

# Ser joven con VIH es tener mayor riesgo a la no adherencia al TAR en Chihuahua, México

*María Guadalupe Staines-Orozco, Itzel Patricia Miranda-Quezada, María Sandra Compeán-Dardón, Diana Pérez-Salgado, Luis Ortiz-Hernández*

## Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un retrovirus que afecta y altera a las células del sistema inmunológico, principalmente a las células T CD4 positivas y macrófagos. La infección da como resultado el debilitamiento del sistema inmune y con ello la deficiencia para combatir infecciones y enfermedades.<sup>1</sup> Se conoce como TAR al tratamiento antirretroviral cuya función es disminuir la replicación y propagación del virus. El tratamiento incluye una combinación de cuatro grupos de medicamentos, los cuales son: inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos, inhibidores de la proteasa e inhibidores de la integrasa.<sup>1</sup>

En México, según cifras del INEGI, los casos

(2020) y sexo, fueron 1,901 casos 17.4% (1,633 o el 15% hombres y 268 o el 2.4% mujeres) lo que representó un menor porcentaje de casos en 1.3% respecto del año 2019 que fue del 18.7%.<sup>2</sup> La mortalidad por VIH/ SIDA en el país es de 3.62 por cada 100,000 habitantes, la tasa sube hasta 6.19 en hombres. En los Servicios de Salud de Chihuahua, desde 1984 hasta el 2020 se habían registrado 9 mil 886 personas con VIH y 5 mil 763 casos habían desarrollado SIDA; en 2020 había 4 mil 123 personas seropositivas en ese estado.<sup>3</sup> En los últimos 36 años se han registrado 2 mil 317 defunciones en el estado por esta causa, lo que arroja una tasa de mortalidad de 1.4 por cada cien mil habitantes, cifra que se encuentra por debajo de la media nacional que es de 4 por cada 100,000 habitantes. La proporción de afectación de hombres y mujeres es de 4 a 1, al ser los hombres el grupo más afectado con 79% y la edad de mayor frecuencia es en el rango de 25 a 44 años, con el 65%.<sup>(2)</sup> No se cuenta con información gubernamental sobre la adherencia al TAR.

El objetivo 90-90-90 de la Declaración Política del ONUSIDA (Programa conjunto para las Naciones Unidas para el VIH) fijó como meta que para el año 2020 al menos el 90% de las personas que reciben el TAR tengan supresión viral.<sup>4</sup> En este sentido en México desde los 90's han existido programas para brindar el TAR a personas que viven con VIH. En 2003 de acuerdo al Gobierno Federal se había logrado el acceso universal al TAR para las personas con VIH/SIDA.<sup>5</sup>

Las personas con VIH que tienen adherencia ( $\geq 95\%$  de la dosis prescrita), tienen mayor probabilidad de lograr una respuesta virológica óptima, incremento en el conteo de linfocitos CD4, menores probabilidades de infecciones oportunistas y de hospitalización; además de

---

**María Guadalupe Staines-Orozco**, Doctorada en Educación, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Correo-e: [mstaines@correo.xoc.uam.mx](mailto:mstaines@correo.xoc.uam.mx)

**Itzel Patricia Miranda-Quezada**, Licenciatura en Nutrición humana, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Correo-e: [imiranda@correo.xoc.uam.mx](mailto:imiranda@correo.xoc.uam.mx)

**María Sandra Compeán-Dardón**, Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Correo-e: [sandrac\\_d@hotmail.com](mailto:sandrac_d@hotmail.com)

**Diana Pérez-Salgado**, Maestría en Educación Humanista, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Correo-e: [dperezs@correo.xoc.uam.mx](mailto:dperezs@correo.xoc.uam.mx)

**Luis Ortiz-Hernández**, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Correo-e: [lortiz@correo.xoc.uam.mx](mailto:lortiz@correo.xoc.uam.mx)

notificados de VIH según año de diagnóstico

alargar la expectativa de supervivencia e incluso alcanzar una esperanza de vida similar a personas seronegativas.<sup>6,7</sup> Por lo anterior, se requiere estudiar los factores que se relacionan con la adherencia al TAR.

