

Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial

Menéndez Villalva, C.; Alonso Fachado, A.; Gamarra Mondelo, T.;
Núñez Losada, C.; Nieto Seoane, M.J.; Méndez Estévez, E.

Centro de Saúde Mariñamansa. A Cuña. Ourense

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 131-137

RESUMEN

Objetivo

Determinar si existe una relación entre el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y variables sociales.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal, sobre 236 pacientes hipertensos controlados en Atención Primaria. Variables estudiadas: edad, sexo, nivel cultural, tipo de tratamiento, cumplimiento de la dieta, cumplimiento de los fármacos antihipertensivos, tipo de familia, eventos estresantes, apoyo social.

Resultados

La edad media fue de 63.51 años, el 77.8% de los pacientes viven en familias normofuncionantes. El 30.2% presenta una escasa red social, el 22% tienen un apoyo social funcional escaso. El mal cumplimiento de la dieta hiposódica asciende a un 61.2% y está asociado a una menor edad y al uso de fármacos. La mala adherencia al tratamiento farmacológico oscila entre un 11.5% y un 67.6% y se encuentra asociada a la presencia de eventos estresantes, tipo de familia y a un bajo apoyo social.

Conclusiones

Los hipertensos de menor edad y con tratamiento farmacológico son peores cumplidores de la dieta pobre en sal. La presencia de eventos estresantes, la disfunción familiar y el escaso apoyo social están asociados a un mal cumplimiento de los fármacos antihipertensivos.

Palabras Clave

Hipertensión arterial, cumplimiento, Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

Se puede definir el cumplimiento terapéutico como el grado en que las expectativas y actitudes del paciente coinciden con las del profesional sanitario y con las recomendaciones para alcanzar un mejor nivel de salud.^{1,2}

Es sobradamente conocido que el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) se asocia a importantes beneficios en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular, según el Sexto Informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) la primera causa de inadecuado control de hipertensión arterial es el incumplimiento terapéutico a largo plazo³. Se estima que la magnitud de incumplimiento terapéutico en problemas crónicos ronda el 50%^{4,5} y puede ser el problema más significativo al que se enfrenta el profesional sanitario en la práctica clínica.

Existen una serie de factores que influyen en la observancia del tratamiento antihipertensivo⁶:

- **Dependientes del paciente:** nivel socioeconómico y socio-cultural, edad, sexo, conocimiento de su enfermedad.
- **Dependientes del régimen terapéutico:** número de dosis, intervalo, reacciones adversas, número de visitas de control.
- **Dependientes de la propia enfermedad:** menor cumplimiento en patologías crónicas que en las agudas.

El factor que más influye en la adherencia a los tratamientos es la **relación médico paciente**. Conocer la idiosincrasia de los pacientes: sus creencias y expectativas, su estructura familiar y sus redes de apoyo social es importante para adecuar el tratamiento antihipertensivo a la realidad individual en cada caso. Los miembros de la familia pueden servir de recordatorio para las medidas terapéuticas, así como para la transmisión de creencias y estímulos para el cambio conductual. Si los miembros del soporte familiar aceptan las recomendaciones del profesional, es más probable que el paciente acepte el tratamiento prescrito⁷. En pacientes con HTA, la educación de los miembros de la familia sobre la naturaleza y consecuencias de la elevación de la presión arterial mejora la adherencia terapéutica⁸.

El objetivo del presente estudio es cuantificar el grado de

Dirección para correspondencia

Dr. Carlos Menéndez Villalva

C/ C.S. Mariñamansa – A Cuña. Dr. Peña Rey 2b
32005 Ourense. Telf. 988 24 82 42. carmenvill@eresmas.com

cumplimiento del tratamiento de los pacientes con HTA y su posible relación con las variables sociofamiliares.

