

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y  
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

## **Adherencia terapéutica en hombres y mujeres con VIH en Guadalajara, México: Retos para los objetivos 95-95-95 al 2030**

Therapeutic adherence in men and women living with HIV in  
Guadalajara, Mexico: Challenges for the 95-95-95 targets by 2030

**Juan Carlos Plascencia De la Torre**

[juan.plascencia4353@academicos.udg.mx](mailto:juan.plascencia4353@academicos.udg.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-2321-5843>

Universidad de Guadalajara

Tepatitlán de Morelos – México

**Elsy Claudia Chan Gamboa**

[claudia.chan@academicos.udg.mx](mailto:claudia.chan@academicos.udg.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-2100-1056>

Universidad de Guadalajara

Guadalajara – México

**Ricardo Sánchez Medina**

[ricardo.sanchez@iztacala.unam.mx](mailto:ricardo.sanchez@iztacala.unam.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-4268-3025>

Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad de México – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i3.6111>

  
**Redilat**  
Red de Investigadores  
Latinoamericanos



Revista Latinoamericana de  
Ciencias Sociales y Humanidades

**Artículo recibido:** 13 de febrero de 2026.

**Aceptado para publicación:** 27 de junio de 2026.

**Conflictos de Interés:** Ninguno que declarar.

# **VOLUMEN VII**

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i3.6111>

## Adherencia terapéutica en hombres y mujeres con VIH en Guadalajara, México: Retos para los objetivos 95-95-95 al 2030

Therapeutic adherence in men and women living with HIV in Guadalajara, Mexico: Challenges for the 95-95-95 targets by 2030

**Juan Carlos Plascencia De la Torre**

[juan.plascencia4353@academicos.udg.mx](mailto:juan.plascencia4353@academicos.udg.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-2321-5843>

Universidad de Guadalajara

Tepatitlán de Morelos – México

**Elsy Claudia Chan Gamboa<sup>1</sup>**

[claudia.chan@academicos.udg.mx](mailto:claudia.chan@academicos.udg.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-2100-1056>

Universidad de Guadalajara

Guadalajara – México

**Ricardo Sánchez Medina**

[ricardo.sanchez@iztacala.unam.mx](mailto:ricardo.sanchez@iztacala.unam.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-4268-3025>

Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad de México – México

Artículo recibido: 13 de febrero de 2026. Aceptado para publicación: 27 de junio de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir la adherencia terapéutica (farmacológica y de autocuidado) en hombres y mujeres con VIH en Guadalajara, México. Se empleó un diseño descriptivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 32 personas diagnosticadas con VIH/SIDA, residentes en Guadalajara, México, y en tratamiento antirretroviral. Se utilizaron el Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) y la subescala de aspectos no farmacológicos y autocuidado del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA (CAT-VIH). Se realizaron análisis descriptivos y pruebas no paramétricas para comparar las variables de estudio, así como análisis de correlación. Entre los principales resultados, se encontró que solo el 34% de los participantes presentó adherencia farmacológica estricta, observándose una mayor proporción de niveles insuficientes de adherencia en los hombres. Asimismo, únicamente el 3% de la muestra reportó prácticas de autocuidado adecuadas. Además, se identificó una relación directa y estadísticamente significativa ( $r = 0.645$ ;  $p < .001$ ) entre la adherencia farmacológica y las conductas de autocuidado. Se concluye que existe una brecha crítica para alcanzar los objetivos 95-95-95 para el año 2030, destacando como principal área de atención la baja adherencia reportada, así como la deficiencia en conductas de autocuidado. En este sentido, se recomienda el diseño e implementación de intervenciones psicológicas dirigidas a personas que viven con VIH.

---

<sup>1</sup> Autora de correspondencia.

*Palabras clave:* VIH, adherencia, tratamiento, autocuidado

## Abstract

The aim of this study was to describe therapeutic adherence (pharmacological and self-care) among men and women living with HIV in Guadalajara, Mexico. A descriptive, cross-sectional, and correlational design was employed. The sample consisted of 32 individuals diagnosed with HIV/AIDS, residing in Guadalajara, Mexico, and undergoing antiretroviral treatment. The instruments used were the Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Therapy (CEAT-VIH) and the non-pharmacological and self-care subscale of the Adherence to HIV/AIDS Treatment Questionnaire (CAT-VIH). Descriptive analyses and non-parametric tests were conducted to compare the study variables, along with correlation analyses. Among the main findings, only 34% of participants showed strict pharmacological adherence, with a higher proportion of insufficient adherence levels observed among men. Likewise, only 3% of the sample reported adequate self-care practices. In addition, a direct and statistically significant relationship was found between pharmacological adherence and self-care behaviors ( $r = 0.645$ ;  $p < .001$ ). It is concluded that there is a critical gap in achieving the 95-95-95 targets by 2030, with low adherence levels and deficiencies in self-care behaviors identified as key areas of concern. In this regard, the design and implementation of psychological interventions for people living with HIV are recommended.

