

Resiliencia y adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH/SIDA

Sinuhé ESTRADA CARMONA
Diana Berenice HOIL FUENTES
Edgar APOLINAR MORENO
Gabriela Isabel PÉREZ ARANDA
Universidad Autónoma de Campeche (México)

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre la resiliencia y la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Material y métodos:* El estudio fue cuantitativo, no experimental y de cohorte transversal, con un alcance correlacional. La muestra fue de 380 participantes. Se utilizó la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y la escala de *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-4). Los datos se analizaron por medio del programa Análisis Estadístico en las Ciencias Sociales (SPSS) v25, a través de la prueba de correlación r de Pearson y un análisis regresión logística binaria. *Resultados:* Se identificó una relación estadísticamente significativa entre (<0.05) la resiliencia y la adherencia al tratamiento en los participantes, de la misma forma, la adaptabilidad-redes de apoyo predice en un 43.3% la resiliencia. *Conclusiones:* La resiliencia y las redes de apoyo son factores de relevancia en la atención del VIH/SIDA que deben seguir estudiándose en futuras investigaciones.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between resilience and treatment adherence of people living with HIV / AIDS. *Material and methods:* The study was quantitative, non-experimental and cross-sectional, with a correlational scope. The sample was 380 participants. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) were used. The data were analyzed using the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v25, through the Pearson's r correlation test and a binary logistic regression analysis. *Results:* A statistically significant relationship was identified ($<.05$) between resilience and treatment adherence in the participants, in the same way, adaptability-support networks predicted resilience by 43.3%. *Conclusions:* Resilience and support networks are relevant factors in HIV / AIDS care that should continue to be studied in future research.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, la infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia" (OMS, 2018), esta es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que puede ser mejor entendida dentro de un modelo biopsicosocial. Las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental

(Carrobbles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003). Por su parte, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa producida por el (VIH), término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS, 2018), hasta la fecha se registran más de 24 millones de muertos por SIDA en el mundo (Herrera y Campero, 2002).

La epidemia de VIH/SIDA en México ha representado un verdadero reto para el sistema de salud del país. En la

Dirección del primer autor: Laboratorio de Atención Psicológica e Investigación Clínica, Facultad de Humanidades. Avenida Agustín Melgar, sin número, entre Juan de la Barrear y calle 20. Colonia. Buena Vista. Código Postal 24039. San Francisco de Campeche, México. *Correo electrónico:* sestrada@uacam.mx

Recibido: octubre de 2020. *Aceptado:* diciembre de 2020

actualidad, se han dado grandes avances para lograr el abasto de medicamentos a la población con VIH, pero sigue habiendo diversos factores que limitan su efectividad y la atención integral de los pacientes (Sierra Madero y San Sebastián, 2004).

El tratamiento de los pacientes con VIH /SIDA, conocido como Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), tiene mejores resultados en la presencia de adherencia al tratamiento (Alvis, De Coll, Chumbimune, *et al.*, 2009), y una baja resiliencia, está relacionada con dificultades en los mecanismos para manejar el estigma social y el prejuicio; una disfunción en la protección y en el afrontamiento del estrés, la depresión, la ansiedad, los traumas y afectaciones en su nivel de proceso de adaptación (Cameron, Ungar y Liebenberg, 2007).

De esta manera, Alvis *et al.*, (2009) encontraron que el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), mejora de manera importante el pronóstico de esta enfermedad, reduciendo la incidencia de las infecciones oportunistas y la mortalidad y la frecuencia de hospitalizaciones, sin embargo, los mismos describen que la disminución de adherencia al TARAA se ha mantenido desconociéndose su progresión en los últimos años y se ha convertido en un problema de salud pública, a pesar de contar con la efectividad clínica y recursos para su tratamiento; no se logra aumentar significativamente el porcentaje de su adherencia, lo cual es indispensable para garantizar la efectividad de los fármacos; de lo contrario, habrá un aumento de ingresos hospitalarios y un fracaso terapéutico, generando resistencia a estos medicamentos.