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre la adherencia al TAR en población mexicana han considerado solamente a personas con VIH/SIDA residentes en la Ciudad de México. La información sobre la situación de las personas con VIH/SIDA en otros estados de la República Mexicana es escasa. En regiones distintas a la Ciudad de México y zona Metropolitana, es esperable que haya mayor prejuicio hacia las personas con VIH y que la calidad de la atención médica que reciben sea diferente. Por tanto, lo que se observa respecto de los factores que intervienen en la adherencia al TAR en las personas residentes en CDMX, puede no ser extrapolado, en este caso, a las personas que residen en el estado de Chihuahua.

El conservadurismo, la falta de educación sexual, la poca protección de los derechos sexuales y reproductivos, la intervención de la iglesia y la homofobia sociocultural son más prevalentes en otros estados respecto a la Ciudad de México.<sup>8</sup> En la revisión de la literatura, se encuentran diversos artículos relativos a homofobia y discriminación en México, especialmente en los estados del Norte de México como Jalisco, Guanajuato, Sinaloa, Sonora, Baja California y Chihuahua.<sup>9</sup> Considerando que en otros estados de la República Mexicana no existen los avances de la CDMX en materia de justicia social, los factores mencionados al inicio de este párrafo podrían estar presentes con mayor fuerza y afectar a la población con VIH en términos de la adherencia al TAR y especialmente a las minorías sexuales. El objetivo general del estudio fue analizar la asociación de las características de las personas, de las instituciones de salud y del tratamiento antirretroviral, con la adherencia al TAR en personas con VIH que residen en Chihuahua.

### ***Material y métodos***

Se realizó una encuesta transversal en personas con VIH atendidas en servicios de salud públicos del estado de Chihuahua. La información se obtuvo con un cuestionario aplicado a través de

una plataforma en internet (Alchemer). Se promocionó el cuestionario en redes sociales del proyecto y de una organización no gubernamental. Además, fue aplicado en su versión digital e impresa en las salas de espera de distintos CAPASITS de Chihuahua, con la finalidad de obtener variación en cuanto a perfiles de personas con VIH. Los aspectos éticos del proyecto fueron aprobados por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Se solicitó el consentimiento informado a todas las personas participantes. La participación fue anónima, confidencial y voluntaria. Se obtuvieron 500 registros durante el período junio-diciembre de 2018. De estos, el 42.2% fue considerado para el análisis tomando como criterio que las encuestas hubieran sido completadas y que el lugar de residencia fuera en el estado de Chihuahua (n=211).

Se recabaron datos socioeconómicos y características de las personas (edad, orientación sexual, escolaridad, distrés, maltrato en los servicios de salud, apertura de su enfermedad, ocultamiento de su 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, confianza en la institución) y el tratamiento antirretroviral (tiempo tomando el TAR y presencia de efectos secundarios). El análisis de facilidad realizado por la plataforma, indica que el tiempo promedio de llenado fue de 15 minutos, el puntaje de fatiga fue de nivel bajo y el nivel de accesibilidad fue alto.

Se formaron 3 grupos de acuerdo al sexo-género y la orientación sexual. Para identificar la orientación sexual se preguntaba el sexo de las personas con quienes habían tenido relaciones sexuales. Todas las mujeres cis se mantuvieron dentro de un mismo grupo independientemente de su orientación sexual. En el caso de los hombres se dividieron en heterosexuales (solo habían tenido sexo con mujeres) y homo-bisexuales (habían tenido sexo con hombres o con mujeres y hombres). Por su reducido número, las mujeres y hombres trans también fueron incluidas en este grupo denominado “minorías sexuales”.

Se aplicaron las 8 preguntas de salud mental del cuestionario SF-36 que ha sido validado en población mexicana;<sup>10</sup> tiene opciones de respuesta tipo Likert que van desde “nunca” (puntaje 1) hasta “siempre” (puntaje 6). Se realizó análisis factorial exploratorio y las preguntas se agruparon en un solo conjunto. Se sumaron las puntuaciones de los 8 ítems para obtener la puntuación general de distrés. Los ítems con sentimientos positivos fueron recodificados para obtener un puntaje inverso (1 para “siempre” y 6 puntos para “nunca”). Se clasificaron a las personas en categorías por terciles.