*Keywords:* HIV, adherence, treatment, self-care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Plascencia De la Torre, J. C., Chan Gamboa, E. C., & Sánchez Medina, R. (2026). Adherencia terapéutica en hombres y mujeres con VIH en Guadalajara, México. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (3), 2396 – 2409.  
<https://doi.org/10.56712/latam.v7i3.6111>

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado una proximidad entre la esperanza de vida de las personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la población general. Este avance se debe en gran medida al acceso generalizado al tratamiento antirretroviral y a la atención emergente de esta infección (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2023). El desarrollo del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha sido un logro fundamental en el control de la infección, transformando la perspectiva de la enfermedad de una condición mortal a una enfermedad crónica tratable. En México, desde la llegada del TARGA en 2003 y el acceso gratuito al mismo, se ha logrado reducir de manera significativa la tasa de mortalidad por VIH (Medina et al., 2024).

Los principales objetivos del tratamiento son alcanzar una carga viral (CV) indetectable y mejorar la respuesta inmunológica, aumentando las células TCD4+. Con un cumplimiento estricto (>95%), se ha observado la supresión del virus por hasta 20 años, lo que optimiza la calidad de vida y retrasa la progresión a estadios avanzados como el SIDA (Notario et al., 2022; Villar, 2019). Por ello, es crucial iniciar el tratamiento una vez confirmado el diagnóstico y que la persona esté comprometida con su cumplimiento a largo plazo, manteniendo una adherencia terapéutica estricta.

La adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento del paciente (toma de fármacos, seguimiento de dietas y cambios en estilos de vida) coincide con las recomendaciones médicas (Melo, 2025). En análisis conceptuales recientes, esta se describe como un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, realizado en colaboración estrecha con el equipo de salud (Tang et al., 2020). No obstante, la efectividad de los antirretrovirales no depende solo de la toma del medicamento, sino también de una interacción compleja entre factores genéticos, virales, psicológicos y sociales (Ammassari et al., 2004; Kumarasamy et al., 2005; Luszczynska et al., 2007). A pesar de la disponibilidad de estos fármacos, en grandes cohortes nacionales solo entre el 70–87% de los pacientes alcanzan una adherencia >95%, lo que deja a un 13–30% en situación de riesgo (Abadiga et al., 2020; Galindo et al., 2023), generando un problema de salud pública a nivel global.

Bajo esta perspectiva integral, se ha resaltado la importancia de promover el autocuidado, considerado una pieza clave de la adherencia y definido como la acción reguladora para el mantenimiento del bienestar y la salud (Orem, 1993). El autocuidado implica la participación voluntaria y activa del paciente para obtener mejores condiciones de vida (Holguín et al., 2006), abarcando hábitos como la actividad física, la alimentación balanceada, el descanso y la evitación del consumo de sustancias psicoactivas (Varela et al., 2008). Estas prácticas son trascendentales para reducir los efectos negativos de la enfermedad (Marriner, 2011; Meneses & Mayorca, 2014).

La literatura reciente revela disparidades significativas según el contexto. Mientras que en entornos de recursos limitados se reportan niveles de adherencia superiores al 95% vinculados al apoyo social (Okoro et al., 2025), en Latinoamérica el promedio regional es más bajo, cercano al 70% (Hidalgo, 2024; Fuentes, 2025). Asimismo, se ha encontrado que menos del 5% de las personas con VIH cumplen cabalmente con hábitos de vida saludable. En México, la evidencia subraya que trastornos como la depresión, la ansiedad y el estrés duplican el riesgo de falta de apego al tratamiento (Guzmán et al., 2025). Esta vulnerabilidad se acentúa en poblaciones con consumo de sustancias, donde la adherencia puede desplomarse hasta el 14.3%, y en personas menores de 45 años, quienes presentan un mayor riesgo de falla terapéutica (Secretaría de Salud, 2025).

Finalmente, para fortalecer la respuesta mundial, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2025) impulsó metas estratégicas hacia el año 2030, conocidas como los objetivos 95-95-95. Estas plantean que el 95% de las personas con VIH conozcan su estado, el 95% de

los diagnosticados accedan al tratamiento antirretroviral de manera gratuita y que el 95% de ellos alcancen la supresión viral. Aunque para 2024 se reportaron avances significativos, con un 94% de personas en tratamiento logrando carga viral indetectable (ONUSIDA, 2025), persiste una brecha relevante para las metas de 2030. Barreras psicosociales como el estigma, la salud mental y el apoyo social continúan limitando este proceso (Fuentes, 2025; Loaiza et al., 2026; Vargas et al., 2023).

Tomando en cuenta la importancia de estas recomendaciones, resulta fundamental analizar estos aspectos desde una perspectiva integral que no se limite exclusivamente al cumplimiento farmacológico. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue describir la adherencia terapéutica (farmacológica y de autocuidado) en hombres y mujeres con VIH en Guadalajara, México.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Descriptivo-correlacional, de corte transversal (Camacho et al., 2023) lo que permitió en un primer momento describir las variables de estudio, para posteriormente establecer su grado de correlación.