MATERIAL Y MÉTODOS

El centro de salud Mariñamansa - A Cuña, es un centro de salud docente de ámbito semiurbano de la ciudad de Ourense. El presente trabajo es un estudio observacional, transversal, sobre una muestra representativa de 236 pacientes diagnosticados de HTA e incluidos en el programa de control y seguimiento de la hipertensión arterial del Centro de Salud. La población diana está formada por 1056 pacientes diagnosticados de HTA que están incluidos en el programa de detección y control de la hipertensión arterial. El tamaño muestral mínimo para un intervalo de confianza del 95% y un poder estadístico del 80% es de 157 casos; teniendo en cuenta que la población hipertensa ourensana con controles aceptables respecto de sus cifras tensionales asciende a un 33%⁹ y estimando un mal cumplimiento del tratamiento del 50%. El criterio de inclusión en el estudio es el de estar correctamente diagnosticado de HTA tras tres tomas basales de tensión arterial > 140/90 mmHg que consten en la historia clínica y que realicen el seguimiento en el Centro de Salud. La selección de los casos se efectuó por muestreo aleatorio sistemático. Existen dos criterios de exclusión: pacientes con deterioro de las funciones superiores por demencia, trastorno psiquiátrico u otro padecimiento que le impida al individuo percibir el grado de soporte social que recibe; y pacientes que no aceptan participar en el estudio.

VARIABLES ESTUDIADAS

a- Variables Clínicas

- Edad
- Sexo
- Presión arterial: medida con aparato automático OMRON HEM 705 CP que sigue el método oscilométrico y cumple la normativa de la Sociedad Británica de Hipertensión y de la Association Medical Instrumentation para estos dispositivos^{10,11}. Está confirmada su utilidad en el contexto de la Atención Primaria de Salud en España^{12,13,14}. Todos los aparatos fueron calibrados por la empresa proveedora antes de iniciar el estudio.
- Severidad de la HTA: según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que constan en el consenso para el control de la HTA de España¹⁵.

- Tipo de tratamiento antihipertensivo: dietético y/o farmacológico.

b- Variables Sociofamiliares

- Estado civil
- Nivel cultural
- Nivel socioeconómico
- Tipo de familia. Tipología familiar centrada en la familia nuclear propuesta por De la Revilla¹⁶.
- Acontecimientos Vitales Estresantes(AVE): Utilizamos la escala de reajuste vital de Holmes y Rahe^{17,18}, que cuantifica el impacto de los eventos estresantes en Unidades de Cambio Vital (LCU), cuando estas superan los 150 lcu (AVE de alto impacto) afectan a la salud del individuo.
- Apoyo social estructural (red social): utilizando la versión española del método de Blake y McKay¹⁹.
- Apoyo social funcional: medido a través del cuestionario Duke-Unc-11²⁰, validado en nuestro medio^{21,22}, y que mide el apoyo social global y los subtipos: apoyo confidencial y el apoyo afectivo.
- Función familiar: medida a través del APGAR familiar²³, que clasifica a las familias en normofuncionantes o disfuncionales.

c- Variables de cumplimiento del tratamiento:

1- ADHERENCIA A FARMACOS:

Cumplimiento autoinformado: referido por Sackett^{24,25} para pacientes con tratamiento farmacológico, validado en la versión española^{26,27}.

Conocimiento de la enfermedad: método validado en idioma castellano por Batalla y colaboradores²⁸.

Contaje de comprimidos²⁹: realizado durante las consultas programadas en el centro de salud. Se asume que los comprimidos que faltan se consumieron y se calcula el porcentaje de comprimidos (PC) según la fórmula:

$$PC = \frac{n^{\circ} \text{ total de comp. consumidos}}{n^{\circ} \text{ total que tenía que consumir}}$$

Se considera buen cumplidor si el porcentaje de comprimidos se encuentra entre 80 a 110%, hipercumplidor si el porcentaje es mayor de 110% e hipocumplidor si el porcentaje es menor de 80%.

Juicio del profesional: registrado por el profesional que controla al paciente hipertenso, según la respuesta a la pregunta:

¿Piensa que este paciente es buen cumplidor de su tratamiento antihipertensivo? Respuesta: Sí/no.