La definición de adherencia al tratamiento, proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2018) describe el cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Por otro parte, Cameron, Ungar y Liebenberg (2007) definen la resiliencia como factores individuales, familiares y sociales para la superación de las situaciones desfavorables, y mencionan que una baja resiliencia está relacionada con dificultades en los mecanismos para manejar el estigma social y el prejuicio; lo anterior toma vital importancia considerando lo mencionado por Fisher (2008) quien describe que el inicio tardío de TARAA es uno de los retos importantes que limitan la eficacia del tratamiento y es común en México siendo el miedo a la estigmatización un factor que influye en la decisión de hacerse la prueba del VIH o eludirla, incluso si la persona se percibe a ella misma en situación de riesgo (Noguera-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, *et al.*, 2015). Crespo Fernández y Rivera García (2012) hallaron en sus investigaciones que la resiliencia permite enfrentar situaciones adversas de factores: intelectuales, intrapsíquicos e interpersonales. Además, señala que los componentes para desarrollar la resiliencia

necesaria para sobrevivir son: la espiritualidad, las redes de apoyo y el optimismo, de la misma forma, Connor y Davidson (2003) asocian la espiritualidad a la resiliencia.

Sobre las redes de apoyo Vilató Frómata, Martín Alfonso y Pérez Nariño (2015) encontró en una población de personas con VIH que la familia es la principal fuente de apoyo, así lo percibió el 90'5% de sus encuestados. Mientras que el 47'5% consideró que los profesionales de la salud también son una fuente de apoyo. Así mismo, Pacheco Rueda (2015) menciona que un nivel alto de resiliencia está relacionado con las conexiones familiares de los pacientes con VIH. Por otra parte, Vera y Estrada, (2017) concluyen en su trabajo que el rechazo de los amigos, el no encontrar trabajo o no estudiar por la enfermedad, puede traer consecuencias graves para la situación del paciente y su familia.

Investigaciones previas han asociado la resiliencia con la adherencia o factores relacionados a esta. Fernández-Lansac, Crespo López, Cáceres y Rodríguez-Poyo (2012) hallaron que las puntuaciones altas de resiliencia son significativas asociadas a variables como la percepción de afrontamiento y percepción de autoeficacia.

Por lo cual, es de vital relevancia conocer cómo se presentan variables asociadas con un mejor pronóstico de la enfermedad de VIH y SIDA, la adherencia al tratamiento y la resiliencia, con lo cual se pueda iniciar una discusión en torno a factores de vulnerabilidad.

Método

Siguiendo el protocolo de estudio aprobado de acuerdo con los estándares éticos de la declaración de Helsinki de 1975, aprobado por el comité de ética de la Facultad de Humanidades y el departamento de posgrado e investigación de la Universidad Autónoma de Campeche en el 2020, se realizó esta investigación de cohorte transversal, cuantitativa con diseño no experimental y un alcance correlacional, con el fin de analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y la resiliencia en personas con VIH/SIDA.

Muestra

La muestra se obtuvo por medio del apoyo de instituciones sociales de atención a personas con VIH/SIDA del estado de Campeche (México), que compartieron a los usuarios de sus programas los instrumentos digitales que fueron transcritos mediante la plataforma web *Survio*. Los investigadores no tuvieron contacto directo con estas personas de manera que se protegió la identidad de los y las participantes, las respuestas fueron anónimas y antes de responder cada prueba, por medio de la plataforma web los participantes tuvieron acceso a un consentimiento informado.

De esta manera, se conformó una muestra de 380 personas que confirmaron un diagnóstico médico de VIH/

SIDA así como estar en tratamiento con antivirales, a través de un cuestionario de elaboración propia.

El estudio poblacional se realizará en personas de entre 18 a 60 años con VIH/SIDA, mediante redes sociales e instituciones sociales que permitan difundir la encuesta digital, siendo el tamaño muestra de 380 personas con VIH/SIDA siendo esta una muestra no probabilística es decir es una muestra intencional o discrecional, siendo 26'3% de mujeres ($N=100$) y el 73'7% ($N=280$) hombres, 300 personas con VIH y 80 personas con SIDA. El rango de edad fue de 18 a 60 años.

Instrumentos y procedimiento

También vía online se les aplicaron las siguientes escalas:

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003), tipo Likert, conformada por 25 ítems con 5 dimensiones: Autoeficacia-Tenacidad, Espiritualidad, Control bajo presión, Adaptabilidad-redes de apoyo y Control-propósito, para medir resiliencia. La cual en la presente muestra tuvo un Alpha de Cronbach total de 0'908

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) (Morisky, Green y Levine, 1986) con el propósito de evaluar la adherencia al tratamiento, el cual presentó un Alpha de Cronbach total de 0'874.

