

*Artículos***Percepción de Apoyo Social y su Relación con la Adherencia Terapéutica en Personas con VIH****Perception of Social Support and its Relationship to Adherence to Treatment in People Living with HIV**

María Fernanda Dávila Ortiz ¹, Elba Abril-Valdez¹, Rosario Román Pérez¹, María José Cubillas Rodríguez¹ y Víctor Alexander Quintana López ²

1 Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo

2 Universidad Autónoma de Baja California

Resumen

Los factores que influyen en que las personas con VIH no ingieran sus medicamentos según las indicaciones del personal de salud son múltiples. El presente estudio exploratorio se propuso analizar la percepción del apoyo social recibido de la familia en personas con VIH y su relación con la adherencia terapéutica y la progresión del padecimiento. Se recolectó información de 24 participantes mayores de 18 años seleccionados a través de un muestreo por conveniencia en un centro de salud público de Sonora, México. Se aplicaron escalas para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH, el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11 y se consultó la base de datos SALVAR para conocer la carga viral y conteo de CD4. Quienes percibieron mayor apoyo social (73 %) fueron quienes reportaron mayor adherencia al tratamiento y menor progresión de la enfermedad ($p = 0.007$). Sin embargo, a pesar de que la mayoría evaluó positivamente sus redes de apoyo, la adherencia al tratamiento fue inferior a lo esperado. Las y los participantes de familias tradicionales mostraron una mayor variabilidad en sus valores históricos de carga viral y conteo de CD4, lo que sugiere una tendencia hacia la progresión de la enfermedad y una adherencia inadecuada al tratamiento. Es necesario replicar este estudio con una mayor muestra para asegurar una representatividad de la población en las variables demográficas y clínicas.

Palabras clave: apoyo social, familia, adherencia al tratamiento, VIH, salud pública

Autores

María Fernanda Dávila Ortiz. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9526-635X>

Elba Abril-Valdez. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9233-1197>

Rosario Román Pérez. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2337-8917>

María José Cubillas Rodríguez. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9188-9938>

Víctor Alexander Quintana López. Universidad Autónoma de Baja California.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5778-1093>

Autor para correspondencia: Elba Abril-Valdez email: abril@ciad.mx

Abstract

Multiple factors influence people with HIV not to take their medications as prescribed by health personnel. The present exploratory study aimed to analyze the perception of social support received from the family in people with HIV and its relationship with therapeutic adherence and disease progression. Information was collected from 24 participants over 18 years of age selected through convenience sampling in a public health center in Sonora, Mexico. Scales to measure Psychological Variables and Treatment Adherence Behaviors in People with HIV, Duke-UNC-11 Social Functional Support Questionnaire and SALVAR database analysis for Viral Load and CD4 count were applied. Participants who perceived better social support (73 %) reported greater adherence to ART and less disease progression ($p = 0.007$). However, despite most participants rating their support networks positively, treatment adherence was lower than expected. Participants from traditional families showed more significant variability in their historical Viral Load and CD4 Count values, suggesting a trend toward disease progression and inadequate adherence to treatment. It is necessary to replicate this study with a larger sample to ensure the representativeness of the population in demographic and clinical variables.

Key words: social support, family, adherence to treatment, HIV, public health

DOI <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.687>

Recibido 04 – Octubre – 2023

Aceptado 25 – Febrero – 2025

Publicado 01 – Julio – 2025



Introducción

El VIH ha evolucionado, en las últimas décadas, de una enfermedad aguda a un trastorno crónico-degenerativo, debido al desarrollo del tratamiento antirretroviral (TAR), que tiene como función el control de la replicación viral y la restauración del sistema inmune (Melo et al., 2020; Nance et al., 2018; Vella et al., 2012). Aunque el TAR ha logrado aumentar la esperanza de vida de las personas con VIH, la adherencia al tratamiento sigue siendo un factor determinante para prevenir la progresión de la enfermedad y mantener la calidad de vida de los pacientes.

El cumplimiento adecuado del tratamiento es un factor clave para controlar enfermedades crónicas como el VIH, hipertensión y diabetes. La adherencia continua al tratamiento, que incluye tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, permite un adecuado control a largo plazo, lo que es imprescindible para prevenir posibles complicaciones y disminuir las tasas de morbilidad (Melo et al., 2020; Nance et al., 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). En México, los servicios médicos, el tratamiento antirretroviral y los estudios de laboratorio para las personas con VIH son gratuitos, independientemente de su situación de seguridad social (Secretaría de Salud, 2010). Sin embargo, la adherencia terapéutica sigue siendo un desafío, especialmente, debido a factores socioeconómicos, interpersonales y psicológicos (Miranda-Gómez y Nápoles-Pérez, 2009).

La adherencia terapéutica está relacionada con la capacidad de la persona para seguir las indicaciones médicas (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2021; Ramos, 2015). Datos de la OMS (2004) señalan que, en países con mayor desarrollo económico, las tasas de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50 %. No obstante, este porcentaje varía considerablemente según el contexto sociocultural y los recursos disponibles en cada país (Ortega et al., 2018). En México, aunque no existen cifras oficiales, se reconoce que la falta de adherencia al TAR representa un problema significativo para la salud pública, pues puede reducir la efectividad del tratamiento y contribuir a la



progresión de la enfermedad, un aumento de los ingresos hospitalarios y una menor calidad de vida del paciente (Miranda-Gómez y Nápoles-Pérez, 2009).

