

Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en minorías sexuales de Ciudad de México

Factors associated with non-adherence to antiretroviral treatment in sexual minorities in Mexico City

Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em minorias sexuais na Cidade do México

María Sandra Compeán-Dardón, MSc.¹

Itzel Patricia Miranda-Quezada, RN¹

Diana Pérez-Salgado, MSc.¹

Delia Castro Ramírez, RN¹

María Guadalupe Staines-Orozco, PhD¹

Luis Ortiz-Hernández, PhD^{1*}

Recibido: 14 de octubre de 2023 • **Aprobado:** 20 de noviembre de 2025

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13795>

Para citar este artículo: Compeán-Dardón MS, Miranda-Quezada IP, Pérez-Salgado D, Castro Ramírez D, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en minorías sexuales de Ciudad de México. Rev Cienc Salud. 2025;23(3):1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13795>

Resumen

Introducción: las minorías sexuales (hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans) son identificadas como población vulnerable. Tienen mayor riesgo de adquirir VIH y son menos incluidas en campañas de prevención y vigilancia. El estigma y la homofobia internalizada causan menor adherencia al

- 1 Departamento de Atención a la Salud (DAS) de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. (México)

María Sandra Compeán-Dardón, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7656-5292>

Itzel Patricia Miranda-Quezada, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5713-1181>

Diana Pérez-Salgado, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9124-6780>

Delia Castro Ramírez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6712-4428>

María Guadalupe Staines-Orozco, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8974-430X>

Luis Ortiz-Hernández, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5870-1729>

* Autor de correspondencia: lortiz@correo.xoc.uam.mx

tratamiento. Las personas que tienen adherencia del 95 % de la dosis prescrita pueden tener una mejor calidad de vida. *Objetivo:* conocer si existe una relación entre características sociodemográficas, de los servicios de salud, del tratamiento y experiencias de homofobia con la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en una muestra de minorías sexuales de dos estados de la república mexicana. *Material y métodos:* estudio transversal a minorías sexuales (n = 225) de los estados de Campeche y Chihuahua con diagnóstico de VIH y con TAR. Se obtuvo información mediante un cuestionario que indagaba datos sociodemográficos, de los servicios de salud, del TAR, homofobia y homofobia internalizada. Se realizaron análisis bivariados y multivariados. *Resultados:* la falta de adherencia al TAR en la última semana fue del 16.4 %. En el análisis bivariado presentaron mayor riesgo de no adherencia al TAR quienes tuvieron desabasto de medicamentos dos o más veces (RP = 2.81; IC = 1.33-5.94) y quienes presentaron lipodistrofia (RP = 3.54; IC = 1.48-8.48). En el análisis multivariado la lipodistrofia se relacionó con la no adherencia al TAR (RP = 3.72; IC = 1.55-8.93). *Conclusión:* la adherencia del TAR se vio afectada por la presencia de lipodistrofia, pero no se asoció con alguna otra variable.

Palabras clave: minorías sexuales; homofobia internalizada; adherencia al TAR; efectos secundarios del TAR.

Abstract

Introduction: Sexual minorities (men who have sex with men and trans women) are identified as a vulnerable population. They are at higher risk of acquiring HIV and are less included in prevention and surveillance campaigns. Stigma and internalized homophobia cause less adherence to treatment. People who adhere to 95% of the prescribed dose may have a better quality of life. *Objective:* To find out if there is a relationship between sociodemographic characteristics, health services, treatment and experiences of homophobia with adherence to antiretroviral treatment (ART) in a sample of sexual minorities from two states of the Mexican Republic. *Material and methods:* Cross-sectional study of sexual minorities (n = 225) from the states of Campeche and Chihuahua diagnosed with HIV and on ART. Information was obtained through a questionnaire that investigated sociodemographic data, health services, ART, homophobia, and internalized homophobia. Bivariate and multivariate analyzes were performed. *Results:* Non-adherence to ART in the last week was 16.4%. In the bivariate analysis, those who had drug shortages 2 or more times (PR = 2.81; CI = 1.33–5.94) and those who presented lipodystrophy (PR = 3.54; CI = 1.48–8.48) had a higher risk of non-adherence to ART. In the multivariate analysis, lipodystrophy was related to non-adherence to ART (PR = 3.72; CI = 1.55–8.93). *Conclusion:* ART adherence was affected by the presence of lipodystrophy, but it was not associated with any other variable.

Keywords: sexual minorities; internalized homophobia; ART adherence; ART side effects.