### **Población**

La muestra se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, conformada por 32 personas diagnosticadas con VIH en la ciudad de Guadalajara, Jal.; mayores de edad, bajo tratamiento antirretroviral, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. En función del género, el 50% eran hombres y el 50% mujeres, con una edad promedio de 32.09 años (DE=8.70). Para el resto de las variables sociodemográficas y clínicas, véase la tabla 1.

**Tabla 1**

Características Sociodemográficas De los Participantes (n=32)

| <b>Características Sociodemográficas</b> | <b>Frecuencia (n)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> | <b>Media (DE)</b> |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>Edad (años)</b>                       |                       |                       | 32.09 (8.70)      |
| <b>Género</b>                            |                       |                       |                   |
| Masculino                                | 16                    | 50.0                  |                   |
| Femenino                                 | 16                    | 50.0                  |                   |
| <b>Orientación sexual</b>                |                       |                       |                   |
| Heterosexual                             | 18                    | 56.25                 |                   |
| Homosexual                               | 13                    | 40.62                 |                   |
| Bisexual                                 | 1                     | 3.12                  |                   |
| <b>Estado Civil</b>                      |                       |                       |                   |
| Soltero                                  | 19                    | 59.37                 |                   |
| Casado/Unión Libre                       | 11                    | 34.37                 |                   |
| Divorciado/Separado                      | 1                     | 3.12                  |                   |
| Viudo                                    | 1                     | 3.12                  |                   |
| <b>Escolaridad</b>                       |                       |                       |                   |
| Educación Básica                         | 15                    | 46.87                 |                   |
| Preparatoria                             | 7                     | 21.87                 |                   |
| Universidad                              | 10                    | 31.25                 |                   |
| <b>Ocupación</b>                         |                       |                       |                   |
| Trabajando                               | 23                    | 71.87                 |                   |
| Desempleado (a)                          | 7                     | 21.87                 |                   |
| Estudiando y trabajando                  | 2                     | 6.25                  |                   |

|                                              |    |       |               |
|----------------------------------------------|----|-------|---------------|
| <b>Antigüedad con el Diagnóstico (meses)</b> |    |       | 61.06 (69.02) |
| < 1 año                                      | 8  | 25.00 |               |
| 1 a 5 años                                   | 10 | 34.25 |               |
| 5 a 10 años                                  | 10 | 31.25 |               |
| >10 años                                     | 4  | 12.50 |               |
| <b>Antigüedad con el tratamiento (meses)</b> |    |       | 57.40 (66.47) |

**Fuente:** elaboración propia.

### Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) diseñado por Remor, 2002; compuesto por un total de 20 ítems, 17 medidos en una escala tipo likert del 1 al 5 (ítems 1 al 4 y del 6 al 18), el ítem 5 se evalúa con tres valores (0, 1 o 2), y los ítems 19 y 20 toma dos valores (0 o 1). Con base en la puntuación total se genera un índice de adherencia global con puntuaciones que oscilan entre 17 y 89; de ello se generan cuatro categorías: Baja Adherencia (<73 puntos), Adherencia Insuficiente (74-80 puntos), Adherencia adecuada (>81 puntos). El instrumento cuenta con una confiabilidad de 0,73 en España y 0,706 en población Latina, para este estudio se arrojó un coeficiente Omega de McDonald ( $\omega$ ) de 0.906.

Por otro lado, se utilizó la subescala de aspectos no farmacológicos y autocuidados del cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA [CAT-VIH] (Varela et al., 2009). Este cuestionario es de autorreporte y originalmente está compuesto por 11 preguntas con una escala de respuesta ordinal tipo Likert, que mide aspectos de autocuidado como la alimentación (ítems 2 y 3), ejercicio físico (ítem 1), manejo de emociones (ítem 4), consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (ítems 5 y 7), fumar (ítem 6), uso del condón (ítems 8 y 9) y cuidado del cuerpo (ítems 10 y 11). El puntaje total de la suma de los ítems da 48 como valor máximo y 11 como el mínimo valor. Cuenta con una confiabilidad de 0,61 en población peruana. Sin embargo, para fines de este estudio se optó por eliminar el ítem no. 6, puesto que no alcanzaba una confiabilidad aceptable ( $\alpha=.490$ ), por lo que para este estudio la escala quedó conformada por un total de 10 ítems, arrojando un coeficiente Omega de McDonald ( $\omega$ ) de 0.665. El puntaje total de la suma de los ítems da 43 como máximo y 10 como mínimo; los rangos de puntaje total son: Prácticas de Autocuidado Inadecuadas (<39 puntos) y Prácticas de Autocuidado Adecuadas (>40 puntos).