Uno de los factores clave en la adherencia al tratamiento es el apoyo social, entendido como una red de relaciones que promueven el bienestar de los individuos; tiene un impacto fundamental en el éxito terapéutico, especialmente, en enfermedades crónicas como el VIH (Félix-Requena, 1989; Neves et al., 2018). Estudios con enfoque psicosocial han demostrado que las personas con VIH que perciben un mayor apoyo social, particularmente en sus redes cercanas, tienden a mostrar una mejor adherencia al TAR y, en consecuencia, una menor progresión de la enfermedad (Valles, 2019; Piña y Rivera, 2007; Remor, 2002). En este sentido, estudios en Brasil han demostrado que el apoyo social actúa como un factor protector, ya que los pacientes que reciben apoyo emocional cercano, especialmente de familiares y amigos, tienen más probabilidades de seguir el tratamiento y controlar mejor el virus (Oliveira et al., 2020).

El apoyo social percibido del paciente con VIH es un factor clave en la adaptación a las nuevas condiciones de vida, fomentando la conciencia de enfermedad y promoviendo la adherencia y permanencia al TAR. Lo anterior genera supresión virológica, disminución de contagios y una mejor calidad de vida, resultando en una mayor esperanza de vida que, hoy en día, se aproxima a la de la población general (Caballero et al., 2018; Deeks et al., 2013; Font et al., 2019; Ramos et al., 2020; Trickey et al., 2017).

A pesar del rol vital que juegan las redes de apoyo en la adherencia al TAR, este tema no ha recibido la atención necesaria, sobre todo, en el noroeste del país. Según datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2021), los casos de VIH se incrementaron 36 %, ubicando a Sonora en el lugar 21 nacional con 128 contagios hasta el tercer trimestre de dicho año. En Sonora, aunque existen estudios relevantes sobre el tema (Piña et al., 2006, Piña y Rivera, 2007), se requieren más investigaciones que profundicen en cómo las redes de apoyo social pueden mejorar la adherencia y, por ende, la salud de las personas con VIH en la región. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo



analizar la percepción del apoyo social recibido de la familia, su relación con la adherencia al tratamiento y la progresión del padecimiento en personas con VIH que asisten a un centro de salud encargado de proporcionar el TAR.

Metodología

El diseño del estudio es exploratorio, no experimental y transversal, con técnica de encuesta y enfoque cuantitativo. Desde el punto de vista del análisis y alcance de resultados, es un estudio analítico inferencial, ya que permitió examinar la relación entre las variables de interés.

Participantes

La población participante se eligió a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, que se utiliza según la facilidad de acceso y disponibilidad de las personas para participar en un intervalo de tiempo dado (Otzen y Manterola, 2017). Las y los participantes fueron reclutados de una institución pública federal, el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), en la ciudad de Hermosillo, Sonora, México. Cabe aclarar que, debido al contexto de la contingencia por COVID-19 en el cual se llevó a cabo esta investigación, se limitó el acceso de participantes por los cambios en el modelo de atención médica en el Centro, institución de carácter pública del gobierno federal. Se contactaron 24 informantes que fueron captados al momento de acudir a su cita médica en los meses de marzo y abril de 2022, una vez que las condiciones por la contingencia por COVID-19 lo permitieron.

La media de edad fue 44 ($SD \pm 10.717$) con un rango entre 25 y 63 años; 67 % de las y los participantes fueron hombres y 33 % mujeres; 46 % dijo ser soltero/a, 21 % declaró vivir en pareja y en menores porcentajes señalaron ser divorciados (17 %) o viudos (17 %). El 54 % de las y los participantes mencionó tener hijos, con una media de 2.69 hijos, siendo 4 el valor máximo del rango. Respecto a su orientación sexual, 54 % respondió ser heterosexual, 38 % homosexual y 8 % bisexual.



En relación con la escolaridad, más de la mitad de las y los participantes (54 %) comentó tener estudios de educación superior, 13 % hasta nivel preparatoria, 25 % nivel secundario y en menor porcentaje estudios de nivel básico o sin estudios. La mayoría (88 %) dijo tener empleo remunerado al momento de la aplicación del instrumento. Las principales actividades reportadas fueron ser empleado del sector privado (50 %) y comerciante o empresario (30 %). En menor proporción señalaron dedicarse al hogar (en el caso de las mujeres), ser empleado de sector público u otra ocupación.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: 1) hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH no menor a un año, 2) estar bajo tratamiento antirretroviral al momento del estudio y 3) que accedieran voluntariamente a participar a través de la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: 1) personas menores de edad; 2) personas con alguna comorbilidad y/o trastorno psiquiátrico (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otros); 3) personas con trastorno por consumo de sustancias; 4) personas con menos dos tomas de carga viral y conteo de CD4 en SALVAR (Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales). Este sistema tiene el principal objetivo de automatizar y hacer más eficientes los procesos de seguimiento y administración de los tratamientos de los pacientes seropositivos que requieren antirretrovirales.

Instrumentos

El instrumento se estructuró en los siguientes apartados:

1. Ficha sociodemográfica e historial de enfermedad: se recolectó información sobre edad, escolaridad, preferencia sexual, entre otras; así como sobre antecedentes del padecimiento, como la fecha de diagnóstico e inicio de tratamiento; personas que conocen el diagnóstico del paciente, cambios en el esquema de TAR y abandono de este.
2. Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11. El apartado se estructuró con 11 reactivos que analizan la percepción del apoyo de las redes sociales en los pacientes con VIH. Es una escala tipo



Likert con opciones de respuesta que van de 1 (“mucho menos de lo que deseo/quiero”) a 5 (“tanto como deseo/quiero”). La escala evalúa el apoyo social afectivo (6 ítems) y el apoyo social de confianza (5 ítems). El instrumento cuenta con una varianza total de 77 % y un alfa de Cronbach para la escala de 0.92. Se complementó con ítems adicionales para especificar el apoyo social percibido y la frecuencia (Broadhead et al., 1988).