2. ADHERENCIA A LA DIETA

Sodio en orina de 24 horas: Este parámetro permite determinar la excreción urinaria de sodio en pacientes sometidos

a una dieta con restricción salina⁶. La técnica empleada para su cuantificación es la Potenciometría Indirecta mediante electrodos selectivos de iones en orina de 24 horas. Se adoptaron los siguientes rangos de cumplimiento recomendados por la bibliografía^{30,31}:

- Buen cumplidor del tratamiento dietético < 120 mEq/día.
- Mal cumplidor del tratamiento dietético si ≥ 121 mEq/día.

RESULTADOS

1. Resultados descriptivos

Los pacientes estudiados son predominantemente mujeres, casadas con una edad media de 63.51 años y que viven en el seno de una familia nuclear. En la tabla 1 se reflejan las características generales de la muestra, donde observamos que el 77.8% de los pacientes viven en familias normofuncionantes. El 30.2% presentan una escasa red social (0-1 contactos sociales) y el 22% tienen un escaso apoyo social funcional.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que aceptaron participar en el estudio y los excluidos (19 por no colaboración y 1 caso por retraso psicomotor), respecto a la edad, sexo, nivel cultural, nivel socioeconómico, grado de HTA, presencia de diabetes mellitus, hipercolesterolemia, consumo de alcohol, consumo de tabaco o índice de masa corporal.

2. Adherencia a la dieta hiposódica

Los resultados referentes a la adherencia a la dieta hiposódica muestran que el 61.2% (53.80; 68.12) son malos cumplidores y el 38.8%(31.87; 46.19) buenos cumplidores. Observamos que existe una relación lineal, inversamente proporcional, respecto de la edad y de la excreción urinaria de sodio (figura 1).

Al realizar el análisis multivariante, la menor edad y el uso de fármacos se asocian a un peor cumplimiento de la dieta hiposódica; estas dos variables se mantienen con significación estadística tras controlar los resultados por las posibles variables confusoras: sexo, severidad de la hipertensión y grado de hipertensión arterial (tabla 2).

3. Adherencia al cumplimiento farmacológico

En la tabla 3 se reflejan los porcentajes de cumplimiento del tratamiento farmacológico según los distintos métodos indirectos de cuantificación, utilizados en el estudio. Se puede observar la variabilidad del porcentaje de cumplimiento encontrada, dependiendo del método de medición utiliza-

do. Al realizar el análisis bivalente observamos que las variables descritas en la tabla 4 se asocian con significación estadística a un peor cumplimiento de los fármacos antihipertensivos.

DISCUSIÓN

1. Discusión de las características de la muestra

Las características de la muestra son similares al perfil del paciente hipertenso controlado en Atención Primaria. La prevalencia del sexo femenino y el nivel cultural coincide con las características poblacionales de otros estudios sobre pacientes hipertensos en Atención Primaria^{32,31}.

2.- Discusión de los instrumentos de medida

Los métodos de medición del cumplimiento más exactos son los métodos directos, pero son costosos y de difícil cuantificación. Los métodos indirectos, más sencillos y baratos, presentan el inconveniente de no ser totalmente objetivos y de identificar solo a una parte de los no cumplidores. En nuestro estudio, elegimos los métodos indirectos por su viabilidad práctica y por ser los recomendados en la práctica clínica.²⁸

El recuento de comprimidos está aceptado por la mayoría de los autores como eficaz para su aplicación en la práctica clínica, es considerado como el más exacto para cuantificar el cumplimiento farmacológico, pero tenemos que suponer que los comprimidos que faltan se consumieron, cosa que no siempre es así^{27,28}.

Según las diferentes validaciones de otros métodos de medida^{33,34,26,27,35,36,37,38} el cumplimiento autoinformado por el paciente subestima de forma significativa el incumplimiento (28.7%), pero tiene una alta especificidad (93.4%). El nivel de conocimiento de la enfermedad (método Batalla) sobreestima significativamente el mal cumplimiento (29.88%), pero es el método con mayor sensibilidad (81.9%), es uno de los que tienen mayor valor predictivo negativo (61.5%).

Algunos autores³⁸, en la práctica clínica, recomiendan combinar el cumplimiento autoinformado con el nivel de conocimiento de la enfermedad para disminuir los falsos negativos y ponderar la valoración del incumplimiento terapéutico.

3.- Discusión de los resultados

3.1. Cumplimiento de la dieta hiposódica

La tasa de mal cumplimiento de restricción salina que encontramos en nuestro trabajo fue de 61.2%, similar a la

TABLA I

Análisis descriptivo de la muestra

VARIABLES CLINICAS

EDAD	63.51 años (62.05; 64.96)		
SEXO	Hombres 33.9% (27.96; 40.37)	Mujeres 66.1% (59.62; 72.03)	
ALCOHOL	Abstemio 66.3% (59.83; 72.22)	Menos 39 g/día 20.4% (15.04; 25.75)	Más 40g/día 13.3% (8.75; 17.84)
IMC	Normopeso 10.2% (6.12; 14.27)	Sobrepeso 46.6% (40.13; 53.17)	Obeso 43.2% (36.83; 49.79)
SEVERIDAD HTA	I 79.4% (74.02; 84.77)	II 12.8% (8.32; 17.27)	III 7.8% (7.27; 8.34)

VARIABLES SOCIALES

TIPO DE FAMILIA	Familia nuclear 64.3% (57.78; 70.34)	Otros tipos de familia 35.7% (29.65; 42.25)			
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Suficiente 97.5% (95.29; 99.70)	Insuficiente 2.5% (0.29; 4.70)			
FUNCIÓN FAMILIAR	Normofunción 77.8%	Disfunción 22.2%			
Acontecimiento vital Estresante (AVE)	Alto impacto 10.2%	Bajo impacto 89.8%			
ESTADO CIVIL	Casado 64.8%	Viudo 27.1%	Soltero 6.8%	Separado 1.3%	
NIVEL CULTURAL	Diplomado 3% (0.61; 5.38)	Bachiller 13.4% (8.84; 17.95)	Graduado 11.4% (7.13; 15.66)	Primarios 73.3% (67.44; 79.15)	Analfabeto 8.9% (5.05; 12.74)
RED SOCIAL (número de contactos sociales)	Escasa (0-1) 30.2% (24.49; 36.55)	Mediana (2-5) 61.9% (55.34; 68.06)	Elevada (>6) 7.9% (4.24; 11.55)		
BAJO APOYO SOCIAL FUNCIONAL	Total 22% (16.50; 27.49)	Afectivo 15.3% (10.49; 20.10)	Confidencial 26.3% (20.46; 32.13)		

referida en la bibliografía. En trabajos realizados en nuestro país, el porcentaje de buen cumplimiento dietético oscila entre el 24%-39%, concordante con el 38.8% de buen cumplimiento detectado en nuestro estudio^{6,31}.

La mayoría de los autores refieren que los varones son peores cumplidores de la dieta hiposódica^{6,8}, dato no corroborado en nuestro trabajo, esto podría deberse a un problema de tamaño muestral o a una menor prevalencia de hombres en nuestra serie. Existen diversos estudios donde se demuestra peor cumplimiento de la dieta en los hipertensos con tratamiento farmacológico^{6,39}, también observado en

nuestro estudio; se apunta como hipótesis explicativa, el sentimiento de seguridad que experimenta el paciente al usar un fármaco, lo que le induciría a obviar la necesidad de cambios en el estilo de vida.

No encontramos ninguna variable sociofamiliar asociada al cumplimiento de la dieta hiposódica, salvo la edad. En el VI Informe de la JNC³, se refiere que las personas mayores son más sensibles a los cambios dietéticos que los individuos más jóvenes. En otras revisiones⁶, también se apunta a la edad como factor que se correlaciona positivamente con una mejor adherencia a la dieta pobre en sal.

TABLA 2

Regresión logística del cumplimiento de la dieta pobre en sal

VARIABLE DEPENDENTE: ADHERENCIA Á LA DIETA HIPOSÓDICA					
VARIABLES CONTROL:	Coeficiente (B)	DE (B)	p	OR	IC (95%)
EDAD	-0.0507	0.0157	0.001	0.95	(0.921;0.980)
USO DE FÁRMACOS					
Si	-	-	-	1	-
No	-0.8515	0.4007	0.03	0.42	(0.194;0.980)
SEVERIDAD HTA					
No repercusión visceral	-	-	-	1	-
Repercusión visceral	-0.2369	0.4086	0.56	0.78	(0.354;1.757)
GRADO DE HTA					
Grado 1-2	-	-	-	1	-
Grado 3-4	0.2254	0.3766	0.54	1.25	(0.598;2.621)
SEXO					
Hombre	-	-	-	1	-
Mujer	-0.2554	0.3458	0.46	0.77	(0.393;1.525)
CONSTANTE	4.968	1.4293			

Adherencia a la dieta hiposódica:

0= Buen cumplidor (<120 mEq Na /Litro)

1= Mal cumplidor (>121 mEq Na /Litro)

recuento de comprimidos, en general, sobrealora el buen cumplimiento. Estudios realizados en nuestro medio con el conteo de comprimidos por sorpresa en el domicilio del paciente presentan unas tasas de mal cumplimiento que oscilan entre el 39-48%^{26,27,35}. Los porcentajes de cumplimiento, medidos con otros métodos indirectos, que se encuentran en nuestro estudio coinciden con otros referidos en la bibliografía^{29,26,27,40,41}. En el análisis bivalente, el nivel cultural, la presencia de elevados AVE, la tipología familiar, la disfunción familiar y el escaso apoyo social están asociados a un peor cumplimiento de los fármacos antihipertensivos. La asociación con los AVE se encuentra también referida en otros estudios de investigación^{42,7}. En el estudio del condado de Edgecome⁴³, el bajo apoyo social del individuo se relaciona, como en nuestro estudio, con una mala adherencia al tratamiento. La asociación que refleja un peor cumplimiento en los individuos de nivel cultural elevado no la vemos contrastada en la bibliografía, y deberemos ser cautos en su interpretación, por el escaso tamaño muestral que representan los hipertensos de alto nivel cultural en nuestro estudio. No encontramos en la bibliografía consultada estudios que analicen el tipo de familia y funcionalidad familiar con la adherencia a los tratamientos, pero es probable que la asociación entre la disfunción familiar y la mala adherencia que se encuentra en este estudio esté expresando un marcador indirecto del apoyo social intrafamiliar.

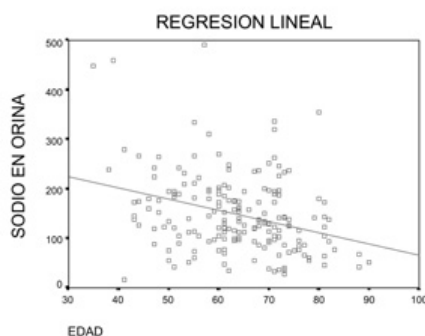
3.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico

La tasa de mala adherencia a través del conteo de comprimidos, en el estudio fue de un 11,5%, similar a la encontrada por Márquez y colaboradores³⁶. Pensamos que el porcentaje de mal cumplimiento, en nuestro estudio, puede estar infraestimado al realizar el recuento de comprimidos en la consulta aprovechando un control rutinario, porque el

Es preciso seguir investigando en la medición del cumplimiento terapéutico, realizar estudios de intervención con seguimiento a largo plazo, para objetivar que variables pueden ser modificadas en aras a una mejora en el control de la hipertensión arterial.

FIGURA 1

Cumplimiento de la dieta hiposódica y edad



Regresión lineal de la adherencia a la dieta hiposódica

Variable dependiente: Sodio en orina de 24 horas					
	Coeficiente (B)	DE (B)	Estadístico (T)	Significación (p)	IC (95%)
EDAD	-2.2503	0.5014	-4.487	0.0001	(-3.240;-1.261)
Constante	291.7593	32.3506			(227.94;355.58)

TABLA 3

Observancia del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial

ADHERENCIA	PORCENTAJE	IC(95%)
CONTAJE DE COMPRIMIDOS		
Buen cumplidor	88,5%	(81.9;92.9)
Hipocumplidor	9.5%	(5.4;15.7)
Hipercumplidor	2%	(0.5;6.2)
CUMPLIMIENTO		
AUTOINFORMADO		
Buen cumplidor	90.80%	(85.0;94.5)
Mal cumplidor	9.2%	(5.4;14.9)
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD		
Buen cumplidor	32.4%	(25.8;39.66)
Mal cumplidor	67.6%	(60.33;74.12)
JUICIO DEL PROFESIONAL		
Buen cumplidor	75.6%	(68.80;81.20)
Mal cumplidor	24.4%	(18.70;31.10)

BIBLIOGRAFÍA

- Durán JA, Figuerola J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 338-343
- Martínez Amenós A. La observancia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona: Doyma S.A., 1993.
- The Six Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
- Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. En: Sackett DL, Haynes RB, eds. *Compliance with regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976; 27-39.
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979; 1-7.
- La observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid: 1996.
- Sanson-Fisher R, Clover K. Compliance in the treatment of hypertension. A need of action. *Am J Hypertens* 1995; 8: 82S-88S.
- Cohen S, Weinberger M, Fineberg N, Miller J, Grim C y Luft F. The effect of a household partner and home urine monitoring on adherence to a sodium restricted diet. *Soc Sci Med*, 1991; 32: 1057-1061.
- Abelleira A, Otero A. Tipo de tratamiento y grado de control de la hipertensión arterial en la población adulta de la provincia de Ourense. *Hipertensión* 1994; 11: 133-153.
- O'Brien E, Mee F, Atkins N e Thomas M. Evaluation of three devices for self-measurement of blood pressure according to the revised British Hypertension Society Protocol: the Omron HEM-705CP, Philips HP5332 and Nissei DS-175.
- Stergiu G, Voutsas A, Achimastos A e Moustokalakos T. Home self-monitoring of blood pressure. Is fully automated oscillometric technique as good as conventional stethoscopic technique?. *Am J Hypertens* 1997; 10: 428-433
- Llisterri JL, Garrido Y e Giner G. Utilidad de la automedición de la presión arterial en Atención Primaria. *Hipertensión* 1997; 14: 13-17.

TABLA 4

Análisis bivariante del cumplimiento farmacológico en la hipertensión arterial

Método de medición		Buena adherencia	Mala adherencia	Diferencias de medias o proporciones	P	IC(95%)	
Contaje de comprimidos	AVE	43.04 lcu	130.81 lcu	87.77 lcu	0.007	148.15; 27.40	
	NIVEL CULTURAL	bajo	89.93%	10.07%	23.33%	0.037	13.80; 60.46
	alto	66.6%	33.4%				
Conocimiento de la enfermedad	FUNCION FAMILIAR	Normofunción	36.8%	63.2%	17.3%	0.037	1.26; 33.33
	Disfunción	19.5%	80.5%				
Autoinformado por el paciente	TIPO DE FAMILIA	Nuclear	93.2%	6.8%	10.7%	0.04	3.59; 24.99
	Otros	82.5%	17.5%				
	FUNCION FAMILIAR	Normofunción	93%	7%	11.9%	0.04	3.33; 27.13
	Disfunción	81.1%	18.9%				
APOYO SOCIAL	Bajo	80%	20%	12.69%	0.04	6.06; 31.44	
	alto	92.69%	7.31%				

Lcu: unidad de cambio vital. Ave: acontecimientos vitales estresantes.

- 13- Puras A e Divison JA. Fiabilidad de los aparatos semiautomáticos de medida de la presión arterial. *Hipertensión* 1996;13: 295-298.
- 14- Artigao LM, Llavador JJ, Puras A, López J, Rubio MM, Torres C et al: Evaluación y validación de los monitores Omron Hem 705 CP y Hem 706/711 para automedidas de presión arterial. *Aten Primaria* 2000; 25:96-103.
- 15- Consenso para el control de la hipertensión arterial en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 1990.
- 16- De La Revilla L. Estructura familiar: En: De La Revilla: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma;1994: 27-35.
- 17- Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1976;11: 213-218
- 18- González JL e Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 1983;4: 20-25
- 19- Blake R e McKay D. A Single-Item Measure of Social Supports as a Predictor of Morbidity. *J Fam Practice* 1986;22: 82-84.
- 20- Broadhead W, Gehlbach S, De Gruy F e Kaplan B. The Duke-Unc Funcional Social Support Questionnaire. *Mesurement of Social Support in Family Medicine Patients. Med Care* 1988;26: 709-723
- 21- De La Revilla L, Bailón E, De Dios J e Delgado A. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991;8: 688-692.
- 22- Bellón JA, Delgado A, De Dios J e Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11. *Aten Primaria* 1996;18: 153-163.
- 23- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad de un cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria* 1996;18:289-296.
- 24- Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. eds. Cumplimiento. En: *Epidemiología clínica una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Díaz de Santos, 1989; 250-290.
- 25- Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet* 1975; 1: 1205-1207.
- 26- Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML y Merino J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Med Clin* 1994; 102: 532-536.
- 27- Gil V, Belda C, Muñoz C, Martínez JL, Soriano JE y Merino J. Validez de cuatro métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 363-367.
- 28- Piñeiro F, Gil V, Orozco D, Pastor R e Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997;19: 372-375.
- 29- Piñeiro F, Gil V, Orozco D, Pastor R e Merino J. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997;20: 180-184
- 30- Sarrión MT, Melchor MA, Gil V, Molina R, Blanquer G e Merino J. Adherencia del seguimiento de la dieta hiposódica en el hipertenso esencial. XVI Congreso SEMFYC, Granada 1996: 300-301.
- 31- Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. El estudio COMPAS (Control Modular de la Presión Arterial). Pharma Consult Services S.A. 1998.
- 32- Grupo colaborativo Peso-Hipertension: Prevalencia de sobrepeso-obesidad en la población hipertensa española mayor de 39 años atendida en centros de salud. *J Hypertension (Ed. Esp)* 1995; 2, (supl): S17-S23.
- 33- Sarrión MT, Melchor MA, Gil V, Molina R, Blanquer G, y Merino J. Adherencia del seguimiento de la dieta hiposódica en el hipertenso esencial. XVI Congreso SEMFYC, Granada 1996: 300-301.
- 34- Sarrión MT, Gil V, Melchor MA, Blanquer G, y Merino J. Validación en el hipertenso esencial de la comunicación del autocumplimiento de la dieta hiposódica. XVI Congreso SEMFYC, Granada 1996: 301-302.
- 35- Gil V, Martínez JL, Muñoz C, Alberola T, Belda J y Merino J. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica de pacientes hipertensos. *Rev Clin Esp* 1993; 193:351-356.
- 36- Márquez E, Gutierrez C, Jiménez C, Franco C, Baquero C e Ruiz R. Observancia terapéutica en la hipertensión arterial. Validación de métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico. *Atención Primaria* 1995; 16: 496-500.
- 37- Piñeiro F, Gil B, Orozco D, Pastor R y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997; 19: 372-375.
- 38- Piñeiro F, Gil V, Orozco D, Pastor R y Merino J. Factores implicados en el incumplimiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Atención Primaria* 1997; 19: 372-375.
- 39- Kyngas H, Lanhdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J. Adv. Nursing* 1999;29 (4):832-839.
- 40- Liga española contra la Hipertensión Arterial. Situación actual de la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Madrid, 1995.
- 41- Iglesias M, Solé F, Bonet JM, Pons M, Tarrago J y Pons R. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos. XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada, noviembre 1996: 302-303.
- 42- Joshi PP, Salkar RG y Heller Rf. Determinants of poor blood pressure control in urban hypertensives of central India. *J Human Hypertension* 1996; 10: 299-303.
- 43- Williams C, Beresford S, James S, LaCroix A, Strogatz D, Wagner E et al. The Edgecome county Hight Blood Pressure Control Program: Social Support, Social Stressors and Treatment Dropout. *Am J Public Health* 1985; 75: 483-486.