

Apoyo funcional *vs.* disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico

M^a José Martos Méndez* y Carmen Pozo Muñoz

Universidad de Almería (España)

Resumen: En este trabajo se analiza la incidencia tanto del apoyo social funcional como del “no funcional” o problemático, sobre la salud, el bienestar y el cumplimiento terapéutico. La muestra del presente estudio está formada por un total de 202 enfermos. Del total, un 68% son mujeres y el 32% restante son varones. Los resultados muestran una relación significativa entre el apoyo social (funcional y no funcional) y la salud y el cumplimiento terapéutico. En cuanto a la salud, los mejores predictores de la misma son el apoyo social de la pareja y de los sanitarios y el no funcional de estos últimos. En el caso del bienestar se vuelve a remarcar la importancia del apoyo social de los sanitarios, al que se unen el apoyo de los familiares y de la pareja. En cuanto al incumplimiento terapéutico es el apoyo social global y el apoyo no funcional de los amigos los mejores predictores del mismo. En síntesis, aunque el apoyo social funcional incide de manera positiva sobre la salud y la adherencia terapéutica de los pacientes analizados, también es importante el impacto negativo que las conductas de apoyo no funcionales pueden tener sobre el bienestar y el cumplimiento.

Palabras clave: Apoyo social; pacientes crónicos; salud; adherencia al tratamiento

Title: Functional *versus* non-functional social support in a sample of chronic patients. Repercussion on health and treatment compliance.

Abstract: In this paper we analyse both social functional and “non-functional” or problematic support, with regard to health, well-being and adherence to treatment. The sample of the present study consists of a total of 202 patients, of which 68% are female and 32% male. The results show a significant relation between the social support (functional and non-functional) they receive and their health and adherence to treatment. The best predictors in terms of their health are the social support from the patient’s partner and from the medical staff, and the non-functional support from the latter. As far as the patients’ well-being is concerned, the importance of medical social support is stressed once more, followed by that of their family and partner. As to the lack of adherence to treatment, the best predictors for this are global social support and non-functional support from friends. In short, although social functional support has a positive influence on the health and treatment adherence of the patients analysed, the negative impact that non-functional support behaviours can have on their well-being and treatment adherence is also important.

Key words: Social support; chronic patient; health; adherence to treatment.

Introducción

El considerable volumen de definiciones sobre apoyo social que se han venido manejando desde finales de los 70, la variedad de instrumentos de medida del constructo y las muy diversas actividades que se han incluido bajo el término no han hecho más que dificultar la concreción de este concepto y la unificación de criterios cara a proponer una definición consensuada (Gracia, Herrero y Musitu, 2002; Masters, Stillman y Spielman, 2007; Terol, López, Neipp, Rodríguez, Pastor y Martín-Aragón, 2004; Wills y Yager, 2003). Entre las múltiples conductas que se han incorporado al concepto de apoyo social se citan: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, pertenecer a asociaciones comunitarias, dar consejo y guía acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar, y un largo etcétera (Barrón, 1996).

En un intento por arrojar algo de luz sobre el término, hacemos nuestra la propuesta de Lin, Dean y Ensel (1986), quienes entienden el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos. Tradicionalmente se han distinguido dos orientaciones teóricas en la investigación sobre apoyo social: la perspectiva estructural, centrada

en el análisis de las características objetivas de las transacciones de apoyo, y la perspectiva funcional, que estudia los recursos que se intercambian en las relaciones interpersonales, examinando las funciones de apoyo que éstas desempeñan (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Chronister, Chin Chou, Frain y Da Silva, 2008; Friedman y Cohen, 2007).

Uno de los ámbitos que mayor volumen de investigación ha generado es el que pone en relación el apoyo social con la salud, evidenciándose, en términos generales, que el padecimiento de enfermedades es más pronunciado y probable entre aquellos individuos a los que les falta apoyo, éste es insuficiente o les resulta insatisfactorio (Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle y Lawton, 2007; Martos, 2009; Martos, Pozo y Alonso, 2008; Patel, Peterson y Kimmel, 2005; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005; Richmond, Ross y Egeland, 2007; Uchino, 2004).

El grado de asociación entre el apoyo social y la salud va a depender de muy diversos factores, entre los que se encuentran las circunstancias personales, la población a la que nos refiramos (si se trata, por ejemplo, de enfermos crónicos o no), la acepción del concepto asumida y las medidas de evaluación utilizadas (McDonald, 2007). Por otro lado, también se deben tener en consideración aspectos como el impacto temporal, la especificidad de la fuente, el tipo de apoyo y el nivel de conciencia de “estar disponiendo de apoyo” o de “estar recibéndolo” que la persona tiene (Chronister, Chin Chou, Frain y Da Silva, 2008; Waltz y Bandura, 1990).

En términos generales, se parte de la asunción de que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad, de forma que un nivel deficiente de apoyo social se

* **Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** M^a José Martos Méndez. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Ciencias Humanas y Sociales. Área de Psicología Social. Universidad de Almería. Crta. Sacramento s/n. La Cañada de San Urbano. 04120 Almería (España). E-mail: mimartos@ual.es

asocia a un mayor riesgo de padecimiento de determinadas patologías relacionadas, por ejemplo, con trastornos cardiovasculares (Brummett, Brefoot, Siegler, Clapp-Channing, Lytle, Bosworth et al., 2005), arterioesclerosis (Wang, Mitelman y Orth-Gomer, 2005), trastornos mentales (LaHuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez y Nebot, 2004), peor salud psicológica (Barrón y Sánchez, 2001; McInnis y White, 2001) y alteración inmunológica (Miyazaki, Ishikawa, Nakata, Sakurai, Miki, Kawakami et al., 2005).

Otros estudios han constatado también su relación con otras variables como la salud subjetiva (Okamoto y Tanaka, 2004), la respuesta afectiva (Turker, 2002), la calidad de vida (López-García, Banegas, Graciano, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005) y la autoestima (Krause y Shaw, 2000). El aislamiento social y la consiguiente disminución del apoyo social también se han relacionado con la mayor mortalidad global, accidentes y suicidios (Mookadam y Arthur, 2004; Rodríguez Laso, 2004).

Una de las conductas de salud en la que el apoyo social tiene una repercusión importante es la adherencia a las prescripciones terapéuticas (Kara, Caglar y Kilic, 2007), especialmente cuando nos referimos a pacientes crónicos (sujetos objeto de estudio de la presente investigación). Un reducido o “inadecuado” nivel de apoyo social puede desembocar en una menor adopción de hábitos de vida saludables, entre los que se encuentra el cumplimiento de las recomendaciones médicas (Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, 2001; Wang, Bohn, Knight, Glynn, Mogun y Avorn, 2002). En este sentido, se ha demostrado que el apoyo social percibido mantiene una relación positiva con la adherencia al tratamiento terapéutico en diversas enfermedades crónicas o de larga duración como la hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares, VIH y depresión (Bosworth, Oddone y Weinberger, 2006; Burg, Barefoot, Berkman, Catellier, Czajkowski, Saab et al., 2005; Molassiotis, Nahas-López, Chung, Lam, Li y Lau, 2002; Safren, Otto, Worth, Salomon, Johnson, Mayer y Boswell, 2001; Voils, Steffens, Flint y Bosworth, 2005). Todos estos trabajos no hacen más que constatar el importante rol que juega el apoyo social en la adherencia a las recomendaciones de salud en este tipo de pacientes (Courneya, Plotnikoff, Hotz, et al., 2000; DiMatteo, 2004; Martos et al., 2008; Meyer y Mark, 1995; Pozo et al., 2007; Uchino, 2006).