3. Escala para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH+ (VPAD-30). Para ello se retomó el instrumento validado por Piña et al. (2006) en población con VIH de Hermosillo, Sonora. Al ser una aplicación cercana a la población objetivo, se consideró que cumple con el propósito y parámetros metodológico de esta investigación. El instrumento cuenta con una varianza total del 65.50 % y un alfa de Cronbach global de 0.852. La escala contiene 30 preguntas tipo Likert con 5 opciones de respuesta en donde 1 equivale a “Tanto como deseo” y 5 a “Mucho menos de lo que deseo”; para algunas preguntas se recodificaron sus respuestas para lograr que una mayor puntuación signifique una mayor adhesión. La escala indaga sobre el comportamiento de adhesión de la persona con VIH con 4 dimensiones que evalúan:

- a. Factor 1: comportamientos de adhesión presentes y tratamiento. Evalúa en sus 7 reactivos la práctica de distintos comportamientos a partir del diagnóstico, como haber tomado los medicamentos durante la semana anterior, evitar el consumo de sustancias nocivas, sentir bienestar físico y psicológico, entre otros.
- b. Factor 2: adhesión o falta de adhesión al tratamiento y motivos. Integrada por cinco reactivos que evalúan la ingesta de los medicamentos y los motivos para hacerlo. Algunas de las afirmaciones son: tomar los medicamentos por los beneficios para la salud, porque el médico lo pide, porque otras personas lo piden, entre otros.



- c. Factor 3: bienestar psicológico y competencias sociales. Le corresponden cuatro reactivos relacionados con mantenerse relajado y en calma, evitar situaciones que depriman o provoquen tristeza, mantener relaciones sociales con familiares y allegados, entre otras.
- d. Factor 4: comportamientos de adhesión pasados. Compuesto por 5 reactivos con afirmaciones relacionadas con comportamientos pasados tales como consultar al médico si enfermaba, cumplir un tratamiento antes del diagnóstico de VIH, seguir las indicaciones sobre cuidados especiales antes del diagnóstico de VIH, entre otras.

Finalmente, para conocer el historial de carga viral y conteo de CD4, se analizó, en la base de datos SALVAR de la Secretaría de Salud, el ID (número de registro en el sistema) de los 24 informantes. Se evaluaron estos marcadores de progresión del padecimiento e identificaron abandonos en la atención médica (por ende, abandonos del TAR).

Procedimiento

La aplicación del instrumento se realizó en los meses de marzo y abril de 2022, mediante autorización del Departamento de Enseñanza y Calidad de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, en pacientes que asistieron a su cita médica de control. Se aplicaron de forma presencial 24 cuestionarios que fueron contestados por las y los participantes, quienes recibieron información del estudio, asegurándoles el carácter anónimo de sus respuestas y la confidencialidad y resguardo de sus datos, así como la firma por consentimiento informado. La duración promedio de la aplicación de los instrumentos fue de 20 minutos, ya que las y los participantes contaban experiencias relacionadas con las preguntas, además de sus historias de vida y sentir acerca del padecimiento.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 25, previa definición de los campos y codificación de cada una de las variables. Para el análisis de los datos se utilizó estadística no paramétrica



(chi cuadrado) para determinar si existían diferencias significativas entre grupos (Hernández et al., 2016). En la escala para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH+ (VPAD), se establecieron dos niveles de conductas de adherencia al tratamiento: alta y baja. Estos niveles se establecieron tomando como referencia la media de los puntajes de los factores 1, 2 y 4 obtenidos del instrumento, donde el puntaje máximo es 100 y el mínimo 20. Se obtuvo una media de 64.95, por lo que valores iguales o mayores a 65 se asignaron a conductas de adherencia altas, mientras que valores iguales o menores a 64 fueron asignados a conductas de adherencia bajas (Piña et al., 2006).

En el cuestionario de apoyo social funcional de Duke, se establecieron dos niveles de percepción de apoyo a partir de la sumatoria de todos los ítems. El puntaje máximo fue 55, el mínimo, 11; y el punto de corte, 33; para determinar dos niveles: un puntaje menor a 33 puntos se clasificó como escaso apoyo social percibido y puntaje mayor a 33 se clasificó como adecuado apoyo social percibido (Broadhead et al., 1988).

Los datos obtenidos de las y los participantes con ID de SALVAR, relacionados con los resultados históricos de sus cargas virales y conteo de CD4, fueron categorizando en dos niveles: con progresión de enfermedad alta o baja. Los niveles se establecieron a partir de las definiciones de fallo virológico y rebote viral de la CV, así como una periodicidad de la toma de muestras para estos estudios de laboratorio (Fauci et al., 2018; National Institute of Health [NIH], 2018). Fueron catalogados como niveles de progresión baja si no se reportó fallo virológico o rebote viral, al igual que un lapso no mayor de 1 año entre cada estudio, según el historial de las y los participantes; y, como progresión alta, a quienes reportaron fallas virológicas, rebotes virales y/o lapsos mayores de 1 año entre cada estudio (Fauci et al., 2018).

Consideraciones éticas

El estudio fue avalado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de CIAD, con registro CONBIOÉTICA-26-CEI-001-20200122, el 2 de septiembre de 2021. Asimismo, el proyecto fue avalado para su ejecución por la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, siendo formalizado su registro por medio



de la Dirección General de Enseñanza y Calidad. Las y los participantes fueron plenamente informados de los objetivos de la investigación y otorgaron su libre consentimiento a participar, firmando un consentimiento que aseguraba la confidencialidad de los datos y el anonimato de los y las participantes.

