

Adherencia al tratamiento en trabajadores de la Administración Pública: factores relacionados con la salud y el bienestar

Adherence to treatment by public administration workers: factors related to health and well-being

Carmen Pozo Muñoz

Unidad de Calidad, Universidad de Almería.

Enrique Alonso Morillejo

Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de Almería.

María José Martos Méndez

Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de Almería.

Carmen María Salvador Ferrer

Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de Almería.

María Jesús Martínez Casado

Servicio Médico de Prevención, Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid.

Correspondencia:

Dra. Carmen Pozo Muñoz

Directora de la Unidad de Calidad

Ctra. de Sacramento s/n. La Cañada de San Urbano.

Universidad de Almería

04120 ALMERÍA, España.

Tfno: 950015767/638 140 173.

Fax: 950015767

Email: cpozo@ual.es

Resumen

Objetivos: a) Analizar los niveles de adherencia al tratamiento por parte de los trabajadores estudiados; b) determinar los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico y, por ende, con la salud y el bienestar de los participantes en el estudio y c) sentar las bases para el diseño futuro de estrategias de intervención preventiva.

Métodos: El estudio se llevó a cabo durante el año 2008 en el Servicio de Prevención de los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Para ello, se diseñó un cuestionario aplicado a cada paciente (trabajador) en el que se recogen, además de las variables sociodemográficas, el tipo de enfermedad, tipo de tratamiento, razones de incumplimiento, apoyo social, salud y bienestar subjetivo.

Resultados: Los análisis muestran que la adherencia a la medicación se da en mayor medida que la relacionada con la dieta y/o ejercicio físico. Entre los motivos de incumplimiento se señala especialmente el olvido, seguido del temor a los efectos secundarios. Existen diferencias en salud y bienestar entre quienes siguen las recomendaciones y quienes no; aquélla son estadísticamente significativas en la dieta y el ejercicio físico. El apoyo social juega un papel importante en la adherencia, en la salud y el bienestar subjetivo.

Conclusiones: El conocimiento de los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico y su vinculación con la salud y el bienestar ayuda a planificar actuaciones encaminadas a la prevención de la enfermedad en el ámbito laboral.

(Med Secur Trab 2009; 55 (215): 63-71)

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, salud laboral, prevención.

Abstract

Objectives: *a)* to analyse the levels of adherence to treatment by the workers studied, *b)* to determine the factors related to therapeutic failure and thus to participants' health and well-being and *c)* to make the design of future preventive strategies.

Methods: The study was carried out during 2008 in the Prevention Service of Central Services, National Institute of Social Security. A questionnaire was designed and applied to each patient (employee). This instrument contains the type of disease, treatment, reasons for non-compliance, social support, health and subjective well-being, in addition to sociodemographic variables.

Results: The analysis shows that adherence to medication is higher than adherence to diet and/or exercise. Among the reasons for non-compliance are oversight and the fear of side effects. There are differences in health and well-being between those who follow recommendations and those who don't. These differences are significant statistically in diet and exercise. Social support plays an important role in adherence, health and subjective well-being.

Conclusions: Knowledge of factors related to therapeutic failure and its relationship to health and well-being helps to plan actions to prevent the disease in the workplace.

(Med Segur Trab 2009; 55 (215): 63-71)

Keywords: *Adherence to treatment, occupational health, prevention.*

INTRODUCCIÓN

El uso apropiado de la medicación y, en general, el seguimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud es clave en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas o de larga duración¹. Este tipo de pacientes no sólo deben seguir un régimen farmacológico estricto sino que además, en múltiples casos, necesitan de un cambio en su estilo de vida, en especial, en lo que tiene que ver con la dieta y el ejercicio físico², por lo que la adherencia al tratamiento representa una variable significativa para el mantenimiento de un adecuado nivel de salud.

La ausencia de cumplimiento terapéutico es considerado como un problema de salud pública (al margen de los efectos negativos que esto produce sobre los propios afectados) y, en el caso de trabajadores en activo, puede además disminuir la productividad, incrementar el absentismo y los costes sanitarios³⁻⁵.