Estudios previos confirman que entre un 20 y 40% de enfermos crónicos no siguen las recomendaciones médicas (DiMatteo, 2004; Dunbar-Jacob y Schlenk, 2001), a pesar de que su cumplimiento provocaría efectos especialmente significativos en los resultados de sus tratamientos y, por tanto, redundaría en su nivel general de salud (DiMatteo, Giordani, Lepper y Croghan, 2002).

Desde la investigación en este ámbito, se han propuesto diversos modelos teóricos sobre los efectos del apoyo social sobre la salud (Ensel y Lin, 1991; Fernández, Torres y Díaz, 1992; Wills y Fegan, 2001), agrupándose en dos categorías principales: 1) modelos de efectos directos o principales (las relaciones interpersonales tiene consecuencias positivas sobre la salud de los individuos, con independencia de los ni-

veles de estrés que éstos experimentan), y 2) modelos de efectos protectores o de amortiguación del estrés (el apoyo social ejerce un papel protector, amortiguando los efectos negativos de los acontecimientos estresantes, mientras que en ausencia de dichas condiciones, el apoyo carece de consecuencias positivas para la salud) (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000).

En el caso que nos ocupa, y tomando como punto de partida el modelo de efectos directos, se pretende indagar acerca de los efectos del apoyo social percibido sobre la salud y el bienestar en una muestra de pacientes crónicos, pero incluyendo además como variable intermedia la adherencia al tratamiento. En otras palabras, se trata de determinar si la suficiencia y funcionalidad del apoyo social repercute sobre el cumplimiento de las conductas de salud y, por ende, ayuda a incrementar el bienestar de los pacientes evaluados.

Ahondando algo más en esta vía de influencia, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que un mismo tipo de apoyo puede tener efectos protectores en unos casos y no en otros; incluso, el mismo problema (por ejemplo, el padecimiento de una enfermedad) puede requerir distintas necesidades de apoyo según la fase o momento por el que atravesase. Con esto estamos haciendo referencia a la denominada “hipótesis de la especificidad del apoyo”, formulada por Cohen y McKay en 1984 para referirse a que el apoyo social sólo será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar. Es decir, estresores específicos requieren específicas estrategias de afrontamiento, entre las que se encuentra el apoyo social, y éste sólo tendrá efectos de protección cuando la ayuda proporcionada “se ajuste adecuadamente” a ese estresor concreto (Pozo-Muñoz, Martos-Méndez, Alonso-Morillejo y Salvador-Ferrer, 2008). Este hecho resulta decisivo a la hora de planificar las intervenciones, dado que pueden resultar mucho más eficaces si se promueven determinados aspectos del apoyo social en función de las características de los receptores, estresores o dificultades que se afrontan.

Sin embargo, el apoyo social no siempre reduce el estrés y beneficia la salud. Dado que el apoyo es proporcionado dentro de una red de amigos y familiares, es posible que los mismos individuos que brindan ayuda sean a la vez fuente de interacciones conflictivas (Coyne y DeLongis, 1986; Coyne, Wortman y Lehman, 1988; Danoff-Burg, Revenson, Trudeau y Pager, 2004; Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky, 1991; Shinn, Lehmann y Wong, 1984). Además, Shinn, Lechmann y Wong, (1984) han argumentado que las relaciones sociales que se perciben como negativas y/o problemáticas son interpretadas más verazmente como estrés que como apoyo en sí mismo; es posible que el apoyo esté disponible, pero las personas pueden no percibirlo como tal o pueden interpretarlo como algo negativo (Dunkel-Schetter y Bennett, 1990; Wilcox, Kasl y Berkman, 1994). Esto puede deberse a varias razones; bien porque la ayuda es inadecuada (el tipo de apoyo recibido no se ajusta a las necesidades que el estresor provoca), bien porque recibir ayuda de otros puede “debilitar” nuestra autoestima, bien porque tenemos de-

masiada tensión y estrés acumulado como para percibir que estamos recibiendo apoyo, e incluso, porque puede hacernos sentir que los demás quieren controlar nuestras vidas (Boutin-Foster, 2005; Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky, 1991). En definitiva, si no se percibe el apoyo social como una ayuda positiva es muy difícil que éste reduzca el nivel de estrés y provoque beneficios en la salud y el bienestar de los individuos, sino más bien todo lo contrario.

Abbey, Abramis y Caplan (1985) han hecho una muy útil distinción teórica entre apoyo social positivo (expresiones de afecto y ayuda) y apoyo conflictivo (expresiones de afecto negativo y/o no prestación de ayuda). Por su parte, Revenson y colaboradores (1991) entienden que el apoyo positivo se refiere a las interacciones sociales que producen afecto o asistencia, y el apoyo problemático se utiliza para describir ejemplos de apoyo que son percibidos como de no-ayuda, incluso aunque las acciones de la persona que proporciona ese apoyo puedan haber sido bien intencionadas (Wortman y Conway, 1985).

Así, como ya se ha comentado, el apoyo puede ser percibido como problemático cuando no se desea, cuando el tipo de apoyo ofrecido no satisface las necesidades del receptor – poca satisfacción con el apoyo social percibido– (Cohen y McKay, 1984; Chronister, Chin Chou, Frain y Da Silva, 2008; Reynolds y Perrin, 2004; Rook, 1992) o cuando, por cualquier motivo, puede poner en peligro nuestro autoconcepto y autoestima. El apoyo no funcional puede clasificarse en cinco categorías (Boutin-Foster, 2005): a) excesivo contacto telefónico con el paciente; b) enorme expresión de emociones y preocupación desmesurada por el enfermo; c) recepción de consejos, información y ayuda no solicitada; d) información brindada sin un significado práctico para poder llevarla a cabo (por ejemplo, no se explica al paciente cómo llevar a cabo buenas conductas de salud) y, e) demasiados cuidados que hacen que el enfermo llegue a sentirse sobreprotegido y que le pueden llevar a pensar que “no sirve para nada”. La incidencia negativa que ejerce el apoyo social no funcional sobre la salud es tan importante que algunos estudios han encontrado mayor capacidad predictiva de este tipo de apoyo que la mostrada por el apoyo social positivo (Abbey, Abramis y Caplan, 1985; Fiore, Becker y Copel, 1983; Rook, 1984). Por último, también se han hallado relaciones (negativas) más fuertes entre el apoyo problemático y el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas, que cuando el objeto de análisis es el apoyo social funcional; en este sentido, los enfermos que perciben más conductas de apoyo no funcionales tienen un mayor índice de depresión y los pacientes que experimentan dolor y discapacidad pueden ser extremadamente vulnerables a las interacciones sociales negativas (Figueiredo, Fries e Ingram, 2004; Ingram, Jones, Fass, Neidig y Song, 1999).