Resultados

La Tabla 1 indica que el modelo tradicional de familia formado por padre, madre e hijos no es el predominante en el grupo participante (representando solo el 8 % de la muestra) y coexiste con nuevas formas de conformación familiar. Más de la mitad de las y los participantes señaló vivir en familia nuclear en transición, principalmente en familia monoparental (50 %), seguido de parejas adultas con o sin hijos en el hogar (14 %) y parejas jóvenes sin hijos (8 %). Por su parte, 8 % de los participantes indicaron vivir con personas que no pertenecen al núcleo familiar (corresidentes) y otro 8 % señaló vivir solos.

Tabla 1

Tipo de familia de las y los participantes (n = 24)

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear		
Tradicionales		
Con hijos	2	8 %
Extensa	1	4 %
En transición*		
Monoparental	12	50 %
Pareja joven sin hijos	2	8 %
Pareja adulta sin hijos	3	14 %
No nuclear		
Unipersonal	2	8 %
Corresidentes	2	8 %

*Las familias en transición no incluyen ninguna de las figuras tradicionales, como el padre, madre o hijos (López-Romo, 2016).



En cuanto a cambios en esquema de TAR, 42 % de los participantes tuvieron modificaciones en su tratamiento, de estos, 60 % fueron por simplificación de su esquema, 30 % por efectos secundarios al fármaco y solo 10 % por presentarse resistencia al medicamento. Cabe señalar que 38 % abandonó el tratamiento alguna vez; el período de abandono varió desde menos de dos meses hasta de uno a dos años. Los principales motivos señalados fueron apatía y desinterés por su padecimiento, falta de recursos económicos y motivos diversos, por ejemplo, trastorno por consumo de sustancias y la cantidad de pastillas a ingerir.

Como parte de la adherencia al tratamiento también es importante explorar el seguimiento que hacen los pacientes sobre su proceso de enfermedad y la información que tienen al respecto, esto podría indicar de alguna manera el compromiso e interés que asumen en mejorar su salud. Los datos recabados de la población participante muestran que más de la mitad de ellos (78 %) tiene conocimiento sobre su carga viral y el conteo de CD4. Sin embargo, más del 20 % señaló no tener esta información; es relevante subrayar que se carece de datos con respecto a las razones de este desconocimiento.

Ante el nuevo contexto que marcó la pandemia por COVID-19, se exploraron las consecuencias que pudiera haber tenido en las y los participantes y en la atención de su salud. Los efectos reportados estuvieron asociados, principalmente, con aspectos emocionales (ansiedad, depresión, etc.) y dificultades para recibir atención médica, tales como desabasto de medicamentos y dificultades para el traslado al centro de salud. Los efectos señalados pudieron haber influido en la continuidad del tratamiento durante la emergencia sanitaria.

Apoyo social percibido

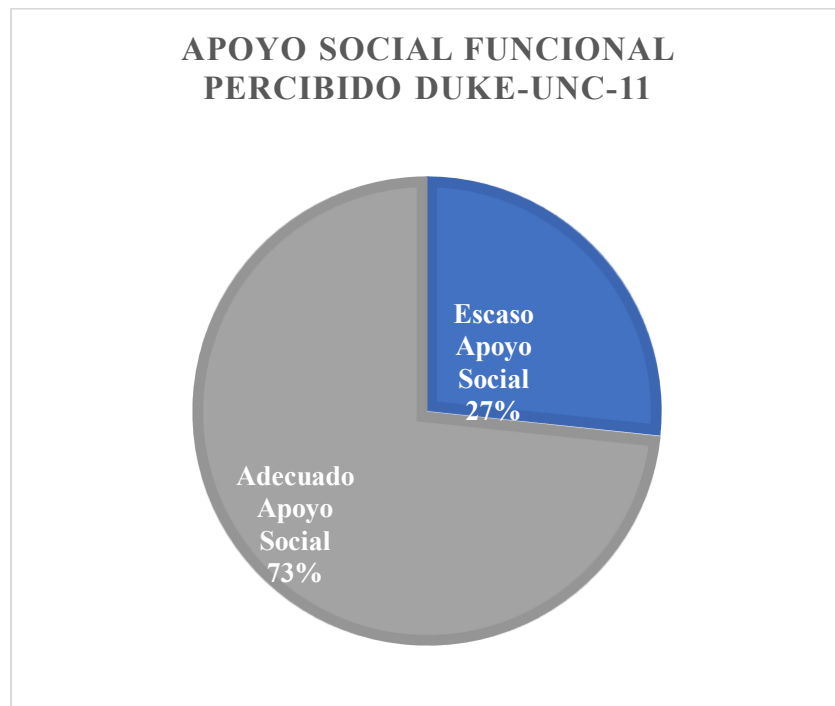
En cuanto al apoyo total percibido, los datos muestran que más de la mitad de las y los participantes (73 %) perciben un adecuado apoyo social de su entorno, es decir, reciben ayuda y apoyo de sus contactos



cercanos. Por otro lado, un 27 % evaluaron percibir escaso apoyo social; aunque este dato no es mayor, sí es un indicador del entorno que puede o no favorecer la adherencia (Figura 1).

Figura 1

Apoyo social funcional percibido DUKE-UNC-11



Las principales personas de las que se percibe apoyo fueron la pareja y la madre, con valores de media superiores a 4, por lo que la tendencia en sus respuestas es a que siempre o casi siempre reciben apoyo de estas personas. En cuanto a amigos, hermanos, padres e hijos, las respuestas estuvieron más cercanas a 3; es decir, los participantes perciben que reciben apoyo de manera regular de estos. De las personas que perciben menos apoyo, fueron otros familiares u otras personas, como vecinos o prestadores de servicios de salud.