Respecto al *estigma por VIH*, se agruparon 11 ítems y al análisis factorial emergieron 3 factores. Uno de ellos fue la *apertura*, es decir, se consideró si los familiares y amigos saben de su seroestado y si puede platicar con sus familiares sobre la enfermedad o su tratamiento. El segundo factor se denominó *ocultamiento*, se le preguntó si le da vergüenza hablar o platicar sobre su enfermedad, si busca que nadie se entere de que toma el TAR o si tiene miedo de que las personas sepan que vive con VIH. Cada pregunta tenía opción de sí o no, se sumaron las experiencias de las 3 preguntas incluidas en cada variable y se crearon 3 grupos: ninguna, parcial (1 o 2 experiencias) y completa (3 o más). El tercer factor fue la *discriminación por VIH*, el cual se integró con 5 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 1 punto, las negativas ninguno. Posteriormente se sumaron las puntuaciones de los 5 ítems para dar una puntuación general, la cual se dividió en 3 grupos: aquellos que no tuvieron experiencias se denominó ninguna, los que experimentaron 1 o 2 experiencias se denominó moderada y 3 o más experiencias, discriminación severa (Ver tabla 1).

La existencia de *maltrato en los servicios* de salud fue evaluada usando 5 ítems en los que se les pidió que indicaran si habían vivido alguna de las siguientes situaciones por parte del personal de la institución: maltrato emocional y/o psicológico,

impunidad, actitud grosera/descontenta, prepotencia o falta de respeto a su intimidad. Se sumaron el número de experiencias y se crearon 3 grupos: ninguna, 1 o 2 experiencias y 3 o más.

Una pregunta específica fue tratada individualmente (“En general, el trato que recibí por parte del personal donde recibe su atención médica fue:”) debido a que involucraba a la institución tratante como unidad. Las opciones de respuesta se encontraban en formato Likert que van desde “muy malo” (puntaje 0) hasta “muy bueno” (puntaje 5), también se incluía la opción “no sabe”. Se formaron 3 categorías: de muy malo a regular, bueno y muy bueno. En cuanto a la *relación médico-paciente*, se preguntó cómo fue el trato recibido por parte del personal médico mediante 6 ítems (“¿Qué tanto el(la) médico(a) le permitió hablar sobre su estado de salud?”, “¿Qué tanto el(la) médico(a) le explicó sobre su estado de salud?”, “¿Qué tanto el(la) médico(a) le explicó el tratamiento a seguir?”, “¿Qué tanto el(la) médico(a) le explicó los cuidados que debe seguir?”, “¿Qué tan clara fue la información que le dio el médico?”, “¿Qué tanto 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, archivo clínico, enfermería, laboratorios, rayos x y farmacia) se evaluó con una escala utilizada previamente en personas con VIH/SIDA de la Ciudad de México;<sup>11</sup> en ambos casos, se agruparon las respuestas y se formaron 3 categorías de acuerdo a terciles. Otra pregunta específica fue la relativa a la *confianza en la institución* que atiende a la persona (“En general confía en esta institución para la atención de su salud”). Las opciones de respuesta se encontraban en formato Likert que tiene la opción numérica de calificarlo 1 como no confianza y 7 totalmente confiable. Se formaron 3 categorías de acuerdo a terciles.

Se preguntó cuántos medicamentos antirretrovirales tenían que tomar por la mañana y por la noche. Se calculó el número de pastillas que deberían haber tomado. Se dividió el número de pastillas que no se tomaron entre el total que

deberían consumir. Se consideró baja adherencia al TAR cuando fue menor al 95%.

Para el análisis de datos, se elaboró y analizó una base de datos utilizando el programa estadístico StataSE Versión 15. Se realizó un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas; además para determinar qué características tanto de la persona como de la institución y del tratamiento influyen en la adherencia al TAR se realizó análisis bivariado, estimando razones de momios (RM) a partir de modelos de regresión logística. Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativas si  $p \leq 0.050$ . Posteriormente, se realizó un modelo multivariado, incluyendo las variables que en el análisis bivariado tuvieran un valor de  $p \leq 0.250$ ; el segundo modelo multivariado incluyó las variables que tuvieran esta misma  $p$  en el primer modelo.