Resumo

Introdução: as minorias sexuais (homens que fazem sexo com homens e mulheres trans) são identificadas como uma população vulnerável. Eles correm maior risco de contrair o HIV e são menos incluídos em campanhas de prevenção e vigilância. O estigma e a homofobia internalizada causam menor adesão ao tratamento. Pessoas que aderem a 95 % da dose prescrita podem ter melhor qualidade de vida. *Objetivo:* descobrir se existe uma relação entre características sociodemográficas, serviços de saúde, tratamento e experiências de homofobia com adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) em uma amostra de minorias sexuais de dois estados da República Mexicana. *Material e métodos:* estudo transversal de minorias sexuais (n = 225) dos estados de Campeche e Chihuahua diagnosticados com HIV e em TARV. As informações foram obtidas por meio de um questionário que investigou dados sociodemográficos, serviços de saúde, TARV, homofobia e homofobia internalizada. Análises bivariadas e multivariadas foram realizadas. *Resultados:* a não adesão à TARV na última semana foi de 16,4 %. Na análise bivariada, aqueles que tiveram falta de medicamentos 2 ou mais vezes (RP = 2,81; IC = 1,33-5,94) e os que apresentaram lipodistrofia (RP = 3,54; IC = 1,48-8,48) tiveram maior risco de não adesão ao TARV. Na análise multivariada, a

lipodistrofia esteve relacionada à não adesão à TARV (RP = 3,72; IC = 1,55-8,93). *Conclusão:* A adesão à TARV foi afetada pela presença de lipodistrofia, mas não se associou a nenhuma outra variável.

Palavras-chave: minorias sexuais; homofobia internalizada; adesão ao TARV; efeitos colaterais do TARV.

Introducción

En América Latina se ha reportado que los jóvenes que tienen sexo con hombres (HSH), de 15 a 24 años tienen mayor riesgo de infección por VIH en comparación con otros grupos de población (1). Para 2018, un total de 182 498 personas vivían con VIH y conocían su estado serológico, y de estos 148 045 fueron hombres. En el mismo año se estimó que aproximadamente 1 189 000 de mexicanos eran HSH; de acuerdo con el servicio de atención, la prevalencia de VIH en ellos fue del 5.7% en los Centros Comunitarios de Detección, y del 12.9% en Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. En el caso de las personas transfemeninas (PTF), se estimó un total de 118 900 con una prevalencia de VIH del 5.1% en Centros Comunitarios de Detección, y del 8.7%, en los Centros Ambulatorios (2).

En los estados del sur del país se encontraron las prevalencias de VIH más altas en HSH y PTF. Asimismo, que el acceso en la detección de VIH y conocimiento de los resultados más bajos fue entre los HSH, a diferencia de las PTF y los trabajadores sexuales (3).

Tanto los HSH como las PTF se han identificado como población vulnerable, debido a sus conductas de riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección), la exclusión social, la falta de atención en los sectores de salud, la marginación y la poca inclusión en las campañas preventivas, que hacen que carezcan de acceso a la información. Otro factor importante es que son víctimas de homofobia y estigma, lo cual es una barrera para recibir atención en los servicios de salud (1,4). Onusida reportó que tanto los HSH como las PTF experimentaron discriminación en los servicios de salud durante el último año, con un porcentaje del 2.8% y del 15.7%, respectivamente (2).

En comparación con los HSH, las PTF tienen mayor riesgo de adquirir VIH, al tiempo que son menos incluidas en las campañas de prevención y vigilancia del VIH. Se ha reportado que las trabajadoras sexuales transgénero tienen más riesgo de vivir con VIH que cualquier otro grupo de minorías sexuales. En un muestreo de países con bajos y medianos ingresos se encontró que la prevalencia de VIH en mujeres transgénero fue del 17.7% (4).

Las personas que viven con VIH y que tienen una adherencia mayor o igual al 95% de la dosis prescrita, tienen mayor probabilidad de lograr una respuesta virológica óptima, un incremento en el conteo de linfocitos CD4, menores probabilidades de infecciones oportunistas y de hospitalización, además de alargar la expectativa de supervivencia (incluso en algunos casos alcanzando una esperanza de vida similar a personas seronegativas) (5,6).

Sin embargo, los pocos estudios que se han realizado con minorías sexuales se enfocan en reportar la probabilidad de adquirir la enfermedad y no en la adherencia (7).

La homofobia no es propiamente una fobia, sino rechazo y desprecio dirigido a las personas no heterosexuales (8). Existen prejuicios homofóbicos en la sociedad hacia las minorías sexuales, que pueden ser aprendidos por HSH y PTF, y causar que se internalice la culpa y discriminación hacia ellos mismos y hacia las demás minorías sexuales (9).

La homofobia internalizada se define como el rechazo a su orientación sexual e implica conflictos internos entre lo que la persona quiere ser y lo que debe ser para la sociedad (10). Estos prejuicios producen efectos negativos en la salud mental (mayor consumo de drogas lícitas e ilícitas, pensamientos suicidas, rechazo, síntomas depresivos, ansiedad, entre otros) y una menor adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) (11).

El objetivo de nuestro estudio fue conocer si existe relación entre las características sociodemográficas, los servicios de salud, el tratamiento y experiencias de homofobia con la adherencia al TAR en una muestra de minorías sexuales de dos estados de la república mexicana.

Material y métodos

Se llevó a cabo una encuesta transversal con personas que viven con VIH atendidas en servicios públicos de salud en los estados de Chihuahua y Campeche. Los datos de la encuesta se obtuvieron a través de un cuestionario que se aplicó en línea por medio de una plataforma (Alchemer) y se promovió en redes sociales del proyecto y del SISEX A. C. Asimismo, el cuestionario se aplicó en las salas de espera de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual, en su versión digital o impresa, con el fin de obtener variación de perfiles de las personas que viven con VIH. A cada participante se le entregó un consentimiento informado. Todas las participaciones fueron anónimas, confidenciales y voluntarias. Esta investigación forma parte del proyecto Proy-2018-0141 financiado por el Censida.