Comportamientos de adherencia terapéutica

En cuanto a los comportamientos de adherencia terapéutica, la escala para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas VIH+ (VPAD-30) señala si él o la participante tiene conductas de adhesión adecuadas/altas o bajas. El análisis por factor muestra que los participantes tuvieron una media igual o mayor a 4 en los factores de comportamientos de adhesión presentes y en tratamiento y comportamientos de adhesión pasados, además, una media de 3.9 en el factor de bienestar psicológico y competencias sociales y, finalmente, el factor de adhesión o falta de adhesión al tratamiento y motivos con una media de 2.6 (Tabla 2).

Tabla 2

Puntuación de medias por factor VPAD-30 (n = 24)

Factor	Media	Moda	DE
1. Comportamientos de adhesión presentes y tratamiento	4.7	5	0.486
2. Adhesión o falta de adhesión al tratamiento y motivos	2.6	3	0.409
3. Bienestar psicológico y competencias sociales	3.9	5	1.345
4. Comportamientos de adhesión pasados	4.1	5	1.064

Nota: DE (desviación estándar)

Para analizar los comportamientos de adherencia se tomaron los puntajes de los factores 1, 2 y 4. El factor 3 que evalúa aspectos del bienestar psicológico y competencias sociales, se excluyó, debido a que, para fines de esta investigación, solo interesa evaluar específicamente los comportamientos que tienen que ver con la adherencia al tratamiento. La clasificación general de la escala se obtiene, como ya se mencionó anteriormente, a partir de la media de la sumatoria de los tres factores incluidos. Los datos muestran que, si bien más de la mitad de las y los participantes (71 %) se ubicó en un nivel de adherencia alta al tratamiento, 29 % se ubica todavía en nivel de adherencia baja.



Carga viral y conteo CD4

Por último, se tuvo acceso a la base de datos SALVAR para conocer los históricos de cargas virales y conteos de CD4 como otra medida indirecta para la adherencia al tratamiento y de progresión del padecimiento. Para el análisis de la CV y conteo de CD4, se tomaron como referencia las definiciones de fallo inmunológico, falla y rebotes virológicos; y la constancia de toma de muestra para los exámenes de CV y conteo de CD4 para crear una clasificación que denotara las inconsistencias del TAR.

- El fallo inmunológico se presenta cuando el nivel celular de CD4 no se eleva (en relación con el basal) luego de ocho semanas de inicio de TAR. Los casos con elevación subóptima de CD4 se consideraron en pobre respuesta inmunológica. Fallo virológico puede definirse como un sostenido nivel de carga viral < 1000 copias / ml en dos cargas virales a las 24 semanas de inicio de la terapia antirretroviral (Fauci, 2018).
- Si luego de un óptimo descenso de la carga viral esta retornó a un nivel superior a niveles detectables de ARN del VIH > 200 copias / ml confirmado después de la supresión virológica o mayor del 0.6 log del pico inferior, o al 50 % de su valor basal, se consideró como en rebote viral (Fauci, 2018).
- De igual forma, los estudios de CV y conteo de CD4 se recomiendan en los pacientes con una periodicidad de seis meses, por lo que se consideraron dos estudios al año como parte de un buen apego (Fauci et al., 2018; NIH, 2018).

Tomando en cuenta estos criterios, se determinó una progresión baja si no se presentó falla virológica e inmunológica secundarias, ni rebote virológico, y tuvo una asistencia constante a sus estudios de laboratorio desde el momento de diagnóstico. Una progresión alta se determinó en pacientes con presencia de falla virológica e inmunológica y/o rebote virológico, y con inasistencias a toma de muestra para laboratorios (ausencias de más de un año). Como ya se mencionó, esta progresión del padecimiento es predictora de un reflejo de la adherencia al TAR (Fauci et al., 2018; NIH, 2018).



Tabla 3*Análisis de carga viral y conteo de CD4*

Mediciones	Frecuencia	Porcentaje
Progresión de enfermedad baja	16	67 %
Progresión de enfermedad alta	8	33 %
<i>Carga Viral</i>		
CV Indetectable	21	88 %
CV con ≤ 1100 copias	1	4 %
CV indeterminado	2	8 %

De los 24 participantes de los que se obtuvo su ID de Salvar, se observó una progresión baja en 16 de ellos (67 %) y ocho tuvieron una progresión alta (33 %), siguiendo la tendencia del instrumento anterior de un mayor número de participantes con adherencia alta al TAR. A pesar de que algunos contaban con historial de abandono del TAR y rebote virológico, al momento del estudio, 21 de ellos se encontraban indetectables (número de copias ≤ 40), uno se encontraba con una CV de 1092 copias y dos tuvieron su última CV hace más de dos años, lo que imposibilita conocer su estado virológico actual. Finalmente, el conteo de CD4 tuvo un comportamiento similar a la CV, donde se observó un aumento paulatino y sostenido en las y los participantes. En la Tabla 3 se tiene el resumen de CV y conteo de CD4.

Tipos de familia, percepción de apoyo social recibido, adherencia terapéutica y progresión de la enfermedad

La familia es un factor que la literatura considera importante para mantener una buena adherencia terapéutica. En este estudio fue de interés explorar si los tipos de familia (en este caso, se consideraron a la familia tradicional y emergente) señalaban alguna diferencia con relación al apoyo percibido, adherencia y progresión de la enfermedad. La progresión del padecimiento fue medida de forma indirecta con los



parámetros de adherencia al tratamiento de la carga viral y el conteo de CD4. Para establecer las diferencias se utilizó chi cuadrado como prueba estadística no paramétrica.

De forma general, los datos muestran diferencias estadísticamente significativas solo en una de las variables. Las y los participantes que reportaron vivir en familia emergente fueron quienes tuvieron una menor variación en la progresión de su enfermedad, es decir, su carga viral y conteo de CD4 se mantuvo constante y estable según lo reportado en la base de datos SALVAR ($p = 0.040$). Cabe resaltar que, en percepción de apoyo y adherencia terapéutica (VPAD), no se encontraron diferencias significativas; aun así, hay una tendencia a percibir mayor apoyo en aquellos participantes que reportaron vivir en tipo de familia emergente y, en cuanto adherencia terapéutica, en quienes viven en familia tradicional (Tabla 4).

