

# INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES SOBRE LA SALUD Y LA CONDUCTA DE ADHERENCIA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS

*M.J. Martos, C. Pozo y E. Alonso*

M<sup>a</sup> José Martos Méndez es investigadora en el Área de Psicología Social de la Universidad de Almería. Carmen Pozo Muñoz y Enrique Alonso Morillejo son Profesores Titulares en el Área de Psicología Social de la Universidad de Almería.

## **Introducción**

La enfermedad crónica es uno de los fenómenos más característicos de nuestros días. Cada vez es mayor la preva-

lencia de enfermedades (cáncer, trastornos cardiovasculares, dislipemia, hipertensión, etc.) que están relacionadas con hábitos inadecuados de comportamiento (Pullen, Noble y Fiantdt, 2001). Estos enfermos sufren un quiebro importante en su estado de salud, una de las variables esenciales de su calidad de vida (Pozo, Hernández, Morillejo, Cid, Martos y Pérez, 2005a, b).

Una vez diagnosticados como enfermos crónicos, éstos necesitan hacer un importante cambio en su estilo de vida; están obligados a seguir un régimen farmacológico estricto, ingiriendo varias tomas de medicación al día o incluso inyectándose insulina a diario como en el caso de los diabéticos (Gross, Tabenkin, Porath, Heymann, Greenstein, Porter et al., 2003). Además, la alimentación adquiere una gran importancia para mantener una buena calidad de vida y prevenir complicaciones provenientes de la malnutrición en estos pacientes (Gil, Merino y Palop, 2003). Por último, estas recomendaciones médicas pueden ir acompañadas de un plan de ejercicio físico diario (Hayes, 2002) al que el enfermo tendrá que dedicar parte de su tiempo. Por estos motivos, el seguimiento de las prescripciones terapéuticas es fundamental para el bienestar de las personas que padecen enfermedades crónicas. Sin embargo, no todas las personas diagnosticadas como enfermos crónicos si-

guen de forma sistemática las recomendaciones médicas para mantener un adecuado nivel de vida (Palop y Martínez, 2004).

La adherencia al tratamiento puede ser definida como la coincidencia entre el comportamiento de una persona (tomar la medicación, seguir una dieta, realizar cambios en su estilo de vida, etc.) y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido de un profesional (Rand, 1993). Este concepto hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las cuales, se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, etc. (Meichembaum y Turk, 1987; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Rodríguez Marín, 1990).

En el caso específico de la adherencia en pacientes crónicos, es evidente que se trata de un problema de importante repercusión social. Su interés se justifica por las consecuencias negativas que el incumplimiento terapéutico está ocasionando no sólo en los propios afectados, con el consiguiente agravamiento de sus enfermedades –en la práctica diaria entre un 30 y un 50% de los pacientes diagnosticados como enfermos crónicos no siguen las recomendaciones dictadas por los profesionales sanitarios– (Haynes, 2001; O.M.S., 2003), sino también, para sus familias, los médicos que les atienden y, en general, para el propio sistema de cuidado de salud (carga financiera, inadecuado uso de los sistemas sanitarios, etc.).

Por otro lado, la investigación psicosocial ha puesto de manifiesto la importancia de las relaciones interpersonales como fuente de recursos esenciales para la promoción de su salud y bienestar, a través de la movilización e intercambio de diversas modalidades de apoyo social (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Gracia, 1997; House, Umberson y Landis, 1988).

Diversos estudios indican que existe un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud (Berkman, 1986; Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005a) y parece que no hay duda en admitir que el apoyo social y la salud están relacionados, en el sentido que una mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos individuos que carecen de apoyo o perciben que éste no es suficiente.

Así, un apoyo social deficiente o inadecuado se asocia a un mayor riesgo de enfermedad (Prince, 1997), patología cardiovascular (Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakapoulos y Stamatelopoulos, 2000), trastornos mentales (Lahuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez y Nebot, 2004), peor salud psicológica (Barrón y Sánchez, 2001; Martínez, García y Maya, 2001), peor salud subjetiva (Okamoto y Tanaka, 2004) y menor bienestar o calidad de vida (Bukov, Maas y Lampert, 2002; López-García, Bagnas, Graciano, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005).

Esta relación se ha constatado, más concretamente, en el caso de las personas con enfermedades crónicas (Barra, 2004; Hernández, Pozo, Alonso y Pérez, 2005). Estos pacientes necesitan sentirse apoyados por las personas que les rodean (sus familiares, compañeros de trabajo, amigos, vecinos, etc.), los denominados sistemas de apoyo naturales (o informales), así como también por las instituciones sanitarias y sus profesionales (médicos, personal de enfermería, etc.), designados como sistemas de apoyo organizados (o formales) (Pineda, Ortega y Garberí, 2001).

Además, el apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia terapéutica a las prescripciones de salud, especialmente en el caso de los pacientes crónicos. Por lo que un apoyo social insuficiente podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas (Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, 2001; Wang, Bohn, Knight, Glynn, Mogun y Avorn, 2002). De este modo, diversas investigaciones (DiMatteo, 2004; Molassiotis, Nahas-López, Chung, Lam, Li y Lau, 2002; Pozo et al., 2007; Voils, Steffens, Flint y Bosworth, 2005) han verificado el importante rol que juega el apoyo social en la adherencia a las recomendaciones de salud en diversas enfermedades crónicas como diabetes (Pendley, 2002), asma (Kyngas, 1999), hipertensión (Fishman, 1995), trastornos renales (Boyer, Friend, Chlouverakis y Kaloyanides, 1990), epilepsia (Kyngas, 2000), VIH (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000), o trastornos cardiovasculares (Lefevre, 2003).

