados dentro de los No adherentes al tratamiento representando el 85 y 61% respectivamente. Los datos de los moduladores restantes se encuentran en la tabla 1.



Analizando según las características sociodemográficas de los pacientes no adherentes al tratamiento se halló que la mayoría pertenecen al género Gay y Bisexual (41% y 34% respectivamente) siendo en mayor proporción los géneros de adherencia baja; además las categorías que tienen menor grado de instrucción (primaria y secundaria) representan el 80% de la población no adherente, y los de accesibilidad geográfica mayor a 60 minutos y accesibilidad económica mayor a 20 soles tienen mayor porcentaje de no adherencia (65,0% y 65,5% respectivamente). Datos sociodemográficos restantes se encuentran descritos en la Tabla 2.

**Tabla 2:** Frecuencia de pacientes no adherentes al tratamiento ITS-VIH según sus características sociodemográficas en tres hospitales de la provincia de Chiclayo desde enero hasta septiembre en el año 2018.

Características sociodemográficas		Adherencia Baja (111)		Adherencia insuficiente (89)		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	35	31,5	25	28,1	60	30
	Masculino	76	68,5	64	71,9	140	70
Género	Lesbiana	11	9,9	14	15,7	25	12,5
	Gay	44	39,6	38	42,7	82	41
	Transexual	11	9,9	14	15,7	25	12,5
	Bisexual	45	40,5	23	25,8	68	34
Nivel de instrucción	Primaria	58	52,3	52	58,4	110	55
	Secundaria	41	36,9	29	32,6	70	35
	Superior	12	10,8	8	9	20	10
Acceso geográfico	Menos de 30 minutos	11	9,9	26	29,2	37	18,5
	De 30 a 60 min	24	21,6	9	10,1	33	16,5
	Más de 60 min	76	68,5	54	60,7	130	65
Acceso económico	Menos de 10 soles	17	15,3	7	7,9	24	12
	De 10 a 20 soles	25	22,5	20	22,5	45	22,5
	Más de 20 soles	69	62,2	62	69,7	131	65,5

Fuente: Datos extraídos de encuestas de recolección

En la tabla número 3 se describe cada modulador según al género de la población de estudio, hallándose que dentro del modulador “Relación médico paciente” de los no adherentes al tratamiento, los Bisexuales y Gays muestran un mayor porcentaje de buena comunicación o afinidad con su médico y en el modulador “Creencias del paciente”, el 64% de Lesbianas son sus creencias o ideales las que influyen en la adherencia a su tratamiento haciéndolas más afines.

Particularmente no se observó alguna predilección por algún género quienes apliquen o no algunas estrategias o métodos para obtener una adherencia exitosa ya que los resultados obtenidos son relativamente similares entre ellos.

**Tabla 3.** Descripción de los moduladores del CEAT-VIH en pacientes no adherentes al tratamiento ITS-VIH según género en tres hospitales de la provincia de Chiclayo desde enero hasta septiembre en el año 2018.

Factores de no Adherencia al Tratamiento		Lesbianas (n = 25) %	Gays (n = 82) %	Transexuales (n = 25) %	Bisexuales (n = 68) %
Cumplimiento del tratamiento. Mediana(RIC)*		14 (12-16)	15 (13-17)	14 (13-15)	15 (13-17)
Antecedente de Falta de adherencia	Si	4	1,2	0	0
	Posible	16	17,1	20	7,4
	No	80	81,7	80	92,6
Relación Médico Paciente	Mala	0	0	4	0
	Regular	28	9,8	8	7,4
	Buena	72	90,2	88	92,6
Creencias del paciente	Influyen en la no adherencia	0	0	0	0
	Podrían influir en la no adherencia	36	51,2	48	50
	Influyen en la adherencia	64	48,8	52	50
Estrategias para mejorar la adherencia	Si	44	45	48	41,5
	No	56	55	52	48,5

\*Se usó la Mediana y RIC (Rango Intercuartílico) en base a pruebas de normalidad K-S

Fuente: Datos extraídos de encuestas de recolección.

Durante el análisis de los datos, el primer modulador denominado “cumplimiento al tratamiento” se analizó de manera diferente a los demás moduladores ya que no tuvo una uniformidad de puntuación, motivo por el cual fue analizado con una medida de tendencia central, por lo tanto, este modulador obtuvo un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 18, esta información es aplicable para las tres tablas presentadas anteriormente.

