

Apoyo social y autoeficacia entre enfermos de Esclerosis Múltiple

María José García Muñoz¹

Juan Martell Muñoz²

Resumen

El objetivo de este artículo es identificar la relación entre la Autoeficacia y el Apoyo Social en personas con esclerosis múltiple. Materiales y métodos: estudio correlacional de tipo transversal, con un diseño no experimental, usando una muestra no probabilística, de tipo no homogénea, contando con una muestra de 40 personas con esclerosis múltiple. Se utilizó *The Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale de Rigby*. Además, de una cedula de entrevista con las dimensiones de adherencia al tratamiento, apoyo familiar, aspectos del padecimiento, consumo de alcohol y tabaco, y por último ejercicio físico. Resultados: Los resultados del coeficiente de correlación de Pearson mostraron que no hay relación significativa entre el apoyo social y la autoeficacia en personas con esclerosis múltiple. Finalmente, la prueba de t de student reporto que entre la población de mujeres y la de hombres no existen diferencias significativas en relación a sus respuestas.

Palabras clave: autoeficacia, esclerosis múltiple, apoyo social.

Abstract

The main of this article is to identify the relationship between self-efficacy and Social Support in people with multiple sclerosis. Materials and methods: a cross-sectional correlational study, with a non experimental design, using a non probabilistic sample, of homogeneous type counting with a population of 40 people with multiple sclerosis. We used Rigby, Domenech, Thornton, Tedman, y Young (2003) and the Multidimensional Scale of perceived social support of Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) with a Likert type response mode validated by Arechabala and Miranda (2002). In addition, an interview card was used with the dimensions of adherence to treatment, family support, aspects of the condition, consumption of alcohol and tobacco and physical exercise. Results: the Pearson correlation coefficient test show that in this population there is no relationship between social support and self-efficacy.

¹ Estudiante de la Maestría en Psicología Aplicada de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: majogamuz8@gmail.com

² Docente-Investigador de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: jmartellm@yahoo.com

Keywords: self-efficacy, multiple sclerosis, social support.

Introducción

La esclerosis múltiple (desde ahora EM) es una enfermedad autoinmune del Sistema Nervioso Central (desde ahora SNC) cuya principal característica es la aparición de lesiones focales, múltiples y distribuidas en la sustancia blanca, denominadas placas, donde sobresale la desmielinización de las neuronas con el mantenimiento relativo de los axones, pues siempre está presente un grado relativo de deterioro axonal (Fernández, Fernández y Guerrero, 2012), la cual, puede iniciar de forma repentina y sus manifestaciones dependen del lugar del SNC donde se presenten las lesiones (Hauser y Goodin, 2008).

El síntoma de inicio más frecuente es la alteración de la sensibilidad, haciéndose presente en hasta un 40-45% de los pacientes, la cual se caracteriza por “parestesias o acorchamiento de 1 o más miembros debidos a la alteración del haz espinotalámico” (Carretero Ares., Bowakim Dib y Acebes Rey, 2001). Otro de los síntomas con los cuales se detecta en sus inicios el padecimiento es la neuritis óptica la cual: “Es generalmente unilateral, y su expresividad clínica varía desde ligera visión borrosa y pérdida de la saturación del color a amaurosis” (Amosa y González, 2014, p. 67). También se manifiesta debilidad de las extremidades, como otro síntoma característico de la enfermedad, a través de pérdida de la potencia, así como fatiga o trastornos de la marcha (Hausin y Goodin, 2008).

Actualmente la Esclerosis Múltiple resulta ser una de las enfermedades más incapacitantes a nivel neurológico, teniendo una prevalencia de 2,3 millones de personas en el mundo (Mouzo, 2015). Afectando principalmente a pacientes con promedios de edad entre los 20-45 años, siendo más frecuente en mujeres con un 60% en relación a los hombres (Amosa y González, 2014). En México, “existen de 15 a 18 casos por cada 100 000 habitantes, es decir, hay más de veinte mil casos en todo el país” (Treviño, 2007).