A nivel estructural, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia y de integración dentro de una estructura social (Glynn, 1981; Newbrouh y Chavis, 1986). Este nivel de análisis lo constituyen las redes sociales (conjunto de contactos que el sujeto establece con otras personas), obteniendo de ellas sentimientos de vinculación y unión con los demás. Sin embargo, es necesario diferenciar entre red social y la noción de apoyo social, referida esta última a las funciones de las interacciones dentro de la red y el modo en que son percibidas por el sujeto. Las redes sociales constituyen el marco estructural necesario para que lleguen a activarse procesos de apoyo; por lo que ambos, redes sociales y apoyo social están relacionados con el bienestar, la salud y la adherencia terapéutica. Según Vaux (1988) la red social del individuo mantiene una relación directa con el nivel de bienestar y salud de éste. Del mismo modo, las redes sociales influyen en la adherencia de forma que las personas con redes más extensas cumplirán en mayor grado con sus tratamientos (DiMatteo, Giordani, Leeper y Croghan, 2002).

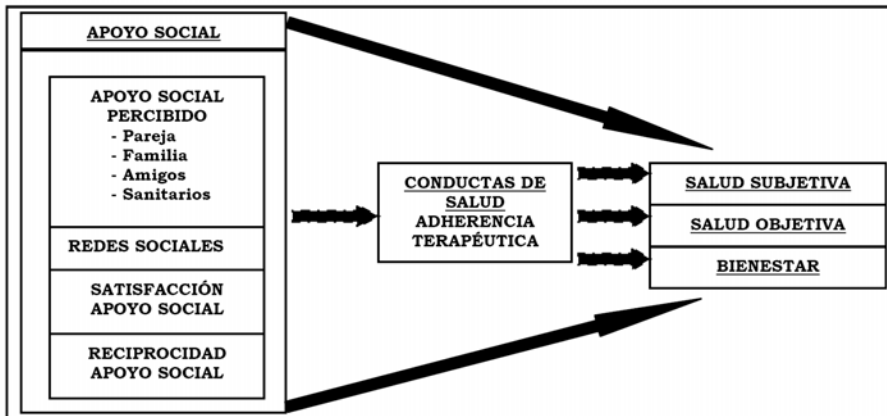
Por otro lado, la literatura sugiere que los pacientes crónicos que no están satisfechos con el apoyo social que reciben, pueden, consecuentemente, ver alterada su salud (Doeglas, Suurmeijer, Briançon, Moum, Krol, Bjelle, et al., 1996; Krause, Liang y Yatomi, 1989) y la adherencia a sus tratamientos (Da Costa, Clarke, Dobkin, Senecal, Fortin, Danoff et

al., 1999). También se encontró que la satisfacción con el apoyo social era más relevante a la hora de explicar la salud y el bienestar de los enfermos crónicos que el propio apoyo social recibido.

Cuando se habla de apoyo social se fija la acción en quien la recibe, pero visto globalmente, se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. Kim, Hye-Kyung y cols. (2000) se plantean que cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es equilibrado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento. De este modo, el balance entre la ayuda dada y la recibida puede ser de gran importancia para la salud y el bienestar de los pacientes (Buunk, Doojse, Jans, Hopstaken, 1993; Lu, 1997).

A partir de lo expuesto hasta el momento se presenta una propuesta de estudio que pretende dilucidar, de forma fundamental, qué variables ligadas con el apoyo social inciden sobre la salud (objetiva y subjetiva) y el bienestar de los pacientes crónicos. Además, se pretende averiguar la incidencia del apoyo social sobre la adherencia a las prescripciones médicas; y, por último, se analizará la relación existente entre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, el bienestar y la salud de los enfermos objeto de estudio. Esta propuesta pretende ser un marco para el análisis de las dos vías posibles de influencia del apoyo social sobre la salud y el bienestar; una directa en la que el apoyo social mostraría su influencia sobre la salud y el bienestar, y otra indirecta en la que las conductas de salud (adherencia a las recomendaciones médicas) serían el antecedente de la salud y el bienestar.

**Figura 1**  
Relación entre las variables de apoyo social y la salud, el bienestar y la adherencia terapéutica



Con estas variables hemos planteado el modelo que presentamos anteriormente.

Para contrastar el modelo planteado anteriormente, se formulan las siguientes hipótesis agrupadas en tres grandes bloques en función de los objetivos del estudio.

1. *Apoyo social – Salud y bienestar*: a) El tamaño de la red social mantiene una relación directa con el nivel de bienestar y salud de los pacientes crónicos (Vaux, 1988). b) El apoyo social de los pacientes incidirá en su nivel de bienestar (Bukov, Maas y Lampert, 2002; López-García, Banegas, Graciano, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005) y la salud de los mismos (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Pozo et al., 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005a). c) La pareja y la familia son las dos fuentes con mayor impacto sobre la salud y el bienestar de los pacientes, así como sobre la adherencia terapéutica de los mismos (Shumaker y Hill, 1991; Pozo et al., 2007). d) La satisfacción con el apoyo social (Doeglas, Suurmeijer, Briançon, Moum, Krol, Bjelle, et al., 1996) y la reciprocidad con el mismo influyen sobre el bienestar y la salud de los pacientes (Buunk, Doojse, Jans y Hopstaken, 1993; Lu, 1997).

2. *Apoyo Social – Adherencia terapéutica*: a) Las redes sociales influyen en la adherencia a las recomendaciones terapéuticas; así, pacientes con una red social amplia se adherirán mejor a sus tratamientos (DiMatteo et al., 2002). b) El apoyo social incide en el cumplimiento de las prescripciones médicas, en el sentido de que cumplirán más los pacientes que tengan un buen nivel de apoyo social (DiMatteo, 2004; Pozo et al., 2007; Voils et al., 2005). c) La satisfacción con el apoyo social (Da Costa, Clarke, Dobkin, Senecal, Fortin, Danoff et al., 1999) y la reciprocidad con éste intervienen en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los enfermos crónicos.

3. *Adherencia terapéutica - Salud y bienestar*: a) La adherencia de los pacientes crónicos influye positivamente en su salud y bienestar, es decir, los pacientes que más se adhieran a su medicación serán los que tengan una mejor salud y un mayor bienestar (González, 2002; Latorre, 1995; Pozo et al., 2007).