Si estos hallazgos se confirman cabría preguntarse si el apoyo problemático puede obstaculizar o minimizar los efectos beneficiosos del apoyo positivo. Ante esta cuestión, Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky (1991) consideran que incluso cuando los pacientes perciben relaciones

problemáticas dentro de su red social, el apoyo continuará influyendo positivamente en la salud y el bienestar de aquellos. Así, la ocurrencia de interacciones positivas que proporcionen apoyo positivo puede amortiguar los efectos negativos de las conductas problemáticas.

Tras lo expuesto hasta el momento, se plantea como principal propósito de este estudio delimitar la incidencia tanto del apoyo social funcional como del “no funcional” o problemático sobre la salud y el bienestar en una muestra de pacientes crónicos, tanto de manera directa como a través del cumplimiento terapéutico de los pacientes. Partimos de la idea de que si los pacientes perciben apoyo social positivo, seguirán más eficazmente sus tratamientos, y por otro lado, dicha conducta propiciará una mejor salud y una mayor percepción de bienestar.

Para cumplir con este objetivo, se plantean las siguientes hipótesis:

1. El apoyo social percibido (funcional) incide de manera directa y positiva sobre la salud y el bienestar de los pacientes.
2. El apoyo social percibido no funcional incide de manera directa y negativa sobre la salud y el bienestar de los enfermos.
3. El apoyo social percibido interviene de manera indirecta sobre la salud y el bienestar, a través de la conducta de adherencia al tratamiento.
4. El apoyo social problemático percibido influye indirectamente sobre la salud y el bienestar, a través de la conducta de incumplimiento terapéutico.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio está formada por un total de 202 pacientes crónicos, todos ellos usuarios del Servicio Andaluz de Salud. En cuanto a la edad, el rango va desde los 21 hasta los 65 años con una media de 56.23 años (d.t.=8.98). Del total, un 68% son mujeres y el 32% restante son varones.

Considerando la muestra en su conjunto, un 40% de los pacientes han sido elegidos para participar en este estudio por padecer hipertensión, un 29% por sufrir dislipemia, un 18% son diabéticos, mientras que un 13% ha sido citado por padecer Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Variables e instrumentos de medida

El instrumento de recogida de información utilizado para realizar esta investigación es una entrevista semiestructurada 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 al contexto español.

La *salud objetiva* de los pacientes crónicos se evalúa mediante la “Escala de síntomas” de Jou y Fukada (1997), 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 por nuestro grupo de investigación. La escala de respuesta va desde 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, diseñado *ad hoc*.

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

La *adherencia al tratamiento* es medida a través de 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 para su enfermedad crónica, precedido de instrucciones en las que se reconocen las dificultades que la mayoría de las personas tienen a la hora de seguir las recomendaciones de su médico. En este caso, hemos subdividido este ítem en tres, separando la adherencia a la medicación, al ejercicio físico y a la dieta recomendada por su médico (las respuestas afirmativas indicarían el incumplimiento o no adherencia, y las negativas, la adherencia al tratamiento o cumplimiento). El otro ítem, tiene un formato de respuesta abierto en el que el paciente ha de registrar el número de veces que ha olvidado tomar su medicación durante los últimos siete días. Además, hemos añadido la misma cuestión pero referida también al número de veces que no ha seguido el plan de ejercicio físico y el número de ocasiones que no ha seguido la dieta.

El *apoyo social percibido* en las relaciones con la pareja, familiares y amigos durante el transcurso de la enfermedad crónica es evaluado a partir de la “Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad” (Revenson et al., 1991), formada por tres subescalas de 20 ítems cada una (pareja, α de Cronbach=.92; familiares, α =.88, amigos, α =.91) y traducida al español por nuestro grupo de investigación. Además, se ha añadido para este estudio una cuarta subescala que mide el apoyo social percibido del personal sanitario (α de Cronbach=.83). Esta escala mide tanto el apoyo positivo como el problemático (no funcional) proporcionado por las cuatro fuentes señaladas anteriormente. Así, 16 ítems reflejan el apoyo social funcional, (por ejemplo, “le escucha”, “le hace sentir que usted aporta algo positivo a los demás”, “le hace pequeños favores”) incluyendo los distintos tipos de apoyo (emocional, instrumental e informativo); los 4 ítems restantes miden el apoyo problemático o no fun-

cional (“le da información o hace sugerencias que usted encuentra poco útiles o inapropiadas”, “le resulta difícil entender como se siente usted”, “intenta cambiar su manera de afrontar la enfermedad de un modo que a usted no le gusta” y “se enfada cuando usted no acepta sus consejos”). En ambos casos, la escala de respuesta es de 1 (“nunca”), a 5 (“siempre”), lo que significa, que a mayor puntuación mayor apoyo social positivo, y a mayor puntuación mayor apoyo no funcional, respectivamente.

Finalmente, el instrumento incluye seis ítems sobre variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, familiares con los que vive, nivel de estudios y trabajo actual).

Procedimiento

El procedimiento seguido en esta investigación se inició con una reunión con el Director del Centro de Salud en la que se nos facilitó el listado de enfermos crónicos. La selección de la muestra se hizo en base a un muestreo aleatorio estratificado en función de las variables como el grupo de edad (se excluyó de la muestra a pacientes mayores de 65 años con el fin de evitar otro tipo de sesgos, como padecer múltiples enfermedades, dificultad para desplazarse al Centro de Salud, etc..) y tipo de enfermedad (EPOC, diabetes, dislipemia e hipertensión). Telefónicamente, se concertaba una cita con los pacientes y éstos acudían de forma voluntaria a realizar la entrevista en su propio Centro de Salud, donde se les explicaba que la entrevista era anónima y que tendría una duración aproximada de dos horas.

Una vez finalizadas las entrevistas al conjunto de pacientes crónicos, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados para proceder posteriormente a realizar los análisis estadísticos oportunos a través del programa SPSS (en su versión 15.0 para Windows). Concretamente los análisis efectuados fueron los siguientes: análisis descriptivos, análisis de correlaciones divariadas con la Prueba de Pearson, diferencia de medias con la prueba no paramétrica “U” de Mann-Whitney, y análisis de regresión (método Stepwise).

Resultados

Nivel de salud y bienestar de los pacientes crónicos

Los pacientes crónicos entrevistados consideran que su estado de salud es relativamente bueno, ya que se obtiene un promedio de 3.40 en *Salud Percibida* (d.t.=1.04), en una escala de cinco puntos. En cuanto a la salud objetiva (síntomas percibidos) la media es menor (media=2.41; d.t=.92), lo que significa que los pacientes suelen tener sólo en algunas ocasiones síntomas físicos debido a su enfermedad. Por otro lado, en cuanto al bienestar psicológico que manifiestan tener los pacientes, la media es algo mayor que la de salud subjetiva (media=3.67; d.t.=1.05) lo que supone que aunque no declaran tener una muy buena salud, sí perciben, en general, cierta satisfacción con su vida.