Rivera-Navarro, Benito-León, Morales-González (2001, p.705) remarcan la importancia del ámbito social y psicológico en este padecimiento, establece como definición central la siguiente: “La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad con importantes consecuencias psicológicas y sociales para las personas que la padecen, dado que tiene un carácter impredecible en su evolución crónica”. Los mismo autores señalan que al manifestar estados emocionales que la enfermedad trae como consecuencia a los individuos que la padecen además de un alto costo social, sobre todo en la dependencia de familiares y redes de apoyo directas e indirectas.

Esto precede cambios y dificultades en la vida de las personas, repercutiendo principalmente en su calidad de vida y en su salud mental, por lo cual, el apoyo social por parte de las redes de apoyo, material, instrumental y emocional puede servir como amortiguador de los efectos negativos causados por la enfermedad y tener a su vez repercusiones positivas en la salud, sirviendo como un protector al individuo que lo recibe (Vaux, 1988).

Apoyo social

El apoyo social se define como: “una construcción multidimensional que se refiere a las características y la función de las relaciones sociales pensadas para mejorar la salud mental y física; también, los recursos psicológicos y materiales disponibles para las personas a través de sus redes sociales” (Rodríguez y Cohen, 1998, p.535). El apoyo social, es una variable subjetiva la cual hace referencia al grado en que el sujeto percibe la existencia de relaciones proveedoras de apoyo suficiente y adecuado. (Rodríguez-Marín, Pastor y López, 1993).

Entonces existe la idea de que “La sensación generalizada de que uno es querido y cuidado por los otros, y que estos otros le ayudaran en caso de necesidad real, contribuye al bienestar psicológico y físico” (Jerusalem y Mittag, 1999, p. 158). Cuando este apoyo es percibido y materializado por las redes de apoyo, generalmente propone en el individuo un estado de motivación en el que se cree capaz de realizar los objetivos que se plantea, encontrando así uno de los constructos que más han aportado al campo de la Psicología Social: la Autoeficacia, teniendo como precedente la teoría de Bandura del Aprendizaje Social.

Según Kever et al. (2020) y también Zengin, Erbay, Yildirim y Altindag (2017) el apoyo social está relacionado con una mayor actividad física, menor depresión y estrés, así como con una mayor independencia de las personas enfermas, en la misma dirección Alphonsus y D’arcy (2021) encuentran que diferentes tipos de apoyo social influye en la disminución de dolor entre enfermos de esclerosis múltiple.

Por su parte Hyarat, Al-Gamal y Dela Rama (2018) y Ratajska et al. (2020) encuentran que, a pesar de que en todos los pacientes con esclerosis múltiple de sus respectivas muestras presentaban niveles leves de depresión, el apoyo social influía para que en estos no se presentaran mayores niveles mayores de depresión y, al mismo tiempo, se prevenían recaídas. Castro Costa y Calheiros (2017) encuentran que los pacientes con EM que calificaban alto en autoeficacia también participaban más en actividades deportivas, incluso en equipos deportivos organizados, lo que mostraba una mayor calidad de vida y un mayor bienestar psicológico.

Autoeficacia

Bandura (1994, 1999), determina que “la auto-eficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras” (p.21). Estas creencias tienen una relación con el nivel de motivación, los estados afectivos, y la conducta, más que a información objetiva de las situaciones (Bandura, 1994; 1999).

La autoeficacia de las personas, es decir, sus creencias personales se ven influenciadas a través de la persuasión social, debido a que “las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales ante los problemas” (Bandura, 1999, p.22). La persuasión social puede estar contenida en las redes sociales, específicamente en la percepción de apoyo social que se tiene de familiares, amigos y otras personas significativas en la vida de los individuos.