En total se obtuvieron 500 registros durante el periodo junio-diciembre de 2018. Para el análisis se consideraron aquellos registros que completaron la encuesta en su totalidad. Se excluyeron aquellos que tuvieran ítems faltantes por responder. Aquí solo se incluyeron a las personas que eran minorías sexuales ($n = 225$), esto es, HSH y PTF.

El cuestionario incluyó preguntas para recaudar datos socioeconómicos y personales (edad, orientación sexual, escolaridad, distrés, maltrato en los servicios de salud, apertura de su enfermedad, ocultamiento de la enfermedad y discriminación por VIH), relacionados con la institución (trato del personal, satisfacción de la atención médica, satisfacción de otros servicios, desabasto de medicamentos, horarios de atención y confianza en la institución) y el tratamiento

(tiempo tomando el TAR y la presencia de efectos secundarios). El tiempo aproximado de llenado fue de quince minutos, de acuerdo con un análisis producido por la plataforma; el puntaje de fatiga fue bajo y el de accesibilidad fue alto.

Los participantes se clasificaron en tres grupos, según el sexo-género y orientación sexual. Para determinar la orientación sexual, se preguntó el sexo de las personas con las que tuvieron relaciones sexuales. Se dieron como opciones de respuesta: “solo con mujeres”, “con mujeres y hombres, pero más con mujeres”, “con hombres y mujeres por igual”, “con hombres y mujeres pero más con hombres”, “solo con hombres” y “no ha tenido relaciones sexuales”. Los HSH se identificaron si seleccionaban cualquiera de las opciones, excepto la primera y la última. En el análisis también se incluyeron hombres y mujeres trans, quienes fueron identificados con la pregunta: “Con relación a su sexo, ¿con cuál opción se identifica?”.

La adherencia al TAR se obtuvo a través de seis preguntas que evaluaron el consumo del tratamiento en la última semana y se construyeron a partir del cuestionario SERAD (por sus siglas en inglés) (12). Las preguntas fueron si consumía los medicamentos en la mañana y, de ser el caso, cuántas pastillas tomaba en ese momento y cuántos días no las consumieron en la semana previa. Se aplicaron las mismas tres preguntas para el caso de la noche. A fin de identificar si las personas tenían baja adherencia o no, se calculó el número de pastillas indicadas por semana, así como el número de omisiones en la semana previa a la recabación de los datos. Con estos datos se obtuvo el porcentaje de pastillas consumidas. Se denominó *baja adherencia* cuando la persona había omitido más del 5% de las dosis prescritas de medicamentos (5,6).

Para evaluar el distrés psicológico se utilizaron los nueve ítems de salud mental del cuestionario SF-36 (validado en población mexicana). Se utilizó una escala de tipo Likert en la que las opciones de respuesta fueron: “nunca” (puntaje 1) hasta “siempre” (puntaje 6). Se realizó un análisis factorial exploratorio y las preguntas se agruparon en un solo componente. Se sumaron las puntuaciones de los ítems para obtener la puntuación general de distrés. Los ítems con emociones positivas (se ha sentido lleno(a) de vida) fueron recodificados para obtener un puntaje inverso (1 para “siempre” y 6 puntos para “nunca”). Posteriormente, las personas se clasificaron en categorías por terciles.

Para la variable de estigma por VIH, se agruparon once ítems, se realizó un análisis factorial exploratorio y emergieron tres factores. El primer factor fue el de apertura, es decir, si los familiares y amigos conocían la seropositividad y si podían platicar con ellos sobre la enfermedad y tratamiento. El segundo factor fue ocultamiento, esto es, se preguntó si a las personas les daba vergüenza hablar o platicar sobre su enfermedad, si no querían que nadie se enterara que toman el TAR o si tenían miedo de que las personas se enteraran de su enfermedad. Todas las preguntas tenían como respuesta sí o no, se sumaron las experiencias de las preguntas en

cada variable y se crearon tres grupos: ninguna, parcial (una o dos experiencias) y completa (tres o más).

El tercer factor se denominó *discriminación por VIH*, e incluyó cinco ítems: “le han faltado al respeto o lo han hecho sentir menos por vivir con VIH”, “alguna persona ha evitado tener contacto con usted por tener VIH”, “han hablado mal de usted o le han hecho ‘chismes’ por tener VIH”, “algún familiar o amigo le dejó de hablar por tener VIH”, “alguna persona no ha querido usar cosas que usted usó por miedo a adquirir el VIH”). Las respuestas afirmativas obtuvieron un punto; las negativas, ninguno. Se sumaron las puntuaciones para obtener una general y se dividió en tres grupos: los que no tuvieron experiencias se denominó *ninguna*; los que tuvieron entre una y dos experiencias, *moderada*, y los que tuvieron tres o más experiencias, *discriminación severa* (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo y bivariado de variables sociodemográficas