Con relación a los *efectos secundarios al TAR*, se preguntaron 5 ítems de los que fueron descartadas 2 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 3 ítems restantes, arrojó 2 factores que se identificaron como efectos agudos y efectos crónicos.

### **Resultados**

De los 67 encuestados que en su esquema de tratamiento tienen indicado tomar medicamentos por la mañana, 22.4% (n=15) omitieron entre 1 y 3 tomas y 4.5% (n=3) no tomaron ninguna vez el tratamiento en la semana previa a la encuesta, mientras que de los 176 que tienen indicado tomarlos por la noche, 19.3% (n=34) omitieron entre 1 y 4 tomas y 0.6% no tomaron el tratamiento ningún día en la semana previa a la encuesta. En cuanto a la adherencia al TAR, 19.4% (n=41) de los participantes no se adhirió.

La población de la muestra (n=211) presentó una media de edad de 37.6 años ( $\pm 10.3$  D.E.), con un mínimo de 18 años y 67 como máximo. Tres cuartas partes pertenecían a minorías sexuales y poco más de una décima parte eran hombres o mujeres heterosexuales (Tabla 1). La mitad de las

personas no tuvieron apertura completa de su enfermedad, además solo una tercera parte no ocultan su enfermedad. Dos terceras partes habían vivido experiencias de discriminación por tener VIH. Las personas más jóvenes tuvieron mayor riesgo de no adherencia al tratamiento antirretroviral en comparación con las de mayor edad (RM=3.35 para los de 18 a 34 años, ver tabla 1). La no adherencia no se relacionó con otras características de las personas.

En cuanto a la institución en la que reciben el tratamiento, la mayoría acudían a CAPASITS o Seguro popular (Tabla 2). La mitad de las personas tuvieron alguna experiencia de maltrato en el servicio de salud y casi una cuarta parte consideró el trato del personal de muy malo a regular. Una quinta parte opinó fuertemente su desacuerdo con los horarios de atención. Respecto al *TAR* y *el abasto de medicamentos* en la institución que los atiende, una tercera parte ha experimentado el desabasto de medicamentos al menos una vez; y la mayoría llevaba de 3 a 5 años en tratamiento antirretroviral (Tabla 2). Al considerar la relación de la adherencia con variables concernientes a la institución o al tratamiento en sí mismo, se encontró que quienes han tenido desabasto de medicamentos 2 o más veces, tuvieron mayor riesgo de no adherirse al TAR (RM=3.84).

A una cuarta parte no le explicaron en ningún momento los posibles efectos secundarios del TAR; aunado a esto, la mitad notó aumento de grasa en el abdomen (lo cual se relacionó con la no adherencia al TAR), así como cifras elevadas de colesterol en sangre y una cuarta parte notó disminución del volumen de las mejillas.

El primer análisis multivariado arrojó que, a menor edad y aumento de grasa tienen mayor probabilidad de no adherencia. El segundo análisis multivariado mostró el mismo patrón conforme a la edad y de grasa corporal de los participantes, además quienes tuvieron desabasto de

medicamento tienen mayor probabilidad de no adherirse al TAR.

**Tabla 1. Análisis descriptivo y bivariado de variables sociodemográficas en un grupo de personas que viven con VIH de Chihuahua (n=211)**