### Procedimientos, análisis estadísticos y consideraciones éticas

Los usuarios fueron contactados a través de una organización de la sociedad civil en Guadalajara, Jalisco, recibiendo los instrumentos de medición mediante un enlace de Google Formularios. Posteriormente se realizaron análisis de las variables sociodemográficas (categóricas) en el que se utilizaron medidas de frecuencia y porcentajes. Por otro lado, se utilizaron las medidas de tendencias central (media y desviaciones estándar) para la edad, tiempo con el diagnóstico, tiempo con el tratamiento, así como con las puntuaciones generales de la adherencia farmacológica y de autocuidado (variables numéricas). Posteriormente se realizó comparación de medidas en función del género, esto a través de la estadística no paramétrica puesto que la muestra de estudio fue pequeña. Por último, se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman para identificar la relación entre las variables. Todo esto a través del programa JASP v.19.

Este estudio se realizó con base en la Declaración de Helsinki respetando los principios éticos para las investigaciones con seres humanos. Así mismo dicho trabajo se mantuvo acorde a lo especificado en la Ley General de Salud de México en materia de investigación para la salud (artículos 96 y 101) considerando el presente estudio con riesgo mínimo. Las pruebas aplicadas no tuvieron ningún efecto

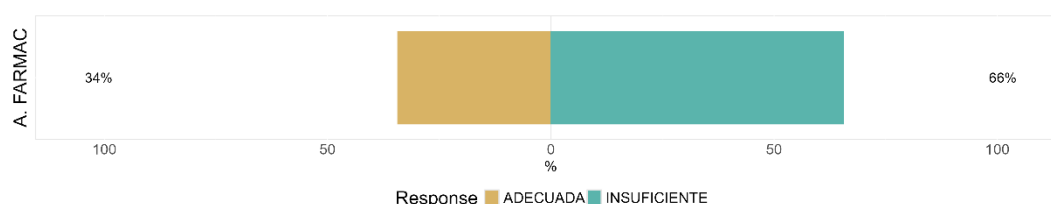
directo sobre el curso y desarrollo del padecimiento del participante. Previo al llenado del cuestionario se informó detalladamente a los participantes sobre el procedimiento de evaluación, los objetivos del estudio, el tipo de resultados que se pretendían obtener, posteriormente se les solicitó firmar una carta de consentimiento informado.

## RESULTADOS

De manera global, los resultados del CEAT-VIH, indican niveles insuficientes de adherencia al tratamiento antirretroviral, encontrando solo un 34% de personas con un cumplimiento estricto a las indicaciones médicas con respecto a la toma de los fármacos (Figura 1).

### Gráfico 1

*Niveles de Adherencia farmacológica*



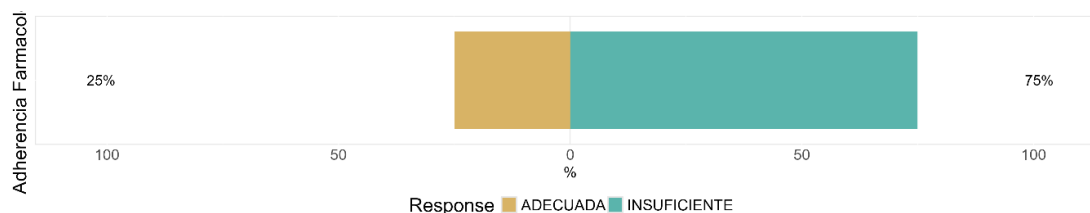
**Fuente:** elaboración propia.

Con el objetivo de identificar la distribución y concentración de los niveles de adherencia farmacológica en la muestra, se realizó un análisis descriptivo diferenciado por género.

En el grupo de hombres, el 75% ( $n = 12$ ) presentó un nivel de adherencia farmacológica insuficiente, mientras que el 25% ( $n = 4$ ) mostró un nivel adecuado. En la figura 2 se logra evidenciar una marcada concentración en la categoría de adherencia insuficiente, la cual por sí sola explicó tres cuartas partes de los casos, indicando una distribución claramente asimétrica y una predominancia de niveles no óptimos de adherencia en este grupo. Por otro lado, en el grupo de mujeres, el 56.25% ( $n = 9$ ) presentó adherencia insuficiente y el 43.75% ( $n = 7$ ) adherencia adecuada.