Los datos sobre el nivel de incumplimiento en pacientes crónicos son muy diversos, quizá debido a la dificultad de su medida; esto ha llevado a distintos autores⁶ a plantear la necesidad de utilizar a la vez distintos métodos de medida de la adherencia. Por otro lado, a pesar de la relevancia de este tema, aún no existen resultados concluyentes en cuanto a los factores que inciden sobre el incumplimiento, siendo imprescindible el desarrollo de investigaciones de carácter multidisciplinar que examinen de manera integrada las diversas variables implicadas. Esto permitirá, en un futuro, orientar el consejo médico sobre el adecuado cumplimiento y diseñar estrategias de tipo preventivo orientadas a ayudar a los trabajadores en el seguimiento de sus tratamientos⁷.

Wertheimer y Santella⁸ señalan que entre un 50 y 75% de los pacientes no se adhieren a sus indicaciones médicas, entre el 14 y el 21% de los enfermos no se proveen de sus recetas, el 60% no pueden identificar sus propios medicamentos, entre el 30 y el 50% desconocen o no siguen las indicaciones específicas del medicamento y por último, entre el 12 y el 20% toman las medicinas de otras personas, es decir, se automedican. Otros estudios apuntan a que 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^{4,9}. Estos datos son perfectamente trasladables a nuestro contexto y, aunque existen pocos estudios al respecto, al conjunto de trabajadores de la Administración Pública que padecen enfermedades crónicas o de larga duración, y que acuden al médico del Servicio de Prevención de la empresa, encargado de su seguimiento terapéutico (como es el caso de la población participante en este estudio).

Por otro lado, el papel de las relaciones interpersonales es particularmente importante en individuos con enfermedades crónicas, que han de someterse a tratamientos médicos prolongados y mantener hábitos de vida saludables¹⁰. Conductas de apoyo como acompañar al paciente a las revisiones médicas, compartir actividades saludables, interesarse por su estado de salud, mostrarle cariño y afecto durante cada una de las fases de su enfermedad, o reforzar el correcto seguimiento de las prescripciones médicas, resultan beneficiosas durante el padecimiento de una larga enfermedad.

Algunos autores¹¹⁻¹³ han sugerido que uno de los posibles mecanismos implicados en los efectos del apoyo social sobre la salud es precisamente el relacionado con su influencia sobre la adherencia al tratamiento, a través de la promoción de conductas saludables como el mantenimiento de una dieta adecuada, el ejercicio físico regular, o la correcta toma de medicamentos^{14, 15}.

En suma, se ha demostrado que esta variable psicosocial puede contribuir en gran medida a incrementar la adherencia a las recomendaciones médicas^{12, 16} ya que los pacientes que reciben ánimo, refuerzo y apoyo por parte de sus familiares y amigos tienen más probabilidades de seguir las prescripciones terapéuticas que aquellos otros con menos apoyo social, con inestabilidad familiar o que se encuentran en una situación de aislamiento social.

El principal propósito de este trabajo consiste en analizar los niveles de adherencia al tratamiento por parte de un grupo de trabajadores de los Servicios Centrales del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), su nivel de salud, bienestar y apoyo social y averiguar las posibles barreras para ese incumplimiento. Además, se busca sentar las bases para el diseño futuro de estrategias de intervención preventiva que permitan incrementar la adherencia al tratamiento, ya que esta conducta puede disminuir el absentismo y mejorar la salud laboral de los trabajadores. De forma más específica se pretende:

- a) analizar los niveles de adherencia al tratamiento por parte de los trabajadores estudiados, su percepción de salud, apoyo social y su grado de bienestar subjetivo;
- b) determinar los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico y, por ende, con la salud y el bienestar de los participantes en el estudio, y;
- c) sentar las bases para el diseño futuro de estrategias de intervención preventiva.

MÉTODOS

Participantes

La muestra se compone de un total de 234 pacientes, trabajadores en activo de la Administración Pública, más concretamente de los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Todos ellos eran pacientes crónicos o con enfermedades de larga duración que acudían al Servicio de Prevención de dicha Institución. La distribución por género fue de 38% hombres y 62% mujeres; en cuanto a las enfermedades recogidas 43% tienen hipertensión, 19,7% dislipemias, 8,1% diabetes y 3,5% EPOC. La media de edad es de 55,04 (34 a 69). La mayoría vive en pareja o están casados (68,7%). Por último, en cuanto al nivel académico, un 47,4% tienen estudios de Bachillerato o Formación Profesional, un 44% posee estudios universitarios y sólo un 8,6% estudios primarios.