## **Método**

### **Participantes**

La muestra del presente estudio está formada por un total de 100 pacientes crónicos con edades comprendidas entre los 21 y los 67 años (Media=56,45 años; d.t.=8,24). Del total, un 72% son mujeres y el 28% restante son varones. Considerando la muestra en su conjunto, un 43% de los pacientes padecen hipertensión, un 22% sufre diabetes, un 22% dislipemia, mientras que el 12% restante, padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Hay que destacar que del total de la muestra, un 96% sigue un tratamiento basado en la toma de medicación, un 90%, a su vez, ha de seguir una dieta alimentaria y un 88% tiene que realizar un plan de ejercicio físico dictado por su médico.

### ***Variables e instrumentos de medida***

El instrumento de recogida de información utilizado para realizar esta investigación es una entrevista estructurada compuesta por diversas escalas para la medida de las variables incluidas en el marco teórico descrito anteriormente. En este sentido, algunas escalas han sido diseñadas *ad hoc* para el presente trabajo, otras utilizadas en otros países y traducidas para la investigación en la que se enmarca este estudio, y otras ya adaptadas previamente al contexto español.

#### *Variables dependientes*

##### Salud y bienestar

La *salud objetiva* de los pacientes crónicos se mide mediante la “Escala de Síntomas” de Jou y Foukada (1990) formada por nueve ítems que miden el grado en el que los pacientes crónicos padecen una serie de síntomas. Esta escala ha sido traducida y adaptada para este estudio. La escala de respuesta va de 1 “casi nunca”, hasta 5 “muy a menudo” (la consistencia interna de esta escala es de .79).

La *salud subjetiva* del paciente, es decir, cómo valora el paciente su estado de salud en la actualidad, se mide mediante un único ítem, con una escala de respuesta que va desde 1 “muy malo”, hasta 5 “muy bueno”.

El *bienestar* es medido mediante la “Escala de Satisfacción con la Vida” de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), compuesta por 5 ítems con un intervalo de respuesta de 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”. La consistencia interna de la escala es de .87.

##### Adherencia terapéutica

La *adherencia* al tratamiento es medida mediante una adaptación del Test de Haynes-Sackett (Haynes, Sackett, Taylor y Show, 1979), compuesto en su origen por dos ítems; uno con formato de respuesta dicotómico, en el cual el entrevistado debe indicar si ha incumplido en alguna ocasión el tratamiento (medicación, ejercicio y dieta) para su enfermedad crónica, y el otro con formato de respuesta abierto en el que el paciente ha de registrar el número de veces que ha olvidado tomar su medicación, seguir el plan de ejercicio físico y el número de ocasiones que no ha seguido la dieta durante los últimos siete días.

### *Variables independientes*

#### Relaciones interpersonales

Las *redes sociales* son medidas mediante cuatro ítems diseñados *ad hoc* para esta investigación; los dos primeros, están referidos al número de familiares, por un lado, y de amigos, por otro, con los que los pacientes mantienen relación habitualmente. En ambos casos, se añade un ítem más en el que se pregunta por la frecuencia de contacto.

El *apoyo social percibido* en las relaciones con la pareja, familiares y amigos durante el transcurso de la enfermedad crónica, es evaluado mediante la "Escala de Apoyo Social Percibido Específico para la Enfermedad" (Revenson, Schiaffino, Majerovitz, y Gibofsky, 1991), formada por tres subescalas de 20 ítems cada una (pareja,  $\alpha$  de Cronbach=.92; familiares,  $\alpha$ =.88, amigos,  $\alpha$ =.91) y traducida al español para esta investigación. Al instrumento original se ha añadido para este estudio una cuarta escala que mide el apoyo social percibido del personal sanitario ( $\alpha$  de Cronbach=.83). Esta escala mide tanto el apoyo social positivo (o funcional) como el apoyo social no funcional proporcionado por las cuatro fuentes señaladas anteriormente (aunque en nuestro estudio sólo hemos utilizado los datos referentes al apoyo social funcional). Ejemplos de ítems de esta escala son: "le escucha", "le hace sentir que usted aporta algo positivo a los demás" o "le hace pequeños favores". La escala de respuesta va desde 1 "nunca", hasta 5 "siempre".

La *satisfacción con el apoyo social* que reciben los pacientes crónicos es medida mediante cuatro ítems elaborados *ad hoc* para esta investigación, uno para cada una de las cuatro fuentes.

La *reciprocidad con el apoyo social* se mide mediante tres ítems (pareja, familia, amigos) recogidos de Lu (1997) y que se han traducido y adaptado al español. Los pacientes tienen que contestar si creen que el apoyo que reciben de estas tres fuentes es igual, menor o mayor del que ellos les prestan.

Finalmente, la entrevista incluye seis ítems sobre *variables sociodemográficas* (sexo, edad, estado civil, familiares con los que vive, nivel de estudios y trabajo actual), y tres sobre *características de la enfermedad y el tratamiento*.

### **Procedimiento**

Tras la elaboración y adaptación de los instrumentos de medida, se procedió a contactar con los Directores de los Centros de Salud quienes nos facilitaron el acceso a los pacientes crónicos. La selección de la muestra se hizo en base a un muestreo aleatorio estratificado por grupo de edad y tipo de enfermedad. Una vez hecha la selección se citó a los pacientes telefónicamente y tras explicarles el propósito del estudio acudían a su propio centro de salud donde se realizaba la entrevista de forma voluntaria. La entrevista tenía una duración aproximada de una hora.

Una vez finalizadas las entrevistas, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados para proceder posteriormente realizar los análisis estadísticos oportunos a través del programa SPSS (en su versión 15.0 para Windows).

## Resultados

### ***Nivel de salud, bienestar, adherencia y apoyo social de los pacientes crónicos evaluados***

Los pacientes crónicos de esta investigación consideran que su estado de salud es moderado, ya que se obtiene un promedio de 3.27 (d.t.=1.00) en una escala de cinco puntos. En cuanto a la salud objetiva (síntomas percibidos) ocurre algo similar, ya que se ha obtenido una media de 2.50 (d.t.=.90), lo que indica que los pacientes suelen tener "algunas veces" síntomas físicos. Por otro lado, en cuanto al nivel de bienestar que manifiestan tener, la media es algo mayor (media=3.55; d.t.=1.08).

Por lo que respecta al nivel de adherencia, el análisis descriptivo de los datos revela que un 55% de los pacientes manifiesta haber incumplido en alguna ocasión las prescripciones de su médico en cuanto a la toma de medicación, un 83% dice no haber seguido la dieta y por último, un 79% manifiesta no cumplir el plan de ejercicio físico recomendado. De este modo, el incumplimiento de los pacientes alcanza de manera global un 72%.

En cuanto a las redes sociales, el 45% de los pacientes manifiestan tener relación a la semana con entre uno y cinco familiares de manera habitual y el 55% restante con más de cinco. Las puntuaciones medias de las distintas fuentes de apoyo social y de la satisfacción con éste se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1**

Puntuaciones medias de apoyo social y satisfacción con el apoyo

<b>VARIABLES DE APOYO SOCIAL</b>	<b>X</b>	<b>D.T.</b>
<i>Apoyo social</i>	3.30	.71
<i>Apoyo social pareja</i>	3.99	1.04
<i>Apoyo social familia</i>	3.93	.98
<i>Apoyo social amigos</i>	3.10	1.12
<i>Apoyo social sanitarios</i>	2.29	.74
<i>Satisfacción apoyo social</i>	4.12	.78
<i>Satisfacción apoyo social pareja</i>	4.33	1.11
<i>Satisfacción apoyo social familia</i>	4.30	1.07
<i>Satisfacción apoyo social amigos</i>	3.91	1.24
<i>Satisfacción apoyo social sanitarios</i>	3.94	1.02



En relación a la reciprocidad con el apoyo social, el 27% de los pacientes consideran que el apoyo que reciben de su pareja es menor del que ellos le dan, el 51% cree que el apoyo que reciben y dan a su pareja es el mismo, y el 22% consideran que sus parejas le dan a ellos más apoyo del que ellos le prestan a éstas. Por otro lado, el 40% de los pacientes crónicos manifiestan recibir menos apoyo de sus familiares del que ellos dan, el 48% dicen estar igualados a la hora de dar y recibir apoyo por parte de sus familias, y el 12% consideran que el apoyo que reciben de sus familiares es mayor que el que ellos le proporcionan a éstos. Por último, el 16% de la muestra manifiesta que el apoyo que reciben de sus amigos es menor del que ellos le dan a los primeros, el 82% dicen que este apoyo dado y recibido es el mismo, y tan sólo el 2% cree que sus amigos le prestan más apoyo del que ellos dan.

### ***Relación apoyo social - salud y bienestar***

#### *Diferencias en salud y bienestar en función del nivel de apoyo social*

Para evaluar las posibles diferencias en salud subjetiva, salud objetiva y bienestar, se ha dividido el apoyo social en tres niveles (alto, medio y bajo). Dado el reducido número de sujetos en cada grupo, para llevar a cabo estos análisis hemos utilizado la prueba no paramétrica de "Kruskal-Wallis" con el estadístico de contraste "Chi-cuadrado".

De este modo, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en salud subjetiva y bienestar en función del nivel de apoyo social percibido por parte de la pareja (Chi-cuadrado<sub>S.Subj</sub>=8.13, p=.017; Chi-cuadrado<sub>Bienest</sub>=16.79, p=.000), en el caso del apoyo social de los sanitarios (Chi-cuadrado<sub>S.Subj</sub>=9.61, p=.008; Chi-cuadrado<sub>Bienest</sub>=8.96, p=.011) y en del apoyo social global (Chi-cuadrado<sub>S.Subj</sub>=6.28, p=.043; Chi-cuadrado<sub>Bienest</sub>=10.06, p=.007). Los mismos hallazgos aparecen si se consideran el apoyo de la familia y el bienestar (Chi-cuadrado=9.35, p=.009). En cuanto a la salud objetiva, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las cuatro fuentes de apoyo analizadas.

#### *Variables de apoyo social predictoras de salud y bienestar*

Para determinar las variables predictoras de la salud (objetiva y subjetiva) y el bienestar de esta muestra de pacientes crónicos, llevamos a cabo varios análisis de regresión (método stepwise). Los resultados nos muestran que las variables que mejor predicen la salud objetiva son el género y la satisfacción con el apoyo de los familiares. Por otro lado, en cuanto a la salud subjetiva, los mejores predictores de la misma son el tamaño de la red social del paciente (número de personas con las que se relaciona habitualmente) y la satisfacción con el apoyo social global de las cuatro fuentes. Las variables apoyo social de la pareja, apoyo social de los sanitarios, satisfacción global con el apoyo social y recipro-

cidad con el apoyo de la pareja, son las que mejor predicen el bienestar de los pacientes crónicos (ver tabla 2).

**Tabla 2**  
*Análisis de regresión*  
*Variables de apoyo social predictoras de salud y bienestar*

<b>VARIABLES PREDICTORAS</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>β</b>	<b>t</b>
Género			.30	2.75**
Satisfacción Apoyo Social Familia			-.22	-2.04*
<i>V.D.: Salud Objetiva</i>	.14	7.05**		
Redes Sociales			.38	3.58**
Satisfacción Apoyo Social Global			.24	2.22*
<i>V.D.: Salud Subjetiva</i>	.22	11.59***		
Apoyo Social Pareja			.43	3.27**
Apoyo Social Sanitarios			-.38	-3.51***
Satisfacción Apoyo Social Global			.35	2.45*
Reciprocidad Apoyo Social Pareja			.29	2.38*
<i>V.D.: Bienestar</i>	.39	13.01***		

\* $p < 0.5$ ; \*\* $p < 0.1$ ; \*\*\* $p < 0.01$

### **Relación apoyo social - conducta de adherencia**

#### *Diferencias en adherencia en función del nivel de apoyo social*

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la adherencia al ejercicio (Chi-cuadrado=6.90,  $p=.032$ ) en función del nivel de apoyo social de los amigos, pero no existen diferencias para el resto de fuentes. Resulta llamativo el hecho de que sea el apoyo social de los amigos el que marque las diferencias en cuanto a la realización de ejercicio físico por parte de los pacientes. Esto podría explicarse en el sentido de que los enfermos realizan ejercicio físico en mayor medida acompañados de sus amistades y no de familiares o de sus parejas, y tal vez por ello, los pacientes que se sienten apoyados por sus amigos se adhieren más a la hora de realizar la práctica de deporte.

#### *Variables de apoyo social predictoras de la conducta de adherencia*

Con objeto de determinar en qué medida las variables ligadas al apoyo social (redes sociales, apoyo social, satisfacción con el apoyo social y reciprocidad) contribuyen a la predicción de la adherencia a las prescripciones terapéuticas, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión *stepwise* cuyos resultados se presentan en la tabla 3.

Los hallazgos encontrados indican que las variables que mejor predicen la adherencia terapéutica global son la satisfacción con el apoyo

social y la reciprocidad con el apoyo de la pareja. Nuevamente, es la reciprocidad con el apoyo de la pareja la variable que mejor predice la adherencia a la medicación prescrita por el personal sanitario. En cuanto a la adherencia a la dieta, las dos variables predictoras de la misma son la satisfacción con el apoyo de la pareja y la reciprocidad con el apoyo de la familia. Las variables que mejor predicen la adherencia al ejercicio físico son la edad, el género y la satisfacción con el apoyo de los amigos, lo que reitera el importante papel de esta fuente de apoyo social en el cumplimiento del ejercicio físico.

**Tabla 3**  
*Análisis de regresión*  
*VARIABLES DE APOYO SOCIAL PREDICTORAS DE ADHERENCIA*

<b>VARIABLES PREDICTORAS</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>β</b>	<b>t</b>
Satisfacción Apoyo Social Global			-.30	-2.67**
Reciprocidad Apoyo Social Pareja			-.32	-2.43*
<i>V.D.: Adherencia Global</i>	.14	6..75**		
Reciprocidad Apoyo Social Pareja			-.39	-3.56***
<i>V.D.: Adherencia Medicación</i>	.14	12.65***		
Satisfacción Apoyo Social Pareja			-.24	-2.06*
Reciprocidad Apoyo Social Familia			-.24	-2.11*
<i>V.D.: Adherencia Dieta</i>	.09	4.45*		
Edad			.36	3.26**
Género			.26	2.28*
Satisfacción Apoyo Social Amigos			-.22	-2.00*
<i>V.D.: Adherencia Ejercicio</i>	.18	5.98***		

\* $p < 0.5$ ; \*\* $p < 0.1$ ; \*\*\* $p < 0.01$

**Relación salud y bienestar – adherencia terapéutica**

*VARIABLES DE ADHERENCIA Y SALUD RELACIONADAS*

Se han encontrado relaciones significativas entre el cumplimiento terapéutico y la salud objetiva y el bienestar de los pacientes. Más concretamente, las correlaciones más significativas se dan entre algunos ítems de la escala de síntomas (salud objetiva) y el incumplimiento de la medicación medido con el test de Morinsky-Green, Así, esta medida de adherencia correlaciona de manera negativa y significativa con: “¿con mucha frecuencia se siente lánguido y cansado?” ( $r = -.249$ ,  $p = .015$ ), esto es, a más síntomas de cansancio se produce un menor incumplimiento; “¿se le cansan los ojos con facilidad?” ( $r = -.205$ ,  $p = .047$ ); y “¿tiene dolor de cabeza frecuentemente?” ( $r = -.282$ ,  $p = .006$ ). Por último, “¿a menudo

siente un nudo en el estómago?” correlaciona significativamente con la adherencia al ejercicio físico ( $r=-.239$ ,  $p=.023$ ).

En cuanto a la escala de bienestar, es el ítem “¿está satisfecho/a con su vida?” el que ha obtenido una correlación más importante con el incumplimiento de la medicación ( $r=-.210$ ,  $p=.040$ ).

Estos datos, vienen a demostrar como las personas que tienen algunos síntomas debido a su enfermedad, son los que, de alguna manera, tienen una tasa menor de incumplimiento.

*Variables de adherencia predictoras de salud y bienestar*

Para profundizar aún más en las relaciones señaladas, se llevó a cabo un nuevo análisis de regresión con objeto de determinar si la adherencia terapéutica podía predecir el nivel de salud y bienestar. Se incluyeron en el modelo de regresión, en un primer bloque, algunas variables sociodemográficas como la edad, el género, el estado civil, etc. Para llevar a cabo estos análisis tomamos como variables dependientes, además de la salud subjetiva, cada uno de los ítems que componen la escala de salud objetiva (síntomas) y la de bienestar.

**Tabla 4**  
Análisis de regresión  
*Variables de adherencia predictoras de salud y bienestar*

<i>VARIABLES PREDICTORAS</i>	$R^2$	F	$\beta$	t
<b>Morinsky (Olvida medicación)</b> <i>V.D.: S. Objetiva, Fiebre</i>	.05	4.81*	.24	2.19*
<b>Nivel de estudios</b> <b>Morinsky (Medicación hora indicada)</b> <i>V.D.: S. Objetiva, Cansan Ojos</i>	.13	6.54**	-.28 -.24	-2.58* -2.24*
<b>Género</b> <b>Adherencia al ejercicio</b> <i>V.D.: S. Objetiva, Nudo estómago</i>	.21	11.09***	.31 -.37	3.06** -3.61***
<b>Género</b> <b>Media Morinsky</b> <i>V.D.: S. Objetiva, Dolor cabeza</i>	.21	11.29***	.27 -.42	2.60* -4.09***
<b>Nivel de estudios</b> <b>Morinsky (Cuando sienta mal no toma medic.)</b> <i>V.D.: Bienestar</i>	.09	4.62*	-.24 -.22	-2.21* -2.00*
<b>Morinsky (Olvida medicación)</b> <i>V.D.: Bienestar (vida casi ideal)</i>	.05	4.93*	-.25	-2.22*
<b>Morinsky (Cuando sienta mal no toma medic.)</b> <i>V.D.: Bienestar (situación vida excelente)</i>	.04	4.57*	-.24	-2.14*
<b>Nivel de estudios</b> <b>Adherencia a la medicación</b> <i>V.D.: Bienestar (satisfecho con vida)</i>	.11	5.74***	-.27 -.27	-2.48* -2.48*

\* $p<0.5$ ; \*\* $p<0.1$ ; \*\*\* $p<0.01$

En los análisis de regresión se han hallado algunas variables de adherencia predictoras de la salud. En cuanto al bienestar, también el incumplimiento terapéutico predice esta variable en la muestra de pacientes crónicos. Únicamente en la variable salud subjetiva los datos no muestran que el cumplimiento sea buen predictor de la misma. Los datos obtenidos los podemos ver con detalle en la tabla 4.

## **Conclusiones**

En primer lugar, los análisis realizados muestran que los pacientes crónicos de este estudio no se adhieren de manera global a sus tratamientos, en especial, y de manera más acusada, encuentran más dificultades a la hora de cumplir las recomendaciones en cuanto a la dieta y el ejercicio físico (encontrándose datos de incumplimiento superiores a otras investigaciones). Además, el 55% de los pacientes crónicos manifiestan haberse saltado en alguna ocasión la toma de los medicamentos prescritos para su enfermedad acercándose así a los datos encontrados en la literatura (entre un 30% y un 50%). Estos resultados coinciden con otros obtenidos en investigaciones previas en relación a la distinta dificultad en seguir las prescripciones terapéuticas dependiendo del área de tratamiento (Beléndez y Méndez, 1995; Froján y Rubio, 2005). Esto es, una persona puede cumplir estrictamente con las recomendaciones médicas en un área (medicación), pero no seguir en absoluto las otras recomendaciones (dieta y ejercicio físico) (Froján y Rubio, 2005). A esto, se añade que los hábitos de salud son además poco consistentes, por lo que puede que muchos enfermos crónicos comiencen una dieta saludable o realicen durante algún tiempo el ejercicio recomendado, pero estas conductas no se mantengan en el tiempo (Leventhal, Prohaska y Hirschman, 1985; Sarafino, 2006).

Centrándonos en la explicación del modelo teórico planteado en este estudio, las redes sociales aparecen como predictoras de la salud subjetiva o percibida por los propios pacientes. De este modo, se cumple nuestra primera hipótesis en cuanto a que las redes sociales intervienen de manera directa en la salud de los pacientes (Moyano, Barrios, Archavala, Catoni y Palma, 2005; Vaux, 1988); aunque los resultados no muestran que el bienestar se vea influido por éstas. Pero sí que parece claro, que es la salud subjetiva (y no la objetiva) la que mayor relación tiene con las redes sociales que el paciente posee.

Por otro lado, el apoyo social se relaciona de manera general con la salud y el bienestar de los enfermos crónicos, especialmente el apoyo de la pareja y la familia. Así, los pacientes que tienen mayor nivel de apoyo social manifiestan tener una mejor salud (Cohen et al., 2000; Pozo et al., 2005a) y mayor bienestar (Bukov et al., 2002; López-García et al., 2005) que aquéllos con un nivel menor de apoyo. Para reafirmar más estos resultados, los análisis de regresión efectuados nos permiten con-

firmar que el apoyo social de la pareja (éste de forma especial) y de los sanitarios son buenos predictores del bienestar.

En cuanto a la satisfacción con el apoyo, los resultados muestran de manera contundente la relación existente entre esta variable y la salud y el bienestar de los pacientes objeto de estudio, datos coincidentes con otras investigaciones previas (Doeglas et al., 1996). Es interesante resaltar que la variable de satisfacción con el apoyo predice de manera más precisa la salud (objetiva y subjetiva) que el propio apoyo social percibido; por lo que se deberían tener en cuenta estos datos a la hora de planificar intervenciones para aumentar la salud de los pacientes. Por otro lado, tras realizar los análisis pertinentes, también la reciprocidad con el apoyo social aparece relacionada de manera significativa con la salud y con el bienestar (Buunk et al., 1993; Lu, 1997). Nuevamente, es la pareja la fuente en la que la reciprocidad aparece como mejor predictora del bienestar en esta muestra de enfermos crónicos.

Como puede verse a través de los datos, no sólo el apoyo social es una variable que incide directamente sobre la salud y el bienestar de la muestra de pacientes objeto de estudio, sino que la satisfacción y la reciprocidad con ese apoyo son componentes del apoyo social que tienen un peso importante sobre la salud y el bienestar. Es elemental valorar en qué medida el paciente no sólo percibe tener apoyo social, sino si esas muestras de apoyo satisfacen las expectativas del enfermo y, además, si el apoyo social entre el paciente y sus allegados es mutuo y recíproco.

En relación a la adherencia a las prescripciones médicas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en adherencia al ejercicio físico en función del apoyo social de los amigos. Estos datos coinciden con los encontrados por otros autores (Courneya, Plotnikoff, Hotz et al., 2000; Dishman y Sallis, 1994; Okun, Ruehkmann, Karoly, Lutz, Fairholme y Schaub, 2003), donde el apoyo social de los amigos ejerce una influencia mayor sobre la realización de ejercicio físico y su continuidad en el tiempo, que el apoyo proveniente de los familiares e incluso de la pareja. Estos resultados no hacen más que evidenciar la necesidad de realizar intervenciones específicas dependiendo del tipo de adherencia que se quiera tratar y, por supuesto, de la fuente de apoyo social que sea más influyente a la hora de aumentar ese cumplimiento, y a la vez, mejorar la salud de los enfermos crónicos.

Por su parte, la satisfacción y la reciprocidad con el apoyo social predicen de manera evidente la adherencia a las prescripciones terapéuticas (Da Costa et al., 1999). Los resultados más importantes aparecen en cuanto a la satisfacción con el apoyo de los amigos, ya que ésta, es predictora del cumplimiento del ejercicio físico por parte de los pacientes. Aquí, volvemos a realzar el importante papel de esta fuente en la adherencia al ejercicio físico. Además, en cuanto a la adherencia a la dieta, es la satisfacción con el apoyo de la pareja y la reciprocidad con el

apoyo de la familia las variables que resultan mejores predictoras de este comportamiento. Esta relación, puede deberse a que los pacientes que tienen que llevar una dieta específica para su enfermedad, realizan este tipo de conductas en casa. De este modo, son la pareja y la familia, las fuentes de apoyo más cercanas del enfermo a la hora de poder adherirse a esta importante conducta de salud. En este mismo sentido, es importante resaltar cómo la reciprocidad con el apoyo de la pareja predice de manera significativa, tanto la adherencia global al tratamiento, como específicamente, la adherencia a la medicación. Dato este que nos vuelve a llamar la atención sobre la pareja como fuente de apoyo esencial en los enfermos crónicos para la correcta administración de sus tratamientos.