Variable	Distribución de la muestra		Análisis bivariado		p
	n	%	RP	IC95 %	
Edad					
18-34	115	51.11	1.71	0.69-4.26	0.138
35-44	51	22.67	2.12	0.78-5.73	0.249
45-67	59	26.22			
Escolaridad					
Secundaria y menos	51	22.67			
Bachillerato	84	37.33	1.56	0.65-3.74	0.317
Profesional y más	90	40	0.97	0.38-2.47	0.951
Distrés					
Tercil 1	73	32.44			
Tercil 2	88	39.11	1.57	0.70-3.52	0.276
Tercil 3	64	28.44	1.39	0.58-3.36	0.460
Apertura					
Ninguna	55	24.44			
Medio	28	12.44	0.98	0.30-3.26	0.977
Alto	142	63.11	1.21	0.55-2.68	0.638
Ocultamiento					
Ninguno	67	29.78			
Medio	90	40	0.85	0.42-1.74	0.659
Alto	68	30.22	0.49	0.20-1.22	0.126

Continúa

Variable	Distribución de la muestra		Análisis bivariado		p
	n	%	RP	IC95 %	
Discriminación por VIH					
Ninguna	113	50.22			
Moderada	59	26.22	1.50	0.68-3.31	0.310
Severa	53	23.56	1.83	0.85-3.95	0.125
Discriminación por orientación sexual recibida en el último año					
Sí	29	12.89	1.06	0.41-2.71	0.910
No	196	87.11			
Ninguna	73	34.44			
Moderada	86	38.22	1.27	0.57-2.83	0.554
Severa	66	29.33	1.33	0.57-3.07	0.508

Para evaluar la homofobia internalizada se utilizó un cuestionario con doce ítems y una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: nunca, rara vez, algunas veces y con frecuencia. Las opciones tuvieron una puntuación de 1 a 4. Mediante un análisis factorial exploratorio se identificaron dos componentes; se tomó en cuenta el factor que integró las preguntas que tenían un peso mayor de 0.40. Se formaron tres grupos y se clasificaron como: leve (7 puntos), moderada (8-12 puntos) y severa (13 o más).

Para conocer y determinar la existencia de maltrato en los servicios de salud, se utilizó una escala (13) que se les pidió a los participantes que indicaran si habían vivido alguna de las siguientes situaciones por parte de las personas de la institución: maltrato emocional o psicológico, impunidad, actitud grosera/descontenta, prepotencia o falta de respeto a su intimidad. Se hizo la sumatoria de las experiencias y se crearon tres grupos: ninguna, una a dos experiencias y tres o más.

La pregunta “En general, el trato que recibió por parte del personal donde recibe su atención médica fue:” se evaluó de manera individual, debido a que involucraba a la institución tratante como unidad. Las opciones de respuesta fueron en escala Likert e iban desde “muy malo” (puntaje 0) hasta “muy bueno” (puntaje 5); asimismo, se incluyó la opción “no sabe”. Se formaron tres categorías: de muy malo a regular, bueno y muy bueno.

Para evaluar la relación médico-paciente, se preguntó cómo fue el trato recibido por parte del primero mediante seis ítems (“¿le permitió hablar sobre su estado de salud?”, “¿le explicó sobre su estado de salud?”, “¿le explicó el tratamiento que se iba a seguir?”, “¿le explicó los cuidados que debe seguir?”, “¿la información que le dio el médico le fue clara?”, “¿le resolvieron el problema de salud por el que usted acudió a la institución?”). La satisfacción con otros servicios en la institución (vigilancia, trabajo social, horarios, archivo clínico, enfermería, laboratorios, rayos X y farmacia) se evaluó con una escala diseñada para personas con VIH/sida de Ciudad de México (14); en ambos casos, se agruparon las respuestas y se formaron

tres categorías de acuerdo con los terciles. La confianza en la institución se evaluó con la pregunta: “En general ¿confía en esta institución para la atención de su salud?”. Las opciones de respuesta fueron tipo Likert e iban desde 1, como no confianza, y 7, totalmente confiable. Se formaron tres grupos de acuerdo con los terciles.

Con relación a los efectos secundarios del TAR (agudos y crónicos), se preguntaron cinco ítems de los que fueron descartadas dos preguntas (“Al iniciar con su tratamiento antirretroviral, ¿le explicaron los efectos secundarios?” y “¿Le han cambiado el tipo de medicamento que toma?”). El análisis factorial de los tres ítems restantes arrojó dos factores que se identificaron como efectos agudos y efectos crónicos (13).

Para el análisis de datos, se utilizó el programa estadístico Stata/SE, versión 15. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, y para determinar las variables asociadas con la adherencia al TAR, se llevó a cabo un análisis bivariado estimando razones de prevalencia a partir de modelos de Poisson. Se consideraron las variables estadísticamente significativas cuando el intervalo de confianza al 95 % (ic95 %) no tenía el valor nulo (1.00).