Variables e instrumento de medida

Para la obtención de información se elaboró un Cuestionario (en formato de entrevista semiestructurada) integrado por varias escalas, algunas de ellas validadas en población española, y otras diseñadas *ad hoc* para el presente estudio. A partir de dicho instrumento se recogió información relativa a las siguientes variables:

1. Variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo y puesto de trabajo).
2. Características de la enfermedad y del tratamiento (tipo de enfermedad, gravedad y beneficios percibidos, dolor, otros síntomas, número de fármacos y número de dosis diarias).
3. Adherencia al tratamiento. Con objeto de validar la información se utilizaron dos medidas distintas:
 - a. La adaptación del Test de Haynes-Sackett¹⁷, compuesto en su origen por dos ítems, uno con formato de respuesta dicotómico (cumplimiento o incumplimiento) y el otro con formato de respuesta abierto (número de veces que no ha seguido las prescripciones durante los últimos siete días). Se miden tres aspectos: adherencia a la medicación, seguimiento de la dieta y seguimiento de plan de ejercicio físico.
 - b. Test de Morisky-Green¹⁸ referido exclusivamente a medicación y compuesto por cuatro ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, desde “nunca” a “siempre”. La consistencia interna de la escala en este estudio fue moderada (alfa de Cronbach=0.53).
4. Razones de incumplimiento. Compuesto por un total de ocho barreras por las que los pacientes no siguen las recomendaciones médicas.

5. Variables psicosociales (vulnerabilidad percibida, apoyo social recibido por parte de la pareja, los familiares y los amigos).
6. Salud y Bienestar:
 - a. La *salud subjetiva* del paciente se mide mediante un único ítem, con una escala de respuesta que va desde 1 “muy mala”, hasta 5 “muy buena”.
 - b. El *bienestar* es medido mediante la “Escala de Satisfacción con la Vida” de Diener, Emmons, Larsen y Griffin¹⁹, compuesta por 5 ítems con un intervalo de respuesta de 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”. La escala presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach= 0,90).

Procedimiento

Tras la elaboración y adaptación de los instrumentos de medida, se pasó a la aplicación del cuestionario en formato de entrevista. Los pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración que acudían al Servicio de Prevención de los Servicios Centrales del INSS, eran atendidos por la responsable médico del mismo, quien, tras la consulta de rigor, les explicaba el propósito del estudio y les solicitaba su colaboración con el mismo. La cumplimentación del cuestionario tenía una duración aproximada de 15 minutos, tras la cual se introducía en un sobre conjunto para salvaguardar la confidencialidad y el anonimato.

Una vez finalizadas las entrevistas, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos para proceder a realizar los análisis estadísticos oportunos.

Análisis estadísticos

Los análisis fueron llevados a cabo mediante el paquete informático SPSS (versión 15.0 para Windows). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo que permitió obtener las puntuaciones medias y desviaciones típicas de las variables salud, apoyo social y bienestar, así como los porcentajes de adherencia por parte de los pacientes (trabajadores) y las razones de incumplimiento más usuales. El análisis de las variables sociodemográficas permitió la descripción de la muestra (ver apartado referido a “participantes”).

Posteriormente, y con el propósito de determinar los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico, se realizó un análisis de regresión lineal considerando como variables independientes todos los factores psicosociales incluidos en el Cuestionario y como variables dependientes los dos tests de adherencia citados, distinguiendo, en su caso, entre la adherencia a la medicación, la dieta y el ejercicio físico.

Por último, para las variables cuantitativas con comportamiento normal y homogeneidad de la varianza, se utilizó la prueba “t” de Student con el fin de analizar la incidencia de la adherencia sobre la salud y el bienestar de los pacientes.

RESULTADOS

Índices de adherencia, salud, bienestar y motivos de incumplimiento.