Entonces, un elevado nivel de autoeficacia percibida puede servir como protector que por un lado aumenta el estado de motivación, y por el otro disminuye las emociones negativas, al mismo tiempo que hay un aumento de las conductas saludables en el cuidado físico, siendo en este caso la autoeficacia un factor de gran importancia para adoptar conductas que promuevan la salud o evitar aquellas que lo deterioran (Ornelas, et al., 2012).

De esta manera, los individuos con una alta autoeficacia percibida tienen una mayor probabilidad de tener cuidados preventivos, e iniciar de manera oportuna los tratamientos necesarios para paliar su enfermedad, manteniendo un mayor optimismo sobre la eficacia de los mismos sobre su organismo. Teniendo evidencia de que una autoeficacia alta comprende una evaluación más positiva de su estado de salud, dejando a un lado los estados emocionales depresivos, dando lugar a recuperaciones más óptimas y rápidas de sus enfermedades, contrario a las personas con una autoeficacia baja (Gremboswki, et al. 1993; Olivari y Urrea, 2007).

La baja autoeficacia se asocia con un grado menor de salud y de calidad de vida, un menor ajuste psicológico y menos actividad física (Jongen, et al., 2014), es decir la presencia en el individuo de creencias relacionadas a una autoeficacia deficiente, se traduce en falta de prevención, disminución de la adherencia al tratamiento y menor adaptación al cambio. En una revisión sistemática que incluyó 106 síntesis de investigaciones acerca de la calidad de vida en enfermos de esclerosis múltiple Gil-González et al. (2020) que dicha calidad de vida se ve influida por la autoestima y la autoeficacia.

Materiales y métodos

El presente estudio es correlacional de tipo transversal, con un diseño no experimental, usando una muestra no probabilística, de tipo no homogénea, contando con una muestra homogénea por conveniencia de 40 personas con esclerosis múltiple, con 14 hombres y 26 mujeres dentro de un rango de edad de entre 21 a 80 años.

Instrumentos

Para la variable Autoeficacia se utilizó The Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale (Rigby et al., 2003), con un alfa de Cronbach de 0.81 en su versión en inglés y al ser traducida maneja un alfa de Cronbach de 0.80, con modalidad de respuesta tipo Likert. La cual cuenta con 14 ítems que suman en total 60 puntos, cuyos factores miden Independencia, Preocupación, Control Personal y Confianza Social, donde a mayor puntaje obtenido mayor nivel de autoeficacia, la cual señala que a mayor puntaje existe un nivel más alto de autoeficacia.

Para evaluar el apoyo social se utilizó la Escala Multidimensional de apoyo social percibido de Zimet, Dahlem y Farley (1988) con modalidad de respuesta tipo Likert validada por Arechabala y Miranda (2002). La cual, cuenta con 12 ítems que suman un total de 48 puntos, subdividiéndose en dos escalas de Familia-otras personas significativas, y Amigos, dando un resultado entre tres clasificaciones de bajo (12-24 puntos), mediano (25-36 puntos), y alto apoyo social (37-48 puntos). El coeficiente de consistencia interna es de .86.

Para conocer características sociodemográficas y específicas de la muestra se diseñó una cédula de entrevista que evalúa el área de adherencia al tratamiento, aspectos del padecimiento, apoyo familiar, consumo de tabaco y alcohol y ejercicio físico.

Procedimiento

Se aplicó en primera instancia una prueba piloto de la Escala de Apoyo Social y Autoeficacia General a 5 miembros de la Asociación Zacatecana de Esclerosis Múltiple, se prosigió a realizar las pruebas de forma completa a los miembros mayores de 21 años a los que se tuvo acceso, presentándoles una carta de invitación, un consentimiento informado el cual firmaron tanto hombres como mujeres, dándoles las instrucciones escritas a los que puedan leer con fluidez, y de forma oral a aquellos que tengan algún tipo de debilidad visual. En algunos casos donde las personas se encontraban incapacitadas para acudir a las sesiones, se acudió a sus casas donde se les aplicó lo anterior.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva a partir de la prueba de coeficiente de correlación de producto momento de Pearson.

Resultados

La correlación paramétrica de Pearson es una correlación baja de $r=0.315$ con una significancia de $p=0.05$, mientras que las correlaciones de Kendall y Spearman son de $r=0.247$ y de $r=0.348$ con una significancia de $p=0.05$ respectivamente, ambas son consideradas como bajas. Más adelante se hace una presentación de las correlaciones por dimensión de los instrumentos utilizados.

A partir de los resultados de la escala de Apoyo Social Percibido de Zimet, se pudo observar que un elevado porcentaje de la muestra obtuvo un alto apoyo social percibido que iba desde una puntuación total de 37-48 puntos, mientras el 25% expresaban un mediano apoyo social percibido con puntuaciones dentro del rango de 25-36 puntos, donde finalmente el 5% manifestó un bajo apoyo social percibido con un puntaje dentro del rango de 12-24.

En la variable Autoeficacia medida por la escala *The MS Self-efficacy scale of Rigby* se pudo observar que el mayor porcentaje de puntajes aparecían por debajo de la media con un 57.5% del total, mientras por encima de la media se presentaba el 42.5% de la población, donde según los datos de la escala a mayor puntuación mayor nivel de autoeficacia.

A partir de los resultados obtenidos por la prueba de Correlación Producto Momento de Pearson se observa que no hubo presencia de correlación significativa entre las escalas de apoyo social.

Tabla 1. Totales Apoyo Social

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo apoyo social percibido (12-24)	2	5
Mediano apoyo social percibido (25-36)	10	25
Alto apoyo social percibido (37-48)	28	70

Como se muestra en la tabla anterior la mayor parte de los sujetos muestran altos niveles de apoyo social, sin embargo: no tiene relación con la autoeficacia, como se muestra en la tabla siguiente. En la tabla siguiente podemos observar que los niveles de autoeficacia se presentan por debajo de la media.

Tabla 2. Totales Autoeficacia

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Debajo de la media	23	57.5
Encima de la media	17	42.5

La media de respuestas para cada variable fueron *Autoeficacia*= 39.55 y para *Apoyo Social*= 40, siendo más importante el apoyo por parte de los no familiares, es decir, amigos y conocidos. Es evidente, que las respuestas del apoyo social concuerdan con los hallazgos en otros contextos, no así en el nuestro.

En la siguiente tabla se muestran las correlaciones entre Apoyo Social y Autoeficacia, los niveles de correlación son de moderados a bajos, sin embargo $p=.001$.

Tabla 3. Prueba de Correlación Producto Momento de Pearson

Factores autoeficacia	Independencia	Factores apoyo social	
		Familia	Amigos
	Correlación de Pearson	.195	.242
	Sig (bilateral)	.228	.132
	Preocupación		
	Correlación de Pearson	.232	.176
	Sig (bilateral)	.150	.278
	Control		
	Correlación de Pearson	.196	.298
	Sig (bilateral)	.225	.062
	Social		
	Correlación de Pearson	.104	.195
	Sig (bilateral)	.522	.229

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como ya se mencionó, existe una mayor correlación entre Apoyo Social de amigos que entre Apoyo Social de familia, $r=0.33$ y 0.27 , respectivamente, datos moderados, pero que teóricamente se vuelven significativos.

Por otra parte, la prueba Durbin-Watson= 2.22 nos muestra que la autocorrelación de los datos se mueve en los límites aceptables para este tipo de fenómenos. El estándar de medida del error es de $1-\beta= .67$, lo que muestra una medida moderada del error y permitiendo que los datos en su mayor parte no se deban al azar. Es evidente que los datos se deben a los niveles correlacionales antes expuestos

y al tamaño muestral.

Uno de los hallazgos más importantes, como se muestra en la tabla anterior, es

Tabla 4

Medida	F	R2	AR2	B	Error Estándar	β	P
Apoyo social	4.17	0.09	0.05	0.36	7.75	0.315	0.048
Apoyo Familia	0.12	0.1	0.05	0.15	0.43	0.08	0.12
Apoyo Amigos	0.12	0.1	0.05	0.67	0.63	0.25	0.12

que el apoyo social por parte de los amigos es más influyente que el apoyo social proveído por la familia.

Discusión y conclusiones

Con base en los resultados, se puede observar que los pacientes con esclerosis múltiple en esta población mostraron puntajes altos de apoyo social, pero bajos en autoeficacia. Por lo anterior, es importante mencionar que Bandura (1999) afirmaba que la autoeficacia percibida se refería a las creencias en las capacidades propias para ejecutar ciertas acciones; estas creencias tienen su base en diferentes fuentes de eficacia. Una de ellas son las experiencias de dominio, es decir, entre más éxitos se robustecen las creencias de eficacia alta, y los fracasos las debilitan, situación que en esta muestra se puede observar de manera clara, en consecuencia a la misma naturaleza de la enfermedad, con síntomas alarmantes, degenerativos y con recaídas constantes e intempestivas, lo que llevaría a los individuos a debilitar sus creencias de eficacia debido a los constantes fracasos, recaídas, y síntomas físicos y emocionales que se presentan de manera inherente a la Esclerosis Múltiple, hecho que se ve reflejado en las respuestas de la cédula de entrevista, donde el 35% señala que no siente ninguna mejoría con el medicamento, y el 35% no consume ningún medicamento a pesar de en algún momento haberlo tomado o tener la recomendación del médico de seguir con el tratamiento, teniendo datos donde el 57.5% han tenido recaídas, concluyendo que dentro de las fuentes de eficacia, las experiencias de dominio se ven rebasadas por las recaídas, no haber mejoría por el consumo del medicamento, además del abandono por completo del tratamiento médico por un gran porcentaje de la muestra.

Además, se hacen presentes efectos secundarios de los medicamentos, primordialmente el uso de interferón con un 52.5% de la muestra, mostrando el empeoramiento de los síntomas depresivos inherentes al padecimiento.

Un segundo modo influyente de crear creencias de eficacia son las experiencias

vicarias, es decir, la observación de personas con características similares a las del individuo suponen la expectativa de lograr resultados similares, que en este caso se reflejaría en lo siguiente; “Por el mismo principio, observando el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, reduce los juicios de los observadores sobre su propia eficacia y mina su nivel de motivación” (Bandura, 1999, p.21). Este argumento se puede ver reflejado fácilmente en la vida de los pacientes, donde al convivir en la asociación de esclerosis múltiple con personas con el mismo padecimiento se ven enfrentados a una realidad lamentable, donde la mayoría muere en poco tiempo o su condición se agrava cada día más, derivando en parálisis, o aumento del dolor, hasta en algunos casos la muerte, limitando esta fuente de eficacia en relación a la observación vicaria.

Por último, un tercer modo de establecer creencias de eficacia es la persuasión social, que puede constituirse a través del apoyo social, encontrando que es más difícil infundir creencias de alta eficacia que debilitarlas, en otras palabras, esta fuente de eficacia generalmente puede debilitar la autoeficacia, y muy difícilmente aumentarla, debido a que “Los empujes utópicos se desconfirman rápidamente mediante resultados decepcionantes ante los propios esfuerzos” (Bandura, 1999, p.22). Lo anterior, explicaría porque la variable “Apoyo Social Percibido” se encontró como alta dentro de la mayor parte de los participantes de la muestra, pero en contraste, la autoeficacia apareció como por debajo de la mediana en la gran mayoría, debido a que a pesar de que sus familiares, amigos y otras personas significativas les ofrezcan el apoyo que requieren, ellos “desconfirman” estos planteamientos debido a las características de la enfermedad, donde ni la adherencia al tratamiento los excluye de recaídas o incluso la muerte, donde el 37.5% tienen de 5-10 años con el diagnóstico.

Un dato importante es que los pacientes con esclerosis múltiple observan sus dolencias físicas y síntomas psicológicos como un sinónimo de debilidad, donde el estado de ánimo aparece también como un modulador positivo de las creencias de autoeficacia, pero debido a las características de la enfermedad, el estado de ánimo no aparece como un amortiguador de lo que vive el individuo en este padecimiento.

Según Jerusalem y Mittag (199) el empleo y la integración social sirven como un recurso protector a las demandas estresantes del medio como lo es una enfermedad, y la incapacidad para trabajar crea una vulnerabilidad ante los efectos desfavorables que se presenten, donde el 47.5% de la muestra se encuentran desempleados, derivando un impacto en el bienestar personal que va más allá de los costos económicos, creando inseguridad en relación al futuro.

Esto puede presentar dificultades en lo financiero, pero también una ruptura de las redes sociales, de los planes que el individuo tenía antes de su padecimiento, lo que llevaría al individuo a un cambio completo de su rutina diaria y una reducción significativa de oportunidades de contacto con personas, es decir, la persona es llevado por un cadena de sucesos que termina en un marcado aislamiento (Jerusalem y Mittag, 1999).

Una forma de amortiguar el desempleo es a través de las redes de apoyo social, como lo puede ser una pareja, donde en la muestra aparecen datos donde el 40% se encuentran solteros, y el 10% divorciados, apareciendo el 52.5% en un rol de hijo luego de su padecimiento por lo que se afirma “la inexistencia de pareja debería ser un predictor prominente de estrés, estados emocionales y salud” (Jerusalem y Mittag, 1999, p.159).

Con base en el apoyo social, se observa que en esta población el 70% de los participantes expresaron un apoyo social percibido de tipo alto, contrastando este resultado con un estudio realizado por Rivera-Navarro, et al. (2008) cuyo objetivo era analizar la percepción de un grupo de personas con EM y cuidadores sobre la enfermedad, cuyos resultados manifestaron que los cuidadores pensaban que los enfermos de esclerosis múltiple no asumían la enfermedad y percibían que la sobreprotección en lugar de ayudar perjudicaba a que no aceptaran del todo las responsabilidades de esta condición, por lo tanto lo evitaban. Por lo anterior se puede señalar que en esta población esta característica podría estarse haciendo presente al tener precedente de que la mayoría de esta población expresa un alto apoyo social percibido de sus personas significativas, aunque esto podría significar una sobreprotección, que en lugar de ayudar al establecimiento de creencias positivas podría resultar en una negación del padecimiento y del mantenimiento de conductas en beneficio de la salud.

Este planteamiento del efecto negativo del apoyo social fue investigado por Rook (1984) en un estudio cuyo objetivo era examinar el impacto relativo positivo o negativo de las interacciones sociales en mujeres viudas entre los 60-89 años. Los análisis revelaron el efecto negativo de las interacciones sociales son más fuertes que el estado de bienestar provocado por las interacciones sociales positivas, lo que demostró la importancia de la evaluación del contenido específico de las relaciones sociales.

Este estudio puede sostener la idea de que toda relación social significa en términos generales un beneficio para la persona que lo recibe tanto para su estado emocional, como para protección de su estado de salud, dejando en evidencia que aunque el apoyo social percibido sea considerado alto, este puede tener no solo aspectos positivos sino también negativos para el estado de los individuos,

característica que puede ser importante localizar en futuras investigaciones con la población de Esclerosis Múltiple.

También, esta perspectiva es presentada por Schuster, Kessler y Aseltine (1990), cuyo objetivo era investigar la asociación entre relaciones sociales y el funcionamiento emocional como un factor de promoción de la salud, donde el análisis realizado determina que los efectos de las interacciones sociales negativas son en su mayoría más importantes que las interacciones sociales de apoyo para establecer un estado de depresión.