Posteriormente, un modelo multivariado incluyó las variables que en el análisis bivariado tuvieron un valor de p menor a 0.250; para el segundo modelo se consideraron las variables con un valor de p menor a 0.05. Para el tercer modelo solo se dejaron las variables que tuvieron un valor de p menor a 0.05.

Resultados

La muestra ($n = 225$) presentó una media de edad de 36.9 años (± 10.7 desviación estándar [DE]), con un mínimo de 18 años y 67 como máximo. La escolaridad de la mayoría de la población (77.33 %) es a partir del bachillerato (véase tabla 1). Más de la mitad de las personas no tuvieron una apertura completa de su enfermedad. Asimismo, solo el 29 % de la población no oculta su enfermedad. La mitad de la población ha vivido alguna experiencia de discriminación por tener VIH. Dos terceras partes de la población han tenido experiencias de homofobia internalizada.

Las personas de menor edad tuvieron mayor riesgo de no adherencia en comparación con los más mayores (tabla 1). Aquellos que habían sufrido maltrato por los servicios, discriminación por VIH u ocultaban esta infección tuvieron mayor probabilidad de no tener adherencia, en comparación con sus contrapartes.

La mayor parte de la población acudía a servicios para población abierta y para recibir el tratamiento (tabla 2). Más de la mitad de la población reportó sentirse satisfecho con el trato recibido en la institución y una quinta parte mostró desacuerdo con los horarios de atención. El 28 % reportó desabasto de medicamentos. La mayoría recibió explicación sobre los efectos secundarios. El 72 % presentó efectos agudos, y más de la mitad, lipodistrofia.

Tabla 2. Análisis descriptivo y bivariado de las variables discriminación en las dependencias clínicas

Variable	Distribución de la muestra		Análisis bivariado		p
	n	%	RP	IC95 %	
Lugar de atención					
IMSS/ISSSTE	72	32.14			
Seguro popular	152	67.86	0.62	0.32-1.19	0.152
Trato recibido					
Regular	42	18.67			
Bueno	65	28.89	1.18	0.44-3.20	0.739
Muy bueno	118	52.44	1.19	0.48-2.95	0.713
Maltrato					
Ninguno	126	56			
Medio	57	25.33	1.92	0.91-4.03	0.086
Alto	42	18.67	1.80	0.79-4.11	0.163
Discriminación por orientación sexual en los servicios de salud					
No	203	90.22			
Sí	22	9.78	1.79	0.75-4.28	0.194
Satisfacción con el médico					
Desacuerdo	59	26.22			
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	76	33.78	0.91	0.42-1.96	0.801
Fuertemente de acuerdo	90	40	0.60	0.27-1.36	0.222
Satisfacción con otros servicios					
Desacuerdo	57	25.33			
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	78	34.67	0.55	0.23-1.30	0.173
Fuertemente de acuerdo	90	40	0.84	0.40-1.78	0.658
Desabasto de medicamentos					
0	161	71.56			
1	38	16.89	0.96	0.36-2.54	0.939
2 o más	26	11.56	2.81	1.33-5.94	0.007
Horarios de atención					
Desacuerdo	35	15.56			
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	91	40.44	0.51	0.22-1.22	0.130
Fuertemente de acuerdo	99	44	0.63	0.28-1.42	0.265
Confianza en la institución					
Desacuerdo	33	14.67			
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	77	34.22	0.80	0.34-1.94	0.617
Fuertemente de acuerdo	115	51.11	0.50	0.21-1.20	0.120

Continúa

Variable	Distribución de la muestra		Análisis bivariado		p
	n	%	RP	IC95 %	
Tiempo recibiendo tratamiento					
Menos de un año	70	31.11			
3-5 años	84	37.33	1.00	0.43-2.31	1.000
6-10 años	42	18.67	1.67	0.69-4.00	0.253
11 o más años	29	12.89	1.21	0.41-3.53	0.731
Explicación de efectos secundarios					
No	43	19.11			
Sí	182	80.89	0.64	0.31-1.32	0.225
Efectos agudos					
1	63	28			
2	81	36	0.78	0.35-1.73	0.538
3	81	36	0.84	0.38-1.85	0.669
Lipodistrofia					
0	95	42.22			
1	61	27.11	2.67	1.05-6.78	0.039
2	69	30.67	3.54	1.48-8.48	0.005
Cambio de medicamento					
No	160	71.11			
Sí	65	28.89	1.68	0.87-3.24	0.122

Quienes han tenido desabasto de medicamentos dos o más veces y quienes tuvieron lipodistrofia presentaron mayor riesgo de no adherirse al TAR (tabla 3). El primer análisis multivariado arrojó que, a menor edad, mayor riesgo de no adherencia. El segundo y tercer análisis multivariado no mostraron el mismo patrón conforme a la edad de los participantes. Además, las personas que tenían un mayor ocultamiento de su seropositividad y quienes notaron lipodistrofia tuvieron mayor riesgo de no adherirse al TAR.