| Variable                      | Distribución de muestra |       | RM   | p     |
|-------------------------------|-------------------------|-------|------|-------|
|                               | n                       | %     |      |       |
| <b>Edad</b>                   |                         |       |      |       |
| 18-34                         | 89                      | 42.2  | 3.35 | 0.022 |
| 35-44                         | 66                      | 31.3  | 2.75 | 0.070 |
| 45-67                         | 56                      | 26.5  |      |       |
| <b>Orientación sexual *</b>   |                         |       |      |       |
| Minorías sexuales             | 160                     | 76.2  |      |       |
| Hombre heterosexual           | 24                      | 11.4  | 0.80 | 0.702 |
| Mujeres                       | 26                      | 12.4  | 0.95 | 0.927 |
| <b>Escolaridad</b>            |                         |       |      |       |
| Secundaria y menos            | 72                      | 34.1  |      |       |
| Bachillerato                  | 83                      | 39.3  | 1.35 | 0.459 |
| Profesional y más             | 56                      | 26.6  | 0.87 | 0.768 |
| <b>Distrés</b>                |                         |       |      |       |
| Tercil 1                      | 59                      | 28.0  |      |       |
| Tercil 2                      | 79                      | 37.4  | 2.35 | 0.075 |
| Tercil 3                      | 73                      | 34.6  | 1.92 | 0.188 |
| <b>Apertura</b>               |                         |       |      |       |
| Ninguna                       | 26                      | 12.3  |      |       |
| Parcial                       | 82                      | 38.9  | 1.58 | 0.502 |
| Completa                      | 103                     | 48.8  | 2.33 | 0.198 |
| <b>Ocultamiento</b>           |                         |       |      |       |
| Ninguno                       | 65                      | 30.8  |      |       |
| Parcial                       | 76                      | 36.0  | 0.75 | 0.486 |
| Completo                      | 70                      | 33.2  | 0.51 | 0.132 |
| <b>Discriminación por VIH</b> |                         |       |      |       |
| Ninguna                       | 94                      | 44.6  |      |       |
| Moderada                      | 62                      | 29.4  | 1.68 | 0.204 |
| Severa                        | 55                      | 26.07 | 1.32 | 0.531 |

Grupo de referencia = 1.00. RM, razón de momios  
Fuente: Datos del estudio, 2021.

**Tabla 2. Análisis descriptivo y bivariado relacionadas a la institución y del TAR en un grupo de personas con VIH de Chihuahua (n=211)**

| Distribución |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|
|--------------|--|--|--|--|

| Variable                                   | de muestra |      | RM   | p     |
|--|------------|------|------|-------|
|  | n          | %    |      |       |
| <b>Institución *</b>                       |            |      |      |       |
| IMSS/ISSSTE                                | 80         | 37.9 |      |       |
| CAPASITS/Seguro popular                    | 130        | 61.6 | 0.84 | 0.621 |
| Servicios privados                         | 1          | 0.5  | *    |       |
| <b>Maltrato en los servicios de salud</b>  |            |      |      |       |
| Ninguna                                    | 102        | 48.3 |      |       |
| 1 o 2 experiencias                         | 62         | 29.4 | 1.46 | 0.350 |
| 3 o más experiencias                       | 47         | 22.3 | 1.35 | 0.498 |
| <b>Trato del personal</b>                  |            |      |      |       |
| Muy malo a regular                         | 47         | 22.3 |      |       |
| Bueno                                      | 63         | 29.8 | 1.03 | 0.952 |
| Muy bueno                                  | 101        | 47.9 | 1.36 | 0.503 |
| <b>Satisfacción con el personal médico</b> |            |      |      |       |
| Tercil 1                                   | 57         | 27.0 |      |       |
| Tercil 2                                   | 86         | 40.8 | 0.81 | 0.642 |
| Tercil 3                                   | 68         | 32.2 | 1.29 | 0.567 |
| <b>Satisfacción otros servicios</b>        |            |      |      |       |
| Tercil 1                                   | 63         | 29.9 |      |       |
| Tercil 2                                   | 78         | 37.0 | 0.70 | 0.418 |
| Tercil 3                                   | 70         | 33.1 | 1.14 | 0.757 |
| <b>Horarios de atención apropiados</b>     |            |      |      |       |
| Fuertemente en desacuerdo (1-3)            | 42         | 19.9 |      |       |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4-6)       | 75         | 35.6 | 0.61 | 0.302 |
| Fuertemente de acuerdo (7)                 | 94         | 44.5 | 0.81 | 0.636 |
| <b>Confianza en la institución</b>         |            |      |      |       |
| Tercil 1                                   | 40         | 19.0 |      |       |
| Tercil 2                                   | 68         | 32.2 | 0.85 | 0.727 |
| Tercil 3                                   | 103        | 48.8 | 0.55 | 0.192 |
| <b>Desabasto de medicamentos</b>           |            |      |      |       |
| 0 veces                                    | 139        | 65.9 |      |       |
| 1 veces                                    | 41         | 19.4 | 0.91 | 0.853 |
| 2 o más veces                              | 31         | 14.7 | 3.84 | 0.002 |
| <b>Años tomando TAR</b>                    |            |      |      |       |
| Menos de 1 año                             | 53         | 25.1 |      |       |
| 3 a 5 años                                 | 73         | 34.6 | 0.61 | 0.297 |
| 6 a 10 años                                | 47         | 22.3 | 1.46 | 0.421 |
| 11 o más años                              | 38         | 18.0 | 0.86 | 0.783 |
| <b>Explicaron efectos secundarios</b>      |            |      |      |       |
| No   | 56         | 26.5 |      |       |
| Sí   | 155        | 73.5 | 0.84 | 0.660 |
| <b>Efectos secundarios agudos</b>          |            |      |      |       |
| Tercil 1                                   | 75         | 35.6 |      |       |