Tabla 4

Distribución porcentual de percepción de apoyo social, adherencia terapéutica y de progresión de la enfermedad asociadas al tipo de familia

Variable		Tipo de familia		χ^2	p
		<i>Porcentaje</i>			
		<i>Tradicional</i>	<i>Emergente</i>		
Percepción de apoyo	<i>Adecuado</i>	65.4	73.3	1.990	0.158
	<i>Bajo</i>	34.6	26.7		
Adherencia terapéutica VPAD	<i>Adecuada</i>	61.5.	52.6	0.357	0.550
	<i>Baja</i>	38.5	47.4		
Progresión de la enfermedad (CV y CD4)	<i>Alta</i>	50	10	4.200	0.040*
	<i>Baja</i>	50	90		

Nota: * $p \leq 0.05$ diferencias estadísticamente significativas

Con respecto a la percepción de apoyo, se encontraron diferencias significativas en la progresión de la enfermedad ($p = 0.007$). Las y los participantes que reportaron una adecuada percepción de apoyo social



fueron quienes tuvieron una menor variación en la progresión de su enfermedad, es decir, su carga viral y conteo de CD4 se mantuvo constante y estable según lo reportado en la base de datos SALVAR (Tabla 5).

Tabla 5

Distribución porcentual de adherencia terapéutica y de progresión de la enfermedad asociadas a la percepción de apoyo

		Percepción de apoyo		χ^2	<i>p</i>
		Adecuado	Bajo		
Variable					
Adherencia terapéutica VPAD	Adecuada	76.9	68.4	0.406	0.524
	Baja	23.1	31.6		
Progresión de la enfermedad (CV y CD4)	Alta	18.8	75	7.200	0.007*
	Baja	81.2	25		

Nota: $p \leq .005$ diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

En los resultados se destaca que la mayoría reportó tener estudios de licenciatura y/o posgrado, lo que equivale a más de 15 años de escolaridad. Tal dato, superior al promedio nacional reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) para población mayor de 15 años (9.7) y al estatal (10.4), muestra que se trata de una población que puede tener mayor acceso a información y, por ende, a más herramientas y conocimientos para mantener una adherencia al tratamiento.

Desde el punto de vista clínico, en general, se observa que son pacientes con VIH con una media de diagnóstico de 10 años. Aunque la mayoría reportó ser consistente con el tratamiento, un porcentaje menor (38 %), pero no por ello menos importante, comentó haberlo abandonado alguna vez. Estos resultados sugieren que algunos participantes enfrentan dificultades en la adherencia al tratamiento, lo que puede reflejar que no cumplen con todas las recomendaciones dadas por el personal de salud. Es esencial reconocer



que una adecuada adherencia al TAR es crucial para alcanzar una supresión sostenida de la carga viral, garantizar una calidad de vida adecuada y erradicar la transmisión del virus la enfermedad (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2018). No adherirse al TAR compromete el restablecimiento del estado inmunológico de las personas (Caballero et al., 2018; Font et al., 2019; Deeks et al., 2013).

Por otro lado, es una población que tiene conocimiento sobre su proceso de enfermedad al tener, en su mayoría, información sobre su carga viral y conteo CD4. Diversos estudios señalan que es más probable que mantenga una adherencia adecuada la población que se muestra interesada en conocer la evolución de su padecimiento (Arechabala et al., 2005; Atukunda et al., 2017; Caballero et al., 2018; Chandran et al., 2019; Díaz et al., 2018; Remor, 2002).

En el grupo participante, la mayoría percibió un adecuado apoyo social (73 %), en contraste, y el 27 % perciben un escaso apoyo social por parte de sus seres cercanos. Estos datos contrastan con lo expuesto por Campillay y Monárdez (2019), quienes describen una percepción baja de nivel de apoyo social en pacientes con VIH. Las principales fuentes de apoyo social fueron la pareja, madre y amigos. Esto confirma lo señalado por Caballero et al. (2018), quienes destacan a los compañeros sentimentales y mujeres (en particular las madres), como los principales proveedores de apoyo.

En el instrumento VPAD-30, creado para evaluar variables psicológicas y comportamientos relacionados con la adherencia al tratamiento, pudo observarse de forma general una alta adherencia, similar a los hallazgos de Díaz et al. (2018), quienes reportaron que más del 50 % de sus participantes cumplían con el tratamiento. No obstante, al ser un instrumento de carácter autoaplicado, esta cifra de adherencia alta pudiera no corresponder a la realidad, debido a preocupaciones de autopresentación y deseabilidad social que pudieran sentir las y los participantes, sesgando el instrumento (Lavados-Sepúlveda, 2022). Lo anterior



refuerza lo expuesto por Díaz et al. (2018), quienes enfatizan en la necesidad del análisis de carga viral y conteo de CD4 como indicador objetivo del apego al TAR.

Al analizar la adherencia por medio de la carga viral, se observó que 67 % presenta una adherencia adecuada, mientras que se tuvo una adherencia baja en el 33 %, cifras que son similares a lo reportado por el instrumento VPAD-30. Esto sugiere que las y los participantes siguen su tratamiento de manera adecuada, evitando la progresión de la enfermedad y garantizando un estado de supresión viral, reafirmando lo expuesto por diversos autores (García, 2017; Noda et al., 2013).