Tabla 3. Modelos de regresión de Poisson teniendo como variable dependiente la no adherencia

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	RP	IC95 %	p	RP	IC95 %	p	RP	IC95 %	p
Edad									
18-34	2.14	0.78-5.87	0.138	1.98	0.79-4.97	0.148			
35-44	1.50	0.51-4.41	0.463	1.72	0.63-4.71	0.293			

Continúa

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	RP	IC95 %	p	RP	IC95 %	p	RP	IC95 %	p
Ocultamiento									
Parcial	0.78	0.36-1.69	0.524	0.83	0.40-1.70	0.608	0.86	0.42-1.76	0.682
Completo	0.40	0.16-1.05	0.062	0.46	0.18-1.15	0.095	0.44	0.18-1.09	0.077
Discriminación por VIH									
Media	1.14	0.47-2.74	0.767						
Alta	1.55	0.64-3.76	0.333						
Atención médica									
CAPASITS/seguro popular	0.89	0.36-2.21	0.798						
Maltrato									
Medio	1.36	0.59-3.11	0.471						
Alto	0.82	0.25-2.67	0.742						
Discriminación por orientación sexual en servicios de salud									
Sí	1.94	0.72-5.24	0.192	1.71	0.71-4.14	0.234			
Satisfacción personal médico									
2	1.37	0.54-3.47	0.511						
3	0.72	0.23-2.26	0.574						
Satisfacción otros servicios									
2	0.79	0.27-2.35	0.671						
3	1.53	0.47-4.91	0.479						
Desabasto medicamentos									
1	0.69	0.20-2.38	0.558						
2 o más	1.75	0.66-4.65	0.260						
Horarios de atención									
Ni acuerdo, ni desacuerdo	0.54	0.19-1.55	0.249						
Fuertemente de acuerdo	0.99	0.30-3.23	0.985						
Confianza en la institución									
2	1.61	0.51-5.07	0.416						
3	0.95	0.22-4.06	0.942						
Explicación de efectos secundarios									
Sí	0.71	0.30-1.69	0.442						
Lipodistrofia									
1	3.00	1.08-8.29	0.035	3.21	1.25 - 8.23	0.016	2.96	1.16-7.55	0.023
2	2.97	1.03-8.55	0.044	3.97	1.61 - 9.80	0.003	3.72	1.55-8.93	0.003

Continúa

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	RP	IC95 %	<i>p</i>	RP	IC95 %	<i>p</i>	RP	IC95 %	<i>p</i>
Cambio de medicamentos									
Sí	1.36	0.60-3.07	0.457						

Discusión

En América Latina se reporta que aproximadamente al año el 28 % de las personas que conoce su seropositividad no se adhieren al tratamiento, por lo que se espera que las tasas de no adherencia sean bajas (15). En HSH de la Ciudad de México, la frecuencia de no adherencia en el último mes fue del 5 % (16). En esta muestra de minorías sexuales, la falta de adherencia al TAR en la última semana fue del 16.4 %, lo cual sigue siendo menor que lo reportado en estudios realizados con población heterosexual. En hombres y mujeres heterosexuales indonesios se registró una tasa de no adherencia del 34 % en el último mes (17). En hombres heterosexuales de Corea del Sur la tasa de no adherencia fue del 30 % (18). Estos datos indican que hacen falta más estudios que incluyan como población principal a las minorías sexuales.

La edad, la escolaridad y el distrés no se relacionaron con menor adherencia al TAR, lo cual contrasta con otros estudios realizados (7,19,20). La diferencia de los resultados podría explicarse debido a que otras investigaciones se han enfocado en analizar las condiciones sindémicas (abuso de sustancias, alcohol, abuso físico y síntomas depresivos), el ingreso económico, el origen étnico y la residencia en conjunto. Por ejemplo, se reportó que la etnicidad de hombres heterosexuales indonesios era un factor importante para que las personas no se adhirieran (17). En HSH mayores de 50 años caucásicos el consumo de alcohol y los síntomas depresivos estaban fuertemente relacionados con la no adherencia (21). En hombres heterosexuales chinos, los de menor edad tuvieron una menor adherencia al TAR (22); sin embargo, en esta muestra de personas de minorías sexuales no se encontró relación. Debido a las diferencias entre la población y metodología, es difícil comparar los resultados de esta investigación con lo reportado. La baja adherencia puede relacionarse con otros aspectos más que con los sociodemográficos (7,23,24).

Un aspecto importante que se ha estudiado es la relación del estigma por VIH de las personas seropositivas y cómo afecta negativamente la adherencia al tratamiento (7,16,20,24). La revisión de literatura cualitativa y cuantitativa ofrece una comprensión sobre la manifestación del estigma dentro de diferentes contextos, como salud, familiar y social (20,25). Se ha sugerido que el estigma puede reducir la adherencia, ya que hace más difícil la aceptación de la enfermedad. Contrario a lo anterior, las personas que ocultaban su enfermedad tenían menor frecuencia

de no adherirse. En hombres y mujeres heterosexuales afroamericanas, los participantes que negaron su seropositividad mantuvieron una adherencia gracias a la gestión de estrategias (26). Asimismo, en su revisión de la literatura, Katz et al. (20) encontraron que mientras en estudios transversales se observó una relación entre estigma y no adherencia, en estudios longitudinales no fue así.