|                                     |     |      |      |       |
|-------------------------------------|-----|------|------|-------|
| Tercil 2                            | 56  | 26.5 | 1.28 | 0.588 |
| Tercil 3                            | 80  | 37.9 | 1.52 | 0.308 |
| <b>Efectos secundarios crónicos</b> |     |      |      |       |
| <b>Aumento de grasa</b>             |     |      |      |       |
| No                                  | 101 | 47.9 |      |       |
| Sí                                  | 110 | 52.1 | 3.07 | 0.004 |
| <b>Disminución de mejillas</b>      |     |      |      |       |
| No                                  | 160 | 75.8 |      |       |
| Sí                                  | 51  | 24.2 | 1.39 | 0.397 |
| <b>Cambio de TAR</b>                |     |      |      |       |
| No                                  | 131 | 62.1 |      |       |
| Sí                                  | 80  | 37.9 | 1.75 | 0.113 |

Grupo de referencia = 1.00. RM, razón de momios. \*

No estimable por ser una sola persona.

Fuente: Datos del estudio, 2021.

**Tabla 3. Modelos de regresión logística multivariados en los que la variable dependiente es la adherencia al TAR.**

| Variable                        | Modelo 1    |              | Modelo 2 |       |
|---------------------------------|-------------|--------------|----------|-------|
|                                 | RM          | p            | RM       | P     |
| <b>Edad</b>                     |             |              |          |       |
| 18-34                           | 4.10        | 0.015        | 4.02     | 0.012 |
| 35-44                           | 2.18        | 0.197        | 2.14     | 0.192 |
| 45-67                           |             |              |          |       |
| <b>Orientación sexual</b>       |             |              |          |       |
| Minorías                        |             |              |          |       |
| Hombres heterosexuales          | 0.74        | 0.659        |          |       |
| Mujeres                         | 0.80        | 0.719        |          |       |
| <b>Distrés</b>                  |             |              |          |       |
| Tercil 1                        |             |              |          |       |
| Tercil 2                        | 1.77        | 0.293        |          |       |
| Tercil 3                        | 1.68        | 0.373        |          |       |
| <b>Apertura</b>                 |             |              |          |       |
| Ninguna                         |             |              |          |       |
| Parcial                         | 1.41        | 0.641        | 1.37     | 0.657 |
| Completa                        | 2.36        | 0.240        | 2.13     | 0.278 |
| <b>Ocultamiento</b>             |             |              |          |       |
| Ninguno                         |             |              |          |       |
| Parcial                         | 0.66        | 0.375        | 0.74     | 0.503 |
| Completo                        | 0.46        | 0.142        | 0.52     | 0.191 |
| <b>Discriminación por VIH</b>   |             |              |          |       |
| Ninguna                         |             |              |          |       |
| Moderada                        | 1.27        | 0.611        |          |       |
| Severa                          | 0.97        | 0.949        |          |       |
| <b>Confianza en institución</b> |             |              |          |       |
| Tercil 1                        |             |              |          |       |
| Tercil 2                        | <b>1.00</b> | <b>0.999</b> |          |       |
| Tercil 3                        | <b>0.76</b> | <b>0.637</b> |          |       |

|                                  |      |       |      |       |
|----------------------------------|------|-------|------|-------|
| <b>Desabasto de medicamentos</b> |      |       |      |       |
| 0 veces                          |      |       |      |       |
| 1 veces                          | 0.82 | 0.739 | 0.90 | 0.840 |
| 2 o más veces                    | 2.64 | 0.064 | 3.39 | 0.012 |
| <b>Cambio de TAR</b>             |      |       |      |       |
| No                               |      |       |      |       |
| Sí                               | 1.57 | 0.302 |      |       |
| <b>Aumento de grasa</b>          |      |       |      |       |
| No                               |      |       |      |       |
| Sí                               | 2.50 | 0.047 | 3.04 | 0.009 |

Grupo de referencia = 1.00. RM, razón de momios.