### Gráfico 2

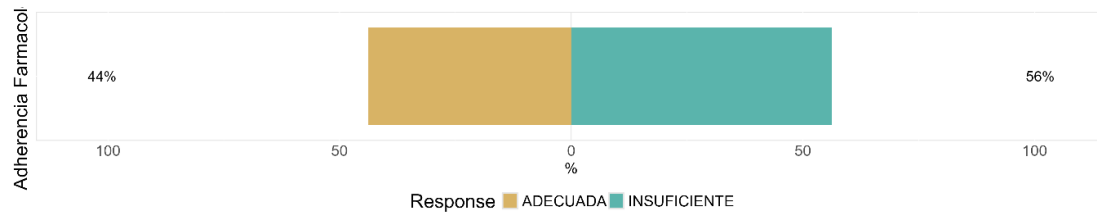
*Niveles de Adherencia farmacológica en función del género: Hombres*



**Fuente:** elaboración propia.

### Gráfico 3

*Niveles de Adherencia farmacológica en función del género: Mujeres*



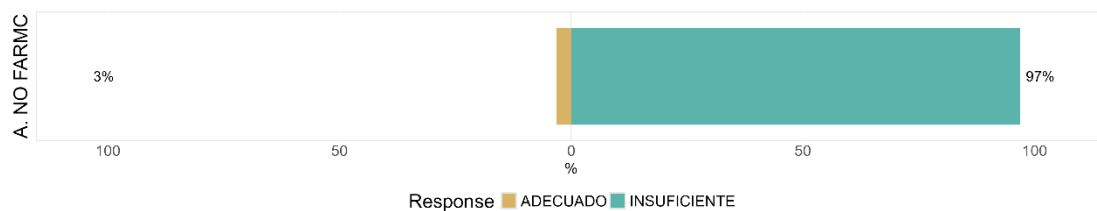
**Fuente:** elaboración propia.

Al comparar ambos grupos, se observa que los hombres presentan una mayor concentración en niveles insuficientes de adherencia (75% vs. 56.25%), mientras que las mujeres muestran una mayor proporción de adherencia adecuada (43.75% vs. 25%). Descriptivamente, estos hallazgos sugieren una posible diferencia en la distribución de la adherencia farmacológica según género, siendo los hombres el grupo con mayor vulnerabilidad en términos de cumplimiento terapéutico.

Por otro lado, se realizaron análisis descriptivos de la variable de autocuidado, donde solo un 3% de la muestra analizada reportó prácticas de autocuidado adecuadas, entre las que destacan la alimentación, la actividad física y la higiene del sueño (gráfico 4).

### Gráfico 4

*Niveles de Adherencia no farmacológica (Autocuidado)*



**Fuente:** elaboración propia.

Posteriormente se realizó un análisis inferencial de la adherencia farmacológica y el autocuidado en función del género, por medio de la prueba de contraste U de Mann-Whitney, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Medias y Desviación estándar por Sexo*

|                          | Hombres (n=16) |       | Mujeres (n=16) |        | p    |
|--------------------------|----------------|-------|----------------|--------|------|
|                          | Media          | DE    | Media          | DE     |      |
| Adherencia farmacológica | 76.31          | 9.046 | 75.31          | 11.943 | .910 |
| Autocuidado              | 33.43          | 4.396 | 32.063         | 3.696  | .205 |

**Fuente:** elaboración propia.

El análisis de correlación de Rho de Spearman reveló una relación directa y estadísticamente significativa ( $r = 0.645$ ;  $p < .001$ ) entre la adherencia farmacológica y las conductas de autocuidado. Esta correlación positiva indica que ambas variables fluctúan de manera conjunta: en el contexto de la muestra estudiada, los bajos niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral se vinculan estrechamente con un déficit en las prácticas de autocuidado (Tabla 3). La asociación presenta una fuerza considerable, respaldada por una magnitud del efecto de 0.767 (z de Fisher) considerada como fuerte (Dominguez-Lara, 2017).

**Tabla 3**

*Análisis de correlación entre las variables de estudio*

|                          |   |             | <b>Rho de Spearman</b> | <b>p</b> | <b>Magnitud del efecto (z de Fisher)</b> |
|--------------------------|---|-------------|------------------------|----------|------------------------------------------|
| Adherencia farmacológica | - | Autocuidado | 0.645                  | < .001   | 0.767                                    |

**Fuente:** elaboración propia.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en este estudio revelan una brecha crítica frente a las metas establecidas por ONUSIDA para el año 2030. En la muestra evaluada, se identificó que solo 3 de cada 10 personas con VIH y con acceso al tratamiento farmacológico alcanzan niveles de adherencia adecuados. Para lograr la supresión viral y evitar la progresión de la enfermedad, la literatura exige un cumplimiento estricto superior al 95%, un estándar que la gran mayoría de la muestra analizada (66%) no logra cumplir (Seid et al., 2025). Esta baja adherencia sitúa a una parte considerable de la población local en una situación de riesgo de salud pública, ya que la falta de apego al tratamiento antirretroviral no solo compromete la supervivencia individual, sino que dificulta el control de la transmisión del virus (Nxumalo et al., 2025).