Cuestionario sobre datos sociodemográficos, que incluyó la fecha de detección del VIH/SIDA, el género con el que se identifican, su edad, estado civil, grado de estudios y religión, de manera adicional se les preguntó su orientación sexual, el número de parejas sexuales y de relaciones significativas a lo largo de su vida.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó por medio del SPSS, versión 25, generando una base de datos con la información obtenida de los instrumentos y cuestionarios aplicados por

medio de la plataforma web *Survio*. Para posteriormente hacer uso de las pruebas de hipótesis: r de Pearson para cruzar la puntuación total de las variables analizadas: adherencia al tratamiento y resiliencia, las dimensiones de la resiliencia y datos sociodemográficos y evaluar cómo es la relación entre estas variables, siendo el valor p de ($< 0'05$). Así mismo se realizó una regresión logística binaria para variables dicotómicas. Las pruebas utilizadas fueron paramétricas, ya que la muestra presentó una distribución normal que se obtuvo por medio de la prueba K de Smirnov, para posteriormente hacer un análisis de varianzas con la prueba S de Levene.

Resultados

El (5'3%) resultó tener un nivel bajo de adherencia, mientras que el (63'1%) obtuvo un nivel alto de adherencia. En cuanto a la resiliencia se obtuvo que 16 (42'1%) obtuvieron un nivel bajo, mientras que 70 (18'4%) obtuvieron un nivel alto. Así mismo 120 (31'6%) dijeron tener verdadera dificultad para seguir el tratamiento, 260 (68'4%) dijeron no tener dificultad. En cuanto al estado civil el (73'7%) son solteros, 40 (10'5%) casados, 50 (13'2%) viven en unión libre, 10 (2'6%) divorciados. Se encontró que 300 (78'9%) de las encuestas tienen un diagnóstico de VIH y 80 (21'1%) presentan un diagnóstico de SIDA. 21 personas (55'3%) tienen un grado de estudios de nivel Universitario, mientras que 10 (2'6%) tiene un nivel de posgrado. 320 (84'2%) de los encuestados no tienen hijos, 10 (2'6%) tuvo hijos. En la actividad erótica se reflejó que 220 (57'9%) mantienen relaciones con personas de su mismo sexo, 80 (21'1%) del otro sexo, 70 (18'4%) de ambos sexos y 10 (2'6%) ninguna relación. De los cuales 220 (57'9%) se identifican como homosexuales, 60 (15'8%) bisexuales, 100 (26'3%) heterosexuales. Se puede observar que la mayoría de los encuestados son católicos 180 (47'4%), 120 (31'6%) no tienen religión, 40 (10'5%) cristianos, 20 (5'3%) evangélicos, 10 (2'6%) ortodoxos y 10 (2'6%) libres pensadores. Por otra parte 110 (28'9%) han entrado en un cuadro de SIDA y 270 (71'1%) refieren no haber entrado nunca.

Como se puede observar en la tabla 1, existe una relación positiva estadísticamente significativa ($p < 0'05$) entre el nivel de resiliencia y la adherencia al tratamiento;

Tabla 1. Correlación de r de Pearson entre la adherencia al tratamiento y los factores resiliencia (** La correlación es significativa en el nivel 0,01 bilateral).

	Adherencia <i>p</i> (Sig. bilateral)	Resiliencia <i>p</i> (Sig. bilateral)	Autoeficacia y tenacidad <i>p</i> (Sig. bilateral)	Adaptabilidad y redes de apoyo <i>p</i> (Sig. bilateral)
Resiliencia	.379* (.019)			
Autoeficacia y tenacidad		.760** (.000)		
Adaptabilidad y redes de apoyo	.471** (.003)	.852** (.000)	.697** (.000)	
Control y propósito		.696** (.000)	.664** (.000)	.515** (.001)
Espiritualidad		.449** (.005)		.471** (.003)

de esta manera mientras mayor es la resiliencia mayor es la adherencia al tratamiento en la muestra de personas diagnosticadas con VIH/SIDA del presente estudio en donde obtuvo 0'379 de magnitud. De igual modo, existe una relación positiva estadísticamente significativa ($p < 0'05$) de magnitud: 0'471 entre la adherencia al tratamiento y el factor de la resiliencia: adaptabilidad-redes de apoyo, mientras los restantes factores no se relacionan con la adherencia al tratamiento ($p < 0'05$).