Pasando por último a analizar la relación existente entre la salud y el bienestar de estos pacientes y la adherencia a sus tratamientos es interesante destacar que la adherencia a la medicación es la variable de cumplimiento que mejor predice el bienestar y la salud objetiva. Estos resultados pueden deberse a que, en realidad, las personas que se medican correctamente se sienten mejor de salud, y por lo tanto, experimentan mayor bienestar.

Por otro lado, las patologías crónicas estudiadas manifiestan pocos síntomas de enfermedad, esto es, los pacientes no disponen de suficientes claves internas para realizar la conducta de adherencia (Stretcher y Rosenstock, 1997). No obstante, entre aquellos pacientes que experimentan algunos síntomas existen relaciones negativas entre éstos y el incumplimiento.

Para concluir, esta investigación nos deja un interrogante importante, el cual creemos que debemos seguir analizando en próximas investigaciones. A saber, puede ocurrir que la relación de influencia existente entre la salud y el cumplimiento sea en el sentido de que, efectivamente, los pacientes crónicos que no tienen síntomas o no se encuentran mal de salud, no tienen suficientes claves para llevar a cabo la conducta de adherencia; por lo que puede ser que sea la salud, la que en último término, pueda predecir la correcta adherencia terapéutica y no al revés.

Por otro lado, la muestra del estudio debería ampliarse en número de pacientes, en tipos de enfermedad y en otros centros de salud para poder responder con más detalle a las cuestiones planteadas en este estudio. Además, es importante analizar otras posibles variables (tipo de enfermedad crónica, autoestima del paciente, grado de afecto positivo y negativo, nivel de estrés que tiene el enfermo relacionado con su enfermedad...) que puedan mediar en la relación entre las variables analizadas. Así, el conocimiento más exhaustivo de estos factores nos permitirá planificar intervenciones para mejorar la salud y aumentar el bienestar de los enfermos. En suma, podremos intervenir en los aspectos clave que influyen en la adherencia a los tratamientos, ya que puede ser ne-

cesario reforzar distintas particularidades del apoyo social en función de si el incumplimiento se produce en un sentido u otro.

## **Referencias**

- Barra, E. (2004): Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barrón, A.-Sánchez, E. (2001): Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicohema*, 13, 1, 17-23.
- Beléndez, M.-Méndez, F.X. (1995): Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 7 (1), 63-82.
- Berkman, L.F. (1986): Social networks, support and health. Taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*, 123, 559-562.
- Boyer, C.B.-Friend, R.-Chlouverakis, G.-Kaloyanides, G. (1990): Social support and demographic factors influencing compliance of hemodialysis patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1902-1918.
- Bukov, A.-Maas, I.-Lampert, T. (2002): Social participation in very old age. *Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 510-517.
- Bunk, B.P.-Doosje, B.J.-Jans, L.G.J.M.-Hopstaken, L.E.M. (1993): Perceived reciprocity, social support, and stress at work: the role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 801-811.
- Catz, S.L.-Kelly, J.A.-Bogart, L.M.-Benotsch, E.G.-McAuliffe, I. (2000): Patterns, correlates and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Cohen, S.-Gottlieb, B.H.-Underwood, L.G. (2000): Social relationships and health. En S. Cohen, L.G. Underwood y B. H. Gottlieb (Eds.), *social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. Oxford: Oxford University Press.
- Courneya, K.S.-Plotnikoff, R.C.-Hotz, S.B., et al. (2000): Social support and the theory of planned behaviour in the exercise domain. *American Journal Health Behaviour*, 24, 300-308.
- Da Costa, D.-Clarke, A.E.-Dobkin, P.L.-Senecal, J.L.-Fortin, P.R.-Danoff, D.S. et al. (1999): The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 201-207.
- Diener, E.-Emmons, R.A.-Larsen, R.J.-Griffin, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- DiMatteo, M.R. (2004): Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, 2, 207-218.
- DiMatteo, M.R.-Giordani, P.J.-Leeper, H.S.-Croghan, T.W. (2002): Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40, 794-811.
- Dishman, R.K.-Sallis, J.F. (1994): Determinants and interventions for physical activity and exercise. En C. Bouchard, R.J. Shepard and T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health: International Proceedings and Consensus Statement* (214-238): Champaign, IL: Human Kinetics.
- Doeglas, D.-Suurmeijer, T.-Briancón-Moum, T.-Krol, B.-Bjelle, A., et al. (1996): An international study on measuring social support: interactions and satisfaction. *Social Science Medicine*, 43, 9, 1389-1397.
- Fishman, T. (1995): The 90-Second Intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Reports*, 110, 173-178.
- Froján, M.X.-Rubio, R. (2005): Discriminant analysis of treatment adherence in insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychology in Spain*, 9 (1), 41-48



- Gil, V.-Merino, J.-Palop, V. (2003): *El cumplimiento: Factor clave en el control de enfermedades*. Barcelona.
- González, U. (2002): El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 28, (2) 157-175.
- Glynn, T.S. (1981): Psychological sense of community: Measurement and application. *Human Relations*, 34, 789-818.
- Gracia, E. (1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gross, R.-Tabenkin, H.-Porath, A.-Heymann, A.-Greenstein, M.-Porter, B.-Matzliach, R. (2003): The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: Findings from a pilot study. *Family Practice*, 20, (5), 563-569.
- Hayes, R.B. (2002): Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *JAMA*, 288, 2880-2883.
- Hernández, S.-Pozo, C.-Alonso, E.-Pérez, E. (2005): Apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. *IX Congreso de Psicología Social*, A Coruña. 20-23 Septiembre.
- House, J.S.-Umberson, D.-Landis, K.R. (1988): Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Jonson, S.B.-Tomer, A.-Cunningham, R.-Herneta, J.C. (1990): Adherence in childhood diabetes: results of a confirmatory factor analysis. *Health Psychology*, 9 (4), 493-501.
- Kim, Hye-Kyung y cols. (2000): Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 15,4. Kluwer Academic Publishers.
- Krause, N.-Liang, J.-Yatomi, N. (1989): Satisfaction with social support and depressive symptoms: a panel analysis. *Psychology Aging*, 4, 1, 88-97.
- Krause, N.-Shaw, B. (2000): Giving social support to others, socio-economic status and changes in self-esteem in late life. *Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 323-333.
- Kyngas, H.A. (1999): Compliance of adolescents with asthma. *Nursing and Health Sciences*, 1, 195-202.
- Kyngas, H.A. (2000): Compliance with health regimens of adolescents with epilepsy. *Seizure*, 9, 598-604.
- LaHuerta, C.-Borrell, C.-Rodríguez-Sanz, M.-Pérez, K.-Nebot, M. (2004): La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-91.
- Latorre, J.M. (1995): *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis.
- Lefevre, F. (2003): Special Report: Interventions to improve patient adherence with medications for chronic cardiovascular disorders. *Assessment Program*, 12, 1-32.
- Leventhal, H.-Prohaska, T.R.-Hirschman, R.S. (1985): Preventive health behaviour across the life span. En J. C. Rosen y L. J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
- López-García, E.-Banegas, J.R.-Graciani, A.-Herruzo, R.-Rodríguez-Artalejo, F. (2005): Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality Life Research*, 14, 511-520.
- Lu, L. (1997): Social support, reciprocity and well-being. *The Journal of Social Psychology*, 137 (5), 618-628.
- Marín-Reyes, F.-Rodríguez-Morán, M. (2001): Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43, 4, 336-339.
- Martínez, F.M.-García, M.-Maya, I. (2001): El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13, 4, 605-610.

- Meichenbaum, D.-Turk, D.(1987): *Facilitation treatment adherence*. Nueva York: Plenum Press.
- Molassiotis, A.-Nahas-López, V.-Chung, W.Y.R.-Lam, S.W.C.-Li, C.K.P.-Lau, T.F.J. (2002): Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD & AIDS*, 13, 5, 301-310.
- Moyano, F.-Barrios, S.- Arechabala, M.C.- Catoni, M.I.- Palma, E.(2005): Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, 34-41.
- Newbrough, J.R.-Chavis, D.M.(1986): Psychological sense of community: Foreward. *Journal of Community Psychology*, 14, 3-5.
- Okamoto, K.-Tanaka, Y.(2004): Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38, 318-322.
- Okun, M.A.-Ruehkmann, L.-Karoly, P.-Lutz, R.-Fairholme, C.-Schaub, R.(2003): Social support and social norms: do both contribute to predicting leisure-time exercise? *American Journal of Health Behaviour*, 27, 5, 493-507.
- O.M.S.(2003): Adherence to long-term therapies: Evidence for Action. WHO: Ginebra.
- Palop, V.-Martínez, I.(2004): Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 5, 28, 113-120.
- Pendley, J.S.(2002): Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 429-438.
- Pineda, M.-Ortega, R.M.-Garberí, R.(2001): *Sobre crónicos, cuidadores y sus familias. La necesidad de un nuevo planteamiento*. Valencia: Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Viure en salud, 51.
- Pozo, C.-Alonso, E.-Hernández, S.(2007): Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En A. Blanco y J. Rodríguez-Marín (Coords.), *Intervención psicosocial* (pp. 75-101): Madrid: Prentice Hall.
- Pozo, C.-Hernández, S.-Alonso, E.-Cid, N.-Martos, M.J.-Pérez, E.(2005a): Propuesta de un modelo multidimensional de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. *IX Congreso Europeo de Psicología*, Granada, 22-25 Julio.
- Pozo, C.-Hernández, S.-Alonso, E.-Cid, N.-Martos, M.J.-Pérez, E.(2005b): Cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos. Variables psicosociales implicadas. *IX Congreso Nacional de Psicología Social*, A Coruña. 20-223 Septiembre.
- Prince, M.J.(1997): Impairment. Disability and handicap as risk factors for depression in old age. The fospel oak project V. *Psychological Medicine*, 27, 311-321.
- Pullen, C.-Noble, S.-Fiandt, K.(2001): Determinants of health-promoting lifestyle behaviours in rural older women. *Family and Community Health*, 24, 49-73.
- Rand, C.S.(1993): Measuring adherence with therapy for chronic diseases: Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 680-740.
- Revenson, T.A.-Schiaffino, K.M.-Majerovitz, S.D.-Gibofsky, A.(1991): Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33, 7, 807-813.
- Rodríguez Marín, J.(1990): Apoyo social y salud. *Libro de Simposios. III Congreso Nacional de Psicología Social*. Santiago de Compostela: Tórculo A. G.
- Sarafino, E.P.(2006): *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Shumaker, S.A.-Hill, D.R.(1991): Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10, 102-111.

- Stretcher, V.J.-Rosenstock, I.M.(1997): The Health Belief Model. En K. Glanz, F.M. Lewis y B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tsouana-Hadjis, E.-Vemmos, K.N.-Zakopoulos, N.-Stamatelopoulos, S.(2000): First-stroke recovery process: the role of family social support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (7), 881-887.
- Turker, J.S.(2002): Health-related social control within older adults' relationships. *Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 387-395.
- Vaux, A.(1988): *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Voils, C.I.-Steffens, D.C.-Flint, E.P.-Bosworth, H.B.(2005): Social Support and Locus of Control as Predictors of Adherence to Antidepressant Medication in an Elderly Population. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13, 157-165.
- Wang, P.S.-Bohn, R.L.-Knight, E.-Glynn, R.J.-Mogun, H.-Avorn, J.(2002): Noncompliance with antihypertensive medications. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 7, 504-511.