Los datos recientes matizan la idea clásica de que se necesita siempre  $\geq 95\%$  de adherencia: con regímenes potentes, muchos pacientes logran supresión viral estable con  $\sim 80\text{--}90\%$  de adherencia, aunque a mayor adherencia, mejores resultados y menor riesgo de resistencia. En grandes cohortes nacionales, entre 70–87% de pacientes alcanzan  $\geq 95\%$  de adherencia, dejando un 13–30% en riesgo (Abadiga et al., 2020; Neupane et al., 2019). En estudios realizados en Estados Unidos de América, se han reportado niveles de adherencia del 82% (Byrd et al., 2019), mientras que en un estudio reciente fue de solo el 74%, considerada como una adherencia moderada, la cual coincide con revisiones globales que describen rangos de adherencia buena (80%), por debajo de ideal (McComsey et al., 2021). Por otro lado, a nivel local, Plascencia et al. (2019), detectaron niveles de adherencia entre moderados y adecuados en el 60% de los pacientes evaluados en México, asociado a procesos psicosociales como la autoeficacia y los estados emocionales negativos.

Al realizar el análisis por género, se observa una vulnerabilidad diferenciada. Los hombres presentaron una mayor prevalencia de adherencia insuficiente (75%) en comparación con las mujeres (56.25%). Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, la distribución descriptiva asimétrica sugiere que los hombres en el contexto de Guadalajara, Jalisco podrían estar enfrentando barreras específicas que dificultan su compromiso con el tratamiento. Estos hallazgos coinciden con la literatura que señala que factores psicosociales como el estigma y la salud mental continúan limitando el proceso de adherencia, sugiriendo que las estrategias de intervención en México deben considerar enfoques diferenciados que atiendan las particularidades de cada género para cerrar la

brecha hacia las metas 2030 (Plascencia et al., 2019). Revisiones recientes confirman el peso de la salud mental, apoyo social, acceso a la información y situación económica que podrían estar asociados a los bajos niveles de apego a los tratamientos médicos para el VIH (Alfitri et al., 2025).

Otro hallazgo crítico de esta investigación es la severa deficiencia en las prácticas de autocuidado, donde solo el 3% de la muestra reportó niveles adecuados. Este porcentaje revela una crisis en la gestión personal de la salud, pues el 97% restante mantiene hábitos insuficientes en áreas vitales como la alimentación, la actividad física y la higiene del sueño. Estos resultados no son aislados; validan y refuerzan la evidencia previa que indica que menos del 10% de las personas con VIH cumplen cabalmente con hábitos de vida saludable (Meneses & Mayorca, 2014; Plascencia et al., 2022). Estas semejanzas entre los estudios previos podrían deberse a la deficiencia en materia de educación para la salud tanto en población en general, como a quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad como lo es una enfermedad. La literatura es clara al enfatizar en que hábitos como el ejercicio y la nutrición balanceada son trascendentales para reducir los efectos negativos del VIH y optimizar la calidad de vida (Dadi et al., 2024). Por tanto, los resultados subrayan que la adherencia no debe seguirse midiendo únicamente por el conteo de pastillas, sino por la capacidad del paciente para integrar el cuidado de su cuerpo en su vida cotidiana.

Un aporte central de este estudio es la identificación de una relación directa y estadísticamente significativa entre la adherencia farmacológica y las conductas de autocuidado. Los datos demuestran que ambas variables fluctúan de manera conjunta en la muestra evaluada. Esta correlación positiva indica que el paciente que descuida sus hábitos de vida (alimentación, ejercicio, descanso) tiene una probabilidad significativamente mayor de presentar fallos en la toma de su medicación antirretroviral. Estos resultados sugieren que la adherencia terapéutica no debe entenderse como dos compartimentos separados, sino como un proceso integral y sistémico. El hecho de que los bajos niveles de apego al fármaco se vinculen estrechamente con un déficit en las prácticas de autocuidado refuerza la idea de que el tratamiento es un proceso activo, intencional y responsable de cuidado realizado en colaboración con el equipo de salud (Peng et al., 2024), por lo que es recomendable el diseño de programas educativos estructurados que aumenten el conocimiento y las prácticas de autocuidado en personas con VIH (Lasi et al., 2023).

La evidencia recolectada en este estudio pone de manifiesto una brecha crítica que separa a las personas con VIH de las metas estratégicas impulsadas por ONUSIDA para el año 2030. Si bien a nivel nacional y global se han reportado avances significativos en el acceso al tratamiento, el hecho de que en esta muestra solo el 34% presente una adherencia farmacológica adecuada sugiere que el cumplimiento del "tercer 95" la supresión viral, se encuentra bajo una amenaza severa en el contexto local. Para que el tratamiento antirretroviral cumpla su función de transformar la infección en una condición crónica controlada, se requiere un compromiso superior al 95% en la toma de fármacos. Sin embargo, los resultados indican que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles de adherencia insuficiente, lo que no solo incrementa el riesgo de falla terapéutica y progresión al SIDA, sino que perpetúa un problema de salud pública al dificultar la interrupción de la cadena de transmisión.