Nivel de cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos

El análisis descriptivo de los datos revela que un 47% de los pacientes crónicos declaran haber incumplido en alguna ocasión las prescripciones de su médico en cuanto a la toma de medicación, un 76% dice no haber seguido la dieta recomendada y, por último, un 77% manifiesta no cumplir el plan de ejercicio físico prescrito. De este modo, el incumplimiento de los pacientes alcanza de media un 67%.

A pesar de estos porcentajes tan elevados de incumplimiento terapéutico, un 82.4% de los pacientes dicen no haber olvidado tomarse su medicación en los últimos siete días, el 10.9% manifiesta haber olvidado una o dos tomas y el 6.5% revela que no se ha tomado correctamente su medicación en tres o más ocasiones durante la última semana. En cuanto a seguir adecuadamente la dieta en los últimos siete días, el 50% de los pacientes crónicos dicen no haberse saltado en ninguna ocasión, el 27% manifiestan no haber seguido la dieta en una o dos ocasiones y el 14.7% restante indica que se la han saltado tres o más veces. En referencia a la realización del ejercicio físico recomendado, el 44.7% de los pacientes exponen no haberse saltado su plan de ejercicio físico en los últimos siete días, el 27.3% se lo ha saltado una o dos veces y es el 16.9% el porcentaje de enfermos que dicen que no lo han seguido en tres ocasiones o más a lo largo de la última semana.

Hay que destacar que esta última medida de adherencia (segundo ítem del *Test de Haynes-Sackett*) parece un poco más precisa que la anterior, ya que permite acotar en el tiempo el número de veces de incumplimiento, centrándose además en un período muy reciente, con lo que es posible eliminar el sesgo que pudiera provocar “el olvido”.

Nivel de apoyo social de los pacientes crónicos

El promedio del apoyo social es de 3.39 (d.t.=.72), esto es, los pacientes, considerando las distintas fuentes, opinan que tienen un nivel de apoyo social medio. Ahora bien, si analizamos el apoyo que los pacientes crónicos reciben de sus parejas (media=3.95; d.t.=1.09), y de sus familiares (media=3.99; d.t.=.92), la media es considerablemente más elevada. En cambio, el apoyo recibido por los amigos (media=3.27; d.t.=1.11), y el apoyo de los sanitarios (media=2.44; d.t.=.74), presentan unas puntuaciones considerablemente inferiores.

Si nos centramos en el apoyo social problemático o no funcional, encontramos que la media global es de 2.94 (d.t.=1.40). El apoyo no funcional de la pareja es de 2.98 (d.t.=1.36) y el de la familia de 2.88 (d.t.=1.38). En el caso de los amigos (media=2.96; d.t.=1.57) y de los sanitarios (M=2.94; d.t.=1.64), como podemos ver, el promedio baja. Es destacable el hecho de que las mismas fuentes que proporcionan apoyo positivo o funcional son las que provocan

en los enfermos actitudes de rechazo que pueden interferir en su adherencia al tratamiento. Estos datos indican que existen conductas que realizan las personas cercanas a los enfermos crónicos, que éstos consideran de “no ayuda”. Son quienes más cercanos están a los pacientes quienes tienen la oportunidad de brindar uno u otro tipo de apoyo; y esto es fundamental para futuras intervenciones.

Es interesante destacar cómo, tanto en el caso de la pareja, como en el de la familia, el apoyo social positivo es más elevado que la media, pero a la vez también son estas dos fuentes las que obtienen una puntuación más elevada en el apoyo no funcional que prestan a los pacientes crónicos. Esto es, los familiares prestan apoyo social, pero a la vez están brindando otro tipo de apoyo que aunque creen que puede ayudar, en realidad no cumple esa función en el individuo que lo recibe.

Relaciones entre las variables ligadas a la salud y el apoyo social

Con la finalidad de concretar si la salud y el bienestar se relacionan de manera significativa con el apoyo social percibido por los pacientes crónicos, se llevó a cabo un análisis de correlaciones divariadas, utilizando para ello la prueba de Pearson (r).

Los resultados muestran correlaciones significativas entre la salud objetiva de los pacientes y el apoyo social que éstos reciben de sus parejas ($r=-.183$). En cuanto a la salud subjetiva, ésta muestra de igual modo una correlación con el apoyo social de la pareja ($r=.256$), pero en este caso también es importante la ayuda recibida por parte de los familiares ($r=.161$); por lo que se evidencia que las conductas de apoyo de los familiares más cercanos tienen incidencia en la salud de los enfermos, ya sea ésta medida a través de variables objetivas (escala de síntomas) o mediante la percepción subjetiva de los pacientes. Por último, la calidad de vida de los pacientes analizados se relaciona de manera positiva y significativa con el apoyo social de familiares y pareja y negativamente con el apoyo social no funcional de la pareja (ver Tabla 1).

En el caso de la muestra de pacientes que nos ocupa se evidencian correlaciones significativas entre la salud y el bienestar, y el apoyo social, y en menor medida, entre aquellas y el apoyo social no funcional. Se puede pensar que las conductas que proporcionan los allegados a los enfermos, y que no les son de ayuda, afectan en mayor medida a la calidad de vida y bienestar de los mismos, y no tanto a su salud. No obstante, en los siguientes análisis se concretará la incidencia de estas conductas de “no-apoyo” sobre el bienestar de los enfermos.

Respecto a la relación existente entre el apoyo social y el cumplimiento terapéutico, se realizaron igualmente análisis de correlaciones. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1: Correlaciones entre variables de salud y de apoyo social

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Salud objetiva	1										
2. Salud subjetiva	-.558**	1									
3. Bienestar	-.333**	.329**	1								
4. Apoyo pareja+	-.183*	.256**	.446**	1							
5. Apoyo familia+	-.085	.161*	.348**	.526**	1						
6. Apoyo amigos+	-.010	.131	.123	.324**	.382**	1					
7. Apoyo sanitarios+	.021	.062	.061	.399**	.424**	.477**	1				
8. Apoyo pareja-	.113	-.064	-.194*	-.174*	-.263**	-.183*	-.202**	1			
9. Apoyo familia-	.063	-.094	-.129	-.068	-.173*	-.203**	-.185**	.871**	1		
10. Apoyo amigos-	.103	-.087	-.083	-.014	-.127	-.200**	-.169*	.802**	.882**	1	
11. Apoyo sanitarios-	.095	-.098	-.079	-.026	-.106	-.158*	-.233**	.761**	.825**	.938**	1