Para el primer análisis descriptivo se han incluido las dos medidas de cumplimiento utilizadas, el Test de Haynes-Sackett¹⁷ (para medicación, dieta y ejercicio físico), y el Test de Morinsky-Green¹⁸ (exclusivamente destinado a la medida de la adherencia a la medicación). Los análisis de frecuencias indican que, en cuanto a los niveles de incumplimiento de la medicación, un 86% de los trabajadores se adhieren a la medicación y el 16% restante comenta no seguir las recomendaciones en este aspecto. En cambio, el porcentaje de incumplimiento respecto a la dieta y al ejercicio físico es mayor. Así, un 49% de los participantes en la investigación dice no adherirse a la dieta, y en el caso del ejercicio físico, es el 39% de los trabajadores los que aparecen como incumplidores. Estos datos son importantes a la hora de establecer posibles estrategias de intervención encaminadas a mejorar el cumplimiento, debido a que nos proporcionan conocimientos

específicos acerca de en qué conducta de las analizadas (medicación, dieta o ejercicio físico) es más deficitaria la adherencia. En cuanto a la puntuación media en el Test de Morinsky-Green¹⁸, ésta es de 1,76 (es decir, los pacientes dicen olvidar “poco” la medicación), siendo la dispersión no muy elevada (desviación típica de 0.69).

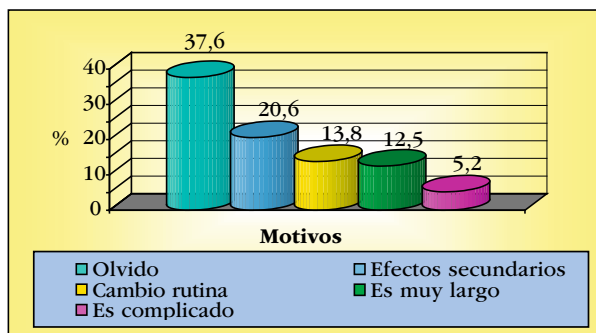
En segundo lugar, la **tabla I** muestra los estadísticos descriptivos de las variables ligadas a la salud, el apoyo social y el bienestar subjetivo. Como puede apreciarse, la puntuación media de la salud subjetiva de esta muestra de pacientes es de 3.65 (d.t.=.82), y de 3.42 (d.t.=.84) en el caso del bienestar; esto es, los trabajadores participantes en el estudio tienen un nivel de salud moderada y manifiestan tener una “satisfacción con la vida” media. En cuanto a las relaciones interpersonales, y más específicamente el apoyo social, parece evidenciarse un buen nivel general de apoyo social global, siendo especialmente importante el brindado por la pareja y la familia (ambos cercanos al punto 4 de la escala, siendo el máximo de 5), aunque se aprecia también en las tres fuentes de apoyo una elevada desviación típica, lo que indica que existe una amplia dispersión de las puntuaciones otorgadas por la muestra a estas variables (ver **tabla I**).

Tabla I. Puntuaciones medias en salud, bienestar y apoyo social

VARIABLES	n	Media	d.t.
Salud subjetiva	234	3.65	.82
Bienestar subjetivo	229	3.42	.83
Apoyo social global	229	3.83	1.04
Apoyo social pareja	188	3.90	1.27
Apoyo social familia	226	3.90	1.14
Apoyo social amigos	215	3.63	1.56

Por último, la razón de incumplimiento que los trabajadores han comentado como más importante a la hora de no seguir sus tratamientos es el olvido, debido a que un 37.6% de los sujetos manifiestan que es una barrera importante que les puede llevar a no seguirlo correctamente. Esto es, algunos de los enfermos crónicos entrevistados no se toman su medicación debido a que no se acuerdan de ello. En este sentido, sería interesante plantear pautas concretas para mejorar el recuerdo y promover que los pacientes se adhieran más a sus tratamientos (ver **gráfica 1**).

Gráfica 1. Motivos de incumplimiento



Además, los posibles efectos secundarios del tratamiento son considerados también como barreras por el 20.6% de los trabajadores, y el cambio en la rutina diaria y la duración del tratamiento con un 13.8% y 12.5% de los sujetos respectivamente. Así, parece claro que el adecuado conocimiento por parte de los pacientes de la medicación que toman (para evitar posibles falsas creencias sobre efectos secundarios que, en realidad, no produce su tratamiento) y adaptar la duración del tratamiento y el número de dosis

en el tiempo, de manera que los trabajadores puedan llevar mejor los cambios en su rutina diaria, son factores claves para un buen cumplimiento terapéutico.

Factores psicosociales que inciden en el seguimiento terapéutico.

Se han llevado a cabo varios análisis de regresión para determinar cuáles son los factores que tienen mayor incidencia en la adherencia. En cuanto a las variables predictoras de la adherencia a la medicación (Test de Morinsky-Green), son las barreras ligadas con la pereza y los efectos secundarios de la medicación, unidos a la falta de apoyo social de la familia y la invulnerabilidad percibida por el paciente los factores que determinan el incumplimiento de las recomendaciones relativas a la medicación (ver [tabla II](#)). Así, es importante resaltar la existencia de ciertas barreras (pereza, desconocimiento de los efectos secundarios e invulnerabilidad percibida) que podrían ser fácilmente superables a través de sencillos programas informativos y/o de educación para la salud; por otro lado, es destacable el papel del apoyo de la familia en la adherencia al tratamiento, aspecto éste que debiera ser igualmente considerado implicando a los allegados en los programas o acciones preventivas.

Tabla II. Variables predictoras del incumplimiento a la medicación (Test de Morinsky y Green)

VARIABLES PREDICTORAS	R ²	F	B	t
Pereza	.26	11.88***	.27	3.63***
Efectos secundarios			.29	3.84***
Apoyo familia			-.19	-2.57***
Vulnerabilidad percibida			-.15	-2.05*

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

Por otro lado, las variables predictoras de la adherencia a la dieta, ejercicio y medicación (Test de Haynes-Sackett) se presentan en la [tabla III](#). Como puede observarse, el apoyo social y la salud subjetiva aparecen como predictores en el caso del incumplimiento de la dieta y del ejercicio. En cambio, el olvido y la pereza son las variables que más incidencia muestran en el incumplimiento de la medicación.

Tabla III. Variables predictoras de la "no adherencia" terapéutica (Test de Haynes-Sackett)

VARIABLES PREDICTORAS	R ²	F	B	t
Olvido			.31	4.04***
Pereza			.17	2.14*
V.D.: Adherencia Medicación	.12	11.82***		
Apoyo Social			-.29	-3.42***
Salud subjetiva			-.20	-2.32*
V.D.: Adherencia Dieta	.13	10.26***		
Apoyo Social			-.33	-3.95***
Salud subjetiva			.19	-2.31*
V.D.: Adherencia Ejercicio	.16	13.06***		

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

Así, vuelve a confirmarse la importancia de las barreras en relación al incumplimiento de la medicación. Sin embargo, no es así en el caso de la dieta y el ejercicio físico, ya que

en este incumplimiento influye significativamente el apoyo social que recibe el paciente y cómo se encuentra de salud para realmente llevar a cabo la conducta de adherencia. Esto es, los pacientes con un alto nivel de apoyo social son los que más cumplirán con la dieta y el ejercicio físico recomendados.

Incidencia de la adherencia sobre los niveles de salud y bienestar.

En cuanto a la salud subjetiva, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con distintos niveles de adherencia a la dieta ($t=2.64$, $p=.009$). La media de salud subjetiva, cuando los trabajadores no se adhieren a la dieta, es de 3.54 (d.t.=.75), y de 3.90 cuando siguen la dieta recomendada (d.t.=.90). También el incumplimiento del ejercicio físico influye en la salud subjetiva, ya que ésta ha obtenido una media de 3.93 (d.t.=.91) en los sujetos que siguen las pautas de ejercicio y de 3.53 (d.t.=.75) en aquéllos que no se adhieren a la actividad física recomendada ($t=2.88$, $p=.004$). De este modo, las personas que llevan a cabo una dieta acorde con las recomendaciones de su médico y realizan las pautas de ejercicio físico prescritas se encuentran significativamente mejor de salud que las que no lo hacen.

Por otro lado, sólo la adherencia al ejercicio físico muestra diferencias estadísticamente significativas en el nivel de bienestar. La media de bienestar de las personas que se adhieren al ejercicio es de 3.83 (d.t.=.84) y de 3.28 (d.t.=.80) en aquéllos que son incumplidores ($t=3.97$, $p=.000$). En este caso, sólo el cumplimiento del ejercicio físico influye en el nivel de calidad de vida de los trabajadores analizados.

DISCUSIÓN

Los datos sobre no adherencia a la medicación coinciden con los encontrados en estudios previos^{4, 8, 9}. Por otro lado, de los resultados presentados en el apartado anterior podemos concluir que los mayores niveles de incumplimiento se dan en el seguimiento de la dieta y en las recomendaciones dirigidas a promover la realización de ejercicio físico entre los pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración. La razón de incumplimiento más significativa es el olvido, seguido del temor a los efectos secundarios que provoca la medicación. Por lo que respecta al resto de variables analizadas, es posible confirmar que: a) a mayor incumplimiento de la dieta, menor nivel de salud subjetiva; b) a mayor incumplimiento del ejercicio físico, mayor sintomatología y menor nivel de salud subjetiva y bienestar psicológico; y c) a mayor apoyo social, mayor salud subjetiva, mayor bienestar y mayor adherencia a la medicación (en el caso del apoyo social ofrecido por la familia), a la dieta y al ejercicio físico (considerando el apoyo social global).

Por otro lado, existen diferencias en salud y bienestar entre los pacientes que siguen las recomendaciones terapéuticas y los que no, siendo estadísticamente significativas en el caso de la dieta y el ejercicio físico.

En relación al tercero de los objetivos que nos planteábamos, estos resultados provocan ciertas implicaciones para la práctica clínica diaria y el diseño de intervenciones dirigidas a incrementar la adherencia terapéutica. Éstas no tienen sentido en sí mismas si no consiguen mejorar los resultados de salud y bienestar de los pacientes²⁰, y no tienen porqué ser complejos programas que dificulten, a su vez, su seguimiento por los pacientes.

Los programas de educación para la salud dirigidos a modificar los estilos de vida de los pacientes, incidiendo en la información acerca de la propia enfermedad, las consecuencias del incumplimiento y la importancia de variables como la alimentación y la actividad física diaria pueden ser enormemente beneficiosos para este tipo de pacientes^{1, 21, 22}. Al margen de la información proporcionada, es importante la intervención sobre las creencias (p.ej. invulnerabilidad percibida), actitudes, y relaciones entre el paciente y su red social más cercana (profesional que lo trata, apoyo social familiar).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo C, Alonso-Morillejo E, Hernández S. Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En: Blanco A, Rodríguez-Marín J, editores. *Intervención Psicosocial*. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2007. p. 75-101.
2. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med*. 2003; 1: 15-21.
3. Tuesca-Molina R, Guallar P, Banegas JR, Graciani-Pérez A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit*. 2006; 20: 220-227.
4. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Ginebra: WHO; 2003.
5. Nichols-English G, Poirier S. Optimising adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc*. 2000; 40: 475-85.
6. Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna (Madrid)*. 2007; 24: 138-141.
7. Martos MJ, Pozo C, Alonso-Morillejo E. Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*. 2008; 93: 59-77.
8. Wertheimer AI, Santella TM. Medication Compliance Research: Still so far to go. *J Appl Res Clin Exp Ther*. 2003; 3: 254-261.
9. Hayes RB. Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *JAMA*. 2002; 288: 2880-3
10. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*. 2004; 18: 83-91.
11. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. En: Salovey P, Rothman AJ, editores. *Social Psychology of Health*. New York: Psychology Press; 2003. p. 218-226.
12. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2004; 23: 207-218.
13. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. En: Salovey P, Rothman AJ, editores. *Social Psychology of Health*. New York: Psychology Press; 2003. p. 227-244.
14. Okamoto K, Tanaka Y. Gender differences in relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*. 2004; 38: 318-322.
15. Okun MA, Ruehkmann L, Karoly P, Lutz R, Fairholme C, Schaub R. Social support and social norms: do both contribute to predicting leisure-time exercise? *American Journal of Health Behaviour*. 2003; 5: 493-507
16. Fernández AM, Bujalance MJ, Leiva F, Martos F, García AJ, Sánchez F. Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM*. 2001; 11: 530-539.
17. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Show JC. Annotated and indexed bibliography on compliance of the therapeutic and preventive regimens. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editores. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979: 76-81.
18. Morinsky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24: 67-74.
19. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49: 71-75.
20. Álvarez S, Gómez de la Fuente FJ, Gallego P, Picón C. Estrategias eficaces para mejorar la adherencia a la prescripción de fármacos. *MEDIFAM*. 2001; 11: 467-471.
21. Schmidt J, Cruz F, Villaverde C, Prados D, García MP, Muñoz A et al. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index Enferm*. 2006; 54: 25-29
22. Medel BC, González L. Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index Enferm*. 2006; 52-53: 16-19