Los retos hacia el 2030 no son exclusivamente biológicos o de suministro de medicamentos, sino profundamente conductuales y sistémicos. La fuerte correlación hallada entre el descuido del estilo de vida y la falta de apego al fármaco implica que, para cerrar la brecha actual, las políticas de salud en tanto en la ciudad de Guadalajara como en el resto del país, deben evolucionar de un modelo centrado en la entrega de medicamentos a uno de atención integral. Esto incluye el fortalecimiento de la salud mental, el combate al estigma y la promoción del autocuidado como una pieza clave de la adherencia. Sin intervenciones que aborden estas barreras psicosociales, las metas 95-95-95 seguirán siendo un objetivo lejano para la región.

## CONCLUSIÓN

Se puede concluir que existe una brecha crítica para alcanzar los objetivos 95-95-95 al 2030, teniendo como principal foco de atención la baja adherencia reportada en los participantes, incluyendo la deficiencia en conductas de autocuidado para la salud, identificando que los hombres presentan una mayor vulnerabilidad a la adherencia frente a las mujeres. Fundamentalmente, se demostró una correlación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el autocuidado, lo que sugiere que el déficit en los estilos de vida saludable actúa como un predictor de la falla terapéutica. Por lo que se recomienda diversas líneas de acción, como incorporar programas de promoción de hábitos de vida saludable y de adherencia al tratamiento; desarrollar estrategias de comunicación y apoyo social diseñadas específicamente para la población masculina, quienes muestran una mayor dificultad para mantener niveles de adherencia óptimos; y por último, se recomienda realizar estudios longitudinales con muestras más robustas que permitan identificar las causas subyacentes de la baja adherencia, con el fin de diseñar políticas públicas basadas en evidencia local.

## REFERENCIAS

Abadiga, M., Hasen, T., Mosisa, G., & Abdisa, E. (2020). Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among human immunodeficiency virus positive patients accessing treatment at Nekemte Referral Hospital, West Ethiopia, 2019. *PLoS ONE*, 15(5), e0232703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232703>

Alfitri, A., Neviyarni, N., Firman, F., Netrawati, N., Rihaliza, R., Azam, M., & Yuniarti, E. (2025). Exhaustive analysis of the study of antiretroviral adherence factors among HIV/AIDS patients. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <https://doi.org/10.15294/kemas.v20i3.21228>

Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M., Trotta, M. P., Murri, R., Bartoli, L., Monforte, A. D., Wu, A. W., & Starace, F. (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatic Medicine*, 45(5), 394–402. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.5.394>

Byrd, K., Hou, J., Hazen, R., Kirkham, H., Suzuki, S., Clay, P., Bush, T., Camp, N., Weidle, P., & Delpino, A. (2019). Antiretroviral adherence level necessary for HIV viral suppression using real-world data. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002142>

Camacho Ruiz, E.J., Escoto Ponce de León, M.C., López Rosales, F., Mancilla Díaz, J.M. (2023). Metodología aplicada a la psicología y las ciencias de la salud. FES Iztacala.

Dadi, T., Tegene, Y., Vollebregt, N., Medhin, G., & Spigt, M. (2024). The importance of self-management for better treatment outcomes for HIV patients in a low-income setting: Perspectives of HIV experts and service providers. *AIDS Research and Therapy*, 21, Article 12. <https://doi.org/10.1186/s12981-024-00612-9>

Fuentes Rivera Suca, N. (2025). Adherencia comparada frente a la no adherencia al TAR y factores asociados en pacientes latinoamericanos: Revisión sistemática 2020–2025 [Trabajo de investigación, Universidad María Auxiliadora]. Repositorio Institucional UMA. <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/3133>

Galindo, D. D. V., Alburquerque-Melgarejo, J., Roque-Quezada, J. C., Virú-Flores, H. M., Dávila, E. S., & Córdova, L. E. N. (2023). Factores asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(4), e02302697. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2697>

Guzmán-Mendoza, C. G., Jiménez-González, M. del C., Delgado-Cuellar, O. M., & Ascencio-Montiel, I. de J. (2025). Adherencia al tratamiento antirretroviral y su asociación con depresión, ansiedad y estrés. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 63(2), e6584. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14616894>

Hidalgo Pineda, N. D. C. (2024). Antirretrovirales y adherencia al tratamiento: Estructura de un plan estratégico organizacional para la provincia de Veraguas, Panamá. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(6), 4216–4228. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6.15155](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15155)

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535–547. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000300009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009)

Kumarasamy, N., Safren, S. A., Raminani, S. R., Pickard, R., James, R., Krishnan, S., Solomon, S., & Mayer, K. (2005). Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(8), 526–537. <https://doi.org/10.1089/apc.2005.19.526>

Lasi, M., Putra, K., & Ismail, D. (2023). IDEAL model education to increase knowledge and self-care practices for people with HIV/AIDS (PLWHA): Quasi-experimental study. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. <https://doi.org/10.30604/jika.v8i2.1670>

Loaiza-Freire, M. J., Moreno-Maldonado, B. A., & Paccha-Tamay, C. L. (2026). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH. *Más Vita*, 8(1), 8–17. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n4.09>

Luszczynska, A., Sarkar, Y., & Knoll, N. (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*, 66, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.10.002>

Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7.ª ed.). Elsevier.