***p<.001; **p<.01; *p<.05

Tabla 2: Correlaciones entre variables de adherencia y de apoyo social

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Cumplimiento medicación	1													
2. Cumplimiento dieta	.21**	1												
3. Cumplimiento ejercicio	.01	.42**	1											
4. Veces olvido medicación	.37**	.06	-.09	1										
5. Veces olvido dieta	.16*	.38**	.11	.28**	1									
6. Veces olvido ejercicio	.10	.19*	.39**	.11	.36**	1								
7. Apoyo pareja+	-.09	-.07	-.06	-.07	-.14	-.18*	1							
8. Apoyo familia+	-.19*	-.10	.01	-.01	-.05	-.11	.53**	1						
9. Apoyo amigos+	-.13	-.15*	-.12	-.11	-.06	-.20*	.32**	.38**	1					
10. Apoyo sanitarios+	-.19*	-.13	-.06	-.05	-.11	-.29**	.40**	.42**	.48**	1				
11. Apoyo pareja-	.13	.18*	.14	.01	.18*	.28**	-.17	-.26**	-.18*	-.20**	1			
12. Apoyo familia-	.12	.18*	.11	.02	.21**	.24**	-.07	-.17**	-.20**	-.19**	.87**	1		
13. Apoyo amigos-	.12	.20**	.13	.06	.16*	.27**	-.01	-.13	-.20**	-.17*	.80**	.88**	1	
14. Apoyo sanitarios-	.12	.19*	.09	.04	.15*	.22**	.03	-.11	-.16*	-.23**	.76**	.83**	.94**	1

***p<.001; **p<.01; *p<.05

En relación al incumplimiento de la medicación, las correlaciones más importantes se dan con el apoyo social de los familiares ($r=-.19$) y de los sanitarios ($r=.19$). En el caso de la adherencia a la dieta es el apoyo social no funcional de las cuatro fuentes el que muestra una correlación con este tipo de incumplimiento. Esto es, el apoyo social positivo se relaciona con la adherencia a la medicación, siendo el apoyo social no funcional el que mayor correlación muestra con el incumplimiento de la dieta. En definitiva, los pacientes con más ayuda cumplen en mayor medida con las pautas de medicación prescritas por su médico, pero en la caso de la dieta, son precisamente las conductas de no-ayuda las que más se relacionan con el incumplimiento de esta parte del tratamiento.

Por otro lado, en cuanto a la frecuencia de olvido del tratamiento, de nuevo es el apoyo social no funcional (de las cuatro fuentes analizadas) el que mayores y más significativas correlaciones presenta con la frecuencia de incumplimiento (veces que los enfermos olvidan realizar la dieta o el ejercicio físico prescrito).

En definitiva, el apoyo social no funcional aparece, en general, como el factor que más relación tiene a la hora de que los pacientes incumplan o no sus tratamientos; dato éste bastante significativo para diseñar intervenciones dirigidas a incrementar la adherencia al tratamiento (en especial dieta y ejercicio físico), en las que estas conductas “negativas” por parte de los allegados deberían ser consideradas como objetivo prioritario de actuación.

Diferencias en salud, bienestar y adherencia terapéutica en función del nivel de apoyo social

Para determinar si distintos niveles de apoyo social, tanto funcional como no funcional, inciden en la salud y bienestar de los pacientes, se dividió el apoyo social de cada una de las fuentes en dos niveles, en función de las puntuaciones medias mostradas en esta variable (bajo y alto apoyo social). Para realizar estos análisis, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en *salud objetiva* si partimos de distintos niveles de apoyo social de la pareja ($U=185$; $p=.033$). Además, también encontramos diferencias en salud objetiva con distintos niveles de apoyo social no funcional de la familia ($U=247.5$; $p=.024$). En cuanto a la *salud subjetiva*, se encuentran diferencias con distintos niveles de apoyo social de la pareja ($U=149.5$; $p=.004$) y del apoyo social global ($U=325.5$; $p=.027$). En el caso del *bienestar*, se han encontrado diferencias con distintos niveles de apoyo social de la pareja ($U=65.5$; $p=.000$), de la familia ($U=211$; $p=.019$) y del apoyo social total ($U=304$; $p=.021$).

Con relación al cumplimiento terapéutico, es en la adherencia al *ejercicio físico* donde se han encontrado las mayores diferencias en cuanto a distintos niveles de apoyo social (funcional y no funcional). Así, existen diferencias en adherencia al ejercicio físico con distintos niveles de apoyo social no funcional de los amigos ($U=75$; $p=.007$), de los sanitarios ($U=69$; $p=.05$) y de la medida de apoyo global ($U=75$;

$p=.007$). En cuanto a las veces que los pacientes han olvidado realizar el ejercicio físico recomendado por su médico, también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($U=599.5$; $p=.017$).

Por otro lado, se han encontrado diferencias en la frecuencia de olvido de la medicación en función de los distintos niveles de apoyo social no funcional de la pareja ($U=184$; $p=.044$) y del apoyo social no funcional de los sanitarios ($U=67$; $p=.045$).

En definitiva, son las conductas de apoyo “problemático” las que muestran mayor incidencia sobre el incumplimiento del tratamiento, especialmente, en lo que se refiere a la realización de ejercicio físico y el seguimiento de la medicación.

Incidencia del apoyo social sobre la salud y el bienestar

Con el propósito de analizar qué variables relacionadas con el apoyo social pueden actuar como predictores de la salud (objetiva y subjetiva) y del bienestar en esta muestra de

Tabla 3: Variables de apoyo social predictoras de salud y bienestar.

Variables predictoras	R ²	F	B	t
Apoyo sanitarios no funcional			.21	2.65**
Apoyo social pareja			-.23	-2.81**
Apoyo social sanitarios	.060	.54**	-.18	-2.08*
V.D.: Salud objetiva				
Apoyo social pareja			.25	3.26**
V.D.: Salud subjetiva	.055	10.61***		
Apoyo social pareja			.38	4.71***
Apoyo social familia			.26	3.14**
Apoyo social sanitarios			-.18	-2.29*
V.D.: Bienestar	.025	19.50***		

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Por otro lado, los datos muestran que la variable que mejor predice la *salud subjetiva* es el apoyo social de la pareja; confirmando nuevamente el importante papel del apoyo social sobre la salud de los pacientes crónicos, y en especial, el apoyo recibido de las personas más cercanas; así, quienes perciben recibir apoyo de su pareja, perciben a la vez tener una mejor salud. En el caso del *bienestar* los datos vuelven a remarcar la importancia del apoyo social de los sanitarios, al que se unen el apoyo de los familiares y de la pareja.

En síntesis, tras los análisis realizados podemos afirmar que las relaciones interpersonales mantienen una importante asociación con la salud de los enfermos crónicos estudiados, confirmándose además la influencia directa del apoyo social sobre la salud y el bienestar de los pacientes.

Incidencia del apoyo social sobre el cumplimiento terapéutico

Por último, y con objeto de determinar en qué medida el apoyo social (funcional y no funcional), contribuye a la pre-

pacientes crónicos, se llevaron a cabo distintos análisis de regresión (método *stepwise*).

En cuanto a la *salud objetiva*, los mejores predictores de la misma son el apoyo social de la pareja y de los sanitarios y el no funcional de estos últimos. En este caso, resulta llamativo que sea el apoyo social de los sanitarios (tanto funcional como no funcional) el que mayor incidencia muestra sobre la salud objetiva de los pacientes (Tabla 3). Así, la relación médico-paciente es determinante de la sintomatología manifestada por los pacientes, lo que conduce a considerar como un factor clave la información que los profesionales de la salud proporcionan a los enfermos crónicos sobre su enfermedad y sus tratamientos (Alonso, Pozo, Reboloso y Cantón, 2003; Godoy, Sánchez-Huete y Muela, 1994; Nouvilas, 2000). Este dato puede ser de gran utilidad, dado que el que los pacientes perciban menos síntomas de enfermedad cuando reciben apoyo de sus médicos puede ayudar a diseñar intervenciones que optimicen el apoyo social percibido por los enfermos en relación a los sanitarios que los tratan a través de la mejora de su trato y comunicación; esto repercutirá probablemente en la salud y el bienestar de los pacientes. Dicción de la adherencia a las prescripciones terapéuticas entre los pacientes crónicos estudiados, se llevaron a cabo una nueva serie de análisis de regresión (método *stepwise*) cuyos resultados se presentan a continuación (Tabla 4).

Los hallazgos encontrados indican que la variable que mejor predice el *incumplimiento de la medicación* es el apoyo social global de todas las fuentes. Esto implica que los pacientes que se perciben ayudados por las personas de su entorno van a adherirse a su medicación en mayor medida que las personas con bajo apoyo social. Por otro lado, el apoyo social no funcional de los amigos predice el *incumplimiento de la dieta*, a la vez que el apoyo social global. Los enfermos crónicos que reciben mayor cantidad de conductas de “no apoyo” y que, por tanto, no les son de ayuda van a seguir la dieta en menor medida que aquellos que no perciben este tipo de conductas por parte de sus amigos.

Tabla 4: Variables de apoyo social predictoras del incumplimiento terapéutico.

Variables predictoras	R ²	F	β	T
Apoyo social global			-.25	-3.15**
V.D.: Incumplimiento medicación	.055	9.94**		
Apoyo social global			-.18	-2.15*
Apoyo amigos no funcional			.17	2.14
V.D.: Incumplimiento dieta	.062	12.78***		
Apoyo amigos no funcional			.25	3.12**
Apoyo social sanitarios			-.25	-3.07***
V.D.: Incumplimiento ejercicio	.147	19.50***		

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

En cuanto al *incumplimiento del ejercicio físico*, vuelve a aparecer el apoyo social no funcional de los amigos como predictor de esta conducta de salud; además, los sanitarios juegan un importante papel a la hora de que los pacientes se adhieran a las pautas de ejercicio físico recomendadas por aquéllos.

En conclusión, podemos destacar la importante influencia del apoyo social sobre el incumplimiento general del tratamiento en la muestra de pacientes objeto de estudio. También es destacable el rol que el apoyo social no funcional de los amigos juega en la adherencia a la dieta y al ejercicio físico, lo que implica que en aquellos casos en que los amigos actúan de forma que sus conductas no son funcionales, repercutirá de manera negativa en la adherencia de los pacientes.

Conclusiones

Como ya ha sido expuesto a lo largo de este trabajo, el propósito perseguido con el presente estudio se centraba en analizar en qué medida el apoyo social, tanto positivo como “no funcional” o negativo incide en la salud y el bienestar de los pacientes crónicos objeto de estudio. Un segundo objetivo se dirige a dilucidar la influencia del apoyo social sobre el cumplimiento terapéutico, lo que permitiría contrastar su papel mediador en la relación entre el apoyo y la salud y el bienestar.

Los pacientes evaluados dicen tener un nivel de salud moderado, y más de la mitad manifiestan encontrarse satisfechos con su vida, lo que refleja que su nivel de bienestar (medida subjetiva) es incluso mayor que su nivel de salud (medida objetiva).

Si nos centramos en el cumplimiento terapéutico de los enfermos crónicos, sólo el 28% de éstos dicen ser adherentes a sus tratamientos, de manera global. Es en relación a la medicación cuando la adherencia es mayor (45% de cumplidores), y el incumplimiento es más elevado en cuanto a la realización de ejercicio físico (21% de adherentes) y la dieta alimentaria recomendada por su médico (17% siguen una correcta alimentación). Pero cuando se les pregunta a los pacientes si se han olvidado de seguir el tratamiento “en la última semana”, el porcentaje de incumplimiento es considerablemente menor. Esta discrepancia en los datos respecto al índice de adherencia puede deberse a las medidas utilizadas para su evaluación. Esto es, cuando a los pacientes se les pregunta si alguna vez a lo largo de su enfermedad no han seguido el tratamiento es difícil que se den respuestas negativas (es posible que en alguna ocasión, por alguna circunstancia, se les haya podido olvidar); en cambio, cuando la pregunta es en relación a los últimos siete días el porcentaje de incumplidores disminuye. Los enfermos que responden que se han saltado el tratamiento en alguna ocasión, no tienen porque ser incumplidores recurrentes, por lo tanto cuando se hace referencia a un corto espacio de tiempo, como es en la última semana, se puede discriminar mejor entre los pacientes que incumplen de manera habitual y los que no. Esto nos lleva a la necesidad de plantear para un futuro la utilización de medidas más objetivas y la consideración de un periodo de seguimiento de los pacientes algo mayor.

En cuanto al nivel de apoyo social de los pacientes crónicos, éste es medio, y es de la pareja y la familia, de

quienes los enfermos dicen percibir un mayor apoyo. Además, el apoyo social no funcional o problemático es también medio, aunque afortunadamente inferior al apoyo social positivo. Resulta interesante resaltar que, al igual que ocurre con el apoyo social positivo, los pacientes observan más conductas de no apoyo y de crítica a los esfuerzos que realizan en relación a su enfermedad por parte de las personas más allegadas (pareja y familia) debido a que son los que más se preocupan e interesan por ellos. Estos datos coinciden con los hallados en otros estudios realizados anteriormente (Coyne y DeLongis, 1986).

En relación a las hipótesis planteadas, parece clara la relación existente entre el apoyo social y la salud y el bienestar de los pacientes. Así, según muestran los resultados, el apoyo social de la pareja y de la familia son los que más relación muestran con las variables de salud y de calidad de vida analizadas. Además, el apoyo social de la pareja es buen predictor tanto de la salud (objetiva y subjetiva) como del bienestar.

También es significativo el hecho de que el apoyo social de los sanitarios aparece como buen predictor de la salud y del bienestar en esta muestra de enfermos crónicos. Así, los sanitarios desempeñan un rol bastante decisivo en la calidad de vida y la propia salud de los pacientes. Se hace necesario, por tanto, considerar estas fuentes (en especial médicos y enfermeros) a la hora de realizar intervenciones en las que se los considere como portadores de ayuda para sus pacientes, tanto a nivel emocional, informativo e instrumental.

Los datos anteriores corroboran nuestra primera hipótesis, y a la vez coinciden con resultados encontrados en otras investigaciones a favor de la influencia del apoyo social sobre la salud y el bienestar de los pacientes crónicos (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Cohen y Syme, 1985; Pozo, Alonso y Hernández, 2007).

En cuanto al apoyo social no funcional, éste está relacionado con el bienestar en el caso de la ayuda que la pareja presta al enfermo crónico. Pero es en lo que se refiere a la salud, donde estas conductas no funcionales de ayuda inciden más fuertemente. Así, el apoyo social no funcional de los sanitarios predice de manera clara la salud de los enfermos. Este resultado insiste en el importante papel de los trabajadores de la salud en el estado de sus pacientes. Se han encontrado también en otros estudios resultados similares en los que el comportamiento de las personas que rodean al paciente incide de manera negativa sobre su salud (Boutin-Foster, 2005; Revenson et al., 1991). Por ejemplo, la insistencia y consejos por parte de las redes de apoyo para que los pacientes modifiquen sus conductas de salud pueden ser interpretados como apoyo social informativo, pero también puede verse como una manera de “controlar” al enfermo, lo que puede acarrear en el paciente conductas contrarias a las que se pretenden conseguir (Kelgeson, Novak, Lepore, Eton, Wright, Plohman et al., 2004). Esto debe ser tenido en cuenta en futuros estudios, dado que si no es posible conocer con certeza la percepción que tiene el paciente sobre el

apoyo que recibe (si es percibido de forma positiva o no), es difícil poder llegar a extraer conclusiones claras.

Hasta aquí se ha comprobado la incidencia del apoyo social (positivo y problemático) sobre la salud y el bienestar. Nuestro segundo propósito se dirige a comprobar si el apoyo social incide de alguna forma sobre las conductas de salud manifestadas por los pacientes, o lo que es lo mismo analizar la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento.

Las conductas de apoyo no funcional son las que más influencia muestran sobre el cumplimiento terapéutico de los enfermos. Así, en cuanto a la adherencia, es en el caso de la dieta y del ejercicio físico donde el apoyo social no funcional incide de manera negativa a la hora de que los pacientes realicen estas conductas de salud de manera adecuada. Los enfermos incumplen más la dieta y el ejercicio físico cuando, por ejemplo, sus redes de apoyo les dan información o sugerencias que son inapropiadas y además, se enfadan cuando éstos no aceptan sus consejos.

Cuando la variable criterio utilizada es la frecuencia de olvido del tratamiento (dieta y ejercicio físico), de nuevo el apoyo social no funcional de las cuatro fuentes analizadas se relaciona con esta variable de incumplimiento. En cuanto a la medicación, las conductas de apoyo problemático de la pareja y de los sanitarios son las que más incidencia tienen en este tipo de adherencia. Así, si la pareja o el médico no hacen esfuerzos por entender al enfermo y quieren cambiar de manera radical la forma de afrontar la enfermedad del paciente, esto puede influir negativamente en el seguimiento de la medicación recomendada.

De este modo, las supuestas prestaciones de apoyo que los pacientes consideran de no ayuda, o los reproches a éstos sobre cómo están llevando su tratamiento, desembocan en una menor adherencia terapéutica. Pero no sólo el apoyo social no funcional tiene incidencia sobre el incumplimiento de los pacientes analizados. Así, el apoyo social positivo (de las distintas fuentes) predice la adherencia a la medicación y a la dieta. En definitiva, los datos han revelado que las personas que se sienten más ayudadas por sus allegados obteniendo apoyo emocional, instrumental o informativo, son los que mejor siguen el tratamiento, quienes se olvidan en

menos ocasiones de realizar las conductas de salud, y cuyos comportamientos de adherencia son más adecuados. En este sentido, quedan corroboradas nuestras hipótesis relacionadas con la influencia del apoyo social sobre el cumplimiento terapéutico de los enfermos.

En definitiva, aunque las conductas no funcionales de apoyo son muy perjudiciales para la adherencia de los enfermos, no obstante, esta influencia negativa se contrarresta con el resto de comportamientos de apoyo que sí ayudan al paciente. Lo que queda claro en este estudio es que el apoyo social influye de manera directa sobre la salud y el bienestar de los enfermos y, también el apoyo no funcional incide sobre la adherencia al tratamiento, además del apoyo social positivo. Así, las conductas de apoyo no funcionales tienen incidencia de manera indirecta sobre la salud y el bienestar. Esto es, a través del incumplimiento terapéutico, la salud y el bienestar también se ven afectadas por el apoyo problemático.

Los resultados anteriores pueden servir de base para planificar y desarrollar intervenciones que mejoren la salud y el cumplimiento terapéutico de este tipo de pacientes; dichas acciones deberían tener en cuenta qué apoyo es necesario promover y en qué momento, qué es necesario incentivar y cómo pueden ser erradicadas las conductas de apoyo no funcional.

Finalmente, es preciso señalar que este trabajo no es más que el inicio de un amplio proyecto en el que se intenta dilucidar lo más rigurosamente posible cuáles son las variables del apoyo social que pueden estar incidiendo en la salud y el bienestar de los enfermos, y qué conductas y actitudes es necesario promover para conseguir un elevado cumplimiento terapéutico. Sería interesante ampliar la muestra objeto de estudio, no sólo respecto al número de pacientes, sino también en relación a la enfermedad crónica que padecen y a la posible diferencia (en cuanto a bienestar, apoyo social percibido y adherencia al tratamiento) entre enfermos con un solo padecimiento o aquéllos que padecen varias enfermedades. La meta final debe centrarse en realizar intervenciones para que la vida de los pacientes mejore en la medida de lo posible y consigan adherirse a sus tratamientos, con los consiguientes beneficios y mejora de su calidad de vida.

Referencias

- Abbey, A., Abramis, D.J. y Caplan, R.D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 111-119.
- Alonso, E., Pozo, C., Reboloso, E. y Cantón, P. (2003). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: Variables de terminantes de la satisfacción del paciente y del grado de cumplimiento de las prescripciones médicas. *Psicología de la Salud*, 15, 1/2, 23-45.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 1, 17-23.
- Bosworth, H.B., Oddone, E.Z. y Weinberger, M. (2006). *Patient treatment adherence. Concepts, interventions and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Boutin-Foster, C. (2005). In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3-52.
- Brummett, B.H., Brefoot, J.C., Siegler, I.C., Clapp-Channing, N.E., Lytle, B.L., Bosworth, H.B., Williams, R.B.Jr. y Mark, D.B. (2005). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
- Burg, M. M., Barefoot, J., Berkman, L., Catellier, D. J., Czajkowski, S., Saab, P., Huber, M., DeLillo, V., Mitchell, P., Skala, J. y Taylor, C. B. (2005). Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 879-888.
- Chronister, J., Chin Chou, C., Frain, M. y Da Silva, E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: a metaanalysis. *Journal of Rehabilitation*, 74, 2, 16-32.

- Cohen, S., Gottlieb, B.H. y 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* (3-28). Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis. A theoretical analysis. En A. Baum, S.E. Taylor y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 253-267). New Jersey: Hillsdale.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic 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.
- Coyne, J.C. y DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 454-460.
- Coyne, J.C., Wortman, C.B. y Lehman, C.R. (1988). The other side of support. En B.H. Gottlieb, *Marshalling social support: formats, processes and effects* (pp. 305-330). Newbury Park: Sage.
- Danoff-Burg, S., Revenson, T.A., Trudeau, K.J. y Payer, S.A. (2004). Unmitigated comunión, social constraints and psychological distress among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality*, 72 (1), 29-46.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y 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. y Croghan, T.W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40, 794-811.
- Dunbar-Jacob, J. y Schlenk, E. (2001). Patient adherence to treatment regimen. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 571-580). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dunkel-Schetter, C. y Bennett, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. En B.R. Sarason, J.G. Sarason y G.R. Pierce, *Social support: an interactional view* (pp. 267-296). New York: Wiley.
- Ensel, W.M. y Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychosocial distress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 32, 321-341.
- Fernández, L., Torres, M. y Díaz, L. (1992). Apoyo social: implicaciones para la Psicología de la salud. En M.A. Simón, (Eds.), *Comportamiento y salud*, (vol. 1). Valencia: Promolibro.
- Figueiredo, M.I., Fries, E. e Ingram, K.M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psychooncology*, 13, 96-105.
- Fiore, J., Becker, J. y Copel, D.B. (1983). Social network interactions: a buffer or stress? *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-440.
- Friedman, H.S. y Cohen, R. (1986). *Foundations of health psychology*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Godoy, J.F., Sánchez-Huete, J. y Muela, J. (1994). Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Revista de Psicología de la Salud*, 6 (1), 103-122.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Análisis e intervención social. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L., Taylor, D.W. y Snow, J.C. (1979). Appendix 1: Annotated and indexed bibliography on compliance with therapeutic and preventive regimens. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds.), *"Compliance in Health Care"* (pp. 337-343). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Hoth, K. F., Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A. y Lawton, W. J. (2007). A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 1, 69-76.
- Ingram, K.M., Jones, D.A., Fass, R.J., Neidig, J.L. y Song, Y.S. (1999). Social support and unsupportive social interactions: their association with depression among people living with HIV. *AIDS Care*, 11, 313-329.
- Jou, Y.H. y Fukada, H. (1997). Stress and social support in mental and physical health of Chinese Students in Japan. *Psychological Reports*, 81, (3), 1303-1312.
- Kara, B., Caglar, K. y Kilic, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 3, 243-248.
- Kelgeson, V., Novak, S.A., Lepore, S.J., Eton, D.T., Wright, B., Plohman, J. y Fisher, E.S. (2004). Spouse social control efforts: relations to health behavior and well-being among men with prostate cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 53-68.
- Krause, N. y Shaw, B. (2000). Giving social support to others, socioeconomic status and changes in self-esteem in late life. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 323-333.
- LaHuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K. y Nebot, M. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-91.
- Lin, N., Dean, A y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- López-García, E., Banegas, J.R., Graciani, A., Herruzo, R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14, 511-520.
- Marín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43, 4, 336-339.
- Martos, M.J. (2009). Relaciones interpersonales y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. Tesis doctoral.
- Martos, M.J., Pozo, C. y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59-77.
- Masters, K., Stillman, A.M. y Spielmanns, G.I. (2007). Specificity of social support for back pain patients: do patients care who provides what? *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 1, 11-20.
- McDonald, M. (2007). Social Support for Centenarians' Health, Psychological Well-Being, and Longevity. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 27, 150-159.
- McInnis, G.J. y White, J.H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 3, 128-139.
- Meyer, T.J. y Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Miyazaki, T., Ishikawa, T., Nakata, A., Sakurai, T., Miki, A., Kawakami, N., Fujita, O., Kowayashi, F., Haratani, T., Iimori, H., Sakami, S.S., Fujioka, Y. y Kawamura, N. (2005). Association between perceived social support and Th1 dominance. *Biological Psychology*, 70, (30-37).
- Molassiotis, A., Nahas-López, V., Chung W.Y.R., Lam S.W.C., Li C.K.P. y 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.
- Mookadam, F. y Arthur, H.M. (2004). Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1514-1518.
- Nouvilas, E. (2000). Rol percibido en la relación del profesional de la salud con el paciente y cumplimiento terapéutico. *Revista de Psicología Social*, 15, 1, 87-112.
- Okamoto, K. y Tanaka, Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38, 318-322.
- Patel, S. S., Peterson, R. A. y Kimmel, P. L. (2005). The impact of social support on end-stage renal disease. *Seminary Dialysis*, 18, 2, 98-102.
- Pozo, C., Alonso, E. y 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. y Pérez, E. (2005). Propuesta de un modelo multidimensional de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. *IX Congreso Europeo de Psicología*. Granada: 22-25 Julio.
- Pozo-Muñoz, C., Martos-Méndez, M.J., Alonso-Morillejo, E. y Salvador-Ferrer, C. (2008). Social support, burnout and well-being in teaching professionals. Contrast of a direct and buffer effect model. *Ansiedad y Estrés*, 14 (2-3), 127-141.

- Reynolds, J.S. y Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology, 23*, 425-430.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, S.D. y 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.
- Richmond, C.A.M., Ross, N.A. y Egeland, G. (2007). Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of indigenous Canadians. *American Journal of Public Health, 97*, (9), 1827-1833.
- Rodríguez Laso, A. (2004). *El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores. El estudio "Envejecer en Leganés"*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 1097-1108.
- Rook, K. S. (1992). Detrimental aspects of social relationships: taking stock of an emerging literature. In H. O. F. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 157-192). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Worth, J.L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. y Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV anti-retroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour Res Therapy, 39*, 10, 1151-1162.
- Shinn, M., Lechmann, S. y Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues, 40*, 4, 55-76.
- Terol, M., López, S., Neipp, M.C., Rodríguez, J., Pastor, M.A. y Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología, 35* (1), 23-45.
- Turker, J.S. (2002). Health-related social control within older adults' relationships. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences, 57*, 387-395.
- Uchino, B.N. (2004). *Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: a review of psychological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 4, (377-387).
- Voils, C.I., Steffens, D.C., Flint, E.P. y 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.
- Waltz, M. y Bandura, B. (1990). Social support and chronic illness: conceptual and methodological problems. *International Journal of Health Sciences, 1*, 3, 177-183.
- Wang, H.X., Mittleman, M.A. y Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science Medicine, 60*, 599-607.
- Wang, P.S., Bohn, R.L., Knight, E., Glynn, R.J., Mogun, H. y Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 7, 504-511.
- Wilcox, V.L., Kasl, S.V. y Berkman, L.F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: a prospective study. *Health Psychology, 13*, 170-179.
- Wills, T.A. y Fegan, M.F. (2001). Social networks and social support. In Baum, A., Revenson, T.A. y Singer, J.E. (Eds.), *Handbook of Health Psychology*, (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wills, T.A. y Yager, A.M. (2003). Family factors and adolescent substance use: model and mechanisms. *Current Directions in Psychological Science, 12*, 222-226.
- Wortman, C.B. y Conway, T.L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.

(Artículo recibido: 12-1-2010; aceptado: 10-5-2010)