Fuente: Datos del estudio, 2021

### Discusión

En un grupo de personas con VIH de CDMX la baja adherencia al TAR fue del 5.9%.<sup>12</sup> Sin embargo, en la muestra encuestada del estado Chihuahua, la baja adherencia al TAR fue 19.4%. No se encontraron relaciones significativas entre la baja adherencia al TAR respecto a la calidad de la atención en la institución en general, a pesar de que la mitad de las personas tuvieron alguna experiencia de maltrato en el servicio de salud y casi una cuarta parte consideró el trato del personal de muy malo a regular y que una quinta parte opinó fuertemente su desacuerdo con los horarios de atención.

Probablemente se pueda explicar la diferencia en las prevalencias de adherencia debido a que las instituciones en la Ciudad de México tienen una mejor calidad en general y que para la población de Chihuahua, la mala atención es una situación normalizada. Es por ello que, si el maltrato está normalizado en los servicios de salud, no afecta a la adherencia; mientras que cuando lo normal es recibir un buen trato, si se percibe violencia o maltrato, sí se relaciona con la adherencia al TAR.

Adicionalmente, se observó que las personas más jóvenes, entre 18 y 34 años, tuvieron mayor riesgo de no adherencia al TAR en comparación con las de mayor edad. Los adolescentes y jóvenes pueden presentar conflictos internos respecto al reconocimiento y aceptación de su identidad sexual, principalmente quienes viven en contextos económicos desfavorables y culturas heteronormativas.

En este sentido, el conservadurismo en Chihuahua es parte de la cultura del norte del país, en la cual la virilidad es muy importante; las minorías sexuales (hombres y mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres), sienten vergüenza que conduce al silencio -los silencios que permiten creer a otras personas que realmente aprobamos las cosas que se hacen en nuestra cultura a las mujeres, a las minorías, a los homosexuales y a las lesbianas. El silencio cuando no enfrentamos en nuestra propia cotidianidad las injusticias como la discriminación, la homofobia y la violencia en cualquiera de sus formas favorece que los jóvenes no se adhieran al tratamiento antirretroviral.<sup>13</sup>

El conflicto con la identidad sexual tiene una fuerte relación con las creencias sociales, prejuicios y estigmas en relación con la homosexualidad y la homofobia, que genera una gran angustia entre los jóvenes quienes se encuentran en el proceso de definición y aceptación de su identidad sexual.<sup>13</sup>

El adolescente o joven que vive bajo rechazo social, tiende a sentirse solo, sin apoyo y esto puede disminuir su comunicación e interacción social, se siente culpable, rechaza su propia identidad, tiende a aislarse y a evitar acudir a los profesionales de la salud, así incrementa la probabilidad de incurrir en conductas de riesgo; para el caso de las personas con VIH/SIDA, también incrementa el riesgo de la baja adherencia al TAR.

Por otro lado, en un grupo de personas con VIH de la Ciudad de México, el efecto crónico más frecuente fue la lipodistrofia, la cual se asoció con la baja adherencia al TAR.<sup>11</sup> En nuestro estudio la lipodistrofia no se relacionó con la baja adherencia, pero sí lo hizo la percepción de aumento de grasa corporal. Ésta relación pudiera explicarse, debido a que los jóvenes, quienes se encuentran en el proceso de definición y aceptación de su identidad sexual y para quienes su imagen corporal es importante, el percibir aumento de grasa luego de iniciar el TAR, afecte la adherencia; además de que como se identificó en una población de Ciudad de México, hace falta brindar más información sobre los posibles efectos secundarios del TAR.<sup>14</sup>