La autoeficacia-tenacidad tuvo una relación significativa ($p < 0'05$), positiva con los factores: adaptabilidad-redes de apoyo con magnitud de 0'697 y control-propósito con una fuerza 0'664, respectivamente. Control-propósito adicionalmente, se relaciona ($p < 0'05$) con las redes de apoyo, siendo esta positiva y presentando una fuerza de 0'515. La espiritualidad solo se relaciona ($p < 0'05$) con la adaptabilidad-redes de apoyo también positiva y con fuerza de 0'471. La adaptabilidad-redes de apoyo fue el único factor que tiene una relación estadísticamente significativa ($p < 0'05$) con todos los restantes factores, y el único se relaciona con la adherencia al tratamiento con una magnitud 0'471. Todos los factores de la resiliencia presentan una relación positiva estadísticamente significativa ($p < 0'05$) con el puntaje general de esta, como se esperaba.

Se analizó la relación entre la fecha de diagnóstico del VIH/SIDA y las variables de resiliencia y adherencia al tratamiento, sin embargo, no existieron relaciones estadísticamente significativas ($p < 0'05$), con lo cual, en la presente muestra el tiempo de tratamiento no se asocia a la resiliencia y la adherencia al tratamiento. De la misma forma no existieron relaciones significativas ($p < 0'05$). Entre estas variables de edad, número de parejas sexuales y parejas significativas y la adherencia al tratamiento, la resiliencia y los factores de esta.

Siendo la variable de resiliencia y adaptabilidad-redes de apoyo las que tuvieron relación con la adherencia al tratamiento se llevó a cabo una regresión lineal para evaluar si el modelo de resiliencia y adaptabilidad-redes de apoyo es útil para predecir la adherencia al tratamiento, sin embargo, los modelos no predicen la adherencia.

Por otro lado, el modelo de adaptabilidad-redes de apoyo es adecuado para predecir la resiliencia como se puede observar en la tabla 2, obteniendo una significancia de 0'000 de predicción constante. Siendo la variable de redes de apoyo la variable que permite explicar en un 43'2% la resiliencia como se puede ver en la tabla 3 en el r cuadrado ajustado. De manera adicional se presentan los datos para construir el modelo de predicción de la variable en la tabla 4.

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de resiliencia y de adherencia el

Tabla 2. Análisis de varianza de regresión lineal simple. Variable dependiente: puntaje del nivel de resiliencia; Predictores (constante): nivel de adaptabilidad y redes de apoyo.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	3343.625	1	3343.625		
Residuo	4133.428	360	114.817	29.121	.000
Total	7477.053	370			

Tabla 3. Predicción de la resiliencia por medio de la adaptabilidad y redes de apoyo. Predictores (constante): nivel de adaptabilidad y redes de apoyo.

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
.669	.447	.432	10.71529

Tabla 4. Coeficientes de la variable para el modelo de regresión lineal simple: nivel de adaptabilidad y redes de apoyo. Variable dependiente: puntaje del nivel de resiliencia.

Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
B	Desv. error	Beta		
5.133	12.851	.669	.399	.692
4.330	.802		5.396	.000*

tratamiento en México, en personas con VIH y SIDA durante el año 2019. Existiendo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de resiliencia y la adherencia al tratamiento lo cual indica que, a mayor resiliencia, mayor adherencia al tratamiento, confirmando lo encontrado en el estudio de Bedón López (2013) quien encontró una relación significativamente positiva entre el nivel de resiliencia y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA. Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública, como subraya la OMS. De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos (Soto 2009). Sobre la edad y la adherencia al tratamiento, contrario a lo encontrado en el presente estudio, existen estudios que establecen que a mayor edad hay más probabilidad de ser adherente (Hinkin, Hardy, Mason *et al.*, 2004), definiéndose el ser joven como un factor de riesgo para ser no adherente.