#### IV. DISCUSIÓN

El estudio Identificó la frecuencia de factores de no adherencia al tratamiento ITS-VIH que tienen los pacientes de la comunidad LGTBI. Debido a que, siendo pocos los conocimientos en este tema, es aún asunto de importancia en la comunidad y sobre todo en países en vías de desarrollo. La relación médico-paciente juega un papel importante a la hora de evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se encontró en el presente estudio que el 100% de los pacientes adherentes al tratamiento tienen una buena relación con su médico, confrontado con el 61,5% de los pacientes no adherentes. Resultados que se familiariza con el estudio realizado por Murphy *et al.* donde concluyen que los pacientes que reportan mejor comunicación con sus proveedores de la salud tienen una mayor tendencia a ser adherentes y que, además, se sienten más involucrados en su propio cuidado (12).

Los resultados en relación al uso de estrategias para recordar la hora en tomar los medicamentos es otro punto que se vincula a la mejora de la adherencia al tratamiento, encontrándose que, en aquellos con buena adherencia, más del 50% tienen algún tipo de estrategia que incluyen el uso de alarma del celular, el aviso de algún familiar o pareja, relacionar la toma con algún acontecimiento diario, etc. Los resultados se comparan de manera similar al estudio hecho por Taffur, donde el 52% de los pacientes usan técnicas similares (13).

Los resultados nos muestran que de los pacientes de la comunidad LGTBI que fueron encuestados, el 65,78% resultó ser no adherente al tratamiento ITS-VIH. Alvis *et ál.* obtuvieron un porcentaje de 35,9% de no adherentes (10), aunque cabe resaltar que este estudio se hizo incluyendo a pacientes heterosexuales y no solo a los pertenecientes a la comunidad. Donde parece ser que, según los resultados, este grupo tendría una tendencia a ser menos disciplinados en cuanto a la adherencia al tratamiento.

La población estudiada, estuvo comprendida entre las edades de 21 a 73 años, con una concentración mayor entre los 30 y 40 años de edad, datos que guardan relación

con los datos de Taffur, donde el mayor porcentaje de pacientes con VIH estaba concentrado entre los años 26 y 35 (13). En cambio, el estudio hecho por Kim, muestra una población más joven, donde su media fue de 14,5 años (14).

La población utilizada por Alvis *et al.* para evaluar la prevalencia y factores de no adherencia al TARGA en adultos infectados con VIH-SIDA estuvo compuesta por pacientes con edades promedio de 36 +/- 8 (10). Estos datos, nos orientan a una mayor prevalencia de enfermedad en este grupo poblacional y un mayor porcentaje de no adherencia en el mismo.

En cuanto al sexo, los varones tuvieron un mayor porcentaje de no adherencia con respecto a las mujeres, resultados similares al estudio de Carballo *et al.* donde reportaron que las mujeres presentaron valores más altos de adherencia al tratamiento antirretroviral (15).

La mejoría de la salud, los beneficios de tomar los antirretrovirales, la cantidad de información que tienen sobre ellos, los efectos adversos, la dificultad de tomar los medicamentos, y la sensación del esmero que demanda seguir con el tratamiento. Son puntos esenciales que tienen que ver con la decisión de permanecer en la adherencia o no. En casi la mitad de la población no adherente este tipo de creencias podría influir justamente en la falta de adherencia que presentan, datos correlacionados con Taffur donde el 46,2% de su población tuvo un pobre entendimiento de la terapia y presunciones o ideas erróneas sobre acerca del uso y efecto de los antirretrovirales (13).

Como demuestran los resultados, un poco más de la mitad de los pacientes de la comunidad LGTBI encuestada, no conoce el nombre de los medicamentos que toman para su tratamiento, en otros estudios se tiene evidencia que este problema se puede presentar debido a muchos factores, como la cantidad de tabletas que deben tomar por día, complejidad del régimen terapéutico, así Taffur, encontró que el 37% no recuerda que medicamentos antirretrovirales toma (13), esta diferencia se puede deber

a que su población de estudio posee una educación técnica-superior, confrontado con aproximadamente la mitad de nuestra población que no pasa del nivel secundario. Con respecto al género, los resultados muestran que las lesbianas y los transexuales tienen mayores antecedentes de falta de adherencia al tratamiento en comparación con los géneros restantes, así mismo el género bisexual es el que mejor relación médico paciente tiene con respecto a los demás. Estos datos no fueron posibles de contrastarlos con otros resultados ya que no se encontró estudios que aborden las características de esta población, sin embargo, en el estudio realizado por Alvis *et al* constata que ser de una orientación sexual gay y/o bisexual sería un factor independiente asociado a la no adherencia al tratamiento antirretroviral (10).

Durante el presente trabajo de investigación se evidenció que la población LGBTI de por sí ya es una comunidad que se encuentra excluida y por ello les resulta difícil confiar en personas que no sean de su ámbito social, lo cual constituyó una de las limitaciones principales durante la ejecución del presente estudio debido a la poca participación o rechazo por parte de esta población además de una demanda de tiempo que ellos, en ese momento, no contaban.

Durante el análisis de los resultados fue el primer modulador del cuestionario aplicado que no se pudo valorar al igual que los otros 4 modulares restantes ya que representaba un puntaje final en contraste de los demás que representaban a una proporción de pacientes.

## V. CONCLUSIONES

Los moduladores “Estrategias para mejorar la adherencia” y “creencias del paciente” son aquellos factores que presentan mayor proporción de pacientes (>50%) y los que influyeron en la falta de adherencia al tratamiento para ITS-VIH

La mayor parte de la población LGBTI estudiada manifiestan características sociodemográficas de sexo masculino, género predominantemente gay, un nivel de instrucción primaria, una accesibilidad geográfica de más de 60 minutos y un acceso económico de más de 20 soles.

De los pacientes no adherentes al tratamiento ITS-VIH son los Gays y Bisexuales los que mostraron tener creencias o ideas que influirían de manera negativa a una adherencia exitosa aun así son los que mayormente representan una buena relación con su médico.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Estandarizar un modelo de atención dirigida a la población de estudio para una mejor valoración a su comunidad, incluyendo a sus mismos integrantes como personal de apoyo.

Incentivar a los pacientes a crear estrategias, métodos o técnicas didácticas para recordar el cumplimiento de la toma de medicación lo cual apoyaría a crear en el paciente un hábito favorable para el mantenimiento de su salud.

Dar una información completa y necesaria a los pacientes para que no dejen dudas concernientes a su tratamiento y enfermedad, así poder crear conciencia en ellos sobre la responsabilidad que tienen con la toma de su medicación.

En toda visita médica se debería crear un ambiente reconfortante, ameno, comprensible y de apoyo sin perder la prudencia y modestia del médico en el servicio donde acuden estos pacientes.



## VII. FUENTE DE INFORMACIÓN

1. González L. Ignacio, Arteaga M. Diana, Frances M. Zoraida. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 Ene 12]; 31( 1 ): 98-109. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es).
2. Peralta M, Carbajar P. Adherencia a tratamiento. Diciembre 2008. 17(3):84–8.
3. Wang H. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. July 19 2016 [Internet]. [cited 2018 Apr 10];3. Available from: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018%2816%2930087-X.pdf>
4. Mundo BBC. Cuáles son los países de América Latina con más casos nuevos de VIH/sida. BBC Mundo [Internet]. 2016 Jul 22; Available from: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-36866330>
5. OMS | La epidemia mundial de SIDA continúa creciendo [Internet]. WHO. [cited 2017 Apr 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/aids.epidemic.update/es/>
6. Wolfowitz P. The World Bank. World development report 2007. Development and the next generation [Internet]. The word bank; 2006. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/556251468128407787/pdf/359990WDR0complete.pdf>
7. Cueto M. El rastro del SIDA en el Perú. Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet]. 2002 [citado el 12 de enero de 2020]; 9 (Supl): 17-40. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400002>
8. Pun M. Situación de la Epidemia de VIH en el Perú [Internet]. Ministerio de Salud. Dirección general de epidemiología; 2015. Available from: [https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=154](https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=154)

9. Mundo RB. Los países donde ser gay es un delito [Internet]. BBC Mundo. [cited 2017 May 3]. Available from: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/12/131211\\_india\\_homosexualidad\\_global\\_am](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/12/131211_india_homosexualidad_global_am)
10. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac Med*. 2009 Dec;70(4):266–72.
11. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú. 2018 [Available from]: [https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=154](https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=154)
12. Murphy DA, Johnston Roberts D, Martin DJ, Marelich W, Hoffman D. Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adults. *AIDS Patient Care STDS*. 2000, 14(1): 47-58. Available from: <http://doi.org/10.1089/108729100318127>
13. Tafur E, Seguimiento farmacoterapeutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluacion de la adherencia y la calidad de vida relacionada a la salud en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" - Perú. 2010, pag 68
14. Kim MH, Mazenga AC, Yu X, Ahmed S, Paul ME, Kazembe PN, et al. High self-reported non-adherence to antiretroviral therapy amongst adolescents living with HIV in Malawi: barriers and associated factors. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2017 Mar 30 [cited 2017 Jun 18];20(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515061/>
15. Carballo E, Cadarso-Suarez C, Carrera I, Fraga J, de la Fuente J, Ocampo A, Ojea R, Prieto A. Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Qual Life Res* 2004;13:587-599
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016 - 2021. Hacia el fin de las ITS [Internet]. World Health Organization 2016; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>

## ANEXOS

### ANEXO 1. Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH).

#### Cuestionario

El presente cuestionario es de carácter voluntario y anónimo, con fines académicos. Los datos obtenidos serán analizados con carácter estrictamente confidencial respetando la autonomía de la persona encuestada, para el siguiente estudio: **“Frecuencia de factores de no adherencia al tratamiento de its-vih en la población LGBTI en la provincia de Chiclayo”**, el cual es realizado por estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad San Martín de Porres, lo cual ayudaría a reforzar las implicancias educativas y/o promocionales para mejorar la calidad de vida de esta población.

**Si usted acepta contribuir con el presente estudio llene los siguientes datos en el recuadro correspondiente y marque con un aspa (X) o complete según corresponda**

Datos generales				
Sexo	M	F	¿Cómo se considera? (opción sexual)	<input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Intersexual
Edad				
Nivel de instrucción	Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )			
Tiempo que le toma en llegar al establecimiento de salud	Menos 30 minutos ( ) Entre 30 minutos- 1hora ( ) Más de 1 hora ( )			
Gastos aprox. adicionales (considerar costos de pasajes, , consultas médicas, etc)	Menos de 10 soles ( ) Entre 10 a 20 soles ( ) Más de 20 soles ( )			
Tiempo de tratamiento				

**\*Marcar con un aspa(X)**

Durante la última semana		Siempre	Más de la mitad de las veces	Aprox. La mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿ha dejado de tomar su medicación?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor ¿ha dejado de tomar su medicación?					
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar su medicación?					

**5.-¿Recuerda qué medicamentos está tomando en estos momentos?**

--

**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	Aprox. La mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar la medicación a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					

<b>14.- ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?</b>				
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho

<b>15.- ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionados con la toma de antirretrovirales?</b>				
Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos

<b>16.- ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?</b>				
Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo

<b>17.- ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de antirretrovirales?</b>				
Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor

18.- ¿Qué dificultad percibe al tomar la medicación?				
Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

		Sí	No
<b>19</b>	Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo o más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente? -----)		
<b>20</b>	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación? ¿Cuál? -----		

## **Anexo 2. Factores moduladores de la adherencia evaluados por el CEAT-VIH.**

### **I. Factor modulador 1: Cumplimiento al tratamiento**

Pregunta 1 ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?

Pregunta 5 ¿Recuerda qué medicamentos está tomando en este momento?

Pregunta 12 ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?

Pregunta 17 ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Pregunta 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?)

### **II. Factor modulador 2: Antecedente de la falta de adherencia**

Pregunta 2 Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?

Pregunta 3 Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?

Pregunta 4 Si en alguna ocasión se ha sentido triste o deprimido ¿Ha dejado de tomar su medicación?

### **III. Factor modulador 3: Relación médico-paciente**

Pregunta 6 ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Pregunta 13 Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?

### **IV. Factor modulador 4: Creencias del paciente**

Pregunta 7 ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?

Pregunta 8 ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?

Pregunta 9 ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?

Pregunta 10 ¿considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?

Pregunta 11 ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?

Pregunta 14 ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Pregunta 15 ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

Pregunta 16 ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?

#### **V. Factor modulador 5: Estrategias para mejorar la adherencia**

Pregunta 20 ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?  
¿Cuál?



### **Anexo 3: Consentimiento para participar en un estudio de investigación**

**Institución:** Universidad San Martín de Porres

**Investigadores:** Flores Velásquez María de Fátima, Dávila Uriarte Ángel Manuel

**Título:** Frecuencia de factores de no adherencia al tratamiento de ITS-VIH en la población LGBTI en la provincia de Chiclayo. **Propósito del Estudio:** Saber cuáles son los motivos por el cual las personas dejan de tomar su medicación o incluso dejan de ir al centro de salud para recibirla.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar en este estudio se le brindará un cuestionario de 20 preguntas en el cual podrá escribir, marcar o rellenar los espacios en blanco según corresponda. Ante cualquier duda, podrá contar con el apoyo de los investigadores presentes.

**Riesgos:** el presente estudio se enfoca a recolectar información escrita de forma anónima por lo cual no se verá afectada la integridad del paciente ni se atentará contra la salud física o mental.

**Beneficios:** Los resultados de este estudio ayudarán a la población de estudio a mejorar los estándares de atención tratamiento y brindarán un mayor conocimiento sobre los factores que influyen en un mejor tratamiento para el paciente.

**Costos e incentivos:** Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:** la información obtenida no se empleará en otros procedimientos a futuro, ya que solo está confinado a la realización de este proyecto. Una vez concluido y sustentado el proyecto, todas las encuestas serán eliminadas de tal manera que no se pueda rescatar alguna información.

**Derechos del paciente:** Si usted decide NO participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque, teléfono (074) 480433 anexos

**Consentimiento:** Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Firma del participante**

---

**Firma del investigador**

**Hora**

**Fecha:**