En cuanto a la relación entre las variables analizadas, los parámetros de la carga viral y conteo de CD4 variaban según el tipo de familia de las y los participantes. Aquellos que pertenecían a familias tradicionales (con hijos y extensa) presentaban más variabilidad, lo que refleja una tendencia a presentar progresión de su padecimiento y una posible mala adherencia al tratamiento. Esto contrasta con los resultados del VPAD-30, que reporta cifras más altas de adherencia terapéutica. Esta discordancia coincide con Lavados-Sepúlveda (2022) con respecto a la deseabilidad social y autopresentación como sesgo de los instrumentos auto aplicados. Sin embargo, haría falta contar con una muestra más robusta para dar mayor solidez al hallazgo.

Por otro lado, de las ocho personas con tendencia a experimentar progresión de su padecimiento, siete pertenecían a familias tradicionales. Las y los participantes de familias tradicionales manifestaban mayores variaciones en cuanto a rebotes virales y ausencias de más de un año en la toma de muestras para laboratorios. Estos hallazgos son distintos a los encontrados por otros autores, que señalan a las familias tradicionales como variables que promueven las conductas de adherencia terapéutica (Arechabala et al., 2005; Souza et al., 2018; Chandran et al., 2019; Mosqueda et al., 2017), lo que apunta a la pertinencia de continuar estudiando el tema.



Conclusiones

Se encontraron diferencias significativas en la comparación entre la adherencia al tratamiento y la progresión de la enfermedad en relación con la percepción de apoyo. A medida que aumenta la percepción del apoyo recibido, se nota una disminución en la progresión de la enfermedad. Esta tendencia coincide con lo reportado en investigaciones anteriores (Piña, 2006; Remor, 2002), lo que subraya la importancia de promover redes de apoyo social para mejorar los resultados de salud de los pacientes.

A pesar de que la mayoría de las y los participantes evaluaron positivamente sus redes de apoyo, la adherencia al tratamiento fue inferior a lo esperado. Las personas que pertenecen a familias tradicionales presentaron una mayor variabilidad en sus valores históricos de carga viral y conteo de CD4, lo que muestra una tendencia hacia la progresión de su padecimiento y sugiere una adherencia inadecuada al tratamiento. En contraste, las y los participantes que reportaron un apoyo social adecuado evidenciaron una mayor adherencia al TAR y una menor progresión de la enfermedad. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar estudiando el tema, debido a que el presente estudio es exploratorio. Asimismo, enfatizan la necesidad de tener en cuenta factores psicológicos y sociales al diseñar intervenciones que optimicen la adherencia al tratamiento y el bienestar de los pacientes.

Contribución de los autores

María Fernanda Dávila Ortiz: Conceptualización, investigación, curación de datos, análisis de datos, redacción, borrador original. **Elba Abril-Valdez:** Conceptualización, análisis formal, investigación, administración de proyecto, redacción, revisión y edición. **Rosario Román:** Validación, redacción, revisión y edición. **María José Cubillas Rodríguez:** Análisis formal, redacción, revisión y edición. **Víctor Alexander Quintana López:** Investigación, redacción, revisión y edición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.



Financiamiento

No se contó con financiamiento para esta investigación.

Agradecimientos

Se agradece a los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) por las facilidades otorgadas para la realización de este proyecto. Asimismo, se reconoce y valora la participación de las personas que compartieron sus experiencias, contribuyendo de manera significativa al desarrollo de esta investigación.

Referencias

- Arechabala, M. C., Soria-Galvarro, X. F., Vásquez, P., Castro, P. y Scrivanti, M. (2005). Apoyo social percibido por un grupo de personas viviendo con VIH/SIDA. *Revista Horizonte de Enfermería*, 16(1), 21-29. <https://revistacienciapolitica.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12706>
- Atukunda, E. C., Musiimenta, A., Musinguzi, N., Wyatt, M. A., Ashaba, J., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2017). Understanding Patterns of Social Support and their Relationship to an ART Adherence Intervention among Adults in Rural Southwestern Uganda. *AIDS and Behavior*, 21(2), 428-440.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients. *Medical Care*, 26(7), 709-23. <https://www.doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Caballero, C., de la Cruz, K., Iglesias, Y. y Jiménez, E. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA. En A. D. Marengo-Escuderos (comp.), *Estudios del desarrollo humano y socioambiental. Serie Cuadernos de Psicología Reformada* (3), (pp. 126-150). Ediciones CUR.
- Campillay, M. y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85089247944&origin=reflist>
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. (2021). *VIH*. <https://www.cdc.gov/hiv/es/vih.html>



- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2021). *Directorios de Servicios de Salud VIH y VHC*. <https://www.gob.mx/censida/documentos/directorios-de-servicios-de-salud-sobre-vih-y-vhc>
- Chandran, A., Benning, L., Musci, R. J., Wilson, T. E., Milam, J., Adedimeji, A., Parish, C., Adimora, A., Cocochoba, J., Cohen, M., Holstad, M., Kassaye, S., Kempf, M., & Golub, E. T. (2019). The Longitudinal Association Between Social Support on HIV Medication Adherence and Healthcare Utilization in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS and Behavior*, 23(8), 2014-2024. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2308-x>
- Deeks, S. G., Lewin S. R., & Havlir, D. V. (2013). The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *Lancet*, 382(9903), 1525–1533. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61809-7)
- Díaz, R. L., Elizarrarás, J., Salinas, C., Villegas, D., Elizarrarás, J. D. y Contreras, C. (2018). Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes portadores de VIH en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*; 5(1), 10-16. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=111522>
- Fauci, A., Hauser, K., & Jameson, L. (2018). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20.^a ed. McGraw Hill.
- Félix-Requena, S. (1989). El concepto de red social. *Reis*, 1(48), 137-152. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.48.137>
- Font, R., Sanmarti, M., Quintana, S., Dalmau, S. y Escobar Bravo, M. Á. (2019). Influencia del apoyo social en la calidad de vida en pacientes mayores con VIH. *Revista Multidisciplinar del SIDA*, 7(16), 7-19. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/influencia-del-apoyo-social-en-la-calidad-de-vida-en-pacientes-mayores-con-vih/>
- García, A. (2017). *Seguimiento de carga viral y conteo de cd4 en pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral en el departamento de infección transmisión sexual y VIH/SIDA del Hospital Central de las Fuerzas Armadas abril 2016-abril 2017* [tesis de doctorado]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1246>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*, 6.a edición. McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Grado promedio de escolaridad de la población de 15 y más años por entidad federativa según sexo, años censales seleccionados 2000 a 2020*.