Por otra parte, se encontró que la falta de adherencia esté relacionada con la adaptabilidad y redes de apoyo, esto coincide con Vinaccia Alpi, Quiceno, Fernández *et al.* (2006)

quien encontró que la adherencia al tratamiento está relacionado con el apoyo social ya que para los pacientes es importante recibir ayuda en el cuidado de su salud en general, como encontrar a alguien que les ayudará cuando tenían que estar en la cama, les llevara al médico cuando lo necesitaron, les preparara la comida si no podían hacerlo y les ayudará en sus tareas domésticas si estaban enfermos. Igualmente, valoraron necesario la presencia física del afecto. Así mismo, Vera y Estrada, (2017) describen que un apoyo importante es lo social (amigos, trabajo, escuela e instituciones), ya que el enfermo de VIH/SIDA suele sufrir de estigma social, ser aislados por parte de la sociedad. El rechazo de los “amigos”, el no encontrar trabajo o no estudiar por la enfermedad que tienen puede agravar la situación del enfermo y de la familia.

Además, se encontró que el nivel de resiliencia está relacionado con la espiritualidad, control y propósito, adaptabilidad y redes de apoyo, control bajo presión, autoeficacia –tenacidad. Lo cual coincide con lo que afirma Crespo Fernández y Rivera García (2012) que indica que la espiritualidad, las redes de apoyo y el optimismo sirvieron de factores protectores que las encaminaron a desarrollar la resiliencia necesaria para sobrevivir condiciones.

Referencias

- Alvis, O., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. y Reyes, M. (2009). [Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-Sida](#). *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 266-272 [DOI: 10.15381/anales.v70i4.927].
- Bedón López, Y.L. (2013). [Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral](#). *PsiqueMag*, 2(1), 51-63.
- Cameron, C.A., Ungar, M. y Liebenberg, L. (2007). [Cultural Understandings of Resilience: Roots for Wings in the Development of Affective Resources for Resilience](#). *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 285-301 [DOI: 10.1016/j.chc.2006.11.001].
- Carrobbles, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). [Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH](#). *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Connor, K.M. y Davidson, J.R.T. (2003). [Development of a New Resilience Scale: the Connor-Davidson Resilience Scale \(CD-RISC\)](#). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82 [DOI: 10.1002/da.10113].
- Crespo Fernández, L. y Rivera García, M.L. (2012). [El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico](#). *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 109-126.
- Fernández-Lansac, V., Crespo López, M., Cáceres, R. y Rodríguez-Poyo, M. (2012). [Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar](#). *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47(3), 102-109 [DOI: 10.1016/j.regg.2011.11.004].
- Fisher, M. (2008). Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities. *Current Opinion in Infectious Diseases* 21(1), 1-3 [DOI: 10.1097/QCO.0b013e3282f2d8fb].
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). [La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema](#). *Salud Pública de México*, 44(6), 554-556.
- Hinkin, C.H., Hardy, D.J., Mason, K.I., Castellon, S.A., Durvasula, R.S., Lam, M.N. y Stefaniaka, M. (2004). [Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse](#). *AIDS*, 18, 19-25
- Morisky, D.E., Green, L.W. y Levine, D.M. (1986). [Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence](#). *Medical Care*, 24(1), 67-74 [DOI:10.1097/00005650-198601000-00007].
- Nogueda-Orozco, M.J., Caro-Vega, Y., Crabtree-Ramírez, B., Vázquez-Pineda F. y Sierra Madero, J.G., (2015). [Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH](#). *Salud Pública en México*, 57(2). 135-141 [DOI: 10.21149/spm.v57s2.7601].
- Organización Mundial de la Salud (2018). [VIH/sida](#). OMS.
- Pacheco Rueda, P. (2015). [Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015](#). Tesis de Posgrado). Toluca: Universidad de Autónoma del Estado de México.
- Sierra Madero, J.G. y San Sebastián, D.F. (2004). [Tratamiento antiviral en el manejo de la infección por VIH. ¿En dónde estamos y hacia dónde vamos?](#) *Revista de Investigación Clínica*, 56(2), 222-231
- Soto, J. (2009). [La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida](#). *Tercer Foro Diálogos Pfizer-Pacientes*. Madrid: Pfizer.
- Vera Pérez, V.E. y Estrada Aguilera, A. (2017). [Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo](#). *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1). 29-35.
- Vilató Frómata, L., Martín Alfonso, L. y Pérez Nariño, I. (2015). [Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida](#). *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Vinaccia Alpi, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Gaviria, A.M., Chavarría, F. y Orozco, O. (2006). [Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial](#). *Informes Psicológicos*, 8, 89-106.