McComsey, G., Lingohr-Smith, M., Rogers, R., Lin, J., & Donga, P. (2021). Real-world adherence to antiretroviral therapy among HIV-1 patients across the United States. *Advances in Therapy*, 38, 4961–4974. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01883-8>

Medina-Gómez, O. S., Barrios-Pérez, A., Sosa-Tapia, A., & Díaz-Muñoz, I. (2024). Tendencias de la mortalidad por VIH en México, 2000–2022. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 62(6), e608. [https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista\\_medica/article/view/6208](https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/6208)

Melo, A. (2025). Theoretical models that can be applied to address therapeutic adherence. *Mexican Journal of Medical Research ICSA*, 13(25), 56–63 <https://doi.org/10.29057/mjmr.v13i25.12404>

Meneses-La Riva, M., & Mayorca-Carmelo, C. (2014). Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Revista de Enfermería Herediana*, 7(2), 87–96. <https://doi.org/10.20453/renh.v7i2.2532>

Neupane, S., Dhungana, G., & Ghimire, H. (2019). Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV and AIDS in Chitwan, Nepal. *BMC Public Health*, 19, Article 720. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7051-3>

Notario Dongil, C., Gómez Lluch, M. T., Marcos de la Torre, A., & Proy Vega, B. (2022). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Revista Multidisciplinar del SIDA*, 12(1), 45–56. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih/>

Nxumalo, C., Buthelezi, U., Chiya, H., Makgobole, M., Mpofana, N., Mgwaba, T., & Luvuno, Z. (2025). Achieving the fast track 90-90-90 and 95-95-95 targets in sub-Saharan Africa: A rapid review. *Journal of Public Health in Africa*, 16(1). <https://doi.org/10.4102/jphia.v16i1.691>

Okoro, R. N., Bukar, A. D., & Mudenda, S. (2025). Adherence to antiretroviral therapy among patients with human immunodeficiency virus: Rates and determinants. *Journal of Comprehensive Health*, 13(2), 152–157. [https://doi.org/10.25259/JCH\\_10\\_2025](https://doi.org/10.25259/JCH_10_2025)

Orem, D. E. (1993). *Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson.

Peng, L., Wang, Y., Chen, X., Xie, Z., Li, J., & Luo, D. (2024). HIV self-management and associated factors among people living with HIV in Hunan, China: A nine-year longitudinal study. *AIDS Care*, 37, 253–262. <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2445786>

Plascencia de la Torre, J. C., Chan Gamboa, E. C., & Salcedo Alfaro, J. M. (2019). Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *CES Psicología*, 12(3), 67–79. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.5>

Plascencia de la Torre, J. C., Chan Gamboa, E. C., Matsui Santana, O. J., & Salcedo Alfaro, J. M. (2022). Prácticas de autocuidado y autoeficacia en pacientes con VIH: Efecto de una intervención psicoeducativa. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 14(1), 81–92. <https://doi.org/10.32870/rmip.v14i1.377>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] (2023). Actualización mundial sobre el sida 2023: El camino que pone fin al sida. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] (2025). Global AIDS update 2025: Confronting inequalities—Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. [https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf)

Remor, E. (2002). Manual del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) (Versión 1.0).

Secretaría de Salud. (2025). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2025. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1006720/Guia\\_de\\_manejo\\_antirretroviral\\_de\\_las\\_personas\\_con\\_VIH\\_2025.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1006720/Guia_de_manejo_antirretroviral_de_las_personas_con_VIH_2025.pdf)

Seid, S., Yitayal, M., Yazachew, L., Arega, A., Dessie, T., Yesuf, H., Hassen, J., Kassaw, A., & Yimer, A. (2025). Challenges in achieving the UNAIDS 95-95-95 targets: Evaluation of the antiretroviral therapy program among adult HIV/AIDS patients at Woldia General Hospital, Northeast Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 13, 1524936. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1524936>

Tang, J., Klunklin, P., Lirtmunlikaporn, S., & Wang, Y. (2024). Treatment adherence: A concept analysis using the Walker and Avant method. *Patient Preference and Adherence*, 18, 2067–2075. <https://doi.org/10.2147/PPA.S477615>

Varela, M. T., Salazar, I. C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J. A., & Salazar, A. E. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: Validación de un cuestionario. *Revista Colombiana de Medicina*, 40(4), 386–397. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28312733004>

Varela, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA: Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101–113. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/305>

Vargas Galindo, D. D., Alburquerque-Melgarejo, J., Roque-Quezada, J. C., Virú Flores, H. M., Salcedo Dávila, E., & Nieves Córdova, L. E. (2023). Factores asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(4). <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2697>

Villar, M. (2019). ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento frente al VIH? GTT-VIH. <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/la-noticia-del-dia/20-09-19/>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .