

Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II

Self-efficacy, social support and adherence to treatment in adult patients with type 2 diabetes

Sergio Canales Vergara y Enrique Barra Almagiá¹

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue examinar las relaciones de la autoeficacia y el apoyo social percibido con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo II. Se estudiaron 118 pacientes de ambos sexos, de entre 35 y 64 años, de la ciudad de Concepción (Chile), quienes respondieron la Escala de Autoeficacia Generalizada y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. La adherencia se midió a través de dos indicadores: el autorreporte de ingestión de medicamentos y el nivel de compensación metabólica. Se encontró que tanto la autoeficacia como el apoyo social presentaron relaciones significativas con ambos indicadores de adherencia, siendo algo mayor la magnitud de la relación de la adherencia con el apoyo social que con la autoeficacia. Se proponen diversas explicaciones para los resultados obtenidos.

Palabras clave: Diabetes; Autoeficacia; Apoyo social; Adherencia.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to examine the relationship of self-efficacy and perceived social support with treatment adherence in patients with type 2 diabetes. The study was carried out in 118 patients, both sexes, 35-64 years of age, from Concepción (Chile), who answered the General Self-Efficacy Scale and the Perceived Social Support Questionnaire. Adherence was measured through self-report and metabolic compensation. It was found that both self-efficacy and social support had significant relationships with self-reported adherence and metabolic compensation, being higher the relationship of social support with treatment adherence. Diverse explanatory factors for obtained results are proposed.

Key words: Diabetes; Self-efficacy; Social support; Adherence.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM en lo sucesivo) II es una patología crónica con creciente prevalencia y que genera mayor discapacidad, años de vida perdidos y mortalidad que cualquier otra enfermedad crónica, por lo que ocupa gran parte de los recursos sanitarios de los gobiernos e implica un alto costo para el individuo y su familia (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2010a; Ortiz, 2006).

¹ Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción, Chile, tel. (56)412-20-39-58, correos electrónicos: scanales@udec.cl y ebarra@udec.cl. Artículo recibido el 3 de julio de 2012 y aceptado el 20 de marzo de 2013.

Una de las grandes dificultades que se enfrentan en esta patología es la falta de un manejo efectivo de los pacientes, lo que queda de manifiesto en los deficientes resultados de los tratamientos: baja proporción de pacientes diabéticos bien controlados, creciente número de pacientes diabéticos que ingresa a diálisis, alta frecuencia de pacientes con pie diabético que deben ser amputados y otros (MINSAL, 2010b).

Por otro lado, los pacientes diabéticos constituyen un grupo de alto riesgo en la manifestación de enfermedades cardiovasculares agudas y riesgo de mortalidad similar al de aquellos con enfermedad cardíaca ya declarada. Ello se debe a la mayor prevalencia de otros factores de riesgo y al efecto de la propia enfermedad sobre la macro y microcirculación. Por ello, las guías clínicas recomiendan aplicar a los pacientes diabéticos las mismas medidas de control de los factores de riesgo coronario que las indicadas en la prevención secundaria para los pacientes no diabéticos. Las medidas específicas del tratamiento de la DM involucran el ejercicio físico periódico, una dieta determinada y la ingesta de uno o más medicamentos (MINSAL, 2010b). La persona deberá generar cambios significativos y permanentes en su conducta, lo que generalmente ocasiona un estado de angustia y rechazo a la nueva condición de vida y afecta negativamente la terapia (Medel y González, 2006; Ortiz, 2006). Dentro de las medidas que apoyan el tratamiento se considera importante un equipo multidisciplinario que enfatice la educación del paciente y de su familia, el manejo de la dieta, la actividad física, el control metabólico, el peso y el bienestar psicológico (MINSAL, 2010b). El tratamiento que incluye intervenciones psicosociales es más efectivo que el basado únicamente en recursos farmacológicos (Medel y González, 2006). La adherencia recibe la influencia de ciertos factores psicosociales, tales como el apoyo social y familiar, las relaciones con los profesionales y también la autoeficacia (Achury, 2007; Balcázar, Gurrrola, Urcid y Colín, 2011; Dutton, Jonhson, Whitehead, Bondenlos y Brantley, 2005; Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006).

Adherencia

La adherencia al tratamiento es conceptualizada como la coincidencia entre la prescripción que se realiza y la conducta del paciente (Margulies, Barber y Recoder, 2006). Holguín et al. (2006) sostienen que involucra más que el mero cumplimiento de las indicaciones puesto que requiere una colaboración y participación activa y voluntaria del paciente con su tratamiento.

Casi la mitad de los pacientes no se adhiere a los tratamientos en general, y un tratamiento con un patrón complejo de conductas, como es el caso de la DM, genera aún menos adherencia (Martín y Grau, 2005). Medel y González (2006) informan que entre los factores que dificultan la adherencia están la falta de apoyo social, la baja autoestima, la ausencia de conocimientos y un bajo nivel educacional.

Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006) observaron que el cuidado otorgado por la familia desempeña un importante rol en el tratamiento y estimula el autocuidado. Krichbaum, Aarestad y Buethe (2003) encontraron relaciones positivas entre la adherencia y la motivación del paciente por su salud, las relaciones interpersonales con los médicos, la aceptación de normas, el valor asignado a la salud y la autoeficacia. De acuerdo a Dutton et al. (2005), la autoeficacia y la motivación tienen un papel más importante que las barreras ambientales en la realización de actividades físicas.

La compensación o control metabólico se asocia con la adherencia a los medicamentos. Mientras más beneficios atribuye el paciente al tratamiento y menos barreras percibe para su ejecución, mayor es la probabilidad de que esté compensado metabólicamente (Ortiz y Ortiz, 2007; Quintana, Merino, Merino y Cea, 2008).

Resulta relevante conocer el seguimiento por parte de los pacientes de las indicaciones terapéuticas, ya que es en la adherencia donde se mide la efectividad del tratamiento y la compensación (Ortiz, 2006). Sin embargo, la medición de la adherencia al tratamiento de la diabetes es compleja, pues se debe evaluar un gran número de conductas. Por ello, son necesarios una adecuada operacionalización del concepto y el desarrollo de mecanismos y procesos que consideren la integra-

ción de métodos directos (exámenes de sangre y de orina) e indirectos (entrevistas y autoinformes) para evaluar la adherencia al tratamiento (Ortiz y Ortiz, 2007).

Autoeficacia

La autoeficacia se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana, específicamente en los comportamientos de prevención y manejo de enfermedades y condiciones crónicas (Balcázar et al., 2011). La autoeficacia puede definirse como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Olivari y Urrea, 2007). Cid, Orellana y Barriga (2010) informan la existencia de relaciones positivas entre la autoeficacia, el nivel de autoestima y el estado de salud percibido o percepción de bienestar. La autoeficacia es una variable mediacional que se relaciona con los comportamientos saludables, la adherencia al tratamiento y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos (Krichbaum et al., 2003).

Altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo más positivos, condiciones de salud más favorables, menor cantidad de síntomas de distrés psicológico y mayor cumplimiento de las prescripciones médicas (Sarkar, Fisher y Schillinger, 2006). Se han demostrado los efectos positivos de una alta autoeficacia en el comportamiento de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes (Balcázar et al., 2011; Mishali, Omer y Heymann, 2011); en cambio, los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con el distrés psicológico, el afecto negativo y la disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos (Sarkar et al., 2006).

Apoyo social

El apoyo social se puede definir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otros y de pertenecer a una red social (Barra, 2004). Tiene un efecto protector en múltiples parámetros relacionados con la salud, como morbilidad psiquiátrica, afecciones obstétricas y recuperación de enfermedades crónicas, tales como la hipertensión o la diabetes (Ponce et al., 2009; Vinaccia et al., 2006).

Con relación a las enfermedades cardiovasculares, se ha determinado la importancia del apoyo social como un factor pronóstico en pacientes con cardiopatía isquémica (Achury, 2007). Di Matteo (2004), a su vez, revisó investigaciones realizadas entre 1948 y 2001, en las cuales se analizan las relaciones entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento en diferentes patologías, regímenes de tratamiento, estrategias de medición y rangos etarios, encontrando una consistente relación positiva entre apoyo social y adherencia al tratamiento. La mayoría de las investigaciones han hallado una relación –y en algunos casos una influencia directa– entre el apoyo social y la adherencia a diferentes tratamientos farmacológico, dieta o ejercicios físicos (Di Matteo, 2004).

Con el fin de precisar la relación entre algunos factores psicosociales y el afrontamiento de esta enfermedad, el presente estudio examinó la relación entre autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo II.

MÉTODO

Participantes

La población escogida para el estudio fueron los pacientes controlados por DM II en el Consultorio de Salud Familiar Bellavista de la provincia de Concepción (Chile). De los 541 pacientes en control, se seleccionaron aquellos que lo habían estado a lo largo de un año o más, tenían edades de entre 35 y 64 años y vivían en el sector urbano, lo que dio como resultado una muestra de 237 pacientes, de los cuales se escogió al azar a la mitad de ellos. Por tanto, la muestra definitiva quedó constituida por 118 participantes (67 mujeres y 51 hombres) de entre 35 y 64 años de edad, con promedio de 54.2 años, quienes tenían un nivel educacional que varió entre la educación básica incompleta y la educación media completa.

Instrumentos

Adherencia al tratamiento farmacológico. Para medir la adherencia, se utilizó el cuestionario de Morisky, Green y Levine (1986), compuesto por cuatro preguntas con dos alternativas de respuesta

(“sí” y “no”), lo cual otorga un rango de puntajes que va de 0 a 4. En el presente estudio, su confiabilidad, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0.89.

Apoyo social. Se utilizó para ello la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988), adaptada para la población chilena por Arechabala y Miranda (2002). Contiene doce ítems agrupados en tres dimensiones: familia, amigos y otros significativos; es una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, por lo que el puntaje puede variar entre 12 y 48. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido en el presente estudio fue de 0.77.

Autoeficacia. Se utilizó para medir esta variable la versión en español de la Escala de Autoeficacia General, adaptada en Chile por Cid et al (2010), la cual se conforma por diez reactivos en una escala Likert con puntajes con recorrido de 1 a 4, por lo que el puntaje puede variar entre 10 y 40 puntos. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0.70.

Nivel de compensación. Se consideraron los niveles plasmáticos de hemoglobina glicosilada (HbA1c), información que se obtuvo de los registros informáticos del consultorio. Se citó a los

que no contaban con esa medición para hacerse el examen. En este caso, puntajes menores indican un mayor nivel de compensación, considerándose como descompensados aquellos pacientes con niveles de HbA1c superiores a 7% (MINSAL, 2010a).

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos en el domicilio del participante, previo acuerdo telefónico, quien fue informado del objetivo del estudio; al aceptar, se procedió a la lectura y firma de un formato de consentimiento informado. La aplicación de instrumentos tuvo una duración de 40 minutos en promedio. Para asegurar la confidencialidad de la información, a cada participante se le asignó un código, mismo que únicamente fue manejado por los investigadores responsables.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los datos referentes a la edad, nivel de escolaridad y situación ocupacional de los participantes.

Tabla 1. Características de los participantes del estudio.

Característica		Hombres	Mujeres	Total
Edad	35-44 años	4	6	10
	45-54 años	22	18	40
	55-64 años	25	43	68
Escolaridad	Educación básica incompleta	3	13	16
	Educación básica	31	38	69
	Educación media incompleta	15	13	28
	Educación media	2	3	5
Ocupación	Desempleado(a) completa	10	0	10
	Dueña(o) de casa	11	36	47
	Con empleo	30	31	61

En la Tabla 2 se muestran los resultados del análisis de correlación bivariada mediante el coeficiente de Spearman, incluyéndose las variables de

edad, nivel educacional, adherencia al tratamiento farmacológico, nivel de compensación, autoeficacia y apoyo social.

Tabla 2. Correlaciones entre las diferentes variables mediante el coeficiente de Spearman.

	Nivel educacional	Adherencia al tratamiento farmacológico	Compensación	Autoeficacia	Apoyo social
Edad	-.054	-.087	.119	-.026	-.001
Nivel educacional	—	.279**	-.372**	.331**	.270**
Adherencia al tratamiento farmacológico		—	-.644**	.488**	.538**
Compensación			—	-.617**	-.711**
Autoeficacia				—	.618**

*p < 0.01

En primer lugar, se puede observar que hay una correlación muy destacada entre compensación y adherencia a tratamiento farmacológico, lo que indica una considerable consistencia entre el índice objetivo de adherencia y el autoinforme de los participantes; de hecho, a menor nivel de HbA1c (mayor compensación) hay mayor adherencia farmacológica en el autoinforme. Tanto el nivel de compensación como la adherencia farmacológica muestran relaciones significativas con el apoyo social y la autoeficacia, siendo algo mayor la magnitud de la relación de estas últimas variables con el nivel de compensación que con el autoinforme de adherencia farmacológica. Asimismo, el nivel de compensación y la adherencia farmacológica muestran relaciones significativas –aunque de menor magnitud– con el nivel de escolaridad de los participantes; así, a mayor nivel de escolaridad, mayor adherencia farmacológica y mayor compensación. En cambio, la edad de los participantes no mostró relaciones significativas con la adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio revelan que tanto el apoyo social como la autoeficacia y el nivel educacional tienen una relación significativa con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, exhibiendo el apoyo social y la autoeficacia relaciones de mayor magnitud con la adherencia que el nivel educacional.

Estos hallazgos resultan consistentes con lo planteado en torno al tema por diversos autores (Ponce et al., 2009; Tejada et al., 2006; Vinaccia et al., 2006), quienes manifiestan que el apoyo social es un factor protector para una serie de variables asociadas con la salud, entre ellas la adherencia al tratamiento y la recuperación de ciertas enfermedades.

Lo anterior se explica debido a que un mayor apoyo social percibido permite a la persona lograr una mayor estabilidad y control de sus procesos, lo que contribuye a la construcción de una percepción más positiva de su ambiente y facilita la interacción con el personal sanitario, que es el que finalmente entrega las indicaciones que debe cumplir el paciente. Además, el apoyo social fa-

vorece el autocuidado y un uso más eficiente de los recursos personales y sociales (Barra, 2004), actitudes que se relacionan directamente con el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

En este estudio, el apoyo social demostró tener una relación importante con la adherencia al tratamiento, tanto en su aspecto farmacológico como en la compensación metabólica. Dicho resultado es consistente con algunos estudios que consideran ese apoyo como una variable significativa al momento de predecir conductas saludables y un mejor afrontamiento de las enfermedades y su tratamiento (Ponce et al., 2009; Vinaccia et al., 2006). En otras investigaciones se ha encontrado que el apoyo social es un efectivo mediador en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes porque contribuye a manejar de mejor forma el estrés provocado por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Di Matteo, 2004; Vinaccia et al., 2006).

El hecho de que el apoyo social tenga una relación algo mayor con la compensación metabólica que con la adherencia farmacológica podría explicarse porque el tratamiento de la DM II consiste no tan solo en seguir las instrucciones farmacológicas, sino que asimismo involucra la realización de ejercicios físicos y el seguimiento de una dieta, variables que probablemente están también mediadas por el apoyo social, que si bien no se reflejan en la adherencia farmacológica, sí lo hacen en el nivel de la compensación metabólica.

De igual modo, la autoeficacia aparece significativamente relacionada con la adherencia al tratamiento, lo que concuerda con ciertos trabajos que han planteado que la autoeficacia es una variable mediacional que tiene relación con comportamientos saludables y de adherencia al tratamiento (Al-Khawaldeh, Al-Hassan y Froelicher, 2012; Álvarez y Barra, 2010; Balcázar et al., 2011; Mishali et al., 2011). Así, Krichbaum et al. (2003) reportan hallazgos similares en cuanto a la relación positiva de la autoeficacia con la adherencia al tratamiento, y también con la mejoría (compensación) de la diabetes. Balcázar et al. (2011) plantean que un nivel alto de autoeficacia tiene consecuencias benéficas para el funcionamiento de la persona y para su bienestar general; en el caso de que se someta a tratamientos, hay más probabilidad de que los lleve a cabo exitosamente.

Por otro lado, se encontró que el nivel educacional guarda una relación con la compensación metabólica y con la adherencia al tratamiento farmacológico, aunque tales relaciones son de menor magnitud que las del apoyo social y la autoeficacia. Lo anterior coincide con lo planteado por Medel y González (2006), en el sentido de que un bajo nivel educacional es uno de los factores que dificultan la adherencia al tratamiento, probablemente porque una de las claves para la buena adherencia es el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad.