En esta muestra de minorías sexuales, la homofobia internalizada no se relacionó con una baja adherencia. Hasta ahora siguen siendo inconsistentes los resultados observados sobre esta relación. Por ejemplo, en una revisión bibliográfica sí se reportó que en HSH sí ha existido relación entre homofobia y baja adherencia (7). Al mismo tiempo, en un estudio previo realizado en HSH en la Ciudad de México tampoco se encontró relación, pese a que se utilizaron formas y grados más extremos. Una posible explicación de la falta de asociación es que la homofobia internalizada es una experiencia frecuente; en nuestra muestra de minorías sexuales, el 68% mostró algún nivel de homofobia internalizada. Otra posible explicación es que los HSH con homofobia internalizada tienen menos probabilidad de buscar diagnóstico (20); por lo tanto, la mayoría de los HSH que sí buscan diagnóstico y reciben tratamiento pueden tener niveles menores de homofobia internalizada que no interfieran con la adherencia al TAR.

En términos de condiciones en los servicios de salud, se ha reportado que a mayor calidad de atención y relación médico-paciente, se asocia con mayor adherencia al TAR (18,24,27). Contrario a ello, en nuestra muestra de minorías sexuales prácticamente ninguna de las variables de calidad de los servicios se relacionó con la adherencia. Una de las posibles explicaciones es que la mayoría de los participantes calificaron como buena la atención, es decir, podría existir una experiencia homogénea entre las personas de minorías sexuales y respecto a la calidad de atención. Otra posibilidad es que hay un sesgo de cortesía, es decir, las personas no reportan sus malas experiencias en los servicios por miedo a las posibles consecuencias que tengan al hacerlo. La única variable relacionada con la calidad de los servicios de atención que sí se relacionó con baja adherencia fue el desabasto de medicamentos. En mujeres heterosexuales del norte de México, el desabasto de medicamentos también se relacionó (23).

En esta investigación se encontró que la lipodistrofia fue el único efecto secundario relacionado con la no adherencia. En la literatura también se ha informado que los efectos secundarios crónicos tienen una fuerte relación para no adherirse (7,13,21-23). La lipodistrofia puede afectar negativamente el autoconcepto de las personas que la desarrollan, lo cual puede ser una motivación para no consumir el TAR.

Este estudio presenta limitantes que deben ser reconocidos. La primera es que no se tomaron en cuenta otras variables que podrían tener relación con una baja adherencia, como uso de drogas, consumo de alcohol, etnicidad y autoeficacia. Asimismo, no se evaluó en qué medida las respuestas de los participantes fueron afectadas por la deseabilidad social, especialmente en las cualidades de los servicios de salud. Tampoco se indagó más sobre

los distintos niveles de discriminación por orientación sexual. Por el reducido número de mujeres trans que participaron, no fue posible un análisis estratificado por identidad de género. Otra restricción es que solo se evaluó un periodo de adherencia (la última semana), cuando con otros (especialmente el último mes) pudiera haberse observado asociaciones.

En conclusión, el conjunto de resultados indica que pocos factores estudiados se relacionaron con la adherencia al TAR. En este estudio, la adherencia en minorías sexuales seropositivos se vio afectada por la presencia de efectos secundarios (lipodistrofia), pero no por algún acto de discriminación, alguna característica sociodemográfica o con la atención de los servicios de salud.

Aunque en este estudio no se haya relacionado la baja adherencia al TAR con la discriminación, se debe seguir documentando. En estudios futuros es imperativo incluir a más población que represente todas las minorías sexuales, especialmente una muestra más grande de mujeres y hombres trans, ya que en su mayoría se reportan datos de personas heterosexuales y HSH (4). Los profesionales de la salud deben tener especial cuidado cuando discutan el tema de la adherencia en las personas que presentan lipodistrofia.

Contribución de los autores

María Sandra Campeán-Dardón: concepción y diseño de la idea de investigación, revisión de literatura, creación del diseño de la investigación, selección de encuestas e instrumentos de análisis, escritura del manuscrito y conclusiones.

Itzel Patricia Miranda-Quezada: selección de encuestas e instrumentos de análisis, revisión de literatura, redacción y escritura del manuscrito, realización de análisis estadístico e interpretación de los datos y escritura de conclusiones.

Diana Pérez-Salgado: concepción y diseño de la idea de investigación, revisión de literatura, creación del diseño de la investigación, selección de encuestas e instrumentos de análisis, manuscrito y escritura de conclusiones.

Delia Castro Ramírez: revisión de literatura, escritura del manuscrito, realización de análisis estadístico e interpretación de los datos y escritura de conclusiones.

María Guadalupe Staines-Orozco: concepción y diseño de la idea de investigación, revisión de literatura, creación del diseño de la investigación, selección de encuestas e instrumentos de análisis, redacción y escritura del manuscrito y conclusiones.

Luis Ortiz-Hernández: concepción y diseño de la idea de investigación, revisión de literatura, selección de encuestas e instrumentos de análisis, redacción y escritura del manuscrito, realización de análisis estadístico e interpretación de los datos, escritura de conclusiones, manejo del proceso de postulación y publicación y escritura de conclusiones.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses relacionados con el estudio.

Referencias

1. Coelho LE, Torres TS, Veloso VG, Grinsztejn B, Jalil EM, Wilson EC, et al. The prevalence of HIV among men who have sex with men (MSM) and young MSM in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *AIDS Behav.* 2021;25(10):3223-37. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03180-5>
2. Censida. Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (informe GAM) [internet]. 2019 [citado 2022 mar]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/informe-nacional-del-monitoreo-de-compromisos-y-objetivos-ampliados-para-poner-fin-al-sida-mexico-2019-registro-de-representantes>
3. Censida. Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (informe GAM) [internet]. 2018 [citado 2022 mar]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/informe-nacional-del-monitoreo-de-compromisos-y-objetivos-ampliados-para-poner-fin-al-sida-informe-gam-mexico2018?%20idiom=es>
4. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214-22. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
5. Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26(1):17-25. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e32835ba6b1>
6. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133(1):21-30. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00004>
7. Quinn KG, Voisin DR. ART adherence among men who have sex with men living with HIV: key challenges and opportunities. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(4):290-300. <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00510-5>
8. Barrientos J, Cárdenas M. Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: una mirada psicosocial. *Psyke (Santiago).* 2013;22(1):3-14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.22.1.553>
9. Pérez FT, Díaz-Loving R. En torno a la sexualidad: actitudes y orientación sociosexual en una muestra mexicana. *Rev Iberoam Psicol.* 2013;21(1):7-15. <https://doi.org/10.48102/pi.v21i1.159>
10. Herek GM. Beyond “homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sex Res Soc Policy.* 2004;1(2):6-24. <https://doi.org/10.1525/sr-sp.2004.1.2.6>

11. Valdez-Montero C, Martínez-Velasco CG, Ahumada-Cortez JG, Caudillo-Ortega L, Gámez-Medina ME. Manifestación de homofobia internalizada en adolescentes y jóvenes al norte de México. *Health Addict/Salud Drog*. 2018;18(2). <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.379>
12. Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Tuldrà A, Rovira T, Viladrich C, et al. Assessing self-reported adherence to HIV therapy by questionnaire: the SERAD (Self-Reported Adherence) Study. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007;23(10):1166-75. <https://doi.org/10.1089/aid.2006.0120>
13. Pérez-Rodríguez I, Pérez-Salgado D, Compeán-Dardón MS, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. *Med Int Méx*. 2016;32(4):396-406.
14. Compean-Dardón MS, Pérez-Salgado D, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con VIH/SIDA. *Gerenc. Polit. Salud*. 2014;13(26). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.fsas>
15. Alfvén T, Erkkola T, Ghys P, Padayachy J, Warner-Smith M, Rugg D, et al. Global AIDS reporting-2001 to 2015: lessons for monitoring the sustainable development goals. *AIDS Behav*. 2017;21(1):5-14. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1662-9>
16. Ortiz-Hernández L, Pérez-Salgado D, Miranda-Quezada IP, Staines-Orozco MG, Compean-Dardón MS. Experiencias de homofobia y adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). *Saúde Soc São Paulo*. 2021;30. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200235>
17. Sianturi E, Perwitasari D, Islam MA, Taxis K. The association between ethnicity, stigma, beliefs about medicines and adherence in people living with HIV in a rural area in Indonesia. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6392-2>
18. Kim J, Lee E, Park B-J, Bang JH, Lee JY. Adherence to antiretroviral therapy and factors affecting low medication adherence among incident HIV-infected individuals during 2009-2016: a nationwide study. *Sci Rep*. 2018;8(1):1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21081-x>
19. Gari S, Doig-Acuña C, Smail T, Malungo JR, Martin-Hilber A, Merten S. Access to HIV/AIDS care: a systematic review of socio-cultural determinants in low and high income countries. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-198>
20. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
21. Zepf R, Greene M, Hessol N, Johnson M, Santos G, John M, et al. Syndemic conditions and medication adherence in older men living with HIV who have sex with men. *AIDS Care*. 2020;32(12):1610-6. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1772954>
22. Zhang L, Li X, Lin Z, Jacques-Tiura AJ, Xu J, Zhou Y, et al. Side effects, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral treatment: a mediation analysis in a Chinese sample. *AIDS Care*. 2016;28(7):919-26. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1124984>
23. Avendaño AMA, San Luis AHG. Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH. *Psicol Salud*. 2017;27(1):29-39.

24. Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, Llewellyn C, Miners A, Lagarde M, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1914-4>
25. Chambers LA, Rueda S, Baker DN, Wilson MG, Deutsch R, Raeifar E, et al. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
26. Rintamaki L, Kosenko K, Hogan T, Scott AM, Dobmeier C, Tingue E, et al. The role of stigma management in HIV treatment adherence. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):5003. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245003>
27. Pérez-Salgado D, Compean-Dardón MS, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Satisfaction with healthcare services and adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV attending two public institutions. *Rev Invest Clin*. 2015;67(2):80-8. [https://doi.org/10.1016/S0034-8376\(25\)00225-6](https://doi.org/10.1016/S0034-8376(25)00225-6)