https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Educacion_Educacion_05_2f6d2a08-babc-442f-b4e0-25f7d324dfe0

- Lavados-Sépulveda, M. A. (2022). *Test de competencia moral: evidencia de validez basada en el proceso de respuesta* [tesis de maestría.] Facultad de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile <https://repositorio.uc.cl/server/api/core/bitstreams/ec7ccb6a-5b85-4f72-bb2c-adab3fd6b611/content>
- López-Romo, H. (2016). *Los once tipos de familia en México*. *AMAI*, (47), 26-31. <https://amai.org/revistaAMAI/47-2016/6.pdf>
- Melo, L., Cortez, C. y Santos, R. (2020) ¿Es frágil la cronicidad del VIH/SIDA? Biomedicina, política y sociabilidad en una red social en línea. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 28, e3298. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4006.3298>
- Miranda Gómez, O. y Nápoles Pérez, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4), 63-72. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es
- Mosqueda, D. E., Pérez, G. D., Juárez, Y. M., de la Cruz, A. M. y Arcos, K. (2017). Apoyo social en personas que viven con VIH. En El Colegio de la Frontera Sur (Ed.), *Salud, Educación, Sociedad y Economía en la Frontera Sur de México*, (pp. 107-123). ECOSUR <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD46905.pdf>
- Nance, R. M., Delaney, J. C., Simoni, J. M., Wilson, I. B., Mayer, K. H., Whitney, B. M., Aunon, F., Safren, S., Mugavero, M., Mathews, W., Christopoulos, K., Eron, J., Napravnik, S., Moore, R., Rodríguez, B., Lau, B., Fredericksen, R., Saag, M., Kitahata, M., & Crane, H. M. (2018). HIV Viral Suppression Trends Over Time Among HIV-Infected Patients Receiving Care in the United States, 1997 to 2015: A Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*, 169(6), 376-384. <https://doi.org/10.7326/m17-2242>
- National Institute of Health (2018). *Glosario de InfoSIDA. Términos relacionados con el VIH/SIDA*. <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/glossary/Glossary-Spanish-HIVinfo.pdf>
- Neves, L., Castrighini, C., Reis, R., Canini, S. y Gir, E. (2018). Apoyo social y calidad de vida de las personas con coinfección de tuberculosis/VIH. *Enfermería Global*, 7(50), 1-29. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>
- Noda, A. L., Vidal, L. A., Pérez, J. E. y Cañete, R. (2013). Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. *Revista Cubana de Medicina*, 52(2), 118-127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000200005



- Oliveira, R., Primeira, M., Santos, W. M., Paula, C., & Padoin, S. (2020). Association Between Social Support and Adherence to Anti-Retroviral Treatment in People Living with HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190290. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190290>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2018). *Indetectable = intransmisible. La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH*. UNAIDS. <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. OMS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Ortega, J. J., Sánchez, D., Rodríguez, O. A. y Ortega, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Sampling Techniques on a Population Study. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Piña, J. A., Corrales, A. E., Mungaray, K. y Valencia, M. A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Publica*, 19(4), 217–28. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7982>
- Piña, J. A. y Rivera, B.M. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del Noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, XIII(2), 53-63. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000200007&script=sci_arttext
- Ramos, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 16(2), 175-189. <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>
- Ramos, M. A., González, M. G., Villaseñor, D. A., Díaz, J. A. y Castañeda, M. D. L. (2020). Discriminación social y su relación con el afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH. *Revista Mexicana de Enfermería*, 8(2), 47-52. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=114445>
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 143-148. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13035258>



- Secretaría de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010#gsc.tab=0
- Souza, L., Castrighini, C., Reis, R., Canini, S. y Gir, E. (2018). Apoyo social y calidad de vida de las personas con coinfección de tuberculosis/VIH. *Enfermería Global*, 17(50), 1-29. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>
- Trickey, A., May, M. T., Vehreschild, J., Obel, N., Gill M..., & Crane, H. (2017). Survival of HIV-Positive Patients Starting Antiretroviral Therapy Between 1996 and 2013: A Collaborative Analysis of Cohort Studies. *Lancet HIV*, 4(8), e349–56. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(17\)30066-8](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(17)30066-8)
- Valles, A. (2019). *Modelos y teorías de salud pública*. Universidad Autónoma del Estado de Baja California. https://www.researchgate.net/publication/339662890_Modelos_y_Teorias_de_Salud_Publica
- Vella, S., Schwartländer, B., Sow, S., Eholie, S., & Murphy, R. (2012). The History of Antiretroviral Therapy and of its Implementation in Resource-Limited Areas of the World. *AIDS*, 26(10), 1231-1241. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835521a3>

Cómo citar este artículo: Dávila Ortiz, M. F., Abril-Valdez, E., Román Pérez, R., Cubillas Rodríguez, M. J., & Quintana López, V. A. (2025). Percepción de Apoyo Social y su Relación con la Adherencia Terapéutica en Personas con VIH. *Psicumex*, 15(1), 1–25, e687. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.687>