Los resultados obtenidos pueden contribuir a una mejor comprensión del fenómeno de la adherencia al tratamiento respecto a la DM II, considerando su explosivo aumento en cuanto a su prevalencia, enriqueciendo así su conceptualización y poniendo énfasis en aspectos que son relevantes al momento de buscar un tratamiento efectivo. El conocimiento que se obtenga de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento resulta fundamental para que las intervenciones en las personas aquejadas de la enfermedad puedan llevarse a cabo a partir de una perspectiva integral.

Los hallazgos permiten confirmar que el apoyo social es un factor significativamente relacio-

nado con la adherencia al tratamiento de la DM II y que puede ser útil para generar estrategias de intervención que apunten a mejorar dicha adherencia y la compensación. En este sentido, la conformación de grupos terapéuticos formados por personas que pasaron o están pasando por lo mismo a fin de que apoyen para que los pacientes asuman la enfermedad y su tratamiento, supone la creación de lazos afectivos que pueden transformar ese grupo en uno de pertenencia, lo que puede aumentar el apoyo social percibido, que contribuye a su vez a una mayor adherencia y compensación.

Las investigaciones que se realicen a futuro deberían considerar que el apoyo social, la autoeficacia y el nivel educacional únicamente explican una parte de las variaciones en la adherencia y la compensación, por lo que se podrían incluir nuevas variables que contribuyan a explicar más completamente el fenómeno. Se espera que los nuevos conocimientos científicos lleven a profundizar los planteamientos aquí expuestos y posibiliten el desarrollo de aplicaciones prácticas que permitan abordar de forma más eficiente una las pandemias más dañinas de nuestro tiempo.

REFERENCIAS

- Achury, D. (2007). Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan*, 7, 139-160. Disponible en red: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74107206.pdf>.
- Al-Khawaldeh, O., Al-Hassan, M. y Froelicher, E. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.
- Álvarez, E. y Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63-72.
- Arechabala, M. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.
- Balcázar, P., Gurrola, G., Urcid, S. y Colín, H. (2011, febrero-marzo). Comparación de autoeficacia percibida en pacientes adultos con diabetes tipo 2. Memorias del 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Disponible en red: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2556/1/14conf5950239.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Cid, P., Orellana, A. y Barriga, O. (2010). Validación de la Escala de Autoeficacia General en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 551-557.
- Di Matteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Dutton, G., Johnson, J., Whitehead, D., Bodenlos, J. y Brantley, P. (2005). Barriers to physical activity among predominantly low-income African-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28, 1209-1211.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.

- Krichbaum, K., Aarestad, V. y Buethe, M. (2003). Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self management. *The Diabetes Educator*, 29(4), 653-662.
- Margulies, S., Barber, N. y Recoder, M. (2006). VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología*, 3, 281-299.
- Martín, L. y Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En J. Grau (Ed.): *Psicología de la salud*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Medel, B. y González, L. (2006). Estilos de vida: Experiencias con la adherencia a tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index de Enfermería*, 15, 52-53.
- Ministerio de Salud de Chile (2010a). *Encuesta Nacional de Salud. Chile, 2009-2010*. Santiago de Chile: Autor.
- Ministerio de Salud de Chile (2010b). *Guía clínica para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II*. Santiago de Chile: Autor.
- Mishali, M., Omer, H. y Heymann, A. (2011). The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Practice*, 28, 82-87.
- Morisky, D.E., Green, L.W., Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Olivari, C. y Urrea, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-148.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Ponce, J., López, L., Velásquez, A., Márquez, E., Bellido, M. y Cruz, F. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18(4), 224-228.
- Quintana, A., Merino, J., Merino, P. y Cea, J. (2008). Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 136, 1007-1014.
- Sarkar, U., Fisher, L. y Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823-829.
- Tejada, L., Grimaldo, B. y Maldonado, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y sus familias acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 7(1), 58-64.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Gaviria, A., Chavarría, F. y Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia a tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes Psicológicos*, 8, 89-106.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.