Un estudio , cuyo objetivo era realizar un análisis de género del apoyo social y la salud, donde se determinó que las relaciones sociales también tienen un contenido negativo, debido a que este mismo apoyo puede ir acompañado de obligaciones , y este apoyo en lugar de servir como un factor protector del estrés puede por el contrario generar ansiedad y tensión, señalando que las interacciones sociales negativas predicen de mejor manera los problemas de salud y el bienestar de las personas que las positivas (Matud, López, Marrero e Ibañez, 2002).

Contrario a la literatura especializada consultada en el presente estudio; algunos de ellos señeros, y al planteamiento hipotético generalizado en los diferentes estudios e investigaciones contempladas aquí, las correlaciones no son ni siquiera moderadas y que nuestro modelo de regresión adiciona a los hallazgos correlacionales ya mencionados, cabe señalar que los resultados no se deben al azar.. Esto puede deberse, como menciona Rodríguez (1999) que la influencia de apoyo social no siempre es positiva, encontrando casos de influencia negativa, debido a comportamientos hiperprotectores por parte de los miembros de su red de apoyo. Otra de las limitaciones es el tamaño de la muestra, se sugiere se deba continuar con la investigaciones de este tipo en nuestro contexto.

Referencias

- Alphonsus, K. B. y D'Arcy, C. (2021). Is There an Association Between Social Support and Pain Among Individuals Living With Multiple Sclerosis? *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 26, 1-6 DOI: 10.1177/2515690X21991995
- Amosa, M., y González, L. (2014). *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. México: Grupo CTO.
- Arechabala, C. 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 70 metropolitana. *Revista Ciencia y Enfermería*, 4(11), 7-14 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07179553200200010000&script=sci_art-text
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998)
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp.19-54). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Carretero, J., Bowakim, W., Acebes, J. (2001). Actualización: esclerosis múltiple. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 11 (9), 68-79.
- David Castro Costa, D., Sá1, M. J. y Calheiros, J. M. (2017). Social support network and quality of life in multiple sclerosis patients. *Arquivos de Neuropsiquiatr*, 75(5):267-271
- Fernández, O., Fernández, V. y Guerrero, M. (2012). *Todo lo que usted siempre quiso saber de la esclerosis múltiple pero temía preguntar* (2a edición). España: Ed. Línea de Comunicación.
- Gil-Gonzalez, I., Martin-Rodriguez, A., Conrad, R. y Perez-San-Gregorio, M. A. (2020). Quality of life in adults with multiple sclerosis: a systematic review. *BMJ Open*. 1-21. DOI:10.1136/ bmjopen-2020-041249
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. 34, 89-104.
- Hauser, S., y Goodin, D. (2008). Esclerosis Múltiple y otras enfermedades desmielinizantes. En A. Fausi, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo y L. Jame-

son (Eds.), *Harrison Principios de Medicina Interna*. (pp. 2611-2620). México: Mc Graw Hill Interamericana.

Hyarat, S., Al-Gamal, E. y Dela Rama, E. (2018). Depression and perceived social support among Saudi patients with multiple sclerosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, 428–435.

Jerusalem, M., y Mittag, W. (1999). Auto-eficacia en transiciones vitales importantes. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp.155-176). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Jongen, P., Ruimschotel, R., Heerings, M., Hussaarts, A., Duyverman, L., Van der Zande, A., Valkenburg-Vissers, J., Wolper, H., Van Droffelaar, M., Lemmens, W., Donders, R., Visser, L. (2014). Improved self-efficacy in persons with relapsing remitting multiple sclerosis after an intensive social cognitive wellness program with participation of support partners: a 6-months observational study. *Health and Quality of life outcomes*, 12 (40), 1-23.

Kever, A., Buyukturkoglu, K., Claire S. Riley, C. S., Philip L. De Jager, P. L. y Victoria M. Leavitt, V. M. (2021). Social support is linked to mental health, quality of life, and motor function in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10330-7>

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo Social y Salud: Un análisis de Género. *Salud Mental*, 25 (2), 32-37.

Mouzo, J. (12 de octubre del 2005). La prevalencia de a esclerosis múltiple se duplica en 15 años. España: *El País*. Recuperado http://elpais.com/elpais/2015/10/08ciencia/1444323978_134279.html

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*. 13 (1), 9-15.

Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J., Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. *Perfiles Educativos*, 34 (138), 62-74.

Ratajska, A., Glanz, B. I., Chitnis, T. Weiner, H. L. y Brian C. Healy, B. C. (2020). Social support in multiple sclerosis: associations with quality of life, depression, and anxiety. *Published by Elsevier*. 1-24.

Rigby, S., Domenech, C., Thornton, E., Tedman, S., y Young, C. (2003). Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis:

the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *Multiple Sclerosis*, 9 (1), 73-81.

Rivera-Navarro, Benito-León, J., Morales-González, J., y grupo GEDMA (2001). Hacia la búsqueda de dimensiones más específicas en la medición de la calidad de vida en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, 32(8), 705-713.

Rivera-Navarro, J., Morales-González, J., Benito-León, J. y Mitchell, A. (2008). Dimensión social y familiar: experiencias de cuidadores y personas con esclerosis múltiple. El estudio GEDMA. *Revista Neurológica*, 47(6), 281-285.

Rodríguez-Marín, J. y Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3(1), 535-544.

Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(7), 349-372.

Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (5), 1097-1108.

Schuster, T., Kessler, R. y Aseltine, R. (1990). Supportive Interactions, Negative Interactions, and Depressed Mood. *American Journal of Community Psychology*, 18 (3), 423-438.

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*, (5 Ed). México; Trillas-Autor.

Treviño Frenk, I. (2016). Esclerosis Múltiple. México: Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York, NY: Praeger Publishers.

Zengin, O., Erbay, E., Yıldırım, Y. y Altındağ, Ö. (2017). Quality of Life, Coping, and Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *Turk Journal of Neurology*, 23, 211-218. DOI:10.4274/tnd.37074

Zimmet G., Dahlem, Zimet S., Farlet G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

Anexo I. Variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	14	35.0
	Femenino	26	65.0
Edad	21-40 años	20	50.0
	41-60 años	13	32.5
	61-80 años	7	17.5
Escolaridad	Primaria	7	17.5
	Secundaria	8	20.0
	Preparatoria	7	17.5
	Carrera técnica	2	5.0
	Licenciatura	13	32.5
	Maestría	3	7.5
Estado civil	Casado	15	37.5
	Divorciado	4	10.0
	Soltero	18	45.0
	Unión Libre	1	2.5
	Viudo	2	5.0
Empleo	Obrero-operario	5	12.5
	Empleado	10	25.0
	Profesionista	6	15.0
	Desempleo	19	47.5

Anexo 2

Cédula de entrevista

Adherencia al tratamiento cedula de entrevista

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
¿Toma medicamento diariamente?	Sí	31	77.5
	No	8	20.0
	A veces	1	2.5
¿Realiza las tomas recomendadas por su médico?	Sí	34	85.0
	No	5	12.5
	A veces	1	2.5
¿Ha sentido alguna mejoría con el medicamento?	Sí	24	60.0
	No	14	35.0
	A veces	2	5.0
¿Ha presentado alguna reacción adversa posterior a la toma de su medicamento?	Sí	21	52.5
	No	16	40.0
	A veces	3	7.5

Anexo 3

Apoyo Familiar

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué rol ocupa en su familia?	Madre	9	22.5
	Padre	9	22.5
	Hija	21	52.5
	Hermana (o)	1	2.5
¿Su familia está al pendiente de que realice las recomendaciones del médico?	Sí	36	90.0
	No	3	7.5
	Tal vez	1	2.5
¿Siente cambios en la forma en que lo tratan en su familia luego de la Esclerosis?	Sí	20	50.0
	No	17	42.5
	Tal vez	3	7.5

Anexo 4

Ejercicio Físico

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Caminar	11	27.5
Estiramiento	5	12.5
Ejercicio físico	7	17.5
No	17	42.5