A pesar de que el Gobierno de México oficialmente declaró en 2003 la provisión del TAR a la población con VIH/SIDA,<sup>5</sup> nosotros encontramos relación entre la baja adherencia al TAR y el desabasto de medicamentos antirretrovirales; quienes habían sufrido desabasto dos o más veces tienen mayor riesgo de no adherencia. Si la población seropositiva no tiene el acceso gratuito al TAR, probablemente impacte en la adherencia debido al elevado costo de los medicamentos. En el estudio realizado con población seropositiva de la CDMX no se encontró relación entre el desabasto de los medicamentos y la adherencia al TAR.<sup>15</sup>

En este estudio, la no adherencia no se relacionó con otras características de las personas, ni socioeconómicas, ni con el afecto negativo. Respecto a asociación entre la relación médico paciente con la adherencia, en nuestro estudio no se encontró asociación. En contraparte, estudios realizados en población de la Ciudad de México y en una revisión sistemática, la relación médico paciente se encuentra fuertemente relacionada con la adherencia al TAR.<sup>11,14,16</sup> Como ya se mencionó previamente, es probable que esto se deba a que en Chihuahua la mala atención es una situación normalizada.

Cabe mencionar que nuestra investigación en VIH empezó hace varios años en población de la Ciudad de México, actualmente, estamos explorando si las variables identificadas en el centro del país tienen el mismo impacto en otros estados de la República Mexicana. Al respecto, podemos concluir que no todos los datos de la Ciudad de México, pueden ser extrapolables a poblaciones con VIH/SIDA del resto del país.

## Referencias

1. UNAIDS. HIV and AIDS - Basic facts. Accessed junio, 2023. <https://www.unaids.org/en/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
2. INEGI. Comunicado de prensa En Chihuahua somos 3 741 869 habitantes: Censo de población y vivienda 2020 1-13 (2021).
3. Secretaría de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH (2020).

4. ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA 1-39 (2011).
5. Secretaría de Salud. Vigilancia epidemiológica casos de VIH/SIDA en México. (2021).
6. Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26:17-25.
7. Paterson D, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133:21-30.
8. González E, Infante G. Perfiles del conservadurismo sexual en México In: Figueroa J, Stern C, eds. Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva, políticas públicas, marcos normativos y actores sociales. El Colegio de México; 2001:11- 46.
9. Trejo F, Díaz-Loving R, Domínguez M, Espinoza I. Los valores y las actitudes hacia el sexo no marital en el norte de México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de Sonora, Universidad Autónoma de Baja California; 2014.
10. Zúñiga M, Carrillo G, Fos P, Gandek B, Medina M. Evaluation of health status using Survey SF-36: preliminary results in Mexico. *Salud Pública de México.* 1999;41:110-118.
11. Pérez-Salgado D, Compeán-Dardón M, Staines-Orozco M, Ortiz-Hernández L. Satisfaction with Healthcare Services and Adherence to Antiretroviral Therapy among Patients with HIV Attending Two Public Institutions. *Revista de investigación clínica.* 2015;67(2):80-88.
12. Compeán-Dardón M, Staines-Orozco M, Pérez-Salgado D, Miranda-Quezada I, Ortiz-Hernández L. Asociación entre el apoyo social y el estado de ánimo con la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH. 2019.
13. Kimmel S. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. *Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales.* 2018. 3 feb 2022, [http://niunamenos.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Kimmel\\_homofobia\\_temor\\_vergüenza\\_y\\_silencio\\_de\\_la\\_identidad\\_masculina.pdf](http://niunamenos.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Kimmel_homofobia_temor_vergüenza_y_silencio_de_la_identidad_masculina.pdf)
14. Compeán-Dardón M, Pérez-Salgado D, Staines-Orozco M, Ortiz-Hernández L. Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con vih/sida. *Gerencia y Políticas de Salud.* 2014;13(26)
15. Ortiz-Hernández L, Pérez-Salgado D, Miranda-Quezada I, Staines O. M, Compeán-Dardón MS. Experiencias de homofobia y adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). *Saúde e Sociedade.* 2021;30(4):e200235 1-12.
16. Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high income countries? A systematic review. *BMC Health Services Research.* 2016;16:1-15. 677. doi:DOI 10.1186/s12913-016-1914-4.

**Recibido:** 27 de noviembre de 2022.

**Aceptado:** 15 de diciembre